

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

ПМ.02 ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

**МДК.02.03 ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ**

Специальность:

31.02.01 Лечебное дело

Квалификация выпускника: фельдшер

(углубленная подготовка)

Разработчик:

Н.В. Петренева - преподаватель Медицинского колледжа Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого

ПРИНЯТО

Предметной (цикловой) комиссией преподавателей профессионального цикла колледжа

Протокол № 1 от «30» августа 2019г.

Председатель предметной (цикловой) комиссии – Е.С. Левашова

Содержание

1. Пояснительная записка.....	4
2. Техника безопасности и правила поведения на практических занятиях.....	9
3. Тематический план и содержание МДК	10
4. Основные термины и понятия.....	15
5. Перечень манипуляций.....	23
6. Перечень практических занятий.....	24
7. Содержание практических занятий	25
<i>Практическое занятие № 27</i>	25
<i>Практическое занятие № 28</i>	29
<i>Практическое занятие № 29</i>	31
<i>Практическое занятие № 30</i>	34
<i>Практическое занятие № 31</i>	40
8. Информационное обеспечение обучения.....	48
9. Приложения.....	50
10. Лист регистрации изменений.....	109

Пояснительная записка

Методические рекомендации по практическим занятиям предназначены для студентов очной формы обучения по специальности 31.02.01 Лечебное дело (углубленная подготовка) и являются составной частью учебно-методического комплекса МДК.02.03 «Оказание акушерско-гинекологической помощи».

Методические рекомендации разработаны в соответствии с:

1. Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования 31.02.01 Лечебное дело (углубленная подготовка);
2. Рабочей программой профессионального модуля ПМ.02 Лечебная деятельность;
3. Локальными актами НовГУ.

Методические рекомендации включают 5 практических занятий, предусмотренных рабочей программой профессионального модуля в объеме 30 часов.

Целями методических рекомендаций являются: обеспечить условия качественной реализации МДК.02.03 «Оказание акушерско-гинекологической помощи», подготовить выпускника, способного к профессиональной деятельности.

Задачи:

- формировать общепрофессиональную компетентность студентов в области МДК.02.03 «Оказание акушерско-гинекологической помощи»;
- ознакомиться с наиболее распространёнными гинекологическими заболеваниями, причинами их возникновения;
- создать условия для рефлексивной самоорганизации студентов.

Проведение практических занятий в дополнение к лекционному курсу способствует развитию логического мышления, пониманию значения МДК.02.03 «Оказание акушерско-гинекологической помощи» для медицины в целом, кроме того, даёт возможность преподавателю закрепить и проверить усвоение материала.

*В результате освоения учебной дисциплины обучающийся должен **уметь**:*

- проводить дифференциальную диагностику заболеваний;
- определять тактику ведения пациента;
- назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;
- определять показания и противопоказания к применению лекарственных средств;
- применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп;
- определять показания к госпитализации пациента и организовать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;

- проводить лечебно-диагностические манипуляции;
- проводить контроль эффективности лечения;
- осуществлять уход за пациентами при различных заболеваниях с учетом возраста.
- диагностировать беременность и определить ее сроки;
- организовать диспансерное наблюдение за беременными;
- выявить осложнения беременности;
- принять физиологические роды;
- осуществить первичный туалет новорожденного;
- оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях в акушерстве.

*В результате освоения учебной дисциплины обучающийся должен **знать**:*

- анатомо-физиологические особенности женской репродуктивной системы;
- систему организации родовспоможения;
- медико-биологические и социально-психологические факторы, влияющие на внутриутробное развитие плода в разные сроки беременности;
- тактику ведения беременной при различных формах гестоза;
- тактику ведения беременной при инфекционных и гинекологических заболеваниях, экстрагенитальной патологии.
- принципы лечения и ухода в акушерстве, гинекологии, при осложнениях заболеваний;
- фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов;
- показания и противопоказания к назначению лекарственных средств;
- побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп;
- особенности применения лекарственных препаратов у разных возрастных групп.

Структурные элементы практического занятия:

- Тема занятия,
- Форма организации занятия;
- Требования к умениям и знаниям студентов;
- Цель занятия, задачи;
- Оборудование занятия;
- Методические указания;
- Задания;
- Контрольные вопросы;
- Вопросы и задания для самопроверки;
- Оценка работы студента на практическом занятии;

Работа носит репродуктивный и частично поисковый характер. Формы организации студентов при проведении практических занятий: фронтальная, групповая, индивидуальная.

Практические занятия содержат требования к умениям и знания, определены вопросы и задания для подготовки к занятиям, составлены графологические структуры тем и отобран теоретический материал. В темах определен порядок выполнения работы, составлены ситуационные задачи и задания, разработаны тестовые задания, определен глоссарий тем, итоговые контрольные вопросы, указана необходимая литература и интернет ресурсы, имеются приложения.

Итоговая аттестация в V семестре для специальности 060101 Лечебное дело в форме экзамена устного.

Критерии оценки

Оценка за работу студента на практическом занятии выставляется на основании:

1. *результатов вводного контроля,*
2. *решения проблемно-ситуационных задач,*
3. *отработки манипуляций по теме,*
4. *соблюдения правил личной гигиены, инфекционной безопасности и дисциплины.*

Результаты вводного контроля

- 5 «отлично»** - студент полностью владеет теоретическими знаниями по теме, не допускает ошибок.
- 4 «хорошо»** - студент владеет теоретическими знаниями темы, но допускает одну или две незначительные ошибки.
- 3 «удовлетворительно»** - студент имеет общее представление темы, но допускает существенные неточности в деталях.
- 2 «неудовлетворительно»** - студент имеет недостаточное представление темы, допускает существенные ошибки и не может их исправить даже по требованию преподавателя.

Оценка тестовых заданий

5 «отлично»

выставляется, если студент ответил полностью на все вопросы теста или допустил одну ошибку (90-100% заданий).

4 «хорошо»

выставляется, если студент допустил 4-5 ошибок (75-89%).

3 «удовлетворительно»

выставляется, если студент выполнил правильно более половины тестовых заданий (60-74%)

2 «неудовлетворительно»

выставляется, если студент выполнил правильно м е н е е половины тестовых заданий

Оценка практических умений

Оценка ставится на основании наблюдения за студентом и письменного отчета за работу.

5 «отлично» - работа выполнена полностью правильно, сделаны правильные наблюдения и выводы.

- Практическое задание выполнено по плану с учетом ТБ и правил работы с оборудованием, соблюдением правил асептики и антисептики, этики и деонтологии
- Проявлены организационно-трудовые умения (поддерживается чистота рабочего места и порядок на столе)

4 «хорошо»- работа выполнена правильно, сделаны наблюдения и выводы, при этом работа выполнена не полностью или допущены несущественные ошибки в работе.

3 «удовлетворительно» - работа выполнена правильно, но имеются существенные ошибки в ходе работы, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил ТБ, нарушены правила асептики и антисептики, которые исправляются по требованию преподавателя

2 «неудовлетворительно» - допущены 2 (и более) существенные ошибки в ходе работы, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил ТБ, нарушение правил асептики и антисептики, которые студент не может исправить даже по требованию преподавателя

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи

5 «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций.

4 «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций.

Техника безопасности и правила поведения на практических занятиях

Общие требования:

- К работе в учебном кабинете, а также в отделении стационара допускаются студенты, прошедшие инструктаж по охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности с отметкой в специальном журнале.

Перед началом практического занятия:

- студенту необходимо убедиться в отсутствии видимых повреждений рабочего места и инструментария;

- рабочее место студента не должно быть загромождено, проходы должны быть свободными;

- студент должен приходить в кабинет только в медицинском халате, колпаке и сменной обуви;

- запрещается пересаживаться или ходить по кабинету без разрешения преподавателя, а также вносить в кабинет верхнюю одежду или входить в верхней одежде и уличной обуви;

Во время работы:

- студент может начинать работу с использованием инструментария только после разрешения преподавателя;

- аккуратно работать с колющими и режущими предметами (инструментами);

- не работать с неисправным инструментарием;

- не разбрасывать инструменты, перевязочный материал, использованные ампулы, флаконы и другую лабораторную посуду;

- соблюдать показания к надеванию маски;

- запрещается размещать на рабочем столе посторонние предметы;

- не отвлекаться и не отвлекать других студентов посторонними разговорами и занятиями.

В случае получения травмы или плохого самочувствия студенту необходимо немедленно сообщить преподавателю о случившемся и приступить к оказанию первой медицинской помощи.

После окончания работы:

- студенту необходимо убрать свое рабочее место, провести санитарную обработку.

В случае обнаружения пожара каждый студент обязан:

- немедленно сообщить об этом преподавателю, старшей медицинской сестре отделения, и в пожарную охрану по телефону **01**;

- отключить электроприборы и оборудование, отключить вентиляцию

- участвовать в эвакуации людей;

- приступить к тушению пожара имеющимися средствами пожаротушения.

Тематический план и содержание МДК.02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи

ПМ.02 Лечебная деятельность

Часть 3. МДК 02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи		84	
Тема 3.1. Физиологическое акушерство. Физиологические роды.	Содержание Физиологические роды. Периоды. Ведение родов по периодам. Профилактика внутриутробной гипоксии плода. Первичный туалет новорожденного. Алгоритм осмотра последа.	2	1, 2
Тема 3.2 Нормальный послеродовый период	Нормальный послеродовый период.	2	
	Практическое занятие № 27 «Оказание помощи при физиологических родах. Течение родов. Гипоксия плода. Нормальный послеродовый период»	6	
Тема 3.3. Патологическое акушерство. Гестозы.	Содержание Ранние токсикозы: неотложная помощь при тяжелых формах. Гестозы: неотложная помощь при тяжелых гестозах. Профилактика осложнений. Особенности течения беременности и родов при экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваниях. Особенности клинических проявлений. Помощь при неотложных состояниях при экстрагенитальной патологии. Профилактика осложнений. Аномалии развития и заболевания элементов плодного яйца, методы коррекции.	2	2, 3
Тема 3.4. Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности.	Содержание Невынашивание беременности, ведение беременности и родов. Перенашивание беременности, ведение беременности и родов. Профилактика осложнений.	2	2, 3

Тема 3.5. Оказание помощи при тазовых предлежаниях.	Содержание Тазовые предлежания: течение беременности, методы коррекции. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях. Пособие по Цовьянову 1. Пособие по Цовьянову 2. Классическое пособие при полном открытии маточного зева.	2	2, 3
Тема 3.6. Оказание помощи при многоплодной беременности.	Содержание Многоплодная беременность: особенности течения беременности коррекция отклонений. Принципы лечения хронической фетоплацентарной недостаточности. Практическое занятие № 28 «Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности. Оказание помощи при тазовых предлежаниях. Оказание помощи при многоплодной беременности»	2 6	2, 3
Тема 3.7. Патология родов и послеродового периода.	Содержание Аномалии родовой деятельности: особенности ведения родов, методы коррекции. Профилактика осложнений. Аномалии таза: особенности ведения родов при разных формах аномалий. Клиническое несоответствие размеров таза матери и предлежащей головки. Профилактика осложнений. Поперечные и косые положения плода: неотложные состояния для матери и плода. Исходы родов. Профилактика осложнений.	2	1, 2
	Практическое занятие № 29 «Оказание помощи при аномалиях родовой деятельности. Особенности ведения родов при аномалиях таза. Особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода».	6	
Тема 3.8. Акушерский травматизм. Акушерские операции	Содержание Акушерский травматизм. Неотложные состояния для матери и плода. Принципы оказания неотложной помощи. Исходы для матери и плода. Профилактика осложнений. Акушерские операции: амниотомия, эпизиотомия, ручное обследование полости матки, классический поворот плода на ножку, при полном раскрытии маточного зева.	2	

Тема 3.9. Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний.	Содержание Послеродовые гнойно-септические заболевания. Принципы оказания неотложной помощи. Исходы для матери и новорожденного. Профилактика осложнений. Практическое занятие № 30 «Акушерский травматизм. Акушерские операции. Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний».	2 6	1, 2
Тема 3.10. Оказание гинекологической помощи. Оказание помощи при неотложных состояниях в гинекологии.	Содержание Лечение нарушений полового цикла, аномалий развития и положения женских половых органов, воспалительных заболеваний женских половых органов. Особенности лечения и оказания неотложной помощи при нарушении полового цикла. Принципы лечения при аномалиях развития и положения женских половых органов. Принципы лечения и диспансеризации при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Неотложные мероприятия. Профилактика осложнений. Принципы лечения, диспансеризации, профилактики при неотложных состояниях в гинекологии. Неотложная помощь. Практическое занятие № 31 «Лечение нарушений полового цикла. Лечение аномалий развития и положения женских половых органов. Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов. Оказание помощи при неотложных состояниях в гинекологии».	2 6	1, 2
Тема 3.11. Лечение фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов.	Содержание Принципы лечение фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов. Организация ухода.	2	
Тема 3.12. Лечение опухолей и опухолевидных образований женских половых органов.	Содержание Принципы лечения, диспансеризации, профилактики на ранних и поздних стадиях эндометриоза и опухолевидных заболеваниях женских половых органов. Организация ухода.	2	
Тема 3.13. Консервативные и хирургические методы лечения гинекологических больных.	Содержание Оказание помощи при бесплодном браке. Принципы лечения при бесплодии, методы коррекции: консервативные и хирургические. Роль лечебно-охранительного режима гинекологических больных, его организация. Консервативные методы лечения в гинекологической клинике. Основные виды оперативного лечения в гинекологии. Малые и большие полостные операции, послеоперационный уход.	2	1, 2

Самостоятельная работа обучающихся при изучении МДК.02.03:

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками информации по темам занятий.

Выполнение фрагмента истории родов.

Решение тестовых заданий и ситуационных задач для самоконтроля по темам занятий.

Составление словаря медицинских терминов.

Составление рекомендаций роженицам и кормящим матерям по рациональному питанию.

Отработка акушерского пособия. Туалет новорожденного.

Составление тестовых заданий и ситуационных задач для взаимоконтроля.

Отработка манипуляций по оказанию неотложной помощи при тяжелых формах гестозов. Изучение течения беременности и родов при экстрагенитальной патологии.

Составление граф-структур:

- «Невынашивание беременности, ведение беременности и родов»;
- «Перенашивание беременности, ведение беременности и родов»;
- «Слабость родовой деятельности. Дискоординированная родовая деятельность»;
- «Разрыв матки»;
- «Разрыв промежности»;
- «Разрыв шейки матки»;
- «Внематочная беременность»;
- «Апоплексия яичника»;
- «Перекрут ножки кисты».

Отработка классического пособия и пособия по Цовьянову при тазовых предлежаниях.

Изучение редко встречающихся форм узких тазов. Остеомалятический таз. Кососмещенный таз.

Составление таблицы «Неправильные положения плода. Осложнения».

Отработка алгоритмов амниотомии, эпизиотомии, ручного обследования полости матки.

Изучение этиологии послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Составление дневника самонаблюдения в послеродовом периоде при проведении лечения.

Работа с интернет – ресурсами.

Зарисовка схемы гинекологического кабинета, его оснащение и оборудование.

Составление списка гинекологического инструментария.

Составление дневника самонаблюдения при нарушениях менструального цикла и его лечении.

Заполнение листов назначений.

Выполнение лечебных манипуляций (введение pessaria, массаж матки) (под наблюдением преподавателя).

Выполнение лечебных манипуляций (ванночки, тампоны, присыпки, спринцевания).

Составление тезисов бесед с пациентами по подготовке к лечебным манипуляциям в гинекологии.

Составление таблиц консервативных и хирургических методов лечения.

28

Оказание акушерско-гинекологической помощи

Производственная практика

Виды работ:

- проведение гинекологических процедур (спринцевание, введение тампона к шейке матки, влагалищные ванночки);
- наблюдение за роженицей;
- прием физиологических родов;
- оказание акушерского пособия в родах;
- проведение первого туалета новорожденного;
- проведение профилактики гонобленореи;
- проведение профилактики кровотечения при родах;
- оказание доврачебной помощи при кровотечении в последовом и раннем послеродовом периодах;
- оказание доврачебной помощи при эклампсии;
- участие в осмотре родовых путей и зашивании разрывов;
- пеленание новорожденного;
- оформление истории родов и истории новорожденного;
- оформление рабочих журналов и журналов родов;
- участие в переливании крови;
- осуществление ухода и наблюдение за родильницей;
- уход за швами и снятие швов;
- оформление документации при выписке родильницы из стационара.
- осуществление подготовки к операции кесарево сечение;
- раннее прикладывание новорожденного ребенка к груди;
- транспортировка детей к матери на кормление;
- оформление документации и подготовка ребенка к выписке из родильного стационара;
- проведение туалета родильницы по назначению врача;
- обучение правилам личной гигиены;
- работа с нормативной документацией в отделении;
- контроль динамики отеков;
- контроль веса пациентки;
- оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях в гинекологии.

144

Для характеристики уровня усвоения учебного материала используются следующие обозначения:

1. – ознакомительный (узнавание изученных объектов, свойств);
2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции и под руководством);
3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

Основные термины и понятия

Аборт - искусственное или самопроизвольное прерывание беременности в первые 28 недель. Ранний аборт - в течение первых 14-15 недель, поздний аборт в сроки 16-28 недель.

