

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф,
скорой помощи с курсом ПО

Реферат

Тема: Токсикозы беременных. Преэклампсия. Эклампсия.

Роды вне стационара.

Выполнила:

Плохих А.А.

Ординатор 1 года

обучения

Красноярск 2020

План

1. Введение
2. Токсикозы беременных
3. Преэклампсия
4. Эклампсия
5. Роды вне стационара
6. Заключение
7. Список использованной литературы.

Введение.

Токсикозы беременных - осложнения беременности, которые, как правило, проявляются в первой половине беременности и характеризуются диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.

А роды, в свою очередь, на сегодняшний день, позиционируется, как нормальный процесс организма по изгнанию плода, плодных оболочек и плаценты из матки по родовым путям. На этапе оказания первой медицинской помощи спасатель может столкнуться с разными периодами родов, при которых необходимо оказать разные виды пособия. Диагностировать период родов и сами роды должен уметь каждый медицинский работник, а так же уметь выбрать правильную тактику ведения.

Токсикозы беременных.

Токсикозы беременных - осложнения беременности, которые, как правило, проявляются в первой половине беременности и характеризуются диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.

КОД ПО МКБ-10

О21 Чрезмерная рвота беременных.

021.0 Рвота беременных лёгкая или умеренная.

021.1 Чрезмерная или тяжёлая рвота беременных с нарушениями обмена веществ.

021.2 Поздняя рвота беременных.

021.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность.

021.9 Рвота беременных неуточнённая.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота развития токсикозов составляет до 2-3%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

К токсикозам беременных относят

- ✓ рвоту беременных,
- ✓ слюнотечение,

редкие формы

- ✓ дермопатия (дерматоз),
- ✓ тетания,
- ✓ БА,
- ✓ гепатоз,
- ✓ остеомалация и другие.

- В 85-90% случаев токсикозы проявляются рвотой беременных.

Этиология

- Этиология не определена. Важную роль в развитии заболевания играют нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов.

Важное

значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). В указанных областях располагаются рвотный центр и хеморецепторная триггерная зона, регулирующие рвотный акт, дыхательный, вазомоторный и слюноотделительный центры, а также ядра обонятельной системы мозга. Тесное расположение указанных центров обуславливает предшествующие рвотному акту ощущения тошноты и ряд сопутствующих вегетативных

расстройств (усиление саливации, углубление дыхания, тахикардия, бледность кожных покровов вследствие спазма периферических сосудов).

- В подкорковых структурах преобладание возбуждения мозга с возникновением ответной вегетативной реакции связывают с патологическими процессами в половых органах (перенесённые воспалительные заболевания, интоксикации), нарушающими работу рецепторного аппарата матки (возможно также его повреждение плодным яйцом), что, скорее всего, возможно при нарушении физиологических взаимосвязей материнского организма и трофобласта в ранние сроки гестации.
- В начале беременности вегетативные расстройства одновременно могут быть обусловлены гормональными нарушениями, в частности, увеличением уровня ХГЧ в организме. Доказательством этого служит тот факт, что при многоплодии и пузырном заносе, когда выделяется большое количество ХГЧ, рвота беременных возникает особенно часто.
- К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относят хронические заболевания ЖКТ, печени, а также астенический синдром.
- Существовало множество теорий, пытающихся объяснить механизм

Патогенез

развития раннего токсикоза:

рефлекторная,
неврогенная,
гормональная,
аллергическая,
иммунная,
кортико-висцеральная.

В патогенезе раннего токсикоза ведущую роль занимает нарушение функционального состояния центральной нервной системы. В ранние сроки беременности симптомы раннего токсикоза проявляются расстройством функции желудочно-кишечного тракта. Пищевые рефлексы связаны с вегетативными центрами диэнцефальной области. Поступающие сюда с периферии афферентные сигналы могут носить извращенный характер (либо из-за изменений в рецепторах матки, либо в проводящих путях), возможны изменения и в самих центрах диэнцефальной области, что может изменить характер ответных эфферентных импульсов. При нарушенной чувствительности системы быстро наступает изменение рефлекторных реакций, нарушение пищевых функций: потеря аппетита, тошнота, слюнотечение (саливация), рвота. Огромную роль в возникновении раннего токсикоза играют нейроэндокринные и обменные нарушения, в связи с этим при прогрессировании заболевания, постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового метаболизма на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела. Нарушение

гормонального состояния может вызывать патологические рефлекторные реакции. При рвоте беременных отмечают временное совпадение начала рвоты с пиком содержания хорионического гонадотропина, нередко отмечается снижение кортикостероидной функции надпочечников.

