

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени В.И.ВЕРНАДСКОГО»
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им.С.И.ГЕОРГИЕВСКОГО
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии №1

Ранний послеродовой период.
Признаки отделения плаценты и методы выделения
последа.

Работу выполнила: студентка 4 курса

Группа Л1-СО-172(2)

1 медицинский факультет

Сейт-Аблаева Н.М.

Руководитель практики: д.м.н. Баскаков П.Н.

Определение

- Послеродовой(пуэрперальный) период-это промежуток времени с момента окончания 3-го периода родов(отделение плаценты и выделение последа) до 42 дней, во время которого происходит инволюция гестационных изменений в репродуктивной системе и соматических органах, за исключением молочных желёз.

Классификация :

- 1) Ранний послеродовой период-2 часа после родоразрешения.
- 2) Поздний послеродовой период- до 42 суток после родов(6-8 недель)

Ведение раннего послеродового периода

- Осмотр последа.
- Осмотр мягких родовых путей при помощи зеркал.
- Восстановление целостности мягких тканей родовых путей (под местной или эпидуральной аналгезией).
- Наблюдение за роженицей в родильном блоке в течение 2 часов после родов:
 1. Оценка общего состояния роженицы, жалоб после рождения последа и каждые 20-30 мин.
 2. Измерение пульса и артериального давления на периферических артериях после рождения последа и перед переводом в послеродовое отделение.
 3. Наблюдение за состоянием матки каждые 20-30 минут.
 4. Контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20-30 минут
 5. Прикладывание ребенка к груди роженицы и проведение первого кормления.
 6. Вызов анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства перед переводом роженицы в послеродовое отделение.
 7. Опорожнение мочевого пузыря роженицы перед переводом в послеродовое отделение через 2 часа после родов.

Клиническое течение

- Сразу после родов может быть озноб в течение 5-10 мин
- В первые часы может сохраняться слабость
- Усталость, ощущение ссаждения, растяжения вульвы и влагалища, но исчезают в первые дни послеродового периода
- Усиленное потоотделение
- Усиление жажды
- Задержка стула в первые дни
- Задержка мочи, отсутствие позывов при переполнении

Тактика ведения

Цели послеродового наблюдения:

Быстрое возвращение роженицы к нормальной жизни.

Формирование навыков исключительно грудного вскармливания.

Профилактика послеродовых осложнений.

Сохранение здоровья новорожденного и предотвращение его заболеваний.

Принципы и организация ухода за родильницей

- Нахождение в родзале после родов 2-4ч.
- Соблюдение принципа цикличности заполнения палат.
- Активное ведение послеродового периода.
- Так как кровотечение в родах является частым и довольно грозным осложнением, то с целью его профилактики в последовом и раннем послеродовом периодах сразу после рождения ребенка внутривенно вводят 0,02% метилэргометрин 1 мл, реже окситоцин 5 ЕД, разведенный в 20 мл 40% раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия

- Ранний послеродовой период характеризуется следующими процессами в организме только что родившей женщины:
- выбросом гормона окситоцина, отчасти снимающего болевой синдром и отвечающего за сокращение маточной мускулатуры;
- постепенным сокращением стенок матки;
- выработкой гормона пролактина, необходимого для начала лактации;
- усиленной работой внутренних органов, отвечающих за кроветворение, для восполнения кровопотери.

Кровотечения в послеродовом периоде

- Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. Послеродовое кровотечение - это симптом, а не диагноз. Частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах колеблется от 2,5 до 8%.

Факторы, предрасполагающие к развитию кровотечений:

- перенесенные аборты,
- многорожавшая (более 3 родов)
- рубец на матке
- опухоли и аномалии развития матки
- тяжелый гестоз
- ожирение (II-III ст.)
- многоплодная беременность
- крупный плод
- Многоводие
- слабость родовой деятельности
- тяжелые экстрагенитальные заболевания матери
- дефект гемостаза (болезнь Виллебранда, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, хронический ДВС-синдром, лейкозы и т.д.).

- Интранатальными факторами риска кровотечений являются затяжные, быстрые и стремительные роды, оперативные роды, чрезмерно активное ведение третьего периода родов (грубые ручные приемы, массаж матки, попытки выделения неотделившегося последа). Кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено задержкой частей последа в полости матки, гипо- и атонией матки, наследственными или приобретенными дефектами гемостаза, разрывом матки и мягких тканей родовых путей.

