БОСАНУДЫҢ III КЕЗЕҢІ

Орындаған :Жақсылық Мадина

Даулетияр Дариға

Босанудың III кезеңі

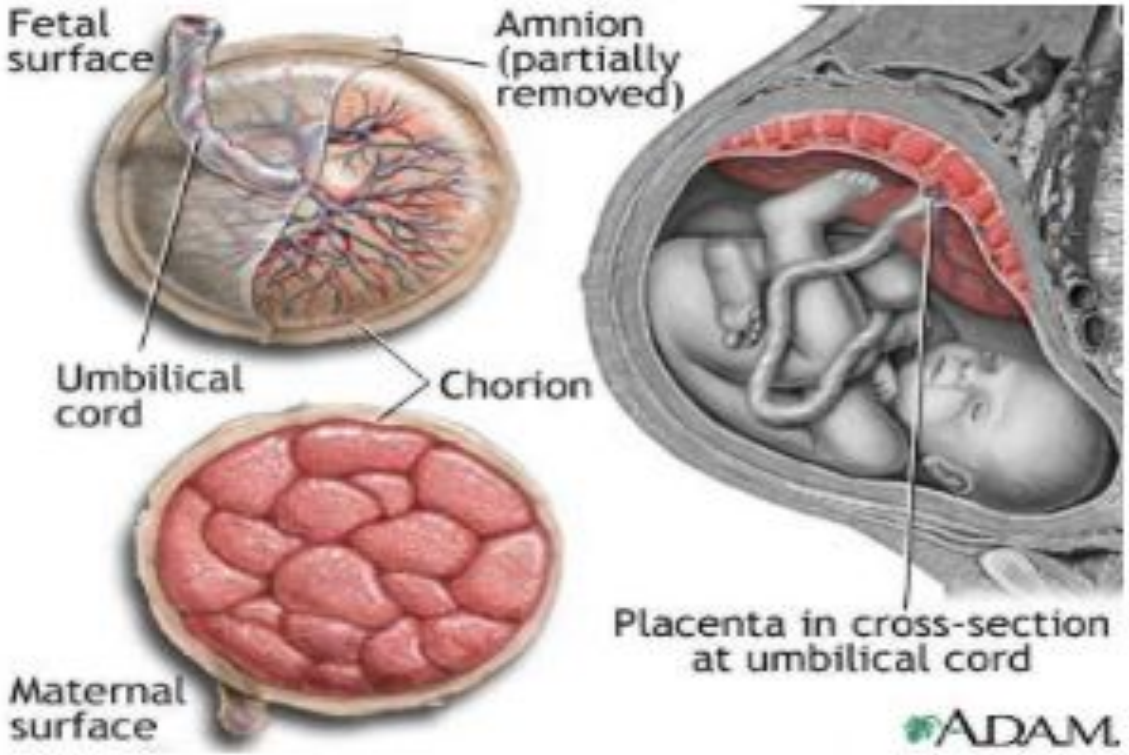
- **Босанудың III кезеңі 20-30 минутқа созылады.**
- **Физиологиялық қан шығыны:**

- Дене салмағының 0,5% құрайды

- немесе анемия, ЭГА бар болса 0,3% құрайды.