Патогенез

- В патогенезе рвоты беременных определяющими звеньями считают нарушение нейроэндокринной регуляции всех видов обмена, частичное (или полное) голодание и обезвоживание. В организме матери при прогрессировании рвоты постепенно нарушаются водно-солевой (гипокалиемия), углеводный, жировой и белковый обмен на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела. При голодании первоначально расходуются запасы гликогена в печени и других тканях. Затем активизируются катаболические реакции (увеличивается жировой и белковый обмен). На фоне угнетения активности ферментных систем тканевого дыхания энергетические потребности организма матери удовлетворяются благодаря анаэробному распаду глюкозы и аминокислот. В этих условиях β -окисление жирных кислот невозможно, в результате чего в организме накапливаются недоокисленные метаболиты жирового обмена - кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и β -оксимасляная кислоты), которые выделяются с мочой. Помимо этого, кетоз поддерживается путём усиленного анаэробного распада кетогенных аминокислот. На этом фоне развивается кетонурия, понижается оксигенация артериальной крови, происходит сдвиг КОС в сторону ацидоза.

Степень тяжести рвоты беременных

Легкая степень

- Рвота легкой степени отличается от физиологического состояния при беременности только количеством раз в течение суток (до 4-5), а также наличием постоянного ощущения тошноты. Однако, невзирая на рвоту, определенное количество пищи удерживается в желудке и значительной потери массы тела у беременной не происходит. Процент похудения составляет около 5% (в среднем не более 3 кг). Общее самочувствие беременной не страдает, однако возможны вялость и снижение активности. Основные показатели (частота сердечных сокращений и артериальное давление) сохраняются в пределах нормальных значений, у некоторых беременных возможно повышение ЧСС до 90 ударов в минуту. Мочеиспускание у таких беременных также в пределах нормы, кетоновых тел в моче не обнаруживают. Легкая рвота хорошо лечится, либо проходит сама, однако у 10% беременных она переходит в более тяжелую стадию.

Средняя степень

- Рвота средней степени тяжести (или умеренная) бывает 10 и более раз в сутки. Характерно ухудшение общего состояния женщины, нарушение

обмена веществ с появлением кетоновых тел. Зачастую рвоту сопровождает избыточное образование слюны, что ведет к дополнительной потере жидкости и полезных веществ, из-за чего прогрессирующе развивается обезвоживание. Потеря массы тела составляет около 6% от исходной. У женщины появляется выраженная слабость и вялость, кожные покровы бледнеют, язык покрывается белым налетом, становится суховатым. Появляется субфебрильная лихорадка, частота сердечных сокращений увеличивается до 100 ударов в минуту, артериальное давление снижается. Также уменьшается количество мочи, в ней появляются кетоновые тела. Часто типичен запор. В клиническом анализе крови выявляют признаки легкой анемии. На данной стадии требуется проведение терапии, прогноз чаще всего благоприятный.

Тяжелая степень

- Рвота тяжелой степени (чрезмерная) бывает очень редко и сопровождается развитием тяжелого отравления продуктами обмена, значительного обезвоживания, дистрофическими процессами в жизненно важных органах и системах, что приводит к нарушению их функций. Рвота возникает около 20 раз в течение суток, сопровождается обильным отделением слюны и постоянной тошнотой. Характерно ухудшение общего состояния женщины, появление адинамии, головной боли, головокружения, быстрого снижения массы тела более 10% от первоначального веса.
- Подкожно-жировой слой исчезает, кожа становится сухая и дряблая, язык и губы пересыхают, появляется запах ацетона изо рта, субфебрильная лихорадка. Происходит увеличение частоты сердечных сокращений, снижение артериального давления и диуреза. В некоторых случаях прогноз неблагоприятный.

ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение больных должно быть комплексным. Главная цель лечения - нормализация нарушенных соотношений между процессами возбуждения и торможения в ЦНС.

Профилактика

- Профилактика ранних токсикозов заключается в своевременном лечении хронических заболеваний, борьбе с абортами, обеспечение беременной эмоционального покоя, устранение неблагоприятных воздействий внешней среды. Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение легких проявлений раннего токсикоза, что дает возможность предупредить развитие более тяжелых форм заболевания.