Классификация послеродовых кровотечений:

- По времени возникновения: раннее(в течение первых 2х часов после родов) и позднее(возникшее позже 2х часов) послеродовое кровотечение.
- По объему кровопотери:
 - а)физиологическая(до 10% ОЦК или до 500 мл во время родов и до 1000 мл во время кесарева сечения),
 - б)патологическая(от 10 до 30% ОЦК или более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения)
 - в)массивная(более 30% ОЦК)

Раннее послеродовое кровотечение:

T (tone) – нарушение сокращения матки – гипо- или атония;

T (tissue) – задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки;

T (trauma) – травма родовых путей, разрыв матки;

T (trombin) – нарушения свертывающей системы крови.

Меры остановки кровотечения:- ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно);

- наружно-внутренний массаж;
- ушивание разрывов мягких родовых путей;
- назначение лекарственных средств для лечения атонии;
- коррекция нарушений параметров гемостаза.

Утеротонические средства, применяемые для лечения послеродового кровотечения

Препарат	Окситоцин	Метилэргометрин
Доза и путь введения	20 Ед на 1000 мл или 10 Ед на 500 мл физ.р-ра или р-ра Рингера в/в, 60 капель в минуту	0,2 мг в/м или в/в медленно
Поддерживающая доза	20 Ед/л или 10 Ед на 500 мл физ.р-ра или р-ра Рингера, в/в 40 капель в минуту	Повторно 0,2 мг в/м через 15 минут. Если требуется повторно 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа
Максимальная доза	Не более 3л. раствора содержащего окситоцин	Суточная доза 5 доз (1,0мг)
Противопоказания	Быстрое болюсное введение препарата	Гипертензия, заболевания сердца, преэклампсия

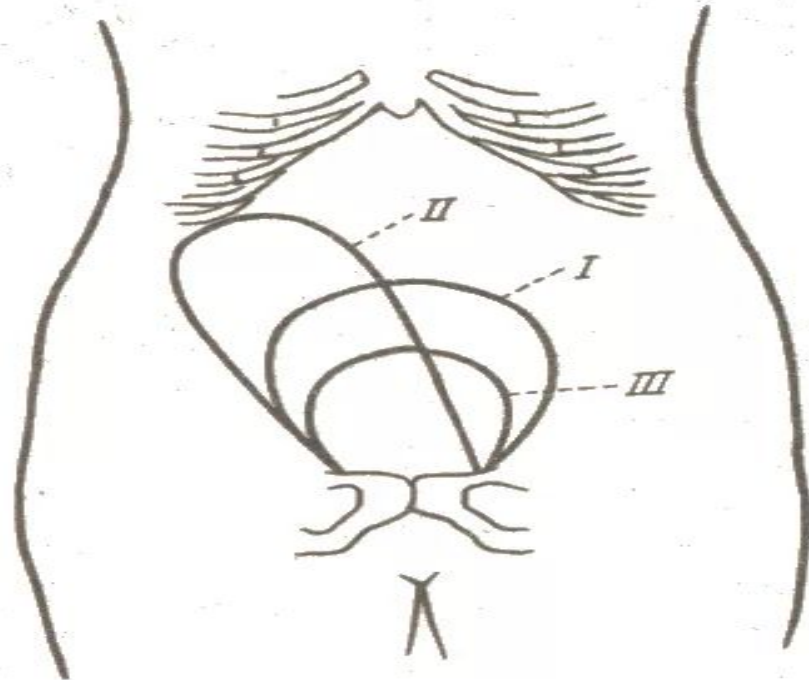
Анатомические и физиологические изменения в организме роженицы

- Происходит инволюция (обратное развитие) тех органов и систем, которые подверглись изменениям во время беременности.
- Во время первого этапа послеродового периода начинают происходить изменения во всех системах организма роженицы:
- половых органах (матке, влагалище, яичниках, маточных трубах);
- на тазовом дне;
- пищеварительной системе;
- в молочных железах
- системе кровообращения;
- выделительной (мочеотделения);
- эндокринной.
- В позднем периоде восстановления организма эти изменения приобретут устойчивый положительный характер, а в самые первые часы после рождения ребенка происходит старт, запуск этих процессов.

