**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Гинекологии**

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Доклад**

на тему:

«Экстренное родоразрешение»

Выполнила: студентка V курса

--------------------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Перевозка рожениц
2. Подготовка к срочному родовспоможению
3. Срочное родоразрешение
4. Преждевременные роды
5. Лечение непосредственно после родов

Литература

**Введение**

Необходимость в неотложном родоразрешении вне родильного дома возникает относительно нечасто (1 на 695 родов, или в 0,14 % случаев, по данным обширного исследования Weir), но является событием, вызывающим крайнее беспокойство, как у медицинского персонала, так и у родителей. Несмотря на тщательные расчеты, срочные роды могут начаться в домашних условиях, в пути или в отделении неотложной помощи госпиталя, не располагающего родильной палатой. Срочные роды часто бывают непредсказуемыми и могут произойти как у первородящей юного возраста, которая может не распознать периодические схваткообразные боли внизу живота, как роды, так и у опытной многорожавшей женщины. Другие причины срочного родоразрешения включают неадекватную подготовку (в том числе неспособность обеспечить дополнительный уход за другими детьми), отсутствие транспорта, отдаленное географическое местоположение, боязнь попасть в госпиталь слишком рано или с ложными родовыми схватками, боязнь родоразрешения в пути и преждевременные роды. Вопрос о целесообразности родоразрешения во внебольничных условиях является источником постоянных жарких споров, хотя такое родоразрешение, к счастью, встречается весьма редко (по статистическим данным).

**1. Перевозка рожениц**

Современное акцентирование необходимости перевозки рожениц высокого риска (а не перевозки новорожденных) в специализированные учреждения повышает значимость надлежащей подготовки к срочному родоразрешению в пути. Регионализация акушерской помощи и обеспечения ухода за новорожденными и особенно создание в 60—70-х годах центров интенсивного лечения новорожденных обусловили значительное снижение неонатальной смертности. Хотя региональные центры предназначаются, прежде всего, для оказания всесторонней помощи новорожденным, в ряде исследований сегодня подчеркивается желательность приоритета транспортировки матери (а не новорожденного). Это особенно справедливо в отношении недоношенных с массой тела менее 1500 грамм и родившихся ранее 34 недель беременности. Транспортировка матери может улучшить показатели смертности и заболеваемости, новорожденных с учетом более низкой стоимости госпитализации и длительности пребывания на койке. Перевозка матери осуществляется, как правило, быстрее и требует меньших затрат, чем транспортировка новорожденного. В этом смысле матка, безусловно, служит оптимальным транспортировочным инкубатором.

Причины транспортировки матери включают плацентарное кровотечение, гипертензию, связанную с беременностью, нарушения состояния плода, многоплодная беременность, сахарный диабет или другие заболевания и осложнения у матери, но наиболее частым показанием к транспортировке роженицы в региональный перинатальный центр служат преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек. Это требует определенной готовности к срочному родоразрешению и проведению реанимационных мероприятий у недоношенного ребенка в пути. Родоразрешение в пути следования (в самолете или в наземном транспорте) будет относительно редким событием в случае обеспечения адекватной связи и соответствующей консультации. Разумеется, от попытки перевозки роженицы следует отказаться в случае сердечно-сосудистой нестабильности у матери или плода или если расширение шейки матки не удается остановить с помощью токолитических средств.

В автотранспорте, предназначенном для перевозки рожениц, должны иметься стерильные пакеты для родовспоможения, растворы для внутривенных инфузий и различные трубки, медикаменты для матери и плода, оборудование для реанимации новорожденного и проведения мониторинга, как у матери, так и у ребенка. Бригада, осуществляющая перевозку, должна быть хорошо знакома с применением и побочными эффектами р-адренергических препаратов — тербуталина и ритодрина, используемых при лечении преждевременных родов, а также раствора сернокислого магния, применяемого при гипертензии, вызванной беременностью, а иногда и при преждевременных родах.

Автотранспорт, предназначенный для перевозки рожениц, в целом представляется наиболее экономичным и эффективным средством доставки в радиусе 50—60 миль. Однако в некоторых густонаселенных урбанизированных районах использование вертолетов для транспортировки даже на короткие расстояния более рационально ввиду возможного возникновения транспортных пробок при наземной перевозке. Использование вертолетов наиболее целесообразно при транспортировке рожениц из сельской местности на расстояния более 100 миль, когда высокая скорость более чем адекватно компенсирует потерю времени в пути между госпиталем и аэропортом.