Азооспермия - отсутствие в семенной жидкости сперматозоидов.

Акиноспермия (также акинозооспермия) - полная неподвижность сперматозоидов в эякуляте.

Акрсомная реакция - растворение сперматозоидом оболочек яйцеклетки.

Акушер-гинеколог - врач, специализирующийся на лечении женских болезней и ведении беременности.

Акушерское пособие – система мер, предупреждающих травматизацию роженицы и плода и сохраняющих нормальный биомеханизм родов.

Аменорея - отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более.

Амниоцентез – прокол передней стенки живота, матки и забор околоплодной жидкости с целью исследования биохимического состава околоплодных вод.

Амниоскопия – осмотр нижнего полюса плодного яйца (плодные оболочки, о/п воды и предлежащую часть плода) для определения состояния плода во время беременности и в родах.

Анамнез - совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и др., собираемых в целях использования для диагноза, прогноза, лечения и профилактики.

Ановуляция - отсутствие овуляции.

Аспирация - забор содержимого с помощью инструмента, например фолликулярной жидкости из фолликула.

Аутоантитела - антитела, действующие против собственных тканей.

Базальная температура тела (БТТ) - это температура, которая измеряется утром в заднем проходе, сразу после пробуждения, до подъема с постели. Измерение базальной температуры - один из методов функциональной диагностики деятельности яичников. В норме в первой половине менструального цикла температура находится в пределах 36,4-36,8 °С, а во второй половине - 37,0-37,4 °С.

Беременность - процесс внутриутробного вынашивания плода.

Бесплодие - диагноз, который ставится при безуспешных попытках забеременеть в течение года регулярной половой жизни без предохранения.

Бесплодие пары - длительное отсутствие беременности в супружеской паре, хотя один из супругов или даже оба могут быть способны к воспроизводству потомства.

Биомеханизм родов - совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути.

Биопсия - диагностическая процедура: забор кусочка ткани с последующим исследованием под микроскопом.

Бластомер - клетка раннего эмбриона.

Бластоциста - этап развития оплодотворенного яйца; зародышевый узелок, из которого образуются зародыш и его оболочки.

Вагинит - воспаление слизистой оболочки влагалища. То же, что и "кольпит".

Вид позиции - отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о **переднем виде** позиции, если кзади — о **заднем виде**.

Влагалище - половой орган женщины. Представляет собой эластичную мышечную трубку 7-10 см в длину, верхним концом обхватывающую шейку матки, а нижним открывающуюся в половую щель. Изнутри покрыто слизистой оболочкой.

Внутриматочная инсеминация - искусственное введение подготовленной спермы в полость матки женщины.

ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) - все методы лечения и процедуры, связанные с обработкой яйцеклеток или сперматозоидов в целях наступления беременности. К ВРТ относятся: внутриматочная инсеминация, ЭКО, ГИФТ, ЗИФТ, криоконсервация зародышей, донорство яйцеклеток и зародышей, суррогатное материнство.

Гамета - половая клетка: сперматозоид у мужчин и яйцеклетка у женщин.

Генетическая консультация - один из видов специализированной медицинской помощи, направленный на предотвращение рождения ребенка с наследственным заболеванием.

Гидротубация - диагностическая процедура: введение жидкости в фаллопиевы трубы для контроля их проходимости и лечения.

Гипертонус матки - повышенный тонус матки. Во время беременности свидетельствует об угрозе невынашивания.

Гипофиз - эндокринная железа в основании головного мозга, продуцирующая гонадотропные, лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий (ФСГ), гормоны, которые, в свою очередь, стимулируют половые железы к продукции половых клеток и гормонов.

Гистеросальпингография (ГСГ) - диагностическая процедура: рентгенологическое исследование полости матки и фаллопиевых труб.

Гистероскопия - диагностическая процедура: обследование полости матки с помощью оптической системы, введенной через влагалище и цервикальный канал.

ГИФТ (трансплантация гамет в фаллопиевы трубы) - процедура ВРТ, заключающаяся в извлечении яйцеклеток из яичников женщины, соединении их со спермой и помещении неоплодотворенных яйцеклеток и спермы в фаллопиевы трубы женщины.

Гонадотропины - гормоны, продуцируемые гипофизом, - фолликулостимулирующий и лютеинизирующий (ЛГ).

Гонады - органы, продуцирующие половые клетки и половые гормоны. Яички у мужчин, яичники у женщин.

Гормон - вещество, продуцируемое эндокринной железой, переносимое током крови к органу-мишени.

Диагональная конъюгата (conjugata diagonalis) - расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца.

Дисменорея - расстройства менструаций, нерегулярные месячные.

Дистракция – растяжение. Смещение мускулатуры из перешейка в тело матки в результате контракции и ретракции миометрия.

Дисфункция - нарушенная функция.

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота; вещество, содержащееся в ядре клетки. В структуре молекулы этого вещества закодирована наследственность организма.

Донорский эмбрион - эмбрион, образовавшийся из яйцеклетки женщины-донора, переданный женщине, не способной к зачатию со своими собственными яйцеклетками (реципиент).

Донорство яйцеклетки - взятие яйцеклетки у одной женщины для другой с целью оплодотворения "in vitro" (в пробирке).

Железа - орган, продуцирующий и выделяющий в кровь специфические для организма вещества, например гормоны.

Желтое тело - временная эндокринная железа в организме женщины, развивающаяся в яичнике после овуляции и выделяющая гормон прогестерон. В случае беременности способствует ее сохранению до образования плаценты.

Заболевание, передающееся половым путем (ЗППП) - заболевание, вызванное возбудителем, переданным во время полового сношения.

Задние околоплодные воды – околоплодные воды, расположенные выше пояса соприкосновения.

Зародыш - то же, что и "эмбрион".

Зигота - оплодотворенная яйцеклетка до начала процесса деления.

Имплантация - внедрение эмбриона в слизистую матки в процессе беременности.

Индекс Соловьева - 1/10 от окружности лучезапястного сустава.

Кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу.

Киста яичника - жидкостное, в основном качественное, образование в яичнике.

Кольпоскопия - диагностический осмотр входа во влагалище и влагалищных стенок при помощи кольпоскопа — специального прибора, представляющего собой бинокуляр и осветительный прибор.

Комбинированное бесплодие - бесплодие, вызванное проблемами как с мужским, так и с женским здоровьем.

Конфигурация головки - процесс сжатия головки для принятия наименьшего размера при прохождении через родовой канал.

Контракционное кольцо - поперечная борозда на поверхности матки, прощупываемая через брюшную стенку при родах, граница между нижним сегментом и верхним сегментом матки в виде борозды.

Контракция - одновременно сокращение каждого мышечного волокна и каждого мышечного пласта в мышечной стенке матки.

Координированность сокращений по вертикали - тройной нисходящий градиент, доминанта дна матки и реципрокность.

Координированность сокращений по горизонтали - правая и левая половины матки во время схватки сокращаются одновременно и координировано.

Лапароскопия - диагностическая процедура: обследование органов таза с помощью оптической системы, введенной через тонкий прокол передней брюшной стенки.

Лохии - выделения из послеродовой матки.

Лютеинизирующий гормон (ЛГ) - гормон гипофиза, вызывающий продукцию половых гормонов в яичках мужчин и яичниках женщин.

Лютеиновая фаза - постовуляторная фаза женского цикла. Характеризуется подъемом уровня ЛГ в крови после созревания яйцеклетки и повышения базальной температуры до 37,2-37,3 °С.

Маловодие - количество околоплодных вод менее 0,5 л.

Матка - внутренний орган женской половой системы размерами 4х6х5 см, расположенный в полости малого таза, стенки которого состоят из гладких мышц. Полость матки выстлана слизистой оболочкой. В матке происходит развитие зародыша из оплодотворенной яйцеклетки.

Маточные трубы (фаллопиевы трубы) - трубчатые образования (внутренний диаметр около 0,3 мм, длина 12-15 см), соединяющие матку с яичниками. В трубе происходит оплодотворение зрелой яйцеклетки. Устарелое название - фаллопиевы трубы.

Менархе - первые месячные.

Менопауза - естественные возрастные изменения в организме женщины, приводящие к прекращению менструаций.

Менструация - периодические кровянистые выделения из матки в течение детородного периода, связанные с овуляцией.

Многоводие - количество околоплодных вод превышает 2 л.

Многоплодная беременность - беременность, приводящая к рождению более чем одного ребенка.

Мониторинг яичников - использование ультразвука и (или) анализа крови или мочи для мониторинга развития фолликулов яичника.

Недостаточность лютеиновой фазы - неадекватное функционирование желтого тела, низкий уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ), что может препятствовать имплантации плодного яйца или вызывать ранний выкидыш.

Необъяснимое бесплодие (идиопатическое бесплодие) - бесплодие, причина которого не была обнаружена, несмотря на подробное обследование.

Нестимулированный цикл - цикл ВРТ, при котором женщина не получает лекарства для стимуляции яичников на выработку большего, чем обычно, количества фолликулов. Фолликулы развиваются естественным путем.

Обсервационное акушерское отделение – специально оборудованное отделение для госпитализации женщин с признаками инфекционного заболевания.

Овуляция – выход яйцеклетки из яичника в результате разрыва зрелого фолликула.

Околоплодные воды - жидкая биологически активная среда, окружающая плод и обеспечивающая наряду с другими факторами его нормальную жизнедеятельность.

Олигоменорея - редкие и нерегулярные менструации.

Оогенез - процесс созревания яйцеклетки в яичнике.

Оплодотворение "in vitro" (дословно, "в стекле, в пробирке") - оплодотворение вне организма, в лабораторных условиях. То же, что и "экстракорпоральное оплодотворение".

Оплодотворение - слияние мужских и женских половых клеток (сперматозоидов и яйцеклеток), в результате которого образуется зигота.

Органогенез - процесс формирования и развития органов.

Палочка Дедерлейна - общее название крупных грамположительных неподвижных ацидофильных, не образующих спор палочек, обнаруживаемых во влагалище и представляющих основной компонент его нормальной микрофлоры; относятся к роду *Lactobacillus* (*L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum*, *L. cellobiosum* и др.).

Патологический прелиминарный период - пролонгированная латентная фаза.

Патронаж - форма работы лечебно-профилактических учреждений, основными целями которой являются проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

Передние околоплодные воды – околоплодные воды, расположенные ниже пояса соприкосновения.

Перенос эмбриона - перенос оплодотворенной в лаборатории яйцеклетки в полость матки для последующего вынашивания беременности.

Перенос яйцеклетки (также называется переносом ооцита) - перенос извлеченных яйцеклеток в фаллопиевы трубы женщины с помощью лапароскопии. Эта процедура используется только для ГИФТ.

Перитониальный фактор бесплодия - наличие спаек в брюшной полости или спаечный процесс внутри маточных труб.

Перинеотомия — рассечение промежности по средней линии

Перинеорафия - хирургическое восстановление поврежденной промежности (наложение швов на промежность).

Период изгнания - время от момента полного открытия шейки матки до рождения плода.

Период раскрытия - время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки.

Пик ЛГ - выброс лютеинизирующего гормона (ЛГ), вызывающий высвобождение из фолликула зрелой яйцеклетки (овуляцию).

Плацента - развивающийся в полости матки во время беременности орган, осуществляющий связь между организмом матери и плодом.

Плодный пузырь - заполненный жидкостью мешок, в котором развивается плод, видимый при ультразвуковом исследовании.

Плоскости Годжи – система параллельных плоскостей, через которые проходит плод.

Позиция плода - отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают две позиции: первую и вторую.

Половой цикл - циклические изменения в органах репродуктивной системы женщины.

Положение плода - отношение продольной оси плода к продольной оси матки.

Послед - это плацента, плодные оболочки, пуповина.

Последовый период - время от рождения плода до рождения последа.

Послеродовой период (синоним: пуэрперальный период, пуэрперий) — период, начинающийся после родов и продолжающийся 6—8 недель.

Потуги - непроизвольные ритмические сокращения матки, диафрагмы, мышц брюшного пресса и тазового дна.

Пояс соприкосновения – область соприкосновения предлежащей части плода с нижним сегментом матки.

Предлежание плода - отношение крупной части плода ко входу в малый таз.

Предлежащая часть - часть плода, которая расположена у входа в малый таз и первой проходит через родовые пути.

Преимплантационная генетическая диагностика - выявление генетических нарушений у эмбриона до имплантации.

Прелиминарный период – латентная фаза родов, характеризующаяся появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей схваткообразного характера внизу живота и в поясничной области.

Приемы наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого) – это последовательно проводимая пальпация матки, состоящая из ряда определенных приемов.

Проводная ось (линия) таза - условная линия, соединяющая центры всех прямых размеров таза.

Прогестерон - женский гормон, продуцируемый желтым телом после овуляции, подготавливающий слизистую оболочку матки к имплантации плодного яйца и поддерживающий беременность.

Пролактин - гормон гипофиза, стимулирующий выработку молока в молочных железах.

Пункция хориона - диагностическая процедура: забор материала зародыша путем пункции в срок 2 недели беременности для выявления генетических аномалий.

Пункция яйцеклеток (пункция ооцита) - процедура отбора яйцеклеток, содержащихся в фолликулах яичников.

Пуповина - шнуровидное образование, соединяющее плод с плацентой и обеспечивающее фетоплацентарное кровообращение.

Репродукция (размножение) - воспроизведение потомства.

Ретракция - смещение мышечных волокон и пластов по отношению друг к другу.

Реципрокность - взаимосвязь сокращений тела матки и нижних ее отделов: сокращение тела матки способствует растяжению нижнего сегмента и увеличению степени раскрытия шейки матки.

Родовая опухоль - отек кожи подкожной клетчатки, расположенной ниже внутреннего пояса соприкосновения.

Роды - сложный физиологический процесс, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод.

Ромб Михаэлиса – пояснично-крестцовый ромб - очертания в области крестца.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) - это комплекс патологических симптомов, иногда возникающих на фоне гормональной стимуляции овуляции; характеризуется увеличением яичников, вздутием, ощущением тяжести, болями внизу живота и др.

Синдром персистирующего фолликула - невозможность высвобождения яйцеклетки из фолликула.

Синдром поликистозных яичников - эндокринное заболевание, встречающееся у неовулирующих женщин, характеризуемое множественными кистами яичников и повышением содержания ан-дрогенов.

Спайки - сращения между различными внутренними органами. Спаечный процесс между маткой и придатками (маточные трубы-яичники) может приводить к бесплодию.

Стерильность - неспособность к воспроизводству потомства.

Стимулированный цикл - цикл ВРТ, при котором женщина получает лекарства для стимуляции яичников с целью выработки фолликулов, содержащих несколько яйцеклеток.

Стимуляция суперовуляции - контролируемая стимуляция множественной овуляции с помощью гормональных препаратов для получения нескольких яйцеклеток.

Схватки - непроизвольные ритмические сокращения матки.

Тест на беременность - анализ крови или мочи, который определяет уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). Повышенный уровень этого гормона является химическим подтверждением беременности.

Трофобласт - наружный слой клеток зародыша; обособляется на стадии бластоцисты и обеспечивает контакт между зародышем и материнским организмом.

Трубный фактор - причина бесплодия, связанная со структурным или функциональным повреждением одной или обеих маточных труб.

Угол наклона таза - пересечение плоскости его входа с плоскостью горизонта.

Ультразвук (УЗИ) - использование высокочастотных звуковых волн для получения представления о внутренних органах.

Фертильность - способность давать потомство. Мужская фертильность - способность сперматозоидов к оплодотворению яйцеклеток. Женская фертильность - способность яйцеклеток быть оплодотворенными сперматозоидами и способность к вынашиванию беременности.

Фолликул - жидкостное образование в яичнике, содержащее яйцеклетку.

Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) - гормон гипофиза, стимулирующий рост фолликула у женщин и образование сперматозоидов у мужчин.

Фолликулярная фаза - предовуляторная фаза (I фаза) менструального цикла, во время которой происходит рост фолликула и эндометрия под действием высокого уровня эстрогенов.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) - белковый гормон, продуцируемый в ранние сроки беременности, косвенно способствует выработке желтым телом прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Может быть введен для стимуляции овуляции и продукции прогестерона в виде медицинского препарата. Повышенное содержание в крови (ХГЧ) свидетельствует о беременности.

Цервикальная (истмико-цервикальная) недостаточность - неспособность шейки оставаться закрытой на протяжении всей беременности.

Цервикальная слизь - слизь шейки матки, способствующая продвижению сперматозоида.

Цервикальный канал - шейный канал матки.

Членорасположение плода - отношение его конечностей к головке и туловищу.

Шейка матки - нижняя часть матки, находящаяся в глубине влагалища.

Экзостоз – костные образования, появляющиеся в результате гипертрофии внутреннего слоя надкостницы.

Экстракорпоральное оплодотворение (оплодотворение в пробирке, оплодотворение "in vitro", ЭКО) - процедура ВРТ, которая заключается в извлечении яйцеклеток из яичников женщины и оплодотворении их в лаборатории. Возникающие в результате этих действий эмбрионы переносят в матку через шейку матки.

Эктопическая (внематочная) беременность - беременность, локализованная вне матки; наиболее часто - в маточной трубе.