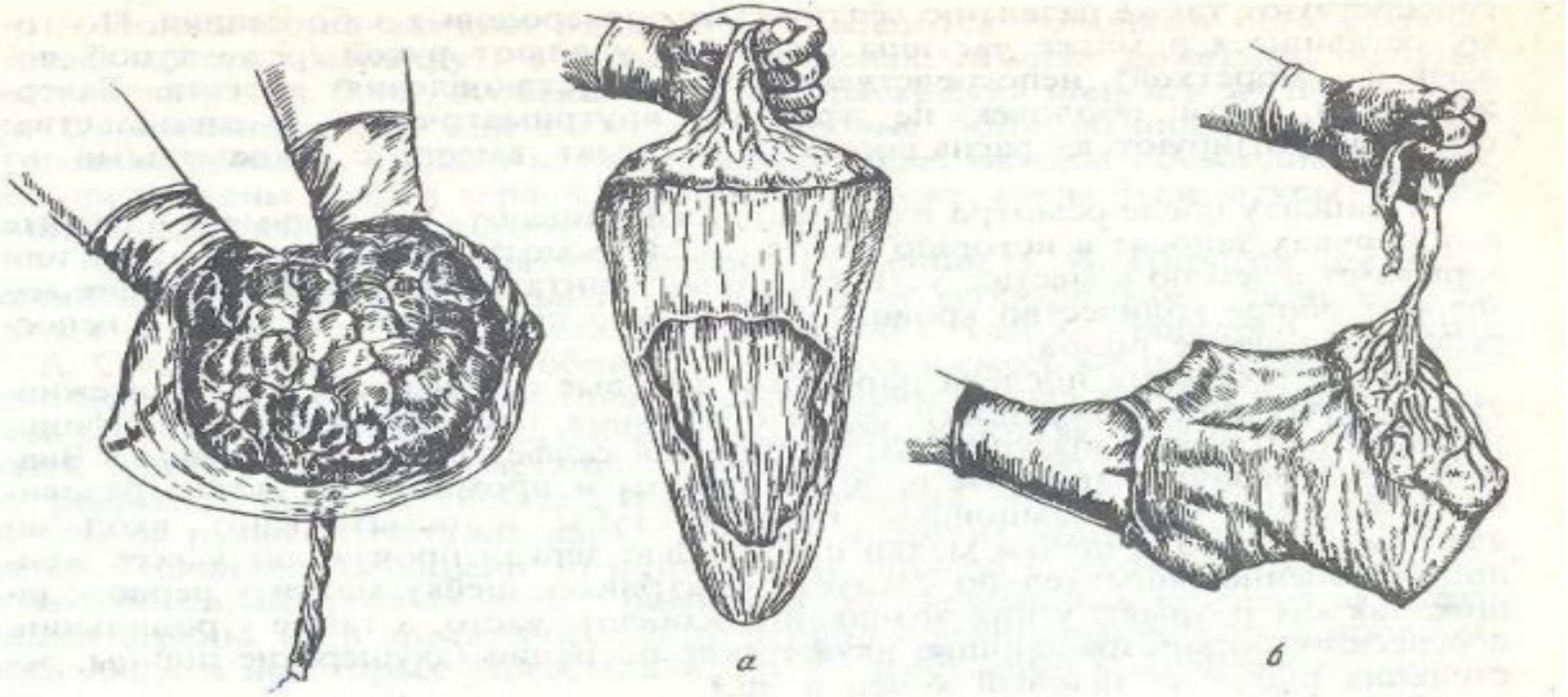
- Босанудың III кезеңі: бала жолдасы кезеңі. Миометрийдің жиырылуымен сипатталады.
- Жатыр тонусы төмендейді және босанудың I кезеңін сипаттайтын көлемге тән.
- Бала туылғаннан кейін жатырдың жиырылу күші бірден жоғарылайды, жатыр ішілік қысым 70-80 мм.с.б, ал миометрийдің ішіндегі қысым 250-300 мм с.б., жоғарылайды, нәтижесінде плацента бөлінеді.

Плацента


Fetal surface
Amnion (partially removed)
Umbilical cord
Chorion
Placenta in cross-section at umbilical cord
Maternal surface
ADAM.

- **Бала жолдасы толық туылғаннан кейін оның бүтіндігін тексеру қажет.**
- Ол үшін тегіс ыдысқа салып, аналық бетін жоғары қаратады немесе акушерканың қолына салып мұқият қарап шығады, алдымен плацентаны сонан соң қабықтарын тексереді.