Признаки отделения плаценты

- Показания: III период родов.
- Сразу после рождения плода матка значительно сокращается и уменьшается в размерах, поэтому несколько минут матка находится в состоянии тонического сокращения, после чего начинаются "последовые" схватки. Под воздействием этих схваток плацента с оболочками отделяется от стенок матки и рождается наружу из полости матки.

- Среди многочисленных признаков отделения плаценты есть несколько наиболее достоверных, которыми следует пользоваться.
- **Признак Шредера.** При отделении плаценты и её опускании в нижний отдел матки происходит поднятие дна матки выше пупка и отклонение вправо, что заметно при пальпации. При этом нижний сегмент выпячивается над лоном. Матка уплощена, более узкая.
- I-после рождения плода.
- II-после отделения плаценты
- III-после рождения последа



• Признак Альфельда:

Отделившаяся плацента опущена в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим зажим Кохера, наложенный на пуповину при ее перевязке, опускается на 8—10 см и более.

Рис.21 а и фото 41а-

Признак отрицательный

Рис.21б и фото 41б-

Признак положительный

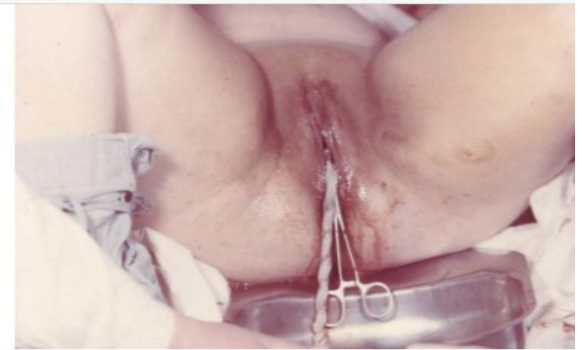
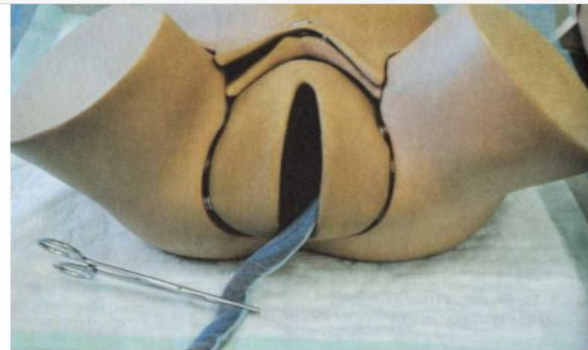
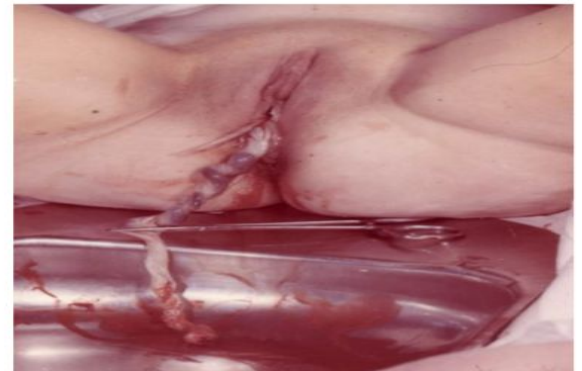
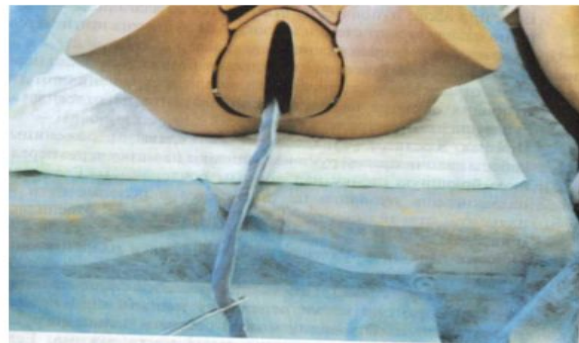


Рис. 21 а и фото 41 а. Признак отделения плаценты по Альфельду- отрицательный.



- **Признак Довженко.** Роженице предлагают глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище — плацента отделилась от стенки матки; если пуповина втягивается во влагалище — плацента не отделилась.
- **Признак Клейна.** Роженице предлагают потужиться. Если плацента отделилась от стенки матки, после прекращения потуги пуповина остается на месте, если плацента не отделилась, пуповина втягивается во влагалище.
- **Признак Кюстнера—Чукалова.** Встают слева от роженицы. Ребрами ладони правой руки надавливают на матку через переднюю брюшную стенку над лонным сочленением. Если при надавливании пуповина не втягивается в родовые пути — плацента отделилась, если втягивается — не отделилась.