Презеклампсия и эклампсия

- Презеклампсия - артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией.
- Презеклампсия (ПЭ) - мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией (0,3 г/л в суточной моче), нередко, отеками, и проявлениями полиорганной/полисистемной дисфункции/недостаточности.
- Тяжелая презеклампсия - презеклампсия с тяжелой артериальной гипертензией и/или клиническими и/или биохимическими и/или гематологическими проявлениями.
- Тяжелые осложнения ПЭ: эклампсия; HELLP-синдром (гематома или разрыв печени); острая почечная недостаточность; отек легких; инсульт; инфаркт миокарда; отслойка плаценты; антенатальная гибель плода отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки.
- HELLP-синдром - внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, снижение количества тромбоцитов. Может быть одним из проявлений тромботической микроангиопатии (в МКБ - M31.1).
- Значительная протеинурия определяется как потеря белка 0,3 г/л в суточной моче .

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- Эклампсия - это приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне презеклампсии при отсутствии других причин. Эклампсия развивается на фоне презеклампсии любой степени тяжести, а не является проявлением максимальной тяжести презеклампсии. В 30% случаев эклампсия развивается внезапно без предшествующей презеклампсии.
- Презеклампсия/эклампсия на фоне ХАГ диагностируется у беременных с хронической АГ в случаях:
 - 1. Регистрации впервые после 20 недель протеинурии (0,3 г белка и более в суточной моче) или
 - заметного увеличения ранее имевшейся протеинурии;
 - 2. Прогрессирования и/или нестабильности АГ (при постоянном контроле АД до 20 недели беременности);
 - 3. Появления после 20 недель признаков полиорганной недостаточности.

Факторы риска презеклампсии

- Презеклампсия в анамнезе.
- Раннее начало презеклампсии и преждевременные роды в сроке менее 34 недель в анамнезе.
- Презеклампсия больше чем в одной предшествующей беременности.

- Хронические заболевания почек.
- Аутоиммунные заболевания: системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром.
- Наследственная тромбофилия. - Сахарный диабет 1 или 2 типа. - Хроническая гипертензия.
- Первая беременность.
- Интервал между беременностями более 10 лет.
- Новый партнер.
- Вспомогательные репродуктивные технологии.
- Семейная история преэклампсии (мать или сестра).
- Чрезмерная прибавка веса во время беременности.
- Инфекции во время беременности.
- Многократные беременности.
- Возраст 40 лет или более.
- Этническая принадлежность: скандинавский, чернокожий, южноазиатский или тихоокеанский регион.
- Индекс массы тела 35 кг/м^2 или более при первом посещении.
- Систолическое АД более 130 мм рт. ст. или диастолическое АД более 80 мм рт. ст.
- Увеличенный уровень триглицеридов перед беременностью.
- Семейная история сердечно-сосудистых заболеваний.
- Низкий социально-экономический статус.
- Прием кокаина, метамфетамина.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- Артериальная гипертензия -Протеинурия
- Отеки

Критерии артериальной гипертензии во время беременности

- Критериями диагностики АГ являются: систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст., определенное как среднее в результате, как минимум, 2-х измерений, проведенных на одной руке через 15 минут .
- Артериальная гипертензия "белого халата" определяется, когда при офисной регистрации систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст., при измерении АД дома < 135 мм рт. ст. (систолическое) или < 85 мм рт. ст. (диастолическое).
- Скрытая артериальная гипертензия определяется, когда при офисном измерении регистрируются нормальные показатели АД (систолическое < 140 мм рт. ст., диастолическое < 90 мм рт. ст.), но при измерении дома регистрируется АД систолическое ≥ 135 мм рт. ст., диастолическое ≥ 85 мм рт. ст.).

Золотой стандарт для диагностики протеинурии - количественное определение белка в суточной порции.