Однако воздушные перевозки сопряжены и с дополнительной потенциальной опасностью для плода. Это связано с высотой полета, что создает стрессовые условия, а также с вопросами безопасности и возможными изменениями погодных условий. Небольшие самолеты-амбулатории, используемые для перевозки рожениц, рассчитаны для полетов на высоте 1500— 2400 м, однако случайное возникновение декомпрессии во время транспортировки может вызвать гипоксию у плода. Это особенно неблагоприятно сказывается на состоянии плода, уже имеющего частичные нарушения вследствие гипертензии, вызванной беременностью или в результате инфаркта плаценты или ее отслойки. При полетах на больших высотах, как и при проведении неотложных реанимационных мероприятий, необходимо введение адекватного количества дополнительного кислорода через лицевую маску или носовую трубку.

**2. Подготовка к срочному родовспоможению**

Для проведения срочного родоразрешения в госпитальном отделении неотложной помощи должно иметься такое же оборудование и оснащение, которое требуется для транспортировки роженицы. Госпитали, не располагающие родильными отделениями (или палатами) должны, тем не менее, быть готовыми (насколько это возможно) к приему роженицы, которую доставляют в ОНП ввиду начавшихся схваток и близкого родоразрешения.

У каждой роженицы, поступившей в ОНП со сроком беременности более 20 недель и активными схватками, проводится быстрое обследование, включающее бимануальное влагалищное исследование для определения раскрытия шейки матки, оценку состояния жизненно важных органов, а также частоты сердечных сокращений у плода. Исключение составляют беременные с интенсивным влагалищным кровотечением, у которых до проведения влагалищного исследования осуществляется УЗИ для исключения предлежания плаценты. Кроме того, рожениц с подозрением на разрыв плодных оболочек необходимо осмотреть с помощью стерильного зеркала; при этом используются нитразиновая бумага и тест папоротника для подтверждения разрыва оболочки (если есть некоторое время до начала родоразрешения). Исследование с помощью зеркала позволяет лучше осмотреть шейку матки и определить степень ее раскрытия, а также взять мазки для посева микрофлоры (в частности, для выявления стрептококка группы В и возбудителя гонореи, если анамнез неясен или не проводилось дородовое обследование). Иногда в ОНП поступают беременные женщины, отрицающие наличие беременности. Чаще всего это наблюдается у пациенток подросткового возраста, однако любая женщина в возрасте от 12 до 45 лет, которая поступает в ОНП с влагалищным кровотечением или болями в животе, обследуется с целью определения возможной беременности, даже если она отрицает ее наличие. Необходимо проведение допплеровского исследования для подтверждения присутствия жизнеспособности плода, хотя невозможность определения сердечных тонов плода не исключает беременности живым плодом.

Бимануальное влагалищное исследование проводится в стерильных перчатках в литотомическом положении пациентки. Определяется степень раскрытия и сглаженности шейки матки, а также предлежащая часть плода (например, темя или ягодицы). Следует исключить выпадение пуповины. Однако беременная женщина не должна долго оставаться в положении на спине, так как беременная матка может сдавливать крупные сосуды, что приводит к синдрому гипотензии (возникающему в положении на спине) и уменьшению перфузии матки.

Необходимо быстро ознакомиться с дородовыми записями, если таковые имеются. Гестационный возраст может быть определен по сроку последней менструации (СПМ), если он известен; дату родов можно рассчитать, используя правило Негеля (к СПМ прибавить 9 месяцев и 7 дней). Ультразвуковое исследование может быть полезным для обоснованной оценки потенциальной жизнеспособности плода при недоношенной беременности неопределенного срока, однако УЗИ в III триместре ненадежно в плане определения точного срока ( ± 3—4 недели). В период от 20-й до 35-й недели имеется грубая корреляция между сроком беременности и высотой стояния дна матки (измеряется в сантиметрах от симфиза).

Если у женщины с активными схватками шейка матки раскрыта на 6 см или более, то дальнейшая транспортировка даже на небольшое расстояние невозможна; необходима подготовка к срочному родоразрешению. Если позволяет время, следует установить в/в линию для введения лактата Рингера; таким образом, подготавливается введение препаратов, жидкостей или продуктов крови сразу же после родов (в случае необходимости). Минимальное исследование крови включает определение гемоглобина или гематокрита (или полный подсчет форменных элементов крови), группы крови (если она неизвестна) и времени свертывания: кроме того, необходимо иметь плазму крови для срочного определения перекрестной совместимости, если потребуется трансфузия. Если возможно, проводится анализ мочи на содержание белка и сахара.