Рис. 22 а Признак отделения плаценты по Кюстнеру-Чукалову — плацента не отделилась

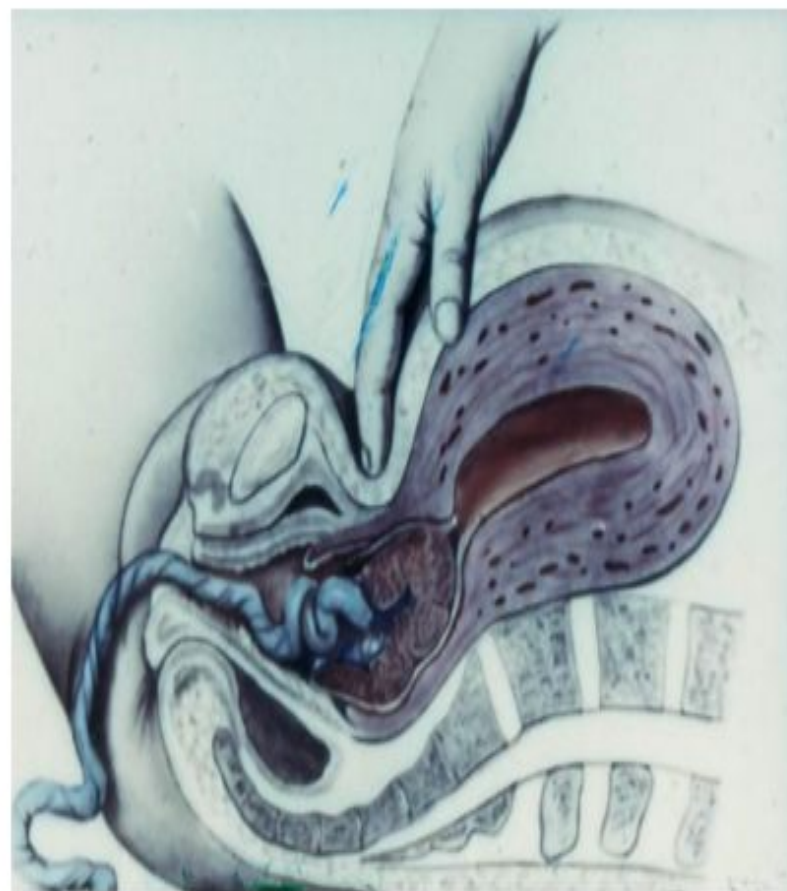


Рис. 22 б. Признак отделения плаценты по Кюстнеру-Чукалову – плацента отделилась.

Методы выделения последа

- Последовый период длится в среднем 15 – 30мин. При положительных признаках отделения плаценты и отсутствия самостоятельного рождения последа прибегают к его выделению ручным способом.

Способ Абуладзе

- Получают у роженицы информированное согласие на процедуру.
- Опорожняют мочевой пузырь.
- Бережно массируют матку через переднюю брюшную стенку и приводят ее в срединное положение.
- Встают справа от роженицы.
- Захватывают обеими руками мышцы передней брюшной стенки в продольную складку и приподнимают.
- Предлагают женщине потужиться.

Способ Абуладзе



Способ Гентера

- Получают у роженицы информированное согласие на процедуру.
- Опорожняют мочевой пузырь.
- Бережно массируют матку через переднюю брюшную стенку и приводят ее в срединное положение.
- Встают сбоку от роженицы лицом к ее ногам.
- Сжимают кисти обеих рук в кулаки.
- Располагают тыльную поверхность основных фаланг на дне матки в области трубных углов.
- Запрещают роженице тужиться.
- Надавливают кулаками на матку по направлению вниз к крестцу