• Граница нормы суточной протеинурии во время беременности

ММ 27/11

- Клинически значимая протеинурия во время беременности определяется наличие белка в моче $> 0,3$ г/л в суточной пробе (24 часа) либо в порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов; при использовании тест-полоски (белок в моче) - показатель $> \langle 1+ \rangle$. • Определение протеинурии с помощью тест-полоски может применяться в группе беременных низкого риска по развитию ПЭ как более быстрый и дешевый, а также достаточно чувствительный скрининговый метод, по сравнению с количественным определением белка в 24-часовой
- Умеренная протеинурия - это уровень белка $> 0,3$ г/24ч или $> 0,3$ г/л, определяемый в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или значение $\langle 1+ \rangle$ по тест-полоске
- Выраженная протеинурия - это уровень белка > 5 г/24ч или > 3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или значение $\langle 3+ \rangle$ по тест-полоске.
- При подозрении на ПЭ, у женщин с артериальной гипертензией и у беременных с нормальным АД при наличии других симптомов преэклампсии необходимо использовать более чувствительные методы (определение белка в суточной моче (наиболее приемлемо) или отношение протеин/креатинин.
- NB! Для оценки истинного уровня протеинурии необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы.
- NB! Патологическая протеинурия у беременных является первым признаком полиорганных поражений

- Отеки При физиологически протекающей беременности умеренные отеки наблюдаются у 50-80% женщин. ПЭ, протекающая без генерализованных отеков, признана более опасной для матери и плода, чем ПЭ с отеками. Массивные, быстро нарастающие отеки (особенно в области лодыжек, анасарка, скопление жидкости в полостях рассматриваются как неблагоприятных прогностических критериев тяжелой преэклампсии.
- NB! Наличие отеков не является диагностическим критерием. Опыт показывает, что отеки лица и рук являются более специфичными признаками ПЭ.

- Граница нормы суточной протеинурии во время беременности определена как 0,3 г/л;
- Клинически значимая протеинурия во время беременности определена как наличие белка в моче $> 0,3$ г/л в суточной пробе (24 часа) либо в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов; при использовании тест-полоски (белок в моче) - показатель $> \langle 1+ \rangle$.
- Определение протеинурии с использованием тест-полоски может применяться в группе беременных низкого риска по развитию ПЭ как более быстрый и дешевый, а также достаточно чувствительный скрининговый метод, по сравнению с количественным определением белка в 24-часовой
- Умеренная протеинурия - это уровень белка $> 0,3$ г/24ч или $> 0,3$ г/л, определяемый в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или значение $\langle 1+ \rangle$ по тест-полоске
- Выраженная протеинурия - это уровень белка > 5 г/24ч или > 3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или значение $\langle 3+ \rangle$ по тест-полоске.
- При подозрении на ПЭ, у женщин с артериальной гипертензией и у беременных с нормальным АД при наличии других симптомов преэклампсии необходимо использовать более чувствительные методы (определение белка в суточной моче (наиболее приемлемо) или отношение протеин/креатинин).
- NB! Для оценки истинного уровня протеинурии необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы.
- NB! Патологическая протеинурия у беременных является первым признаком полиорганных поражений

• Отеки При физиологически протекающей беременности умеренные отеки наблюдаются у 50-80% женщин. ПЭ, протекающая без генерализованных отеков, признана более опасной для матери и плода, чем ПЭ с отеками. Массивные, быстро нарастающие отеки (особенно в области поясницы), анасарка, скопление жидкости в полостях рассматриваются как один из неблагоприятных прогностических критериев тяжелой преэклампсии.

• NB! Наличие отеков не является диагностическим критерием ПЭ. Однако опыт показывает, что отеки лица и рук нередко предшествуют развитию ПЭ, а генерализованные, рецидивирующие отеки нередко свидетельствуют о сочетанной ПЭ.

Клинические проявления преэклампсии

- Со стороны центральной нервной системы: головная боль, фотофобия, парестезии, фибрилляции, судороги
- Со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия.
- Со стороны мочевыделительной системы: олигурия, анурия, протеинурия
- Со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота

- Со стороны системы крови: тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия
- Со стороны плода: задержка внутриутробного роста, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель

Выделяют умеренную ПЭ (О14.0) и тяжелую ПЭ (О14.1).