Эмбриобласт - часть бластомеров, из которых в дальнейшем развивается эмбрион.

Эмбриолог - специалист в области эмбриологии и биологии развития.

Эмбрион (зародыш) - стадия развития организма от оплодотворения до завершения формирования основных систем органов. У человека до 12-й недели беременности.

Эндометрий – слизистая оболочка матки.

Эндометриоз - разрастание ткани эндометрия вне его обычной локализации.

Эпизиография — хирургическая операция: сшивание рассеченной промежности (после эпизиотомии)

Эпизиотомия — рассечение вульварного кольца в латеральную сторону.

Эстрадиол - женский половой гормон из группы эстрогенов, продуцируемый яичником.

Эстрогены - женские половые гормоны.

Яичник - женская половая железа: продуцирует яйцеклетки и женские половые гормоны.

Яйцеклетка (ооцит) - женская половая клетка.

ПЕРЕЧЕНЬ МАНИПУЛЯЦИЙ

МАНИПУЛЯЦИЯ	ВРЕМЯ (мин)
1. Первичный туалет новорожденного.	10
2. Обработка швов на промежности	3
3. Обработка швов на передней брюшной стенке	4
4. Снятие швов с промежности.	5
5. Уход за молочными железами.	5
6. Наружный массаж матки.	3
7. Массаж матки на кулаке	6
8. Выслушивание сердцебиения плода.	4
9. Ручная ревизия полости матки.	6
10. Определение отеков	7
11. Измерение количества теряемой крови.	5
12. Ручное отделение и выделение последа.	5
13. Обследование молочных желез.	7
14. Прижатие брюшной аорты.	2
15. Взятие мазков на гормональные зеркала.	3
16. Бимануальное исследование	8
17. Подготовка к операции	10
18. Выполнение перинео-эпизиотомии	5
19. Выполнение амниотомии	5
20. Ушивание разрыва промежности	10
21. Ушивание разрыва шейки матки	10
22. Осмотр шейки матки в зеркалах	5
23. Осмотр последа	5
24. Прием родов нафантоме	7
25. Прием родов в тазовом предлежании	9
26. Постановка влагалищных ванночек	5
27. Введение тампона	3
28. Проведение комбинированной провокации	6
29. Введение pessaria	2
30. Применение методов выделения последа	7

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

№ п/п	Название тем и содержание практических занятий	Кол-во часов	Домашние задание
1.	Практическое занятие № 27: Оказание помощи при физиологических родах. Нормальный послеродовый период	6	1.Бодяжина В.И. Акушерство /В.И.Бодяжина, И.Б.Семенченко. – Изд. 8-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. 2. Конспект лекции по теме
2.	Практическое занятие № 28: Методы диагностики гинекологических заболеваний	6	1. Сивочалова О.В. Гинекология: учеб. для студ. сред. мед. учеб. заведений /– М.: ИЦ «Академия», 2008. 2. Конспект лекции по теме
3	Практическое занятие № 29 «Плод, как объект родов. Диспансеризация беременных».	6	1.Бодяжина В.И. Акушерство /В.И.Бодяжина, И.Б.Семенченко. – Изд. 8-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. 2. Конспект лекции по теме
4	Практическое занятие № 30 «Роды. Нормальный послеродовый период».	6	1.Сивочалова О.В. Гинекология: учеб. для студ. сред. мед. учеб. заведений / 2-е изд.,стер. – М.: ИЦ «Академия», 2008. 2. Конспект лекции по теме
5	Практическое занятие № 31 «Аномалии родовой деятельности. Аномалии таза»	6	1.Сивочалова О.В. Гинекология: учеб. для студ. сред. мед. учеб. заведений / 2-е изд.,стер. – М.: ИЦ «Академия», 2008. 2. Слепенкова Г.Ф. Гинекология: учеб. пособие /Г.Ф.Слепенкова. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. 3.Конспект лекции по теме

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 27 (6 час.)

Оказание помощи при физиологических родах. Нормальный послеродовый период.

Форма организации занятия – фронтальная.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- определять тактику ведения пациента;
- назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;
- определять показания и противопоказания к применению лекарственных средств;
- проводить лечебно-диагностические манипуляции;
- принять физиологические роды;
- осуществить первичный туалет новорожденного;
- оказать помощь в послеродовом периоде.

Студент должен знать:

- биомеханизм родов в переднем и заднем виде затылочного предлежания;
- тактику ведения родов;
- современные методы обезболивания родов;
- современные методы реанимации новорожденного.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучение течения и ведения родов, нормального послеродового периода, особенности проведения первого туалета новорожденного, оказания помощи при гипоксии плода.

Содержание практического занятия:

Практическое занятие проводится в учебном кабинете доклинической практики, роддоме.

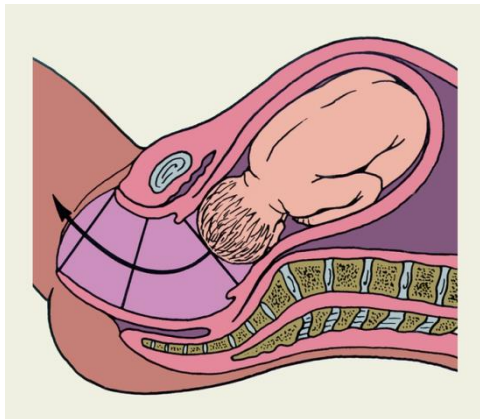
Студенты на муляжах и фантомах проводят тренинг при переднем виде затылочного предлежания, осваивают методы обезболивания в родах, под руководством преподавателя ведут роды у здоровой роженицы, проводят первичный туалет новорожденного, применяют методику: профилактики кровотечения, проводят лечение внутриутробной гипоксии плода, под руководством преподавателя осматривают послед, обучаются методике сцеживания молочных желез, пальпируют и определяют высоту стояния дна матки у роженицы.

Ситуационные задачи и задания

1.Посмотрите на схему и ответьте на вопросы:

Как называется условная линия, соединяющая центры прямых размеров таза?

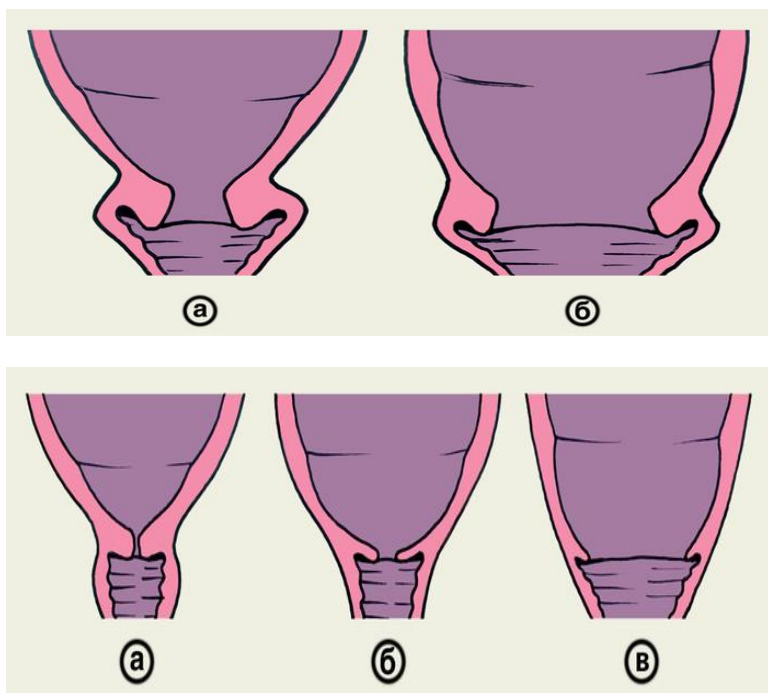
Что обозначает эта линия?



2. Посмотрите на схему и ответьте на вопросы:

Какие процессы отражены в схеме?

В чем различия между этими процессами?



Вопросы и задания для самоподготовки обучающихся к практическому занятию

1. Назовите причины наступления родов
2. Какие вам известны предвестники родов?

3. Что такое прелиминарный период?
4. Что представляют собой родовые изгоняющие силы: схватки, потуги?
5. Какие вы знаете периоды родов?
6. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания
7. Как протекает период раскрытия?
8. Какие правила ведения периода раскрытия?
9. Какие современные методы обезболивания родов вы знаете?
10. Как протекают роды в периоде изгнания?
11. Какие вы знаете принципы ведения периода изгнания?
12. Кто относится к группе риска по осложнениям в родах?
13. Течение родов в последовом периоде.
14. Какой основной принцип ведения последового периода?
15. Назовите признаки отделения плаценты.
16. Какой метод выделения последа наименее травматичный?
17. Как выполняется первичный туалет новорожденного, первичная обработка пуповины?
18. Какие существуют современные методы реанимации новорожденного?
19. Какие изменения происходят в организме родильницы?
20. Ведение послеродового периода.

Проверьте себя

Решите задачу

Задача

Поступил вызов к беременной Б., 24 года. Срок беременности 38-40 недель.

Жалобы: частые схватки, 1 час назад отошли воды.

Анамнез: беременность вторая, течение беременности без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, АД – 120/80, 120/80, живот овоидной формы, окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 36 см. В правой боковой стороне определяются мелкие части плода. В левой боковой стороне пальпируется гладкая широкая поверхность плода. Предлежащая часть – головка, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 140 уд. в мин., слева ниже пупка.

Задания:

- 1.Выявить проблемы женщины и их причины.
- 2.Оценить состояние женщины.
- 3.Определить диагноз и обосновать его.
- 4.Тактика фельдшера в данной ситуации.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 39-40 недель, 1 период срочных родов, головное предлежание , 1 позиция.
2. При наружном акушерском исследовании определяются:
 - продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой стороны пальпируются мелкие подвижные части;
 - 1 позиция, так как в левой боковой стороне пальпируется одна гладкая широкая поверхность – спинка, и сердцебиение выслушивается лучше слева;
 - предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной части.
3. Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы тела роженицы – 350 мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота (100см)* высота стояния дна матки (36 см)=3600г.
4. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания. Фельдшер встает справа роженицы и начинает оказывать пособие с момента прорезания головки.

1 момент: кисть левой руки располагают на лобке, а кончиками пальцев растягивают дополнительно ткани вульварного кольца. При этом головка дополнительно сгибается: сдерживается чрезмерно быстрое продвижение головки и предупреждается преждевременное разгибание её. Головка медленно подвигается вниз и прорезывается.

2 момент: когда затылок родился и область подзатылочной ямки упирается в нижний край симфиза, роженице запрещается тужиться с этого момента и до выведения всей головки. Фельдшер захватывает всей левой рукой головку и постепенно и осторожно её разгибает, в этот момент правой рукой сводит с головки ткани промежности, над промежностью рождается лоб, личико и подбородок.

3 момент: с очередной потугой головка поворачивается к левому или правому бедру матери, согласно позиции плода. Одной рукой придерживают головку плода, а указательный палец другой руки, со стороны спинки плода, вводят в подмышечную впадину переднего плечика плода и делают тракцию кзади до тех пор, пока переднее плечико не пройдет под лобковую дугу. После этого освобождается заднее плечико. Затем

обеими руками обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кпереди, рождение нижней части туловища проходит без затруднений. Ребенка укладывают на заранее подготовленное место. Очищают дыхательные пути от слизи, чтобы он мог сделать первый вдох.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 28 (6 час.)

Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности. Оказание помощи при тазовых предлежаниях. Оказание помощи при многоплодной беременности.

Форма организации занятия – фронтальная

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- выявить осложнения беременности;
- принять роды в тазовых предлежаниях.

Студент должен знать:

- тактику ведения беременной при невынашивании и перенашивании беременности;
- тактику ведения беременной при тазовых предлежаниях, многоплодной беременности;
- биомеханизм родов при тазовых предлежаниях;
- показания для оперативного родоразрешения.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучение принципов оказания помощи при невынашивании и перенашивании беременности, тазовых предлежаниях, многоплодной беременности.

Содержание практического занятия.

Практическое занятие проводится в учебном кабинете доклинической практики, женской консультации, роддоме.

Студенты на фантомах, проводят тренинг при преждевременных родах, осваивают методы обезболивания в родах, проводят лечебные мероприятия в родильном отделении (под руководством преподавателя), обсуждают лечение внутриутробной гипоксии плода и планируют уход за новорожденным. Студенты разрабатывают для беременной

рекомендации по профилактике и коррекции аномалий предлежания и положения плода, осуществляют под руководством преподавателя уход и наблюдение за беременной и роженицей с тазовым предлежанием, на фантоме проводят тренинг по оказанию пособия по Цовьянову 1 и пособия по Цовьянову 2, на фантоме проводят классический поворот плода на ножку при полном открытии маточного зева, обсуждают лечение внутриутробной гипоксии плода.

Ситуационные задачи и задания

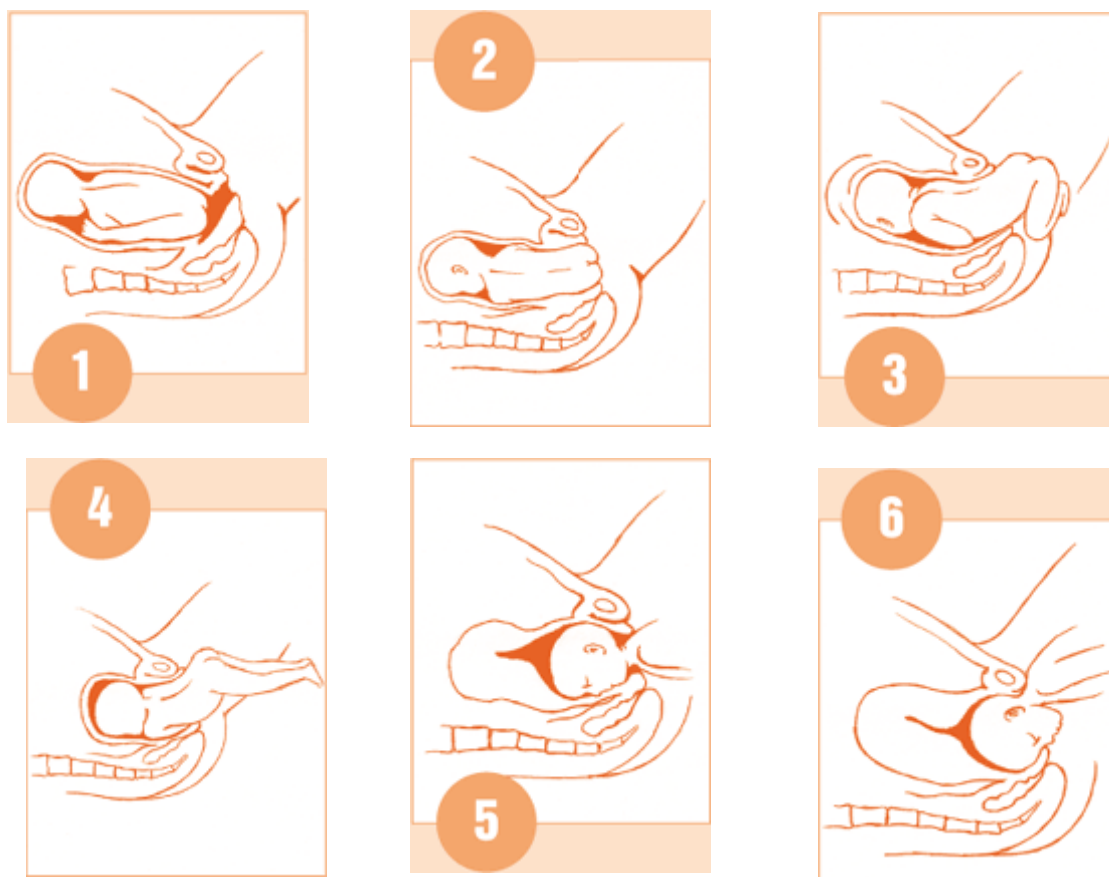
Рассмотрите схему.

Назовите вид тазового предлежания

А - ?
Б - ?
В - ?
Г - ?



Назовите моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании



Вопросы и задания для самоподготовки обучающихся к практическому занятию

1. Что такое невынашивание беременности?
2. Чем отличаются аборт и преждевременные роды?
3. Что называют привычным невынашиванием?
4. Какова этиология невынашивания?
5. Кто входит в группу риска по невынашиванию беременности?
6. Принципы ведения родов при недоношенной беременности.
7. Что такое перенашивание беременности?
8. Какова этиология перенашивания?
9. Принципы лечения перенашивания.
10. Ведение родов при переношенной беременности
11. Какие вы знаете виды многоплодной беременности?
12. Как проводится диагностика многоплодной беременности?
13. Какие принципы ведения родов при многоплодной беременности вы знаете?
14. Какие вы знаете виды тазового предлежания?
15. Как проводится диагностика тазовых предлежаний?
16. Какие возможны осложнения в родах при тазовых предлежаниях?
17. Тактика ведения родов при тазовых предлежаниях.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 29 (6 час.)

Оказание помощи при аномалиях родовой деятельности.

Патология последового и раннего послеродового периода.

Особенности ведения родов при аномалиях таза.

Форма организации занятия – фронтальная

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- оказать помощь при аномалиях родовой деятельности.