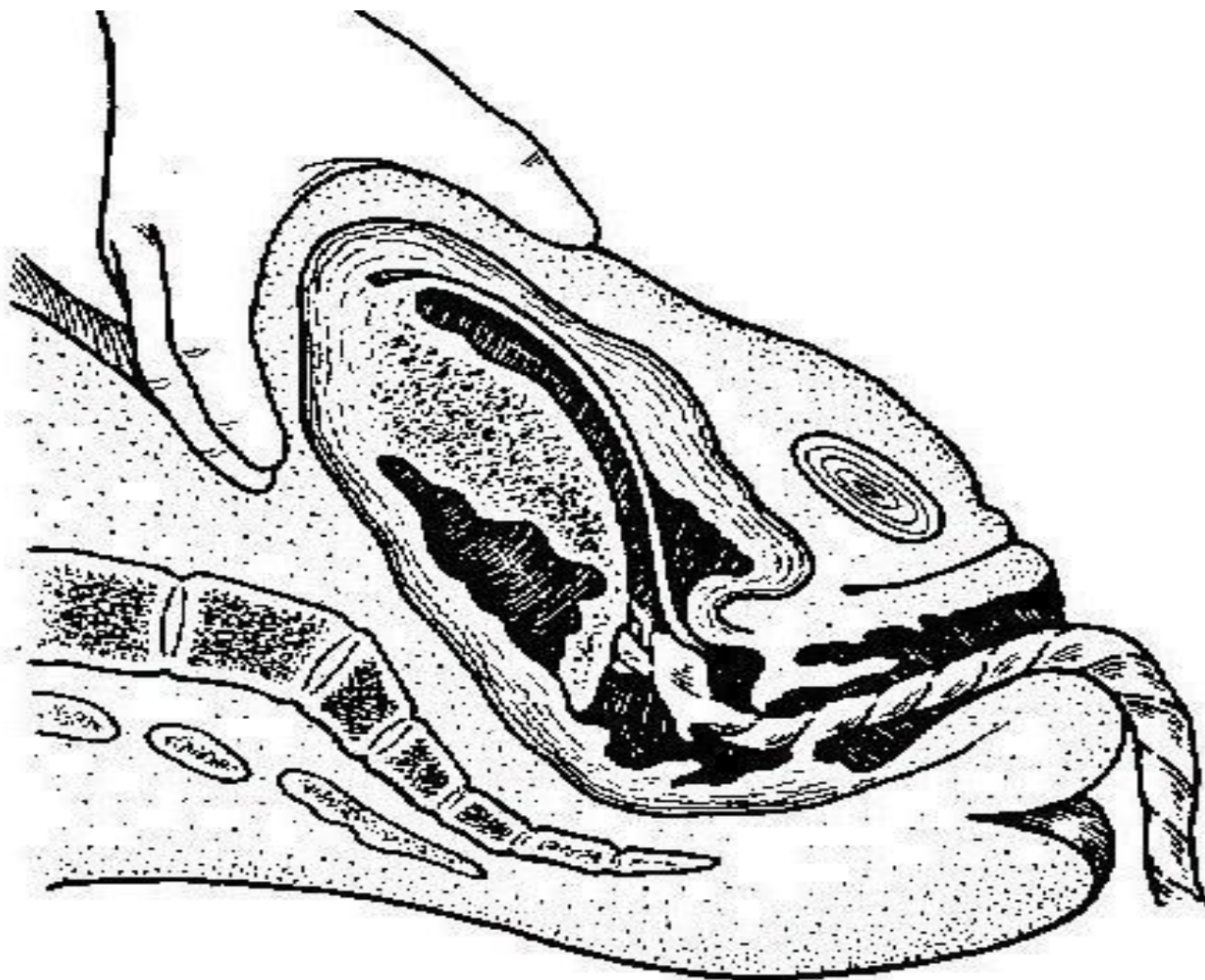
Способ Гентера



Способ Креде-Лазаревича

- Получают у роженицы информированное согласие на процедуру.
- Опорожняют мочевой пузырь.
- Бережно массируют матку через переднюю брюшную стенку и приводят ее в срединное положение.
- Встают сбоку от роженицы лицом к ее ногам.
- Дно матки охватывают правой рукой так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь — на дне, а 4 пальца — на задней поверхности матки.
- Запрещают роженице тужиться.
- Одновременно надавливая на матку всей кистью в двух взаимно перекрещивающихся направлениях (пальцами спереди назад и ладонью сверху вниз по направлению к крестцу), добиваются рождения последа.
- Давление на матку прекращают и заботятся о том,