- Умеренная ПЭ встречается у 3-8% беременных; из них в 1-2% случаях приобретает тяжелое течение.
- Критерии умеренной ПЭ:
 - Артериальная гипертензия: САД 140-159 мм рт. ст. или ДАД 90-109 мм рт. ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель у женщины с нормальным АД в анамнезе.
 - Протеинурия более или равно 0,3 г/л белка в суточной пробе мочи.
- Критерии тяжелой ПЭ:
 - Тяжелая гипертензия (с цифрами ДАД более или равно 110 мм рт. ст., САД более или равно 160 мм рт. ст.) .
 - Уровень суточной протеинурии превышает 5 г/л. Протеинурия 5,0 г/л в 24 час пробе мочи или > 3 г/л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов, или значение "3+" по тест-полоске.
- NB! Диагноз тяжелой преэклампсии устанавливается при наличии преэклампсии и одного или более критериев тяжелой преэклампсии

Клинические критерии тяжелой ПЭ

в дополнение к гипертензии и протеинурии, свидетельствующие о развитии полиорганной недостаточности:

- HELLP синдром;
- расстройство ЦНС (нарушение зрения, головная боль);
- нарушение функции почек (олигурия < 500 мл/сут, повышение уровня креатинина);
- отек легких;
- внезапное возникновение отеков лица, рук, ног;
- отек зрительного диска;
- нарушение функции печени (повышение ферментов АЛАТ, АсАТ);
- боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени вследствие нарушения кровообращения);
- тромбоцитопения (ниже $100 \times 10^6/\text{л}$);
- подтверждение страдания плода (синдром ЗРП, маловодие, отрицательный нестрессовый тест).

• Симптомы и симптомокомплексы, появление которых указывает на развитие критической ситуации:

- Боль в груди.
- Одышка.
- Отек легких.
- Тромбоцитопения.

- Повышение уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ.
- HELLP (ELLP)-синдром.
- Уровень креатинина более 90 мкмоль/л.
- Диастолическое АД более 110 мм рт. ст.
- Влагалищное антенатальное кровотечение (любой объем).
- Судороги (эклампсия).

ЭКЛАМПСИЯ

- Клинические формы эклампсии:
 - Отдельные припадки.
 - Серия судорожных припадков (эклампсический статус).
 - Кома.

Симптомы-предвестники эклампсии:

- головная боль, головокружение, общая слабость;
- нарушения зрения ("мелькание мушек", "пелена и туман", вплоть до потери зрения);
- боли в эпигастральной области и правом подреберье;
- опоясывающие боли за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга (симптом Ольсхаузена);
- гиперрефлексия и клонус;
- расширение зрачков (симптом Цангмейстера).

ПРИСТУП ЭКЛАМПСИИ

- мелкие фибриллярные подергивания мышц лица с дальнейшим распространением на верхние конечности (при эпилепсии не бывает);
- тонические сокращения всей скелетной мускулатуры (потеря сознания, апноэ, цианоз, прикус языка) продолжительностью до 30 сек;
- клонические судороги с распространением на нижние конечности;
- глубокий вдох, восстановление дыхания и сознания, амнезия.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Сосудистые заболевания ЦНС.
- Ишемический/геморрагический инсульт.
- Внутримозговое кровоизлияние/аневризмы.
- Тромбоз вен сосудов головного мозга.
- Опухоли головного мозга.
- Абсцессы головного мозга.
- Артерио-венозные мальформации.
- Инфекции (энцефалит, менингит).
- Эпилепсия.
- Действие препаратов (амфетамин, кокаин, теофиллин, хлоралит).
- Гипонатриемия, гипокалиемия.
- Гипергликемия.
- Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.

- Постпункционный синдром.
- Острые интоксикации.

объем медицинской помощи

1. На догоспитальном этапе необходимо выполнить следующий объем медицинской помощи:

- - Оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе,
- кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.
- - Обеспечить венозный доступ: катетеризированная периферическая вена.
- - Ввести магния сульфат 25% 16 мл в/в медленно (за 10-15), затем 100 мл через шприцевой насос со
- скоростью 4 мл/час (1 г/ч в пересчете на сухое вещество).
- - Инфузия: только магния сульфат 25% на 0,9% растворе хлорида натрия.
- - При АД выше 140/90 мм рт. ст. - антигипертензивная терапия: метилдопа, нифедипин орально.
- - При судорогах: обеспечение проходимости дыхательных путей.
- - При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов - перевод на ИВЛ в условиях
- анестезии тиопенталом натрия и тотальной миоплегией.
- - При эвакуации пациентки с ПЭ/эклампсией линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить
- акушерский стационар, куда эвакуируется больная.

Роды вне стационара

Роды позиционируются, как нормальный процесс организма по изгнанию плода, оболочек плода и плаценты из матки по родовым путям.

Когда возникают роды вне стационара?

Наиболее часто такие роды случаются при недоношенной беременности, у многорожавших женщин.