Студент должен знать:

- тактику ведения родов при аномалиях родовой деятельности;
- принципы лечения аномалий родовой деятельности;
- особенности ведения родов при аномалиях таза;
- особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить аномалии родовой деятельности, особенности ведения родов при аномалиях таза, особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода.

Содержание практического занятия

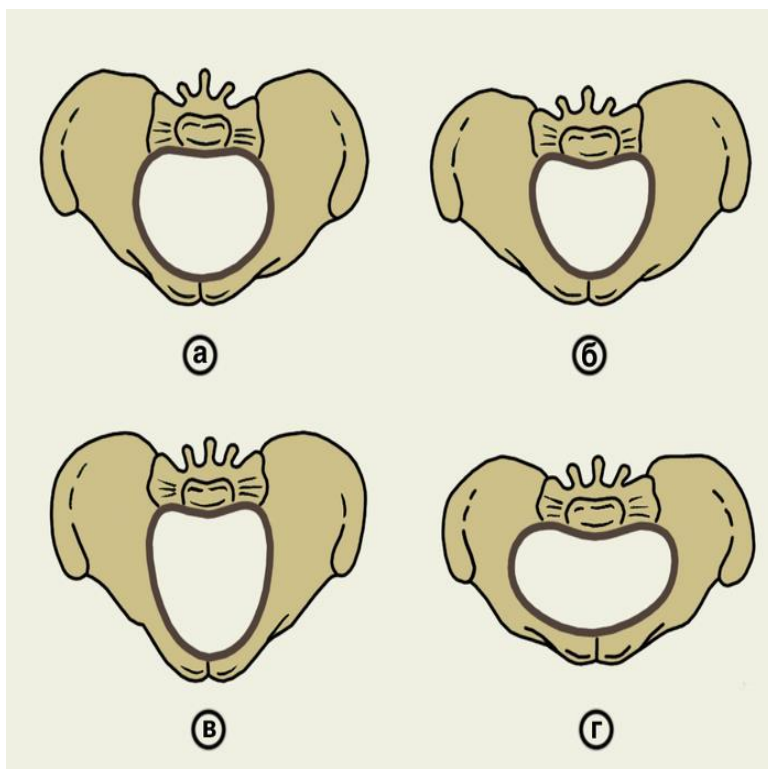
Практическое занятие проводится в учебном кабинете доклинической практики и роддоме.

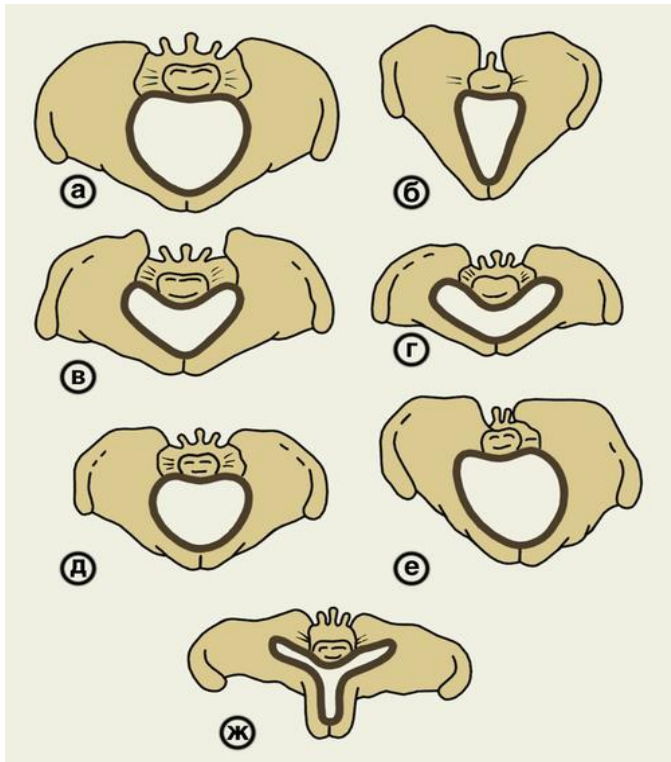
Студенты проводят лечебные мероприятия (под руководством преподавателя), отрабатывают алгоритмы при неотложных состояниях. Студенты на фантомах и муляжах проводят тренинг ручного обследования полости матки, массажа матки на кулаке, отрабатывают алгоритмы при неотложных состояниях, обсуждают план лечения при внутриутробной гипоксии плода. Студенты на фантомах и муляжах проводят тренинг по оказанию классического ручного пособия при полном открытии маточного зева, отрабатывают алгоритмы при неотложных состояниях для матери и плода, под руководством преподавателя осуществляют лечение и профилактику внутриутробной гипоксии плода в родильном отделении.

Ситуационные задачи и задания

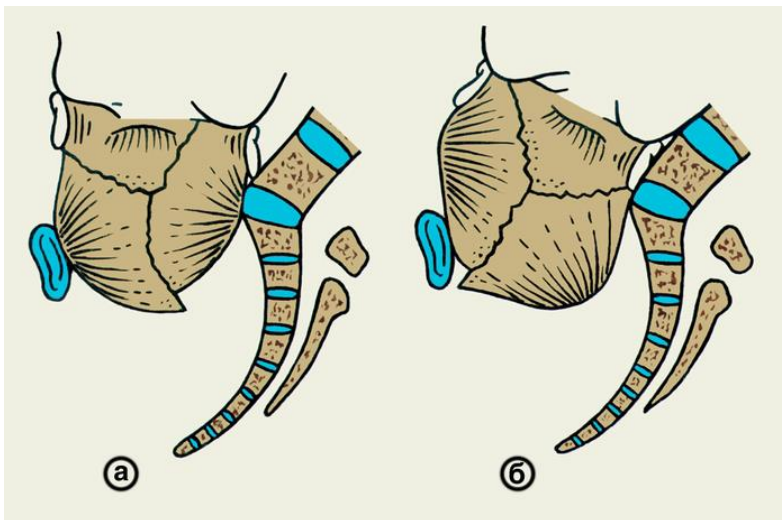
Внимательно рассмотрите схематичное изображение тазов.

Дайте характеристики данным видам тазов.

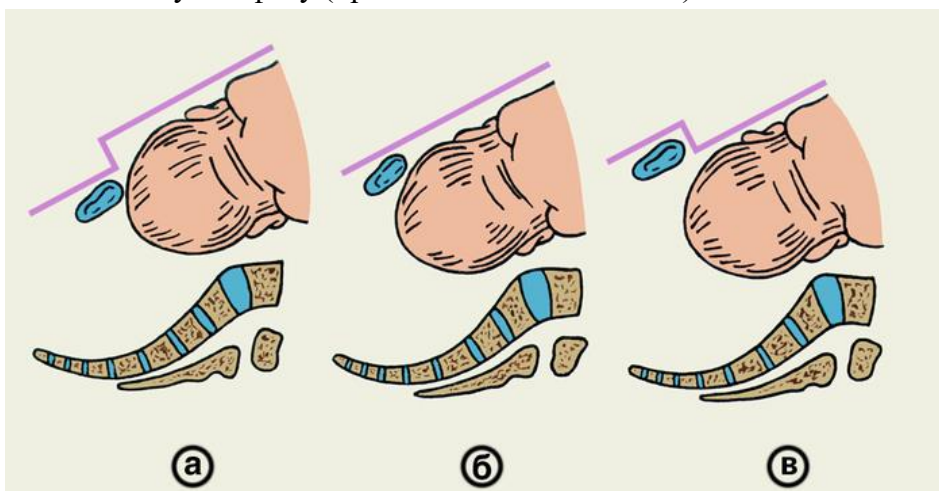




Посмотрите схематическое изображение асинклитического вставления головки плода при узком тазе и назовите виды асинклитизма.



Посмотрите схематическое изображение расположения головки плода по отношению к лобковому симфизу (признак Вастена-Генкеля) и дайте объяснение этим признакам.



Вопросы и задания для самоподготовки обучающихся к практическому занятию

1. Какие существуют аномалии родовой деятельности? Классификация
2. Что такое патологический прелиминарный период?
3. Чем различаются первичная и вторичная слабость родовой деятельности?
4. Что представляет собой чрезмерно сильная родовая деятельность?
5. Как характеризуется дискоординированная родовая деятельность?
6. Перечислите аномалии таза. Классификация.
7. Как протекает беременность при узком тазе?
8. Какие вы знаете принципы ведения беременности при узком тазе?
9. Течение и ведение родов при узком тазе

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 30 (6 час.)**Акушерский травматизм. Акушерские операции.
Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний.**

Форма организации занятия – фронтальная

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- осматривать шейку матки, мягкие ткани родовых путей;
- оказать помощь при различных травмах в акушерстве;
- подготовить пациентку к операции, осуществить послеоперационный уход;
- оказать помощь при гнойно-септических заболеваниях.

Студент должен знать:

- виды травм в акушерстве;
- причины акушерского травматизма;
- принципы оказания помощи при травмах;
- виды акушерских операций, показания и противопоказания;
- возбудителей, пути проникновения, клиническую классификацию, особенности течения септических послеродовых заболеваний;
- стадии развития септического шока;
- тактику фельдшера при оказании неотложной помощи женщинам в септических состояниях;
- мастит, классификацию, клинику, принципы лечения, профилактику.
- принципы лечения гнойно-септических заболеваний.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Изучить принципы оказания помощи при травмах, гнойно-септических заболеваниях, принципы ведения послеоперационного периода.

Содержание практического занятия.

Практические занятия проводятся в учебном кабинете доклинической практики.

Студенты на фантомах и муляжах проводят тренинг по оказанию ручного обследования полости матки, отрабатывают технику наложения швов при разрывах, отрабатывают алгоритмы при неотложных состояниях для матери и плода, проводят лечебные вмешательства под руководством преподавателя, обсуждают лечение и профилактику внутриутробной гипоксии плода. Студенты на фантомах и муляжах проводят тренинг по оказанию ручного обследования полости матки, учатся проведению амниотомии и эпизиотомии, под руководством преподавателя на фантомах отрабатывают технику наложения швов при разрывах, классический поворот плода на ножку при полном раскрытии маточного зева, отрабатывают алгоритмы действий при неотложных состояниях для матери и плода, обсуждают лечение и профилактику внутриутробной гипоксии плода. Студенты изучают данные темы, на фантомах проводят тренинг по обработке гнойных ран, снятию швов, отрабатывают алгоритмы действий при неотложных состояниях для матери и плода.

Ситуационные задачи и задания

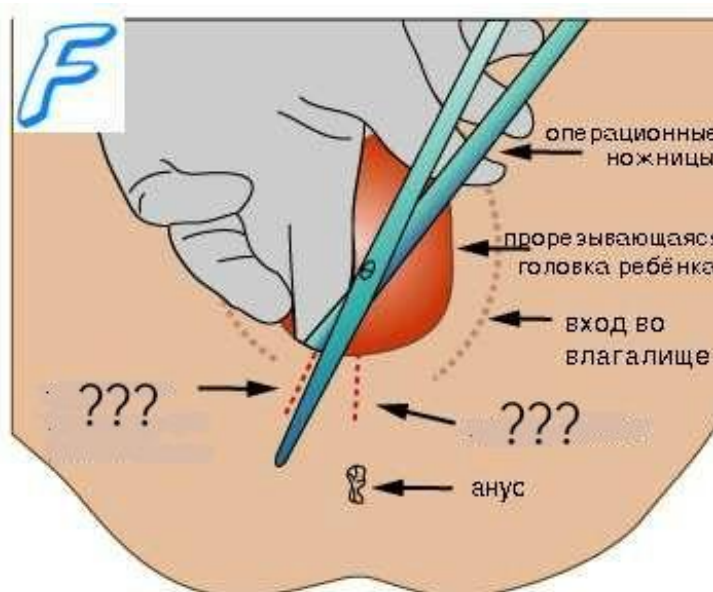
Продолжите заполнение таблицы

Время происхождения, причина Виды травм	Во время беременности	Во время родов
Гематома	Ушиб	Разрыв мягких тканей, сдавление мягких тканей

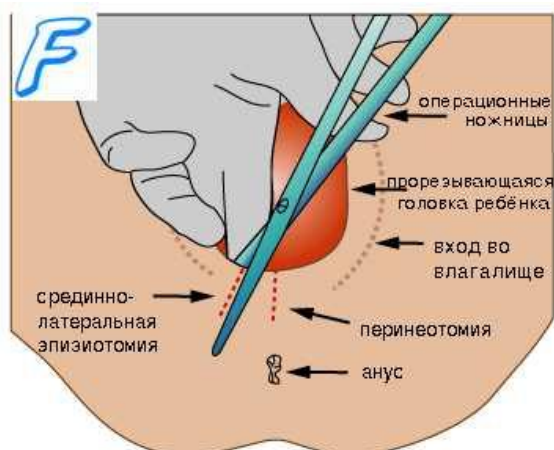
Проверьте себя!

Задание 1:

Назовите манипуляции, изображенные на схеме



Ответ



Задание 2.

Заполните таблицы

Таблица №1

Классификация:

Название забоя.	Метрит, параметрит, тромбофлебит	Послеродовый эндометрит, Послеродовая язва	Септицемия, септикопиемия	Перитонит, прогрессирующий тромбофлебит
Этапы				
	А	Б	В	Г
1.				
2.				
3.				
4.				

Ответ: 1 2 3 4

Таблица № 2

Заболевания Пэстапа:

Определение Заболевание	Воспаление околоматочной клетчатки	Воспаление брюшины малого таза	Воспаление придатков матки	Поражение глубоких слоев миометрия	Воспаление стенки вены
	А	Б	В	Г	Д
1. метрит					
2. параметрит					
3.сальпинго- офорит					
4.пельви- оперитонит					
5.тромбофлевит					

Ответ: 1 2 3 4 5

Таблица № 3

Мастит:

Клиника Форма	Нагноение инфильтр.-а	Т=39 Иногда озноб	Боль в молочной железе	Гол.боль, наруше- нисна	Аппети- та	Озноб	Обр.-я участок заб.-я	Гиперемия кожи в обл.пораж.
	А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	З
1 сероз- ный								
2. гной- ный								

Ответ: 1 2

Таблица №4

Лечение мастита:

Лечение Форма	Хирургическое лечение, антибиотики	Постельный режим	Антибакте- риальные препараты	Калорийное питание	Опорожнение молочной железы
	А	Б	В	Г	Д
1. серозный					
2. гнойный					

Ответ: 1 2

Таблица № 5

Септицемия и септикопиемия:

Определение Заболевание	Тяжелое общее септическое заболевание, характеризующееся тем, что микробы, попавшие в кровь, размножаются в ней и разносятся по всему организму. пораж.	Микробы периодически поступают в кровь и образуют в разных органах и тканях новые очаги инфекции, которые нагнаиваются
	А	Б
1.септицемия		
2. септикопиемия		

Ответ: 1 2

Ответы:

Таблица № 1 «Классификация»

- 1 - Б
- 2 - А
- 3 - Г
- 4 -В

Таблица № 2 «Заболевания II этапа»

- 1 -Г
- 1 - I
- 2 - А
- 3- В
- 4- Б
- 5 - Д

Таблица № 3 «Мастит»

- 1 - Б, В, Г, Д
- 2 - Е, Ж, З, А

Таблица №4 «Лечение мастита»

- 1 -Б, В,Г', Д
- 2- А

Таблица №5 «Септицемия и септикопиемия»

- 1 -А
- 2-Б

Вопросы и задания для самоподготовки обучающихся к практическому занятию

1. Причины и классификация разрывов матки
2. Клиника угрожающего разрыва матки по типу механического препятствия.

3. Клиника угрожающего разрыва матки по типу расползания тканей
4. Клиника начавшегося разрыва матки, лечение
5. Клиника свершившегося разрыва матки, лечение
6. Причины, степени разрывов шейки матки
7. Причины, степени разрыва промежности
8. Ушивание разрывов промежности, шейки матки, влагалища
9. Профилактика материнского травматизма
10. Что входит в первый этап инфекционного воспалительного процесса?
11. Что входит во второй этап инфекционного воспалительного процесса?
12. Что входит в третий этап инфекционного воспалительного процесса?
13. Что входит в четвертый этап инфекционного воспалительного процесса?
14. Какие возбудители вызывают ГСЗ?
15. Какие существуют пути проникновения возбудителя в организм?
16. Назовите стадии развития септического шока.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 31 (6 час.)

Лечение нарушений полового цикла.

Лечение аномалий развития и положения женских половых органов.

Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов.

Оказание помощи при неотложных состояниях в гинекологии.

Форма организации занятия – фронтальная

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- Провести терапию воспалительных заболеваний, нарушений МЦ
- Оказать помощь при неотложных состояниях

Студент должен знать:

- Принципы лечения нарушений МЦ, аномалий развития женских половых органов, воспалительных заболеваний;
- Алгоритм оказания помощи при неотложных состояниях в гинекологии;
- принципы лечения и ухода в гинекологии.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Изучить принципы лечения нарушений МЦ, аномалий развития женских половых органов, воспалительных заболеваний, оказание неотложной помощи.

Содержание практического занятия

Практическое занятие проводится в учебном кабинете доклинической практики, гинекологическом отделении или в женской консультации.

Студенты изучают принципы лечения при нарушении полового цикла, отрабатывают алгоритм действия при дисфункциональных маточных кровотечениях, знакомятся с принципами диспансеризации.