Температура тела роженицы, артериальное давление (между схватками) и частота сердечных сокращений измеряются, по крайней мере, каждые 1—2 часа. При отсутствии непрерывного мониторинга сердцебиение плода оценивается с помощью фетоскопа Допплера или акушерского стетоскопа каждые 15 минут до полного раскрытия шейки матки (10 см) и каждые 5 минут во время второго периода родов (полное раскрытие шейки и родоразрешение). В норме частота сердечных сокращений у плода составляет от 120—160 уд/мин; ее можно отличить от материнского сердечного ритма (если необходимо) путем одновременной мануальной оценки пульса в лучевой артерии. Частота сердечных сокращений у плода определяется, по меньшей мере, в течение 30 секунд после сокращения матки. В случае возникновения брадикардии роженице дают кислород, вводят болюс внутривенной жидкости и поворачивают на бок. Это максимально увеличивает кровоток в матке и улучшает оксигенацию плода, а также ослабляет сдавление пуповины. Если брадикардия сочетается со спастическими сокращениями, а родоразрешение не начинается, следует рассмотреть возможность введения токолитических препаратов для расслабления матки (например, 0,25 мг тербуталина подкожно или 4—6 грамм сульфата магния внутривенно в течение 15—20 минут). Если, кроме того, наблюдается болезненность матки, сильная боль в спине или чрезмерное влагалищное кровотечение, то необходимо учитывать возможность отслойки плаценты.

Если плодные оболочки целы, то обычно нет оснований для их искусственного разрыва вплоть до фактического родоразрешения. Амниотомия может привести к выпадению пуповины, если головка плода не заняла место в тазу. Не следует допускать растяжения мочевого пузыря; если же это случилось, а роженица не в состоянии самостоятельно опорожниться, то показана его катетеризация.

Во время полного раскрытия шейки роженица испытывает почти неконтролируемые потуги для высвобождения ребенка приемом Вальсальвы. Но прежде чем позволить матери тужиться, следует проверить состояние шейки, чтобы убедиться в ее полном раскрытии. Если шейка матки еще пальпируется, то в результате неконтролируемых попыток изгнания плода могут возникнуть серьезные разрывы. В этот момент особенно важны успокаивающая беседа, подбадривание и эмоциональная поддержка матери, впрочем, необходимые на протяжении всего периода родов. Предлагаемое альтернативное поведение, например сосредоточение внимания на дыхании и сердцебиении во время схваток, может помочь роженице следовать получаемым советам и держать под контролем усилия, направленные на изгнание плода. Может помочь и положение роженицы на боку.

Как только произойдет полное раскрытие шейки, эксплозивные усилия, скорее всего, будут возникать спонтанно. Однако неопытная роженица может нуждаться в соответствующих инструкциях: делать глубокие вдохи в начале каждой схватки, а при задержке дыхания тужиться, как при дефекации. И действительно, во второй период родов нередко имеет место изгнание каловых масс, поэтому промежность следует часто очищать слабым мыльным раствором. Роженицу, однако, не следует побуждать к натуживанию в отсутствие очередного сокращения матки, что можно установить путем прямой пальпации.

**3. Срочное родоразрешение**

По мере продвижения головки плода вниз приближение родоразрешения определяется по выпячиванию промежности с последующим "врезыванием" головки. На данном этапе не следует пытаться отсрочить родоразрешение, однако его необходимо контролировать с целью предупреждения повреждений, как у плода, так и у матери. Для родоразрешения может использоваться традиционное литотомическое положение на спине или латеральное положение Симса. Последнее имеет преимущество: более медленное прохождение головки и сохранение натяжения тканей промежности, что может облегчить родоразрешение и позволяет избежать рассечение входа во влагалище. С другой стороны, дорсальное литотомическое положение роженицы облегчает менее опытному акушеру визуальный и мануальный контроль процесса родоразрешения, а также выполнение (при необходимости) эпизиотомии. Если выбрано дорсальное литотомическое положение, то роженицу следует слегка наклонить в сторону для уменьшения давления на полую вену и подложить под ягодицы подушку или какую-либо опору, одновременно обеспечив пространство для рождения головки и плечиков ребенка. Бедра роженицы должны быть широко раздвинуты, а колени согнуты.