Классификация родов

Различают роды:

Преждевременные. Беременность прервалась на сроке от 22 до 37 недель. В результате таких родов рождаются недоношенные малыши. Эти дети характеризуются низкой массой тела (500 г – 2500 г), длиной тела от 19 до 46 см, незрелостью всех органов и систем;

Срочные (обычные роды). Данные роды начинаются в сроке беременности от 38 до 42 недель. В результате рождается ребёнок массой тела от 3200 г и ростом от 46 см;

Переношенные. Беременность завершилась в сроке более 42 недель. При этом у ребёнка отмечаются признаки переношенности, а это роднички и швы узкие, кожные покровы сухие, плотные кости черепа. При таких родах малыш часто рождается с травмами;

Физиологические;

Патологические.

Тактика ведения родов вне стационара

Необходимо решить вопрос о транспортировке роженицы в стационар;

Собрать анамнез: сколько беременностей и родов было ранее, течение и осложнения при них;

Определить положение настоящей беременности, то есть общую прибавку массы тела, возможность угрозы прерывания, изменения в анализах мочи и крови, изменения артериального давления в динамике.

Эти данные должны быть отмечены в обменной карте;

Провести объективное исследование и оценить состояние;

Определить какой период родов идёт на данный момент;

6. Исследовать положение плода в матке при помощи четырёх приёмов наружного исследования;

Выслушать сердцебиение плода;

Провести оценку характера выделений из половых путей роженицы;

Если необходимо осуществить влагалищное исследование;

Установить диагноз родов;

Госпитализировать в специализированный акушерско-гинекологический стационар. Если же нет возможности транспортировки, роды принимать стоит на месте.

Принятие родов на дому

Перед родами женщине ставится очистительная клизма, сбривают волосы в области промежности, омывают наружные половые органы чистой тёплой водой с мылом. После чего производится смена постельного и нательного белья. Под простыню подкладывается клеёнка. Используется также самодельная подушка обёрнутая простынями, которая также подкладывается под таз роженицы. Эта подушка называется польстер. Польстер необходим для открытия свободного доступа к промежности.

Биомеханизм родов, или как понять, что роды начались?

ручное пособие Под этим термином подразумевается комплекс вращательных и поступательных движений плода, проходящего по родовым путям.

Первым этапом становится врезывание головки в малый таз своим косым размером.

Вторым этапом становится внутренний поворот головки. Головка проходит широкую часть полости малого таза при умеренном сгибании одним из косых размеров. Сам внутренний поворот заканчивается в малом тазу. Таким образом, из косого размера головка переходит в прямой.

Третий этап родов это разгибание головки. Образуется точка фиксации между лобковым сочленением и подзатылочной ямкой головки малыша. Вокруг этой точки происходит разгибание. Сначала рождается темя, затем лоб, лицо и, в конце концов, подбородок.

Четвёртый этап это внутренний поворот плечиков, а также наружный поворот головки. Когда рождается головка, она поворачивается затылком к левому бедру матери, а лицом к правому бедру. Постепенно ребёнок сгибается и рождается заднее плечико, после чего рождается остальное туловище и ножки.

Новорожденный малыш первый раз вдыхает атмосферный воздух, кричит и активно шевелит ножками и ручками, розовеет.

Дальнейшее наблюдение

За роженицей в этом периоде родов ведётся пристальное наблюдение. Также осматривается и новорожденный, оценивается его жизненные функции и двигательная активность.

Действия принимающего роды

Перед приёмом родов человек моет руки и проводит обработку любым кожным антисептиком, какой имеется под рукой. Задачей принимающего роды является акушерское пособие. В родах необходимо помогать, но главное не мешать физиологическому процессу.

Когда головка начинает прорезываться, акушерка обхватывает промежность рукой с чистой, а желательно стерильной салфеткой и пытается во время схватки сдерживать преждевременное разгибание головки малыша. Это движение способствует выхождению головки ребёнка из-под лобкового симфиза.

Выведение головки начинают только в тот момент, когда подзатылочная ямка проходит под лонное сочленение.

В этот момент тужиться роженице не нужно и об этом её информируют. Вышедшую головку обхватывают рукой, другой же рукой обхватывают промежность, и медленно снимают её с головки, постепенно освобождая всю голову. Выведение головки проводится до тех пор. Пока промежность не сойдёт с подбородка ребёнка. Конечно, все эти манипуляции выполняются только в перерывах между схватками.