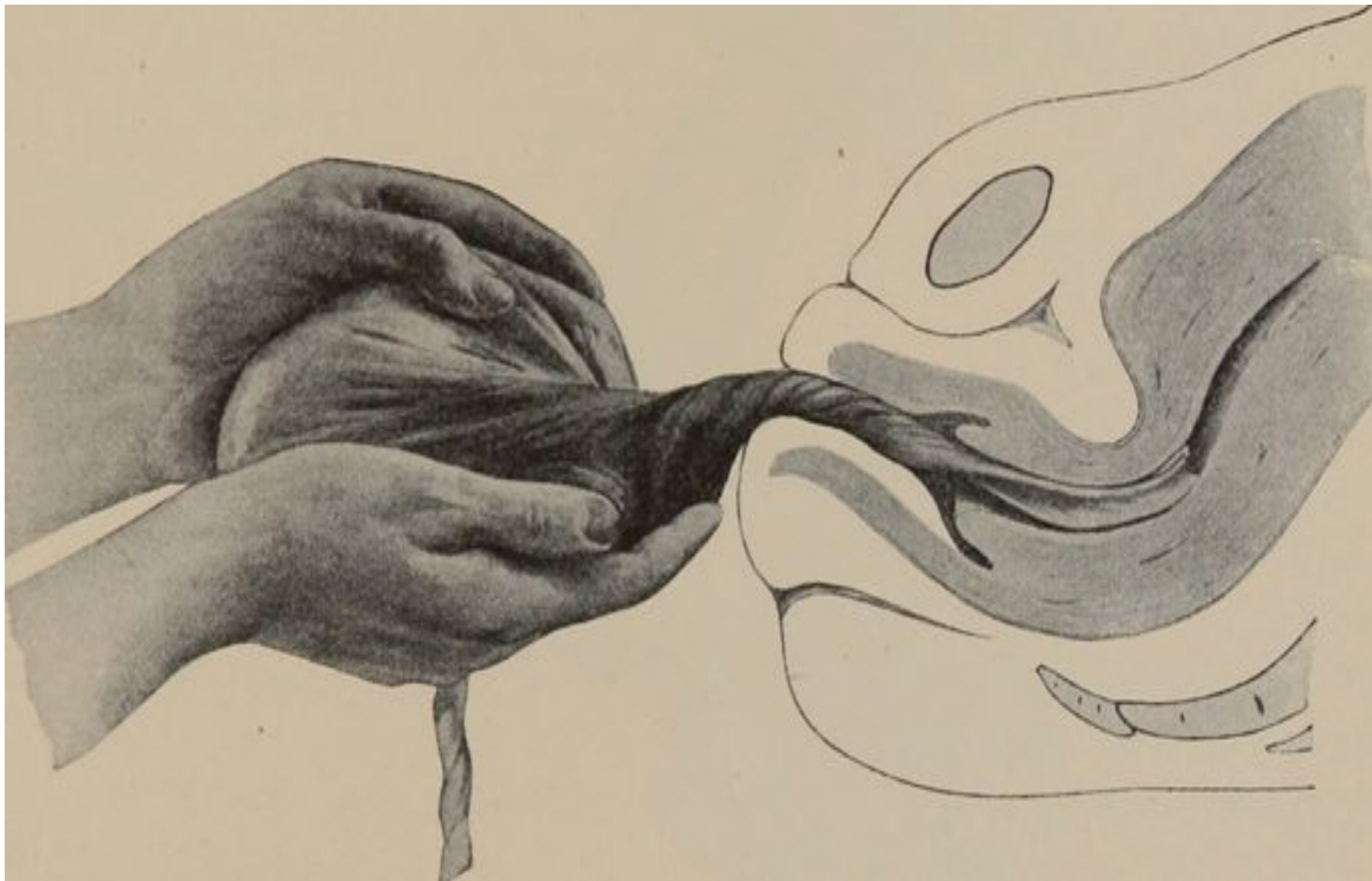
Способ Креде-Лазаревича



- Иногда после рождения плаценты обнаруживают задержку оболочек в матке. В таких случаях используют:

- 1) способ Якобса: берут плаценту в руки, вращают ее по часовой стрелке, для свертывания оболочек в канатик и выхода их в целом виде.
- 2) способ Гентера: после рождения плаценты роженица, опираясь на ступни, поднимает таз; при этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению и выделению оболочек

Способ Якобса



Способ Гентера



Рис. 27. Выделение оболочек по способу Гентера: роженица поднимает таз, плацента свисает что способствует отделению оболочек

Осмотр последа

- Послед осматривают для определения его особенностей, исключения его дефекта и профилактики кровотечения в послеродовом периоде.