Изучают принципы лечения и диспансеризации при воспалительных заболеваниях женских половых органов, отрабатывают алгоритмы действий при неотложных состояниях, осуществляют профилактические мероприятия.

Ситуационные задачи и задания

ЗАДАЧА №1

Девочка 15-ти лет обратилась в сопровождении матери с жалобами на кровотечение из половых путей в течение недели. Слабость, головокружение. Анамнез: в детстве частые ОРЗ. Менструальные с 13-ти лет по 5-7 дней, нерегулярные, часто обильные, болезненные, последние менструальные закончились 2 недели назад. Половую жизнь отрицает. Недавно испытала стресс. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 68 уд./мин., АД 110/60. Живот мягкий, безболезненный. Мать обеспокоена тем, что девочке назначат выскабливание полости матки.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Поставить диагноз. Обосновать его.
3. Тактика фельдшера в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы:

- слабость, головокружение;
- длительное кровотечение;
- боязнь кровопотери.

Потенциальные проблемы:

- анемия;
- нарушение функции половых органов;
- бесплодие;
- оперативное вмешательство.

2. Диагноз: ювенильное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

3. Ювенильное кровотечение на фоне стресса, вызвано несовершенством связей в системе кора - гипоталамус - гипофиз - яичники - матка.

4. Успокоить девочку и мать. Госпитализировать в специализированный стационар. Объяснить, что девственниц не осматривают в зеркалах, не применяют диагностическое выскабливание. Лечение будет проводиться гормональными, гемостатическими и гемостимулирующими средствами в стационаре после подтверждения диагноза.

ЗАДАЧА № 2

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 50 лет с жалобами на бессонницу, «приливы» жара, повторяющиеся несколько раз в день, плохое самочувствие, боль за грудиной, плаксивость, головную боль.

Анамнез: месячные с 12 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3-4 дня, безболезненные, умеренные. Цикл был регулярным до 49 лет, в течение последнего года отмечаются нарушения полового цикла в виде нерегулярных месячных. Родов 2-ое, мед. аборт 2-ое, без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 36,8° С, АД - 130/80, пульс 78 уд./мин., ритмичный, хорошего наполнения. Тоны сердца приглушены, в легких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, функции почек без особенностей, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, физиологические отправления в норме.

Бимануальное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, влагалище рожавшей женщины, матка в антеверзиофлексию, не увеличена, плотная, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются, своды свободны.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние больной.
3. Сформулировать и обосновать диагноз.
4. Определить тактику фельдшера в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:
 - частые приступы «приливов» жара;
 - нарушение сна;
 - приступы боли за грудиной;
 - плаксивость;
 - головная боль.

Потенциальные проблемы:

- резкое ухудшение самочувствия;
- риск возникновения сердечно-сосудистой патологии;
- риск переломов костей;
- длительная депрессия.

2. Состояние больной расценивается как среднетяжелое.

3. Диагноз: климактерический синдром средней степени тяжести.

Диагноз устанавливается на основании следующих клинических симптомов:

- приступы «приливов» жара;
- приступы болей за грудиной по типу стенокардии;
- головные боли;
- бессонница.

4. Тактика фельдшера:

- провести с женщиной беседу, объяснить причины ухудшения самочувствия, внушить уверенность выздоровления;
- рекомендовать диету, рациональный гигиенический режим, витамины с микроэлементами, лечебную физкультуру, фитотерапию, гомеопатические препараты;
- направить на консультацию к врачу-гинекологу для подтверждения диагноза и назначения лечения.

Тактика лечения:

- нейролептики;
- седативные;
- спазмолитики;
- витаминотерапия;
- гормонотерапия.

ЗАДАЧА № 3

Фельдшер ФАПа вызвана на дом к пациентке 36 лет, предъявлявшей жалобы на боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность. Заболела внезапно 1 час назад, когда почувствовала резкую боль слева в подвздошной области, появилась слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад. Считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности. В анамнезе 2 нормальных родов, 2 мед. аборта. В течение 10 последних лет страдает хроническим двусторонним аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 104 уд. в мин., слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки - напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Оценить состояние пациентки.
4. Тактика фельдшера в данной ситуации

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- резкая боль в подвздошной области;
- слабость;
- холодный пот;
- кратковременная потеря сознания.

Потенциальные проблемы:

- нежеланная беременность; кровопотеря;
- геморрагический шок;
- гибель женщины.

2. Диагноз: прервавшаяся внематочная беременность.

Обоснование диагноза: можно думать о прервавшейся внематочной беременности. Это предположение основано на данных анамнеза (задержка менструации на 1,5 месяца, наличие предположительных признаков беременности, хронического двустороннего аднексита), данных объективного исследования (положительный симптом Щеткина-Блюмберга, напряжение мышц передней брюшной стенки, низкое давление, частый слабый пульс, наличие свободной жидкости (кровь) в брюшной полости, острое начало заболевания, иррадиация болей в прямую кишку и кратковременная потеря сознания).

3. Состояние пациентки средней тяжести.

4. Тактика фельдшера в данной ситуации:

- учитывая тяжесть состояния пациентки и угрозу жизни, необходимо срочно бережно транспортировать на носилках в ближайшую больницу для оказания квалифицированной хирургической помощи.

Доврачебная помощь:

- опустить головной конец для увеличения притока крови к головному мозгу;
- положить пузырь со льдом на гипогастральную область;
- контролировать пульс, давление, дыхание, сознание;
- начать инфузионную терапию (в/в введение физиологического раствора или кровезаменителей);
- успокоить пациентку, вселить уверенность в благополучный исход предстоящей операции, **не обезболивать!**
- уложить на носилки, транспортировка в горизонтальном положении;
- немедленная госпитализация в гинекологический стационар для оперативного лечения;
- сообщить по радию о предстоящей операции.

ЗАДАЧА № 4

Фельдшер ФАПа был вызван на дом к пациентке 40 лет. Предъявляет жалобы на резкие сильные боли в животе, возникшие внезапно по время работы в саду 2 часа тому назад, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту.

Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Родов – 2 (без осложнений), аборт – 1 (медицинский), в анамнезе хронический двусторонний аднексит. Полгода назад на профосмотре обнаружена киста правого яичника. От предложенной в то время операции отказалась по семейным обстоятельствам.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд. в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Диагноз. Чем подтвердите Ваше предположение?
3. Оценить состояние пациентки.
4. Тактика фельдшера в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:
 - резкая, сильная боль в животе;
 - тошнота, однократная рвота;
 - сухость во рту.

Потенциальные проблемы:

- риск развития перитонита;
- угроза жизни;
- внутриутробное кровотечение;
- оперативное вмешательство.

2. Диагноз: перекрут ножки кисты (кистомы). Острый живот. Обоснование.

Диагноз подтверждают клинические симптомы и данные объективного исследования:

- острое начало заболевания;
- резкая сильная боль в животе, которая возникла после физического напряжения (работа в саду);
- симптом Щеткина-Блюмберга положительный;
- напряжение мышц брюшного пресса;
- вздутие живота, неучастие его в акте дыхания;
- однократная рвота, сухость во рту.

3. Состояние пациентки средней тяжести.

Учитывая опасность развития угрожающих жизни осложнений, в частности, перитонита, внутреннего кровотечения, фельдшер должен срочно бережно транспортировать в лежачем положении на носилках в ближайшую больницу для оказания квалифицированной врачебной помощи.

Доврачебная помощь:

- уложить на носилки;
- положить пузырь со льдом на живот;
- успокоить пациентку и родственников, вселить уверенность в благополучный исход предстоящей операции, **не обезболивать**;
- немедленно госпитализировать в гинекологический стационар на машине с сиреной;
- сообщить по рации о предстоящей операции.

ЗАДАЧА № 5

Женщина 23-х лет обратилась за помощью по «03» с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, усиливающиеся кровянистые выделения со сгустками. Неделью назад был искусственный аборт. Выписана на следующий день. Кровянистые выделения в течение недели.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Диагноз с обоснованием.
3. Оценить состояние женщины.
4. Тактика фельдшера «скорой помощи».

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы - боль, кровотечение в связи с абортом.

Потенциальные проблемы;

- анемия;
- ДВС;
- сепсис;
- утрата репродуктивной функции.

2. Диагноз: искусственный аборт. Остатки плодного яйца.

3. Состояние средней тяжести.

Следить за пульсом, АД, t° , оценить кровопотерю.

4. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение, в/в вливание физиологического р-ра, холод на низ живота.

Вопросы и задания для самоподготовки обучающихся к практическому занятию

1. Организация гинекологической помощи в РФ
2. Основные учреждения, оказывающие гинекологическую помощь
3. Женская консультация, структура, задачи, функции.
4. Гинекологический стационар.
5. Фельдшерско-акушерский пункт.
6. Обследование гинекологических больных.
7. Дополнительные методы исследования.
8. Функциональная диагностика.
9. Менструальный цикл
10. Аменорея
11. Гипоменструальный синдром.
12. Гиперменструальный синдром.
13. Ювенильные маточные кровотечения.
14. Дисфункциональные маточные кровотечения.
15. Нейроэндокринный синдром.

Проверьте себя
Тестовые задания

Выбрать правильный ответ:

1. Болезненные менструации по-латыни называются:

1. метроррагия
2. альгоменорея
3. аменорея

2. При наличии кровянистых выделений у женщины 60 лет подозревают прежде всего наличие:

1. беременности
2. нарушение менструального цикла
3. наличие злокачественной опухоли

3. Аменорея – это:

1. болезненная менструация
2. отсутствие менструации
3. нерегулярные менструации

4. Кольпит – это воспаление:

1. придатков
2. влагалища
3. шейки матки

5. Половым путем передается:

1. эндометриоз
2. трихомониаз
3. аденомиоз

6. Специфические возбудители воспалительных заболеваний:

1. стрептококк
2. гонококк
3. стафилококк
4. туберкулезная палочка

7. Клиника вульвита:

1. отек половых губ
2. кровотечение
3. обильные бели
4. боли в низу живота

8. Параметрит – это воспаление:

1. матки
2. околоматочной клетчатки
3. труб

9. Апоплексия яичника – это:

1. кровоизлияние в яичнике
2. опухоль яичника
3. воспаление яичника

1-2, 2-3, 3-2, 4-2, 5-2, 6-2, 7-3, 8-2, 9-1

Информационное обеспечение обучения

Электронные ресурсы:

1. Акушерство: рук. к практ. занятиям : учеб. пособие / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская[Электронный ресурс] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с. : ил.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
2. Айламазян Э.К., Акушерство : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433164.html>
3. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учебник / М.В. Дзигуа - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с.: ил.- (СПО).- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
4. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учебное пособие/ И.К. Славянова.- Ростов н/Д:Феникс, 2018.-221 с.- Режим доступа: <https://ibooks.ru/reading.php?productid=339993>

Дополнительная литература

1. Бодяжина В.И. Акушерство /В.И.Бодяжина, И.Б.Семенченко. – Изд. 8-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 477 с.
2. Вебер Р.В. Основы сестринского дела. М.: Медицина, 2007.
3. Гуськова Н.А. Акушерство: учебник для средних медицинских учебных заведений / Н.А.Гуськова, М.В.Солодейникова, С.В.Харитонов; под ред. Н.А.Гуськовой. – 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 527 с.
4. Дуда В.И. Акушерство: Учебник/В.И.Дуда, В.И.Дуда, И.В.Дуда.- Мн.: Высшая школа,2004. – 639с.ил.
5. Зверева И.И. Акушерство и гинекология. Новейший справочник/ И.И. Зверева. - Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 256 с. (Справочник врача общей практики).
6. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: Практикум. Серия «Медицина для вас» Ростов н/Д: Феникс, 1999-384 с.
7. Кучма В.Р. Этапы жизнедеятельности человека и медицинские услуги в разные возрастные периоды: учеб. для студ. мед. училищ и колледжей /В.Р.Кучма, В.И.Донцов, В.Н.Крутько; под ред. В.Р.Кучмы, В.Н.Серова. – 2-е изд., стер. – М.: ИЦ «Академия», 2002. – 400 с.
8. Линева О.И. Акушерство: учеб. для студ. сред. проф. Учеб. заведений / О.И.Линева,О.В.Сивочалова, Л.В.Гаврилова. – М.:ИЦ «Академия», 2006. – 272 с.
9. Луганцева И.В. Популярная гинекология в вопросах и ответах /И.В.Луганцева. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 250 с.
10. Лысак Л.А. Акушерство. Серия «Медицина для вас» Ростов н/Д: Феникс, 2003 – 384 с.
11. Миццо В.П. Справочник акушера и гинеколога (В.П. Миццо, А.В.Кудрявцева. - Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 413с. – (Справочник).
12. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность / СанПиН 2.1.3.2630-10 № 58 от 18.05.2010г.
13. Серова Т.А. Гинекология. Рецепты мировой медицины. - Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 224 с.
14. Сивочалова О.В. Гинекология: учеб. для студ. сред. мед. учеб. заведений / О.В.Сивочалова, О.И.Линева, Л.В.Гаврилова. – 2-е изд.,стер. – М.: ИЦ «Академия», 2008. – 272 с.
15. Славянова И.К. Акушерство и гинекология: практикум: учебное пособие.- Ростов н/Д: Феникс, 2009.-349 с

16. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Новая редакция. Серия «Медицина для вас» Ростов н/Д: Феникс, 2001 – 352 с.
17. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: Практикум. Серия «Медицина для вас» Ростов н/Д: Феникс, 2002-352 с.
18. Слепенкова Г.Ф. Гинекология: учеб. пособие /Г.Ф.Слепенкова. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 158 с.
19. Центр коммуникативных программ. Университет имени Джонса Хопкина. Основы контрацепции. 2002.

Интернет ресурсы

<http://www.med-edu.ru/> Медицинский видеопортал «Все о беременности и родах»

<http://vienna-doctor.com/Rus/default.htm> / Др. Валерий Едвабный, Вена, Австрия. Гинекология, акушерство, приём родов в частной клинике, детская гинекология.

http://www.rmj.ru/articles_theme_32.htm Независимое издание для практикующих врачей

http://akushergynekolog.ru/load/video_materialy_po_akusherstvu_i_ginekologii/video_po_akusherstvu/aktivnoe_vedenie_tretego_perioda_rodov_video/23-1-0-198 Акушерство и гинекология. Информация, консультации, диагностика и лечение

<http://medportal.ru/enc/gynaecology/> Медицинский портал medportal.ru

http://health.mail.ru/content/handbook/gynecology_enc/ Гинекология /Болезни и состояния

<http://www.deltaclinic.ru/gynaecology/> Гинекологические заболевания, консультация врача гинеколога в клинике гинекологии

http://gynsurg.com.ua/vidi_dejatelnosti_laparoskopija.html

http://www.medtehnika.spb.ru/medical/colposkop/item_1118/

<http://club.passion.ru/viewtopic.php?t=65295>

<http://mydoctor-ufa.ru/360/1047.html>

<http://www.virtumed.ru/cat/virtumary.html>

<http://www.ya-zdorova.ru/index.php?name=Pages&op=page&pid=53>

http://www.tiensmed.ru/news/post_new9542.html

<http://dr-tarek.com/kolposkopiya-klinika-doktora-tareka.html>

<http://www.tiensmed.ru/news/gisteroskopiya-wkti/>

http://ladypark.ru/post_1304271271.html

<http://meduniver.com/Medical/gistologia/3.html>

http://www.google.ru/search?q=%D0%B3%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5+%D0%BE%D0%B1%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5+%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%BA+%D1%84%D0%BE%D1%82%D0%BE&hl=ru&newwindow=1&client=opera&sa=X&rls=ru&channel=suggest&sig=114690692024493022365&tbs=simg:CAQSEgnuTAirWy_1zlSGxoRPM5LGTw&tbm=isch&iact=hc&vpx=212&vpy=206&dur=1170&hovh=176&hovw=200&tx=107&ty=273&ei=fYu1TtXGBsqcOtDOlOQB&page=1&tbnh=165&tbnw=187&ved=1t:2220,r:0,s:0&biw=1396&bih=759

http://uroclinica.ru/mochepolovye_vischi - Гинекология в рисунках, схемах, таблицах

Алгоритм манипуляции
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА//
ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА ПАЛАТЫ

Цель манипуляции: подготовить палату к генеральной уборке после выписки родильниц, произвести обработку палаты и подготовить ее для приема родильниц из родильного блока.

Показания к манипуляции: гнойно-септическая инфекция, выписка родильницы.

Противопоказания: нет.

Оснащение:

& антисептические средства, дезинфицирующие и моющие растворы;
& предметы ухода;
& инструментарий;
& биксы;
& простыни, салфетки; & халаты, маски, перчатки;
& стерильная ветошь;
& инструкция по организации и проведению санитарно-гигиенических мероприятий в акушерско-гинекологических стационарах.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: халат, фартук, бахилы, чепчик, маска, перчатки.