кесарево сечение

Кроме того, после рождения головки необходимо удалить изо рта младенца всю слизь и жидкость, дабы не привести к аспирации масс в лёгкие во время первого вдоха.

Когда родилась головка, проверяют наличие обвития пуповиной шеи. Если обвитие пуповиной имеет место, аккуратно через головку устраняют его.

Действия после рождения головки

Не стоит торопиться с рождением остальных частей тела при отсутствии каких-либо показаний, к примеру, внутриутробной асфиксии плода или кровотечения. Следует дождаться, пока ребёнок самостоятельно провернётся в родовых путях. Для этого женщину просят потужиться.

После того, как родились оба плечика, малыша поднимают кверху и осторожно, без резких движений, вытягивают из родовых путей.

Чтобы сохранить промежность не стоит выпускать головку до момента соединения затылка малыша с лонным сочленением, так как в противном случае часты травмы разрывы промежности, которые заживают очень сложно и доставляют женщине множество неудобств.

При прорезывании головки пособие акушера не должно быть насильственным. Наоборот пособие проводится очень бережно и аккуратно. Новорожденного укладывают между ног матери и укрывают, дабы не допустить переохлаждения.

Оценка состояния малыша по шкале Апгар

Оценка осуществляется на 1 и 5 минуте. В данный метод входят определение:

- сердцебиения;
- дыхания;
- цвета кожи;
- тонуса мышц.

Оценка состояния ребёнка осуществляется в баллах:

7-10 баллов — реанимационных мероприятий не требуется;

4-6 баллов — дети имеют цианотичные кожные покровы, слабый мышечный тонус, частоту сердцебиений более 100 в минуту, повышенную рефлекторную возбудимость. Эти дети имеют высокие шансы на выживание и жизнь без последствий;

От 3 до 0 баллов. Эти дети находятся в глубоком асфиктическом состоянии и нуждаются в реанимации. При этом 0 баллов свидетельствует о мертворождении.

Действия после первого вдоха ребёнка

последКогда ребёнок закричал необходимо отделить его от матери, то есть перевязать и обрезать пуповину. Пуповина обрабатывается спиртом на расстоянии 8-10 см от пупочного кольца малыша, перевязывается стерильной ниткой со стороны малыша и со стороны матери. Между перевязками пуповина пересекается стерильными ножницами, а затем обрабатывается 5% раствором йода.

Последующая обработка малыша осуществляется только в условиях профильной клиники.

Последовый период, или пособие после родов

Это период от момента рождения ребёнка до рождения последа. В это время плацента отслаивается со всеми оболочками и образуется послед.

Сам последовый период при физиологическом течении родов длится от 5 до 20 минут. При этом развивается физиологическое маточное кровотечение. После возникновения схваток последового периода кровотечение останавливается. Когда послед выходит из родовых путей, он обязательно осматривается на наличие патологий и на предмет полноты его отхождения. Если часть последа осталась в матке, последняя не может достаточно эффективно сократиться и непременно развиваются гипотонические кровотечения.

Уже родильница после родов переодевается в чистое бельё. Её стоит уложить в чистую постель и накрыть тёплым одеялом. Нельзя прекращать наблюдение ни за новорожденным, ни за матерью.

Новорожденного, родильницу и послед доставляют в акушерскую клинику.

Заключение.

Подводя итоги можно сказать, что перед работником скорой помощи, приезжая на вызов к беременным с токсикозом или на роды вне стационара, лежит много задач, которые следует решить и оказать неотложную помощь.

Список литературы.

1. Гентер Г.Г. Учебник акушерства.- Л.: Биомедгиз 1937.
2. Интенсивная терапия. Национальное руководство. /Под редакцией Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова – М: ГЭОТАР
3. Брауде, Л.И. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии / И.Л. Брауде, Л.С. Персианинов. М.: Медгиз, 2011. - 359 с.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____
(наименование кафедры)

Рецензия проф. Писова В.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения

по специальности СМП

Писова В.А.
(ФИО ординатора)

Тема реферата Покшикози береминик. Презентация
Эксперт Родос вв стационара

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	достоверность, исправлено
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	хорошо

Дата: «29» декабрь 2020 год

Подпись рецензента

Писова В.А.
(подпись)

Писова В.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Писова В.А.
(подпись)

Писова В.А.
(ФИО ординатора)