Техника выполнения:

- 1) Надеть перчатки.
- 2) Раскладывают плаценту на лотке материнской поверхностью кверху.
- 3) Удаляют сгустки крови двумя марлевыми тампонами.
- 4) Осматривают последовательно все дольки, сопоставляя их края для исключения дефекта плаценты. Края ее обычно гладкие, не имеют отходящих от них оборванных сосудов.
- 5) Плаценту переворачивают материнской стороной вниз, плодовой кверху и осматривают плодовую поверхность

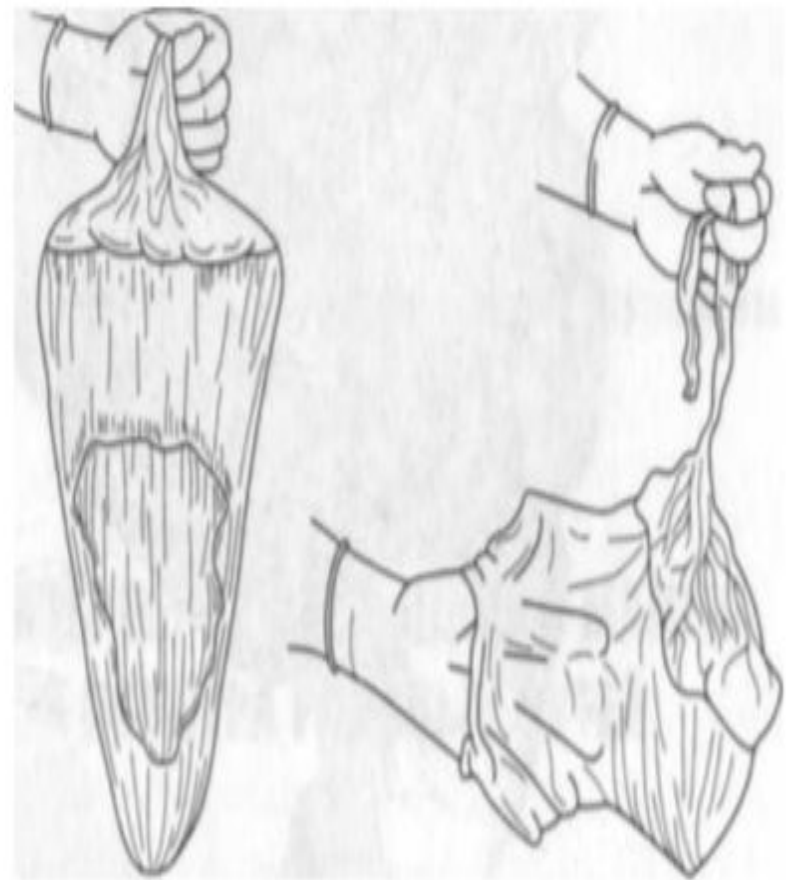


Рис. 28 а Осмотр материнской поверхности **Рис. 28 б** Осмотр плодных оболочек
плаценты

- Осматривают оболочки, перевернув плаценту материнской поверхностью вниз. Края разрыва оболочек берут пальцами и расправляют, стараясь восстановить яйцевую камеру. Обращают внимание на целостность водной и ворсистой оболочек, выясняют, нет ли между оболочками оборванных сосудов, отходящих от края плаценты (рис. 29 и фото 43).