Ход манипуляции:

Заключительная обработка палаты

& после выписки родильниц освободить палату от мягкого инвентаря: грязное белье сложить в специальные мешки и доставить в помещение, предназначенное для этой цели; подушки, матрацы, одеяла подготовить для транспортировки в дезинфекционную камеру;
& надеть спецодежду для генеральных уборок (халат, фартук, бахилы, шапочка, маска, перчатки);
& залить палату (стены, кровати, пол) 1% раствором хлорамина на 1 час; & включить бактерицидные лампы на 1 час; & палату закрыть;
& вымыть палату стерильной ветошью, моющим средством, надев специальный стерильный халат и перчатки;
& протереть палату ветошью, смоченной в водопроводной воде;
& внести постельные принадлежности, прошедшие камерную обработку, застелить кровати чистым бельем; & включить бактерицидные лампы на 1 час; & проветрить палату в течение 2 часов.

Обработка рабочего места и инструментария: уборочный инвентарь после обработки помещения обеззаразить в 1% растворе хлорамина 1 час, прополоскать в чистой воде.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: вымыть лицо и руки с мылом, смазать смягчающим кремом.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, произведена генеральная уборка палаты.

Алгоритм манипуляции
ПРИЕМЫ НАРУЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ
(ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО)

Цель манипуляции: произвести наружное исследование беременной с помощью приемов Леопольда.

Показания к манипуляции: обследование.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: кушетка.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. Беременную уложить на спину, ее ноги должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат.

Ход манипуляции:

встать справа от пациентки, лицом к ней.

Первый прием наружного акушерского исследования: ладони обеих рук располагаются на дне матки, пальцы рук сближаются. Осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности и части плода, находящейся в дне матки.

Второй прием наружного акушерского исследования: обе руки со дна матки перемещают книзу, располагаясь на ее боковых поверхностях. Пальпация частей плода проводится постепенно правой и левой рукой, что дает возможность определить, в какую сторону обращена спинка плода и его мелкие части (ручки, ножки). Спинка плода определяется на ощупь как широкая, гладкая, плотная поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде подвижных небольших бугорков.

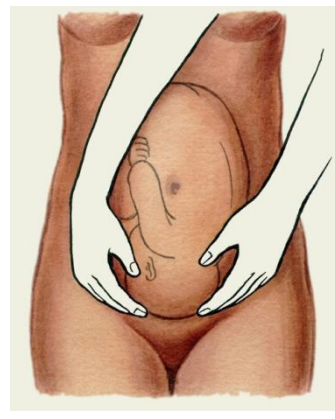
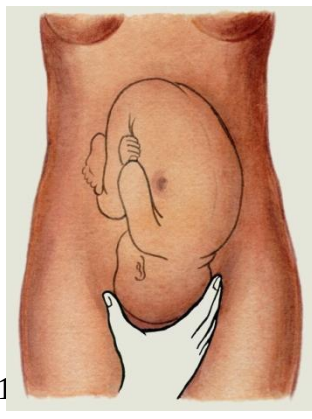
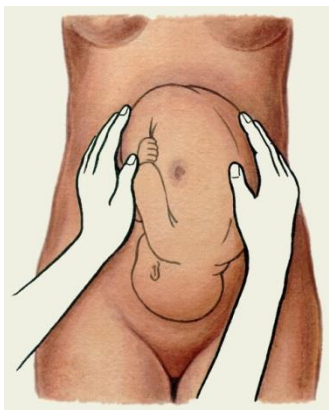
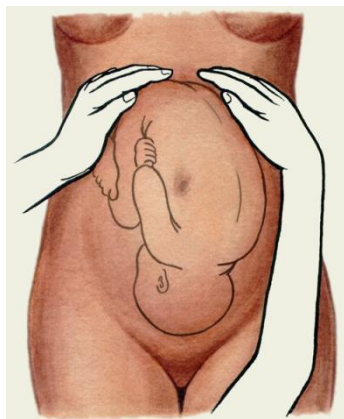
Третий прием наружного акушерского исследования (выполняется одной рукой), положить правую руку немного выше лонного сочленения так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных — на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленным и осторожным движением пальцы погружаются вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном. Головка плода ощущается как крупная круглая, плотная часть, а ягодицы — как крупная, но мягкая его часть.

Четвертый прием наружного акушерского исследования (выполняется двумя руками) — встать спиной к лицу женщины, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при этом концы пальцев достигают симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно скользнуть вглубь, по направлению к полости таза, уточняя характер подлежащей части плода и высоту ее стояния.

Обработка рабочего места и инструментария: кушетку обработать 1% раствором хлорамина дважды с интервалом 15 минут.

Осложнения: нет

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, проведено наружное исследование беременной с помощью приемов Леопольда.



Алгоритм манипуляции
ОЦЕНКА РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА В МАТКЕ С ПОМОЩЬЮ 4
ПРИЕМОВ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель манипуляции: оценить расположение плода в матке, дать клиническую трактовку возможных результатов.

Показания к манипуляции: обследование.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: кушетка.

Ход манипуляции:

- 1.первым приемом акушерского исследования определяется часть плода, расположенная в дне матки. Если это тазовый конец, то предлежание плода головное;
- 2.используя второй, третий и четвертый приемы, устанавливают варианты головного предлежания плода: I позиция, передний и задний вид; II позиция, передний и задний вид;
- 3.тазовое предлежание плода и его варианты устанавливают первым, вторым, третьим и четвертым приемами наружного исследования: чисто ягодичное, смешанное ягодичное, ножное предлежания;
- 4.поперечное положение плода устанавливают на основании формы матки и отсутствия предлежащей части над входом в таз;
- 5.позицию плода определяют по положению головки: головка слева - I позиция, справа — II позиция;спинка плода может располагаться как спереди, так и сзади, как сверху, так и снизу.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, дана оценка расположения плода в матке.

Алгоритм манипуляции
ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ И
МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель манипуляции: выслушать сердцебиение плода и дать характеристику сердечных тонов.

Показания к манипуляции: беременность 2-3 триместр, нарушения сердечного ритма плода, внутриутробная гипоксия.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& секундомер;

& акушерский стетоскоп;

& кушетка

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. Беременная лежит на спине, ноги выпрямлены.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат.

Ход манипуляции:

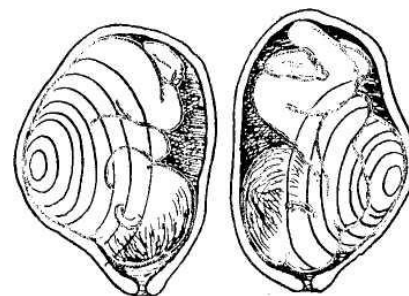
& плотно прижать акушерский стетоскоп к брюшной стенке;

& систематически, в определенном порядке, передвигать стетоскоп, выслушивая звуки, исходящие из организма матери и плода;

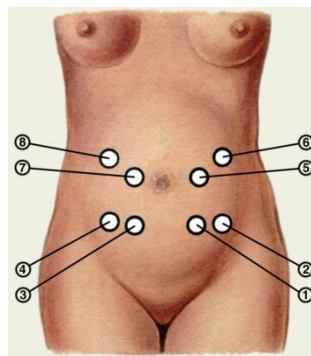
& одновременно с выслушиванием считать пульс.

Места наиболее ясного выслушивания сердцебиения плода при различных его предлежаниях указаны на рис.

Места наиболее ясного выслушивания сердцебиения плода
а) при согнутой головке; б) при разогнутой головке



Примечание: место наилучшего выслушивания сердечных тонов зависит от членорасположения плода в матке— при головном предлежании сердечные тоны лучше выслушиваются ниже пупка слева или справа, соответственно позиции, при тазовом предлежании—выше пупка.



Сердцебиение плода в норме ясное, ритмичное, частота 120—140 ударов в минуту. Оно изменяется во время родов при схватках и потугах, при гипоксии плода. Помимо сердечных тонов при аускультации определяются шум пуповины, а также шумы, связанные с пульсацией аорты, крупных кровеносных сосудов матки, перистальтикой кишечника беременной. Усилить звуковое восприятие сердечных тонов плода можно с помощью аппарата «Малыш», работающего на принципе эффекта Доплера (датчик аппарата прижимают к передней брюшной стенке беременной и постепенно передвигают его до определения места наиболее ясного сердцебиения плода). Для изучения сердечной деятельности плода прибегают также к электрокардиографии фонокардиографии, исследованию с помощью кардиомониторов и ультразвука.

& при двойне сердцебиение плода выслушивается в двух фокусах отчетливо независимо друг от друга (рис. 17);

& о двойне говорят наличие различной частоты (не меньше 10 ударов в 1 минуту) сердечных тонов плода, выслушиваемых в различных отделах матки одновременно двумя лицами;

& существование «зоны молчания» между фокусами.

Обработка рабочего места и инструментария: кушетку обработать 1% раствором хлорамина дважды с интервалом 15 минут, стетоскоп протереть 3% раствором перекиси водорода дважды с интервалом 15 минут. **Осложнения:**

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, сердцебиение плода прослушано.

Алгоритм манипуляции **МЕТОДИКА ВНУТРЕННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Цель манипуляции: провести внутреннее исследование.

Показания к манипуляции: подтверждение беременности, обследование.

Противопоказания к манипуляции: virgo, грубая патология влагалища.

Оснащение: гинекологическое кресло, осветительная лампа-журавль, столик, на котором имеются стерильные инструменты, зеркало Куско (необходимого размера), анатомический пинцет, антисептический раствор, стерильные шарики, стерильные перчатки, клеенка обеззараженная, емкость с дезраствором (3% хлорамин).

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. Сообщить о необходимости опорожнения мочевого пузыря. Постелить на кресло клеенку и стерильную пеленку. Помочь женщине лечь на

гинекологическое кресло в положении «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, разведены, подколенные ямки упираются в подставки. Объяснить, что во время осмотра дыхание должно быть свободным. Подготовить наружные половые органы к осмотру, смазав их снаружи и внутреннюю поверхность бедер раствором антисептика с помощью корнцанга и шарика в следующей последовательности: малые половые губы, большие половые губы, внутренняя поверхность бедер, ягодицы, анальная область.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки.

Ход манипуляции:

& вымыть руки и надеть перчатки.

Исследование беременной при помощи зеркала.

& левой рукой (I и II пальцами) развести большие половые губы;

& правой взять зеркало Куско или ложкообразное зеркало;

& в закрытом виде ввести его во влагалище вначале в продольном положении, а затем перевести в поперечное положение;

& раскрыть зеркало, не дойдя до шейки матки;

& продвинуть в раскрытом виде зеркало к сводам так, чтобы видна была шейка матки;

& с помощью вентиля закрепить зеркало в раскрытом виде;

& при наличии большого количества выделений на шейке с помощью пинцета и марлевого тампона удалить их промокательным движением;

& осмотреть шейку матки (рис.25);

при осмотре нужно оценить:

1. состояние влагалища: емкость, длину, растяжимость, характер слизистой оболочки и выделений;
2. состояние влагалищной части шейки матки: длина, наличие повреждений на ней, состояние наружного зева;

& раскрыть вентиль;

& сдвинув створки зеркала, осторожно вынуть его из влагалища;

Влагалищное бимануальное исследование беременной:

& вновь с помощью левой руки развести большие половые губы;

& II и III пальцами правой руки войти во влагалище (I палец при этом обращен к лонному сочленению, а IV и V — прижаты к ладони, тыльная сторона руки упирается в промежность);

& введенными во влагалище пальцами правой руки исследовать состояние влагалища, сводов;

& подвести пальцы под матку, исследовать с помощью надавливания левой руки над лоном, при этом пальцы левой и правой рук должны быть обращены навстречу друг другу (рис.26);

& обследовать матку (положение, величину, подвижность, консистенцию и болезненность);

& пальцы обеих рук (внутри и снаружи) перевести от углов матки к боковым поверхностям таза, исследовав при этом яичники и маточные трубы (величина, подвижность, консистенция, форма, болезненность);

& с помощью правой (внутренней) руки пропальпировать внутреннюю поверхность таза (седалищные ости, крестцовую впадину, наличие экзостозов);

при осмотре нужно оценить:

1. состояние тела матки, форма, положение по отношению к тазу, величина, консистенция, подвижность, болезненность;
2. состояние придатков матки: величина, форма, консистенция, подвижность;
3. состояние таза: наличие экзостозов, мыс, седалищные ости, крестцовая впадина;

& извлечь правую руку, обращая внимание на наличие на ней выделений и их характер (количество, цвет, запах, наличие кровянистых выделений);

Обработка рабочего места и инструментария: поместить клеенку, зеркало, пинцет, корнцанг и материал в дезраствор (3% хлорамин) на 1 час.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки. **Осложнения:** травмирование пациентки.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, проведено исследование внутренних половых органов.

Алгоритм манипуляции **ОБРАБОТКА РУК ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ**

Цель манипуляции: обработать руки для приема родов

Показания к манипуляции: оказание акушерского пособия во 2 периоде родов.

Противопоказания: нет.

Оснащение:

& локтевой кран;

& теплая вода;

& мыло брусковое или жидкое с дозатором;

& индивидуальное полотенце, сменяемое не реже, чем через 6 часов, разовые салфетки или электросушилка;

& кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: халат, фартук, чепчик, маска, перчатки.

Ход манипуляции:

& проверить целостность кожи, снять часы и украшения с рук;

& открыть кран;

& намылить руки и (если кран с барашками) обмыть барашки крана с мылом;

& вымыть руки на социальном уровне в течение 10 сек.;

& вымыть руки на гигиеническом уровне в течение 3 минут, дважды намыливая;

& держать руки так, чтобы кисти находились выше локтей, не касались раковины;

& смыть с мыла пену (если брусковое) и положить в мыльницу с решетками; & промыть руки теплой проточной водой до полного удаления мыла, позволив воде свободно стекать вниз по руке от наиболее чистой области; & закрыть кран;

& кисти и предплечья следует держать в несколько приподнятом положении, чтобы вода с предплечий не стекала на кисти;

& просушить руки сухим чистым индивидуальным полотенцем от кончиков пальцев к запястью, разовыми салфетками или сушилкой;

& разовые салфетки сбросить в специальную емкость с последующим уничтожением;

& обработать руки антисептиками (70% этиловый спирт, спиртовой раствор хлоргексидина биглюконата) в последовательности, аналогичной мытью рук на гигиеническом уровне, в течение 2 минут.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: см. примечание.

Осложнения: аллергическая реакция на моющие средства и антисептики.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, руки обработаны. **Примечание:** При недостаточном уходе за руками, наличии на них трещин, ссадин и царапин увеличивается инфицированность кожи. В этих случаях бывает очень трудно добиться эффективной обработки рук. Поэтому врачи и медсестры, участвующие в родовспоможении, должны тщательно ухаживать за руками, содержать их в чистоте,

аккуратно и коротко подстригать ногти, беречь кожу от царапин, заусениц, ссадин. Хороший эффект обеспечивает применение горячих ванночек и смазывание рук на ночь вазелином с ланолином, смесью нашатырного спирта, глицерина и этилового спирта в равных количествах или специальными кремами для рук. При работе на кухне, в саду и т.п. оперирующему врачу акушеру-гинекологу и акушерке (медсестре, фельдшеру) рекомендуется пользоваться резиновыми перчатками. Периодически, не реже одного раза в месяц, должен проводиться бактериологический контроль стерильности рук участников родов и операций

Алгоритм манипуляции **ПРИЕМ РОЖЕНИЦЫ. САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА РОЖЕНИЦЫ**

Цель манипуляции: провести санитарную обработку роженицы перед переводом в родовую блок.

Показания к манипуляции: поступление в родильный дом. Первый период родов

Противопоказания к манипуляции: второй период родов потуги

Оснащение

- & кушетка, стол;
- & кружка Эсмарха с набором наконечников;
- & весы для взвешивания роженицы, ростометр, термометры;
- & стетоскоп акушерский, тазомер, сантиметровая лента;
- & кружка Эсмарха для подмывания женщины с набором наконечников
- & бритвенный станок одноразовый;
- & стерильные пинцеты и корнцанги, катетеры, стерильный материал-
- & тонометр, фонендоскоп;
- & шпатель, шприцы, пробирки, ножницы;
- & стандартные сыворотки и все необходимое для определения группы крови
- & спирт;
- & раствор йодоната или йод;
- & раствор калия перманганата 1:6000;
- & раствор фурацилина;
- & клеенки, простыни, полотенца, судно, перчатки, фартук.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка халат перчатки, при необходимости - маска

Ход манипуляции:

1) *провести субъективное и объективное обследование*

- & записать в историю родов паспортные данные, собрать анамнез;
- & тщательно осмотреть кожные покровы, особенно в области живота, ягодиц-
- & осмотреть видимые слизистые;
- & провести антропометрию;
- & измерить АД на обеих руках, измерить температуру тела; & взять из вены кровь в пробирку;
- & покрыть кушетку чистой простыней, уложить роженицу на кушетку;
- & произвести наружное акушерское исследование: пальпация, аускультация, измерение ОЖ, ВСД, таза;
- & осмотреть наружные половые органы;
- & записать все данные объективного обследования роженицы в историю родов.

2) *произвести санитарную обработку роженицы*

- & вымыть руки, надеть перчатки;
- & сбрить волосы подмышками, с лобка, больших половых губ и промежности;

& обработать наружные половые органы антисептическим раствором;
& высушить наружные половые органы стерильной марлей, взятой корнцангом;
& предложить роженице помочиться в судно или выпустить помочу при помощи катетера;
& отправить мочу в лабораторию для исследования;
& заполнить кружку Эсмарха кипяченой водой комнатной температуры 600-800 мл, надеть наконечник;
& уложить роженицу на левый бок, поставить очистительную клизму;
Примечание: очистительная клизма противопоказана роженицам в конце I периода родов и во II периоде, беременным с рубцом на матке, с подозрением на предлежание плаценты, тяжелыми токсикозами беременности, а также при угрозе преждевременных родов.
& санитарка сопровождает роженицу в уборную, где роженица не остается без надзора;
& подстричь ногти на руках и ногах;
& обработать ногти рук и ног 1% раствором йодоната;
& тщательно осмотреть волосистый покров головы (исключить педикулез);
& роженица моется под душем;
& после душа роженицу обернуть чистой простыней, надеть чистое белье и халат;
& сопровождать в предродовую;
& если начались потуги, роженицу отвезти на каталке в родзал в сопровождении акушерки.
Обработка рабочего места и инструментария: произвести дезинфекцию используемых инструментов предметов ухода.
Осложнения: нет.
Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, произведена санитарная обработка роженицы.

Алгоритм манипуляции

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ В ПРЕРДОВОЙ КОМНАТЕ ДЛЯ РОЖЕНИЦЫ

Цель манипуляции: приготовить постель для роженицы.
Показания к манипуляции: всем роженицам в родовом отделении.
Противопоказания к манипуляции: нет.
Оснащение: функциональная кровать, матрац, подушка, одеяло, стерильная простынь, пододеяльник, обеззараженная клеенка, стерильные пеленки.
Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте; шапочка, халат, перчатки.
Ход манипуляции:
Кровать готовят непосредственно перед тем, как уложить на нее роженицу.
На обеззараженную кровать кладут:
& продезинфицированный матрац;
& стерильную простыню;
& обеззараженную клеенку;
& стерильную пеленку;
& подушку в стерильной наволочке;
& одеяло, обеззараженное в дезкамере, в стерильном пододеяльнике. Матрацы для лучшей дезинфекции наглухо зашивают в клеенчатый мешок и обеззараживают дезинфицирующими растворами.
Обработка рабочего места и инструментария: использованное белье сложить в прорезиненный мешок для использованного белья, матрац обработать дважды 1 % раствором хлорамина с интервалом 15 минут.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: работа с использованным материалом в перчатках.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, кровать приготовлена.

Алгоритм манипуляции **ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ**

Цель манипуляции: наблюдение за роженицей и плодом в первом периоде родов. Оказание пособия.

Показания к манипуляции: первый период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & функциональная кровать с матрасом и подушкой в герметичных клеенчатых чехлах;
- & тумбочка, индивидуальное судно;
- & стол или подставка для стетоскопа, стерильного материала, лотка с инструментами, шприцами;
- & аппарат исследования КТГ;
- & шкаф для медикаментов, систем, шприцев;
- & необходимый набор лекарственных средств.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, при необходимости маска.

Ход манипуляции:

- & уточнить анамнестические данные, произвести дополнительный осмотр роженицы (телосложение, форма живота, пояснично-крестцового ромба и т.д.);
- & произвести влагалищное исследование роженицы при поступлении и тотчас после отхождения околоплодных вод;

при влагалищном исследовании определить:

- & состояние влагалища (ширина просвета, стеноз, перегородки);
- & состояние шейки матки (укорочена, сглажена);
- & степень раскрытия и характер краев зева (толстые, тонкие, растяжимые, ригидные);
- & состояние плодного пузыря (нарушен или нет, напряжен или вялый);
- & предлежащую часть и отношение ее к плоскостям таза (над входом, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе);

прощупать:

- & опознавательные пункты на предлежащей части;

исследовать:

- & внутреннюю поверхность костей таза; при достижении мыса измерить диагональную конъюгату.
- & Уложить роженицу в постель на спину или на бок в наиболее удобное для нее положение;
- & каждой роженице выделить индивидуальное судно (судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер);
- & наблюдать за состоянием роженицы (головокружение, головная боль, расстройства зрения и т.д.);
- & производить наружное акушерское исследование;
- & обращать внимание на отношение предлежащей части ко входу в малый таз (над входом, прижата ко входу, малым сегментом во входе);
- & определять консистенцию матки во время схваток и пауз, ВСД, состояние контракционного кольца;

- & аппаратурой, применяемой для изучения сократительной деятельности матки (при наличии) или рукой, расположенной на дне матки, определять силу и продолжительность сокращений;
- & при ненарушенном плодном пузыре через каждые 15-20 минут выслушивать сердцебиение плода с помощью стетоскопа или аппарата КТГ (после отхождения вод - через 5-10 минут);
- & наблюдать за выделением из половых путей роженицы;
- & следить за функцией мочевого пузыря и прямой кишки;
- & каждые 2-3 часа предлагать роженице мочиться;
- & применить катетеризацию мочевого пузыря, если роженица не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь;
- & определять характер мочи (прозрачная, мутная, содержит примесь крови), при необходимости направить на исследование;
- & поставить очистительную клизму при продолжительности периода раскрытия больше 12-15 часов;
- & обмывать наружные половые органы каждые 5-6 часов и после каждого акта мочеиспускания и дефекации;
- & следить за своевременным приемом роженицей легкоусвояемой пищи;
- & принимать меры к обезболиванию родов;
- & данные наблюдений заносить в историю родов.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: в соответствии с приказом №345.

Алгоритм манипуляции **ПРИМЕНЕНИЕ ПРИЕМА ПИСКАЧЕКА**

Цель манипуляции: констатировать нахождение головки в широкой части полости малого таза или ниже.

Показания к манипуляции: конец первого, второй период родов, потуги.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: то же, что и в манип. «Ведение периода раскрытия», стерильная пеленка.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры. Роженица находится в положении лежа на спине.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, стерильные перчатки.

Ход манипуляции:

- & надеть стерильные перчатки;
- & обернуть пальцы правой руки стерильной пеленкой;
- & через ткани промежности снаружи от правой большой половой губы стремиться достичь нижнего полюса головки плода;
- & головка пальпируется, если она находится в широкой части полости малого таза или ниже.

Примечание: при большой родовой опухоли способ не дает достоверного результата.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, применен прием Пискачека.

Алгоритм манипуляции **ПОДСЧЕТ СХВАТОК, ИХ ОЦЕНКА**

Цель манипуляции: определить частоту и интенсивность схваток, дать оценку родовой деятельности.

Показания к манипуляции: первый период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: то же, что и в манип. «Ведение периода раскрытия», секундомер.

Подготовка пациента: объяснить женщине значение и сущность схваток и цель процедуры. Роженица находится в положении лежа на спине.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки.

Ход манипуляции:

& сесть рядом с кроватью;

& положить правую руку на дно матки, в левую руку взять секундомер;

& заметить по секундомеру начало напряжения матки и время ее расслабления;

& оценить силу схватки (сильные, умеренные, слабые);

& отметить интервал между схватками, просчитав три-четыре схватки подряд;

& занести полученные данные в историю родов. Эта процедура повторяется каждые 30 минут.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, определена частота и интенсивность схваток.

Алгоритм манипуляции

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ПРИЗНАКА ВАСТЕНА-ГЕНКЕЛЯ

Цель манипуляции: выявить симптомы клинически узкого таза, дать функциональную оценку таза в процессе родов.

Показания к манипуляции: затяжное течение первого периода родов при нормальной родовой деятельности. **Противопоказания к манипуляции:** нет.

Оснащение: то же, что и в манип. «Ведение периода раскрытия»

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры. Роженица находится в положении лежа на спине.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки.

Ход манипуляции:

при фиксированной во входе в малый таз головке плода расположить ладонь на лобковом симфизе;

& ладонь скользит вверх по брюшной стенке роженицы;

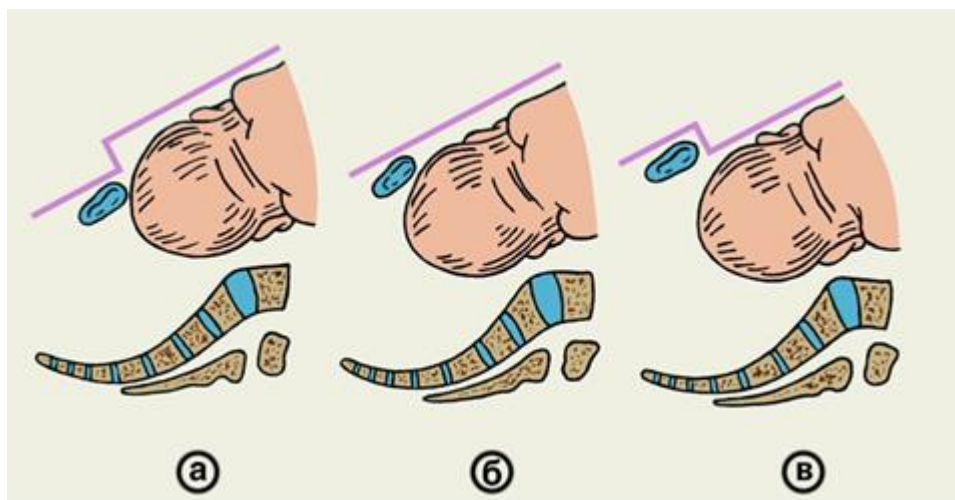
& если передняя поверхность головки плода находится выше лобкового симфиза, ладонь, наталкиваясь на нее, отклоняется кпереди—признак Вастена-Генкеля положительный (рис.32,а), т.е. имеется выраженное несоответствие размеров головки плода и таза роженицы, роды через естественные родовые пути самостоятельно закончиться не могут;

& в случае незначительного несоответствия этих размеров направление движения ладони при переходе на головку плода не меняется — признак Вастена — Генкеля «вровень» (рис.32,б); роды в этом случае возможны при хорошей родовой деятельности и

достаточной конфигурации головки плода; & если ладонь при скольжении вверх по брюшной стенке опускается — признак Вастена— Генкеля отрицательный (рис.32,в), т.е. размеры головки плода соответствуют размерам таза роженицы, роды при этом заканчиваются самостоятельно.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, дана функциональная оценка таза в процессе родов.



Схематическое изображение расположения головки плода по отношению к лобковому симфизу (признак Вастена- Генкеля): а— признак Вастена-Генкеля положительный; б— признак Вастена- Генкеля «вровень»; в — признак Вастена-Генкеля отрицательный. Линией обозначена траектория движения руки исследующего.

Алгоритм манипуляции **ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ**

Цель манипуляции: наблюдение за роженицей и оказание пособия во втором периоде родов.

Показания к манипуляции: второй период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& родильная кровать Рахманова с матрасом, состоящим из двух половин (подушки-польстеры);

& подставки для биксов со стерильным материалом и посуды с дезинфицирующими средствами;

& столик для туалета новорожденного («Аист»), детские весы;

& лекарственные препараты для оказания экстренной помощи женщине и ребенку;

& спирт 95%, 70%, йодонат 1%, хлоргексидин, шприцы, системы;

& аппарат для оказания экстренной помощи новорожденному («Пенлон»);

& стерильные ножницы для проведения перинео-эпизиотомии;

& обеззараженный лоток для приема новорожденного;

& бикс со стерильным комплектом для приема родов;

& бикс с инструментами для осмотра шейки матки после родов.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, маска.

Ход манипуляции:

& систематическое наблюдение за общим состоянием роженицы; & подсчет пульса, измерение АД на обеих руках;
& аппаратурой, применяемой для изучения сократительной деятельности матки (при наличии) или рукой, расположенной на дне матки, определять силу, продолжительность и частоту сокращений;
& определять высоту стояния контракционного кольца;
& обращать внимание на состояние нижнего сегмента матки (истончение, болезненность), производить акушерские исследования;
& с помощью влагалищного исследования определять отношение предлежащей части к различным плоскостям малого таза;
& выслушивание сердечных тонов плода после каждой потуги (частота, ритм, звучность);
& наблюдение за состоянием наружных половых органов и характером выделений из влагалища (кровянистые, гнойные, примесь мекония);
& до момента врезывания головки роженица лежит на кровати в предродовой палате.
С момента врезывания головки акушерка должна быть готова принимать роды. & вымыть руки, надеть перчатки, маску и защитные очки;
& обмыть наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер, седалищную и анальную область слабым раствором марганцовокислого калия, высушить стерильной марлей, роженицу переодеть в стерильное белье (рубашка, косынка, бахилы), перевести роженицу на кровать Рахманова; & под крестец роженицы подстелить стерильную простыню;
& обработать наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер, седалищную и анальную область 5% раствором йодоната;
& закрыть анальную область стерильной марлей или пеленкой, снять перчатки;
& обработать руки спиртом или антисептиком, разрешенным к применению;
& надеть стерильный халат, стерильные перчатки;
& во время врезывания наблюдать за состоянием роженицы, родовой деятельностью и продвижением головки;
& при прорезывании головки приступить к акушерскому пособию - приему родов.

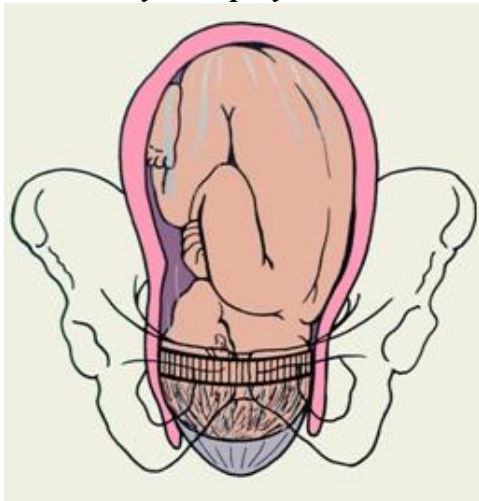
Примечание: акушерка (фельдшер, врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

При приеме родов предпочтительнее использовать стерильный комплект разового пользования.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Осложнения: аллергическая реакция на антисептические средства, йодонат, отек и травмирование родовых путей.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, оказано пособие второго периода родов.



Схематическое изображение расположения плода в матке в конце периода раскрытия ее шейки: полное раскрытие шейки матки, головка плода располагается во входе в малый таз, пояс соприкосновения заштрихован, ниже его находятся передние околоплодные воды, выше — задние околоплодные воды.

Алгоритм манипуляции

ПРИЕМ РОДОВ

При приеме родов всегда следует помнить, что целью пособия является не только сохранение целостности промежности, но и предупреждение внутричерепной и спинальной травмы плода.

Цель манипуляции: оказать акушерское пособие.

Показания к манипуляции: второй период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: то же, что и в манипуляции «Ведение периода изгнания»

Подготовка пациента: перевести роженицу на кровать Рахманова, под крестец роженицы подстелить стерильную простыню, обработать наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер, седалищную и анальную область 5% раствором йодоната, закрыть анальную область стерильной марлей.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: фартук, шапочка, стерильный халат, стерильные перчатки, маска, защитные очки.

Ход манипуляции:

& встать справа от роженицы, на лоток положить стерильную пеленку;

& регулировать потужную деятельность роженицы и продвижение прорезывающейся головки;

& в паузах между потугами производить заем тканей (устранять растяжение тканей в заднебоковых отделах вульварного кольца): ткань клитора и малых половых губ спускать с рождающегося затылка; менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца сводить по возможности кзади, в сторону промежности;

& после рождения затылка запретить роженице тужиться. Область подзатылочной ямки (точка фиксации) при этом упирается в нижний край симфиза;

& предложить роженице положить руки на грудь и ритмично глубоко без задержек дышать ртом;

& после рождения затылочного бугра освободить теменные бугры, осторожно сводя с них края вульварного кольца;

& захватить головку всей левой рукой и постепенно осторожно ее разогнуть, одновременно с разгибанием правой рукой сводить с головки ткани промежности;

Примечание: при защите промежности не следует во что бы то ни стало стремиться сохранить ее целостность. Если промежность является существенным препятствием рождающейся головке, то лучше произвести эпизиотомию или перинеотомию.

& после рождения головки проверить, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода; & если имеется обвитие, петлю пуповины осторожно натянуть и снять с шеи через головку или прорезать между двумя зажимами;

& если наружный поворот головки задерживается, предложить роженице потужиться;

& прорезавшееся переднее плечико прижать к лонной дуге и осторожно свести промежность с заднего плечика;

& после освобождения плечевого пояса обеими руками осторожно охватить грудную клетку плода и направить туловище вверх.

Если самостоятельное прорезывание плечевого пояса задерживается, провести следующие приемы.

1. головку захватить обеими руками так, чтобы ладони легли на область ушей, при этом концы пальцев не должны касаться шеи плода;

& головку осторожно оттягивать книзу до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лонную дугу;

& головку приподнять кпереди либо захватить левой рукой и отвести вверх;

& правой рукой спустить с плечика ткани промежности;

2. ввести указательный палец со стороны спинки в подмышечную впадину переднего плечика;

& предложить роженице потужиться;

& потянуть за плечико, пока оно не подойдет под лонную дугу, освободить заднее плечико.

При возникновении трудностей в выведении плечиков показаны следующие приемы: провести срединнолатеральную эпизиотомию;

& захватить головку плода двумя руками в шейно-височных областях;

& осторожно потягивать головку книзу;

& ассистент производит умеренное давление над лоном до тех пор, пока под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети;

& головку приподнять кпереди и освободить заднее плечико;

Условия: максимальное сгибание бедер роженицы в тазобедренных суставах и отведение их в сторону живота, умеренное давление ассистента над лоном при рождении плечевого пояса; *при отсутствии успеха:*

& руку ввести во влагалище, сместить переднее плечико в сторону груди и кзади;

& перевести переднее плечико в косой размер (уменьшить размер плечиков), что способствует рождению плечевого пояса;

& одноименной рукой захватить, согнуть и вывести заднюю ручку плода;

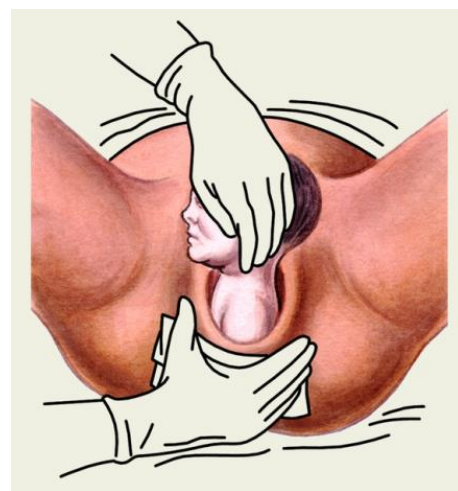
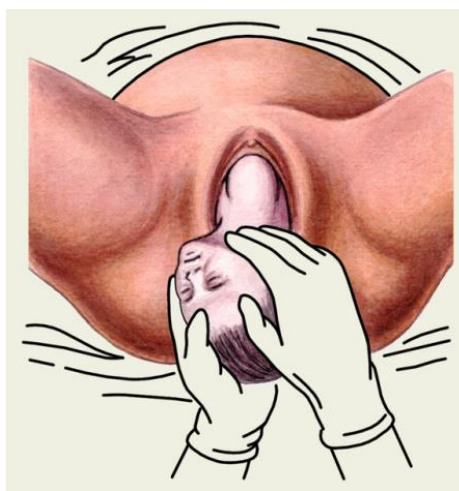
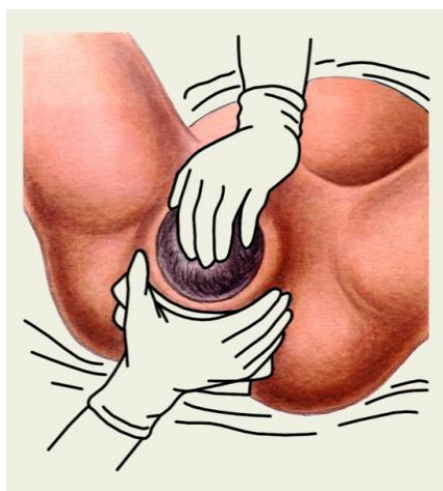
& вывести переднее плечико. Если переднее плечико при этом не освобождается, то поворотом на 180 градусов оно переводится в заднее и извлекается.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять спецодежду, вымыть руки.

Осложнения: разрыв промежности, травма новорожденного.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, оказано акушерское пособие.



Алгоритм манипуляции
ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Последовый период вести строго выжидательно! Руки прочь от матки!

Цель манипуляции: выделить послед с соблюдением физиологического механизма последового периода.

Показания к манипуляции: третий период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& лекарственные препараты для оказания экстренной помощи;

& спирт 95%, 70%;

& йодонат 1%;

& хлоргексидин;

& шприцы, системы;

& металлический катетер для выведения мочи;

& тонометр;

& пузырь со льдом;

& дезинфицирующий раствор;

& стерильный материал;

& шовный материал (шелк, кетгут);

& инструментами для осмотра шейки матки после родов;

& чистое постельное и нательное белье.

Подготовка пациента: вывести катетером мочу;

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: фартук, шапочка, стерильный халат, стерильные перчатки, маска, защитные очки.

Ход манипуляции:

& следить за общим состоянием женщины, окраской кожи и видимых слизистых;

& сосчитывать пульс, измерять АД;

& учитывать количество кровопотери;

& наблюдать за формой матки и высотой стояния ее дна;

& ждать самостоятельной отслойки и рождения плаценты в течение 20-30 минут при кровопотере менее 250-300 мл;

& по истечении этого времени при задержке рождения последа:

& проверить наличие признаков отделения плаценты;

& при положительных признаках -

& предложить роженице потужиться или опереться на ступни и поднять таз;

& при неэффективности выделить послед одним из следующих способов:

способ Абуладзе:

& опорожнить мочевой пузырь, произвести бережный массаж матки с целью ее сокращения;

& взять обеими руками брюшную стенку в продольную складку;

& предложить роженице потужиться;

способ Гентера:

& опорожнить мочевой пузырь, привести дно матки к срединной линии;

& встать сбоку от роженицы, лицом к ее ногам;

& кисти рук сжать в кулак, положить тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки (в области трубных углов);

& постепенно надавливать по направлению книзу и кнутри;

& женщина при этом не должна тужиться.

способ Креде-Лазаревича:

& опорожнить мочевой пузырь, привести дно матки к срединной линии; & произвести бережный массаж матки с целью ее сокращения;

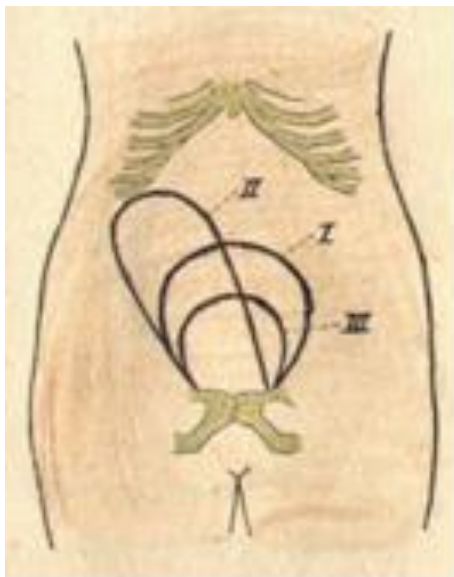
& встать слева от роженицы, лицом к ее ногам;
 & дно матки обхватить правой рукой, при этом большой палец находится на передней стенке матки, ладонь - на дне, а четыре пальца - на задней поверхности матки;
 & сжимать матку в передне-заднем размере;
 & одновременно надавливать на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза;
 & в случае задержки в матке оболочек, соединенных с детским местом, взять в ладони обеих рук родившуюся плаценту и медленно вращать в одном направлении;
 & тщательно осмотреть родившийся послед;
 & при отсутствии дефектов последа положить на низ живота пузырь со льдом;
 & ввести по назначению врача внутривенно сокращающие средства; & послед в лотке направляется для дальнейшей обработки; & с помощью мерной колбы измерить величину кровопотери;
 & обмыть теплым, слабым дезинфицирующим раствором наружные половые органы, область промежности и внутренние поверхности бедер, высушить стерильной салфеткой;
 & осмотреть наружные половые части и промежность;
 & раздвинуть при помощи стерильных тампонов половые губы и осмотреть вход во влагалище;
 & осмотреть шейку матки при помощи зеркал;
 & ушить разрывы мягких тканей родовых путей;
 & надеть на родильницу чистую рубашку, поменять под ней простыню, накрыть одеялом, наблюдать за общим состоянием родильницы;
 & периодически пальпировать матку;
 & сделать соответствующие записи в истории родов;
 & через 2 часа перевезти родильницу в послеродовое отделение.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять спецодежду, вымыть руки.

Осложнения: обрыв пуповины, задержка частей плаценты в матке, выворот матки.

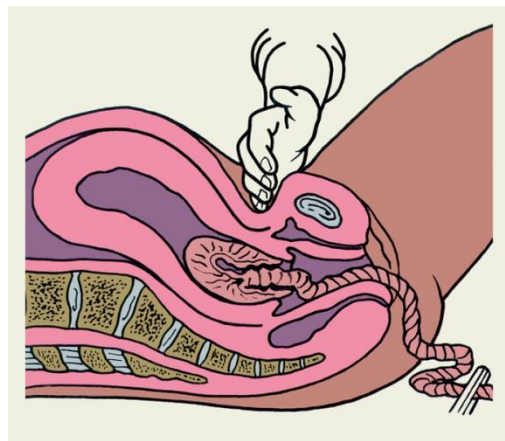
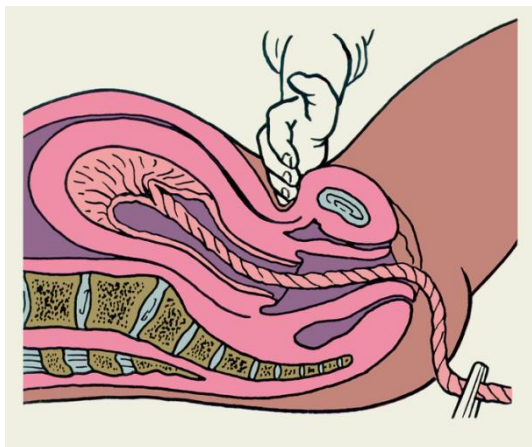
Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, послед выделен.



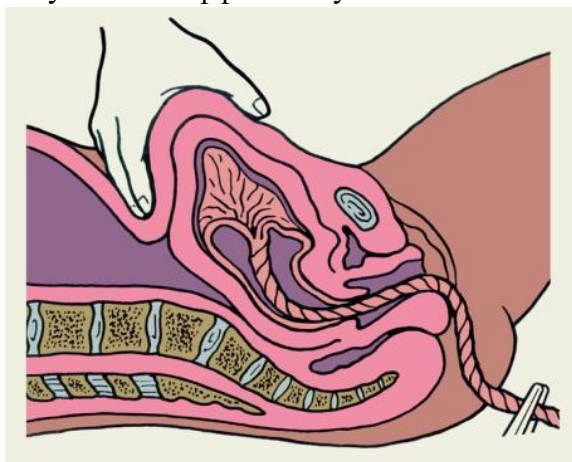
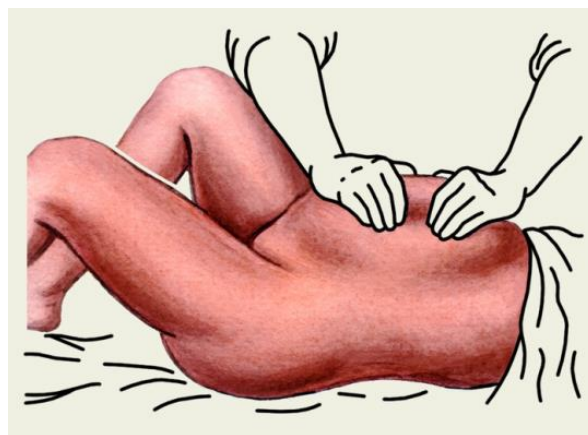
Высота стояния и форма матки в послеродовом периоде: 1 — после рождения плода; 2 — после отделения плаценты; 3 — после рождения последа

Важнейшие признаки отделения плаценты следующие.

1. **Изменение формы и высоты стояния дна матки (признак Шредера).** Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается над отслоившейся плацентой выше пупка (иногда до реберной дуги); матка нередко отклоняется вправо (рис.39).
2. **Удлинение наружного отрезка пуповины (признак Альфельда).** Отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время перерезки), опускается на 10-12 см.
3. **Появление выпячивания над симфизом.** Когда отделившаяся плацента опускается в тонкостенный нижний сегмент матки, передняя стенка этого сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается и образуется выпячивание над симфизом.

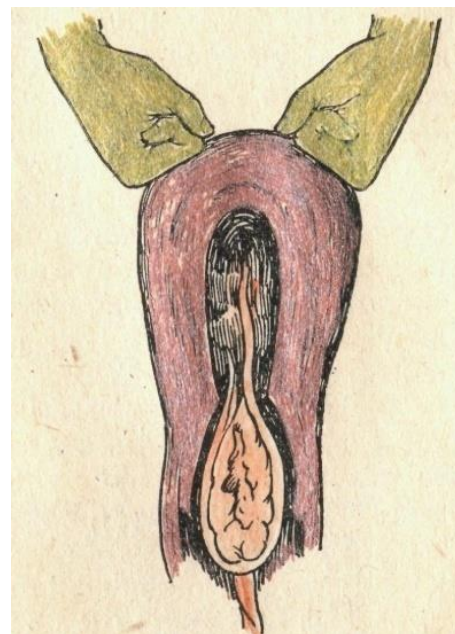


Проведение приема Абуладзе с целью выделения последа при отделившейся плаценте: брюшную стенку роженицы захватывают обеими руками в продольную складку, тем самым уменьшая объем брюшной полости и усиливая эффект натуживания.



Схематическое изображение проведения приема Креде-Лазаревича с целью выделения последа при отделившейся плаценте: дно матки, выведенное к средней линии живота, захватывают рукой так, чтобы большой палец располагался на передней поверхности матки, а четыре других на задней; сжимая пальцы, надавливают на дно матки в направлении к крестцу.

Схематическое изображение проведения приема Гентера с целью выделения последа при отделившейся плаценте: кисти рук сжать в кулак, положить тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки (в области трубных углов), постепенно надавливать по направлению книзу и кнутри.



Примечание: в настоящее время с профилактической целью рекомендуется внутривенное и реже внутримышечное введение окситотических средств (окситоцин, эргометрин метилэргометрин, синтоцинон) после рождения переднего плечика или после рождения плода, что ведет к уменьшению кровопотери (Чернуха Е.А. 1991 г, Begley СМ. 1990г.)

По данным отечественных авторов, введение окситотических веществ с профилактической целью у первородящих рекомендуется проводить при прорезывании головки, у повторнородящих - при врезывании. Среди методов ведения третьего периода родов некоторые авторы рекомендуют контрольную тракцию за пуповину, которую комбинируют с давлением на тело матки кверху рукой расположенной выше симфиза (метод Роговина). При этом отмечено уменьшение кровопотери и укорочение третьего периода родов.

Стимуляция сосков роженицы в третьем периоде родов с целью профилактики кровотечения оказалась такой же эффективной, как внутривенное применение окситоцина (5 ЕД) и эргометрина (0,5 мг). Способствует отслойке плаценты раннее пережатие пуповины; при этом плацента наполняется кровью, то есть становится упругой и при сокращениях матки легче отслаивается. Комбинированное действие окситотических средств и контрольная тракция за пуповину является активным ведением третьего периода в противоположность выжидательному или физиологическому ведению. При отсутствии признаков отделения плаценты через 10-15 минут после рождения ребенка, даже если с профилактической целью вводился метил эргометрин внутривенно капельно, показано введение окситоцина. Если, не смотря на введение окситоцина, признаки отделения плаценты, наружное кровотечение отсутствуют, через 30-40 минут показано ручное отделение плаценты и выделение последа.

При нормальных родах более физиологическим является позднее клеммирование пуповины.

По данным ВОЗ наблюдение за родильницей необходимо установить в течение двух часов после родов.

Алгоритм манипуляции **ОСМОТР ПЛАЦЕНТЫ**

Цель манипуляции: дать оценку последу, выявить дефекты плаценты.

Показания к манипуляции: третий период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& ровная поверхность;

& сантиметровая лента, весы.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& плаценту разложить на ровной поверхности материнской стороной вверх;

& внимательно осмотреть все дольки плаценты; & тщательно осмотреть края плаценты;

Примечание: в норме материнская сторона гладкая с ровными краями, дольки выражены отчетливо и покрыты тонким слоем децидуальной (отпадающей) оболочки матки.

Область дефекта плаценты отличается от окружающей ткани и обычно бывает темно-красного цвета.

& перевернуть плаценту материнской стороной вниз, а плодовой - кверху;

& взять пальцами края разрыва оболочек;

& расправить оболочки, стараясь восстановить яйцевую камеру, в которой находился плод вместе с водами;

& обратить внимание на целостность водной и ворсистой оболочек; & выяснить, нет ли между оболочками оборванных сосудов;

& выяснить место разрыва оболочек

Примечание. Наличие между плодными оболочками оборванных сосудов, отходящих от края плаценты указывает на оставшиеся в матке дольки плаценты. Во время осмотра плодных оболочек обращают внимание на локализацию их разрыва, по которой можно судить о месте прикрепления плаценты к стенке матки (например, если плодные оболочки разорваны у края плаценты, то она прикреплялась вблизи внутреннего маточного зева, если далеко от края, то плацента прикреплялась высоко в области тела или дна матки). Осмотр плодных оболочек при многоплодии позволяет установить, являются близнецы одно- или двуйцовыми.

& измерить и взвесить плаценту;

& собрать послед для гистологического исследования или утилизировать плаценту;

& занести в историю родов все данные о плаценте и оболочках.

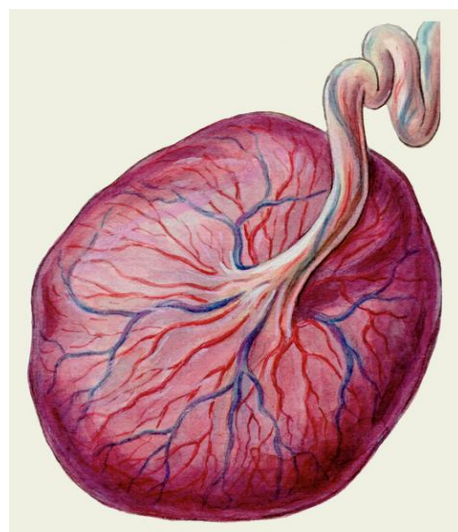