С каждой схваткой вход влагалища все больше выпячивается, приспосабливаясь к продвижению головки плода; этому процессу можно помочь осторожным натяжением кожи промежности пальцами. В случае необходимости в это время выполняется эпизиотомия, что позволяет избежать спонтанных разрывов. Непосредственно перед эпизиотомией вводится местный анестетик (5—10 мл 1 % лидокаина). В отсутствие раствора для местного обезболивания эпизиотомия может быть произведена с минимальной болью в тот момент, когда ткани промежности максимально натянуты; при этом головку ребенка предохраняют пальцами (в перчатках). Разрез делают по средней линии промежности, не расширяя его до прямой кишки.

При появлении головки на нее помещают ладонь одной руки, чтобы помочь ее нормальному прохождению и вместе с тем предупредить ее внезапное выталкивание из влагалища. Здесь роженицу просят не напрягаться, чтобы свести к минимуму травму, связанную с неконтролируемыми попытками изгнания плода. Наилучшим методом ослабления непреодолимого позыва к потугам, когда головка плода растягивает промежность, обычно является успокоение и просьба к роженице дышать через нос.

Если усилия, направленные на изгнание плода, контролируются и одна рука акушера находится на теменной области головки, второй рукой, обернутой стерильной салфеткой, можно слегка приподнять подбородок ребенка (со стороны ануса роженицы). Это облегчает дальнейшее расширение, способствуя медленному, контролируемому выходу головки плода (модифицированный прием Ритгена). После того как головка родилась (обычно лицом вниз), она стремится занять латеральное положение.

Сразу же после рождения головки следует пропальпировать область шеи ребенка с целью поиска петель пуповины, которые обнаруживаются в 25 % случаев. Если пуповина относительно свободна, то ее можно сбросить с головы ребенка. Если же она туго натянута, то необходимо наложить два зажима на наиболее доступную часть пуповины (обычно спереди) и пересечь ее. Если имеются многие петли, их можно затем распутать.

Прежде чем продолжится рождение плечей и груди, необходимо вытереть лицо ребенка и аспирировать содержимое полости рта и носа с помощью резинового баллончика, чтобы освободить дыхательные пути. Это особенно важно для предупреждения аспирации мекония в том случае, когда отмечается мекониевое окрашивание амниотической жидкости. Если нет резинового баллончика, то полость рта очищают пальцем (насколько это возможно).

Теперь внимание должно быть сосредоточено на рождении плечей, которое можно облегчить, поместив ладони на боковые поверхности головки плода и производя осторожную тракцию книзу, что способствует выходу переднего плеча из-под симфиза. При этом следует соблюдать осторожность, избегая чрезмерных усилий, так как это может привести к повреждению плечевого сплетения. Если имеется сопротивление, то следует попросить ассистента надавить на живот над симфизом (не давить на дно матки), чтобы устранить задержку плеча позади симфиза. После появления переднего плеча, осторожной тракцией кверху извлекают заднее плечо. Не следует допускать бесконтрольного прохождения заднего плеча, так как это может привести к разрыву анального сфинктера и прямой кишки (разрыв промежности третьей степени).

Ребенок бывает очень скользким, особенно если имеется толстый слой первородной смазки. Задняя рука во время ее рождения должна скользить книзу по заднему плечу, а затем позади затылочной поверхности шеи, чтобы поддержать головку. Поскольку тело рождается спонтанно, передняя рука родится вместе с ним, располагаясь вдоль спины. Помещение указательного пальца между бедрами, а третьего и большого пальцев вокруг каждого бедра гарантирует надежный захват ребенка. Однако ребенка не следует удерживать за пятки в перевернутом положении. Его можно слегка покачать той же рукой, которой зажаты бедра, а другую руку использовать для вытирания тела и отсасывания содержимого из полости рта и глотки (если необходимо).

Если ребенок спонтанно дышит и родился практически в срок, то не следует спешить с перерезанием пуповины. Ребенка можно вытереть насухо, обернуть теплым одеялом и положить на материнский живот, что сведет к минимуму потерю тепла. Перед пересечением пуповины стерильными ножницами ее пережимают двумя зажимами. Если под рукой нет стерильных ножниц, то лучше отложить процедуру, пока не будет найден стерильный инструмент.