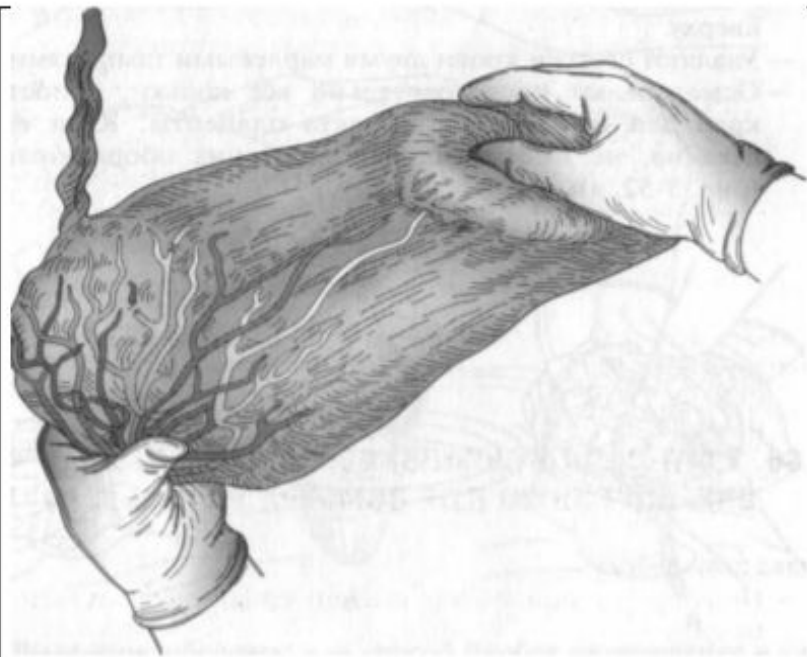


Рис. 29. Сосуды, идущие между оболочками, указывают на наличие добавочной дольки



Фото 43. Осмотр оболочки, перевернув плаценту материнской поверхностью вниз.

- Определяют место разрыва оболочек: чем ближе к краю плаценты расположено место разрыва оболочек, тем ниже она была прикреплена к стенке матки.
- Осматривают пуповину, определяют ее длину, наличие истинных и ложных узлов, прикрепление пуповины к плаценте.



Фото 44. Осматривание пуповины

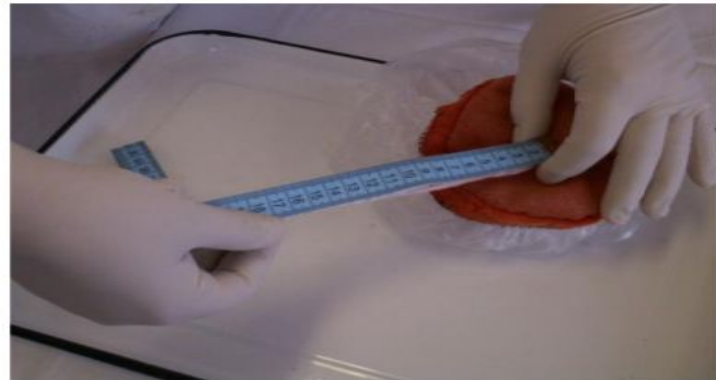


Фото 45. Определение ее длины



а



б

Рис. 30. Узлы пуповины: а - истинный узел; б — ложный узел

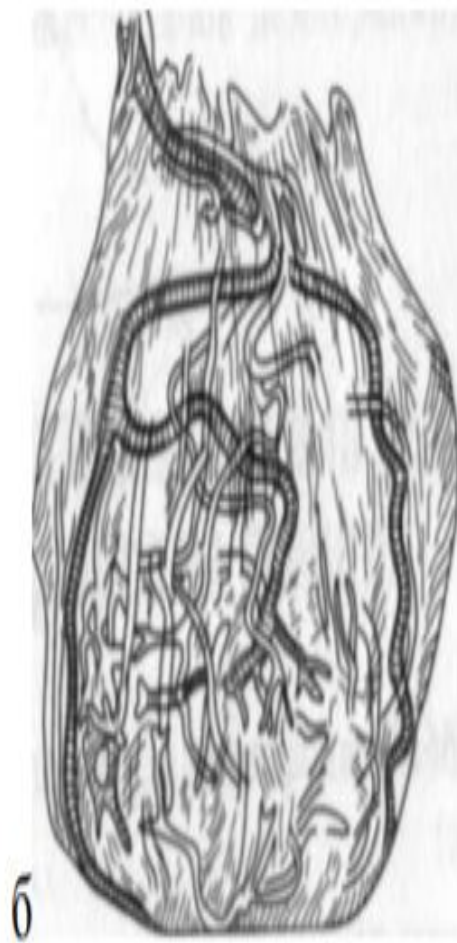


Рис. 31. а – краевое прикрепление сосудов пуповины

б - оболочечное прикрепление сосудов пуповины (пояснения в тексте)

- После осмотра послед взвешивают, измеряют диаметр, толщину. Все данные заносят в историю родов. Если у женщины диагностирована экстрагенитальная и/или акушерская патология, послед направляют на гистологическое исследование.



Фото 46. Послед направляют на гистологическое исследование



Фото 47. Все данные заносят в историю родов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