Босанудың III кезеңі – бала жолдасын қарап тексеру



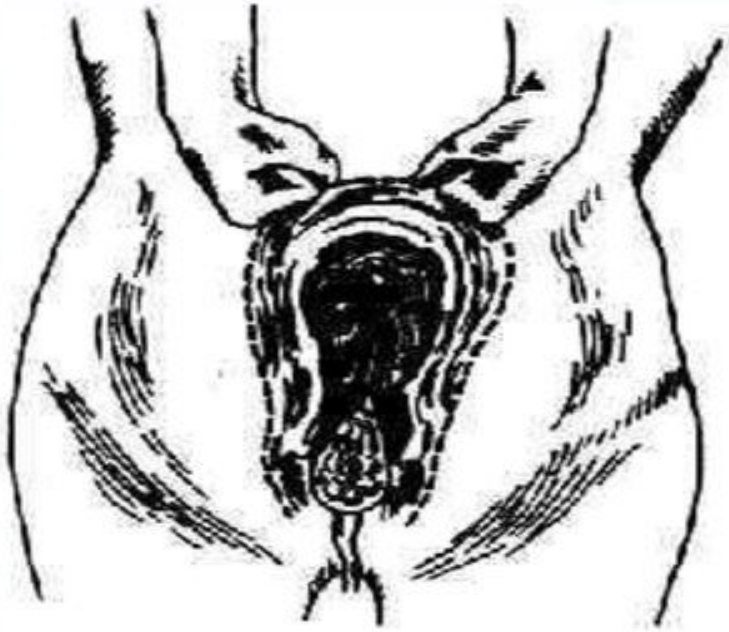
III- кезеңді жүргізу.

Ұрық жолдасының бөлінгендігі туралы белгілер:

- Шредер – жатыр күмбезі кіндікке дейін көтеріліп, оңға иіледі.
- Альфельда - кіндікке байланған жіп 8-10 см және одан жоғары түседі.

Метод Креде-Лазаревича

Метод Абуладзе



Метод Гентера

- Егер плацентарлы бөліну белгілері болса, бөлінген плацента сыртқы әдістермен алынады.
- Абуладзе жолы. Қуықты босатқаннан кейін, іштің алдыңғы қабырғасы екі қолмен бүктелген, сондықтан екі ішектің ректусы бұлшықеттері саусақтарға мықтап оралған. Осыдан кейін босанған әйелдерге итеру ұсынылады. Бұл жағдайда, босанғаннан кейін бөлінген босану, тік ішектің бұлшық еттерінің дивергенциясын жоюға және іш қуысының көлемінің едәуір азаюына байланысты оңай туылады.
- Креде-Лазаревичтің әдісі.Қуық катетермен босатылады, жатырдың төменгі бөлігі ортаңғы қалыпқа келтіріледі, ал оны азайту үшін жатыр аздап қысылады. Олар жатырдың түбін акушердің жақсы білетін қолымен орап, оның төрт саусағының алақан беттері жатырдың артқы жағында, алақан жатырдың түбінде, ал бас бармақ жатырдың алдыңғы қабырғасында орналасқан. Сонымен қатар, олар қылшықтан бастап, қынаптан туылғанға дейін екі қиылысатын бағытта (саусақтарды алдыңғыдан артқа, алақанды жоғарыдан төменге қарай) екі жақтан жатырдың үстіне қысады.
- Гентер жолы. Жатырды ортаңғы сызыққа ауыстыру керек, содан кейін акушер ананың төсегінің аяғына қарап тұрады. Акушердің қолдары жұдырыққа түйіліп, түтік бұрыштарының аймағында орналасқан. Жатырда қысымның жоғарылауы төмен және медициналық бағытталған, нәтижесінде соңғы туады.

Босанудың үшінші кезеңін күтіп жүргізу

- Аса сақтықпен бақылау
- Утеротоникалық препараттарды қолданбау
- Кіндікті тартпаусыз немесе жатырды басусыз
- Плацентаның өздігінен туылуын күту немесе қосымша жүкті қолдану, немесе емізіктерді күшейту

Murray W. Enkin et al, 2000
Prendiville WJ et al, 2000

Босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізу

- Бала туылғаннан кейінгі бірінші минутында окситоцинді (10 МЕ б/е) немесе жатыр жиырылуын шақыратын басқа препаратты енгізу
- Бақыланатын кіндік тракциясы жолымен плацентаның туылуы
- Плацента туылғаннан кейін жатырға сыртқы массаж жасау

ICM & FIGO, 2003

Кіндіктен бақыланатын тартуды қалай жүргізеді? (1)

- Кіндікке аралыққа жақын жерден қысқыш салыңыз да қысқышты бір қолыңызбен алыңыз
- Басқа қолыңызды қасаға үстінен қойып, бақыланатын тракция уақытында жатырға контрқысым көрсете отырып, жатырды бекітіңіз
- Кіндікті сәл тартқан күйде ұстаңыз және жатырдың жиырылуын күтіңіз (2-3 минут)

ICM & FIGO, 2003

Кіндіктен бақыланатын тартуды қалай жүргізеді? (2)

- Жатыр жиырылған уақытта әйелден күшенуді сұраңыз, плацентаның тууы үшін кіндікті сәл төмен тартыңыз, басқа қолыңызбен жатырға контрқысым көрсетіп тұрыңыз
- Егер кіндіктен бақыланатын тартудан 30-40 секунд ішінде плацента туылмаса, кіндіктен тартуды тоқтатыңыз; оны кернеп тұрған қалпында ұстап тұрыңыз да келесі толғақты күтіңіз; жатырдың келесі жиырылуы кезінде кіндіктен тартуды қайталаңыз, біруақытта қасаға үстінен контрқысым көрсетіп тұрыңыз

ICM & FIGO, 2003

Босанудың үшінші кезеңін күтіп жүргізумен салыстырғанда белсенді жүргізудің артықшылықтары

- Жалпы қан жоғалтудың азаюы
- Босанудан кейін 500 мл артық қан жоғалту жағдайларының азаюы
- Босанудан кейін 1000 мл артық қан жоғалту жағдайларының азаюы
- Босанудың үшінші кезеңі ұзақтығының қысқаруы
- Босанғандар арасында гемоглобин деңгейінің төмен болу жағдайларының, босанудан кейінгі кезеңде қанды қайта құю қажеттілігінің және окситоциннің терапевтік енгізудің азаюы

Prendiville WJ et al, 2000

Күтіп жүргізуді белсенді жүргізумен салыстыру

	Белсенді жүргізу	Күтіп жүргізу
1. Босанудың 3-ші кезеңінің ұзақтығы (орта есеппен)	5 - 8 мин	15 мин
2. Қан жоғалту көлемі >500 мл	163 / 3126	428 / 3156
3. Қан жоғалту көлемі >1000 мл	27 / 3126	83 / 3158
4. Алғашқы 24-48 сағат ішіндегі Hb деңгейі <90 г/л	52 / 2108	132 / 2148

Prendiville WJ, et al, 2000

Босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізу

- Кемшіліктері
  - Лоқсу сезімінің жоғарлауы
  - Құсу жағдайларының жоғарлауы
  - Артериальді қысымның жоғарлау жағдайларының өсуі (эргометринді қолданғанда)

Prendiville WJ, et al, 2000

Эффективтілігі дәлелделінбеген араласулар

- Ана ішінің төмен бөлігіне мұз қою
- Босанғаннан кейін қуықты жаппай катетерлеу
- Қынапты жаппай айнамен қарау (тек көрсетіштер бойынша – қан кету, босану кезінде құралдық араласулар, тез ағымды босану)
- Қынапты дезинфекциялау үшін антисептикалық ертінділерді қолдану

WHO EURO, 2002

Босанудың үшінші кезеңін жүргізу

- Белсенді жүргізу (ұсынылады)
- Белсенді жүргізуіге әйелдің ақпараттанған рұқсаты
- Плацента мен ұрық қабықтарын мұқият қарау

Босанудан кейінгі кезеңде жаппай қолданылатын эффективті емес араласулар

- Іштің төменгі бөліміне мұз басу
- Қуықты катетерлеу
- Қынап пен аралықты өңдеу үшін антисептиктерді қолдану
- Босанғаннан кейін босану жолдарын айнамен жаппай қарау
  - Тек көрсеткіштер бойынша (босану кезіндегі араласулар, қан кету, тез ағымды босану)