Для определения необходимости реанимационных мероприятий производится немедленная оценка состояния ребенка по шкале Апгар.

**4. Преждевременные роды**

Так как преждевременные роды являются частой причиной неожиданного рождения ребенка, экстренное родовспоможение включает пособие для недоношенных детей. Очень важное значение имеет медленное и контролируемое проведение родов недоношенного ребенка ввиду его особой хрупкости и уязвимости; у такого ребенка выше вероятность разрыва внутричерепных кровеносных сосудов, а также поверхностного кровоизлияния. Ввиду этого лучше избегать искусственного разрыва плодных оболочек. Хотя размеры головы у недоношенного ребенка меньше, эпизиотомия должна широко выполняться для предупреждения продолжительного "врезывания" головки плода или ее внезапного рождения. Недоношенного ребенка следует быстро вытереть насухо, чтобы уменьшить интенсивную потерю тепла. Пуповину быстро пережимают и пересекают, после чего оценивают состояние ребенка, с тем, чтобы определить необходимость возможной реанимации. При проведении любой вспомогательной вентиляции легких, которая может потребоваться, должен использоваться небольшой мешок Амбу; при этом следует избегать применения повышенного давления, приводящего к пневмотораксу.

Недоношенные дети чаще, чем доношенные, при рождении имеют тазовое предлежание. Хотя методом выбора при преждевременных родах с тазовым предлежанием плода является кесарево сечение, в экстренной ситуации это может оказаться невозможным. Наиболее приемлемый вариант в таких случаях — обеспечение самопроизвольного родоразрешения, по крайней мере, до тех пор, пока достижим уровень пупка. На нижнюю часть спинки и ягодицы ребенка помещают теплое полотенце и осторожными движениями, удерживая его за кости таза и спинку (не живот!), ротируют кпереди одно плечо и завершают его рождение, приподняв все тело ребенка. Второе плечо ротируют впереди обратным движением и выводят его наружу. Ассистент применяет надлонное давление, чтобы помочь сохранить флексию головы ребенка. При появлении шеи можно поместить палец над верхней челюстью или (если делать это осторожно) в рот ребенка, согнуть голову для ее рождения, избегая ее задержки в шейке матки. Ребенку с тазовым предлежанием чаще требуется реанимация.

**5. Лечение непосредственно после родов**

Следует обеспечить самопроизвольное отделение плаценты, если только отсутствует значительное активное кровотечение. Потягивание за пуповину сопряжено с риском ее разрыва; возможен также катастрофический выворот матки. Обычными признаками отделения плаценты являются внезапное кровоизлияние и удлинение пуповины. Сразу же после изгнания плаценты плодные оболочки могут быть извлечены путем их выкручивания при ротации плаценты.

После отхождения плаценты матку массируют, с тем, чтобы помочь ей сократиться и остаться упругой. Сокращению матки способствует медленное внутривенное введение 10 ЕД окситоцина; при отсутствии венозного катетера возможна внутримышечная инъекция препарата. При чрезмерном кровотечении необходимы энергичный массаж матки, увеличение количества внутривенных растворов кристаллоидов и дополнительное введение окситоцина или метилэргоновина (метергин). Кроме того, следует определить кровоточащие места разрывов и остановить кровотечение зажимами или прямым давлением. Ушивание ран после эпизиотомии или разрывов следует предоставить опытному практику или акушеру.

Новорожденного следует тщательно вытереть и обернуть теплым полотенцем или одеялом. Сразу же после рождения головки и прежде чем ребенок сделает свой первый вдох, следует отсосать меконий. При наличии персонала, владеющего техникой неонатальной интубации у ребенка со значительным скоплением мекония проводятся интубация и отсасывание при прямой ларингоскопии. Если нет теплой кюветы, то ребенка можно держать в тесном соприкосновении с матерью для сохранения тепла.

Задачей каждого родоразрешения, в том числе в неотложной ситуации, является безопасное проведение родов с минимальной травмой для матери и без повреждений у ребенка. Обычно этого можно добиться даже при минимальном оснащении, если принимающее роды лицо (или лица) обладает (ют) необходимыми знаниями и умением вести родоразрешение и способ(ы) оказать эмоциональную поддержку матери во время родов. При необходимости основные моменты родоразрешения могут быть обсуждены по телефону с консультантом, что поможет достичь благополучного исхода, как для матери, так и для ребенка.

**Литература**

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1997г., 479с.

2. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2005 г.,750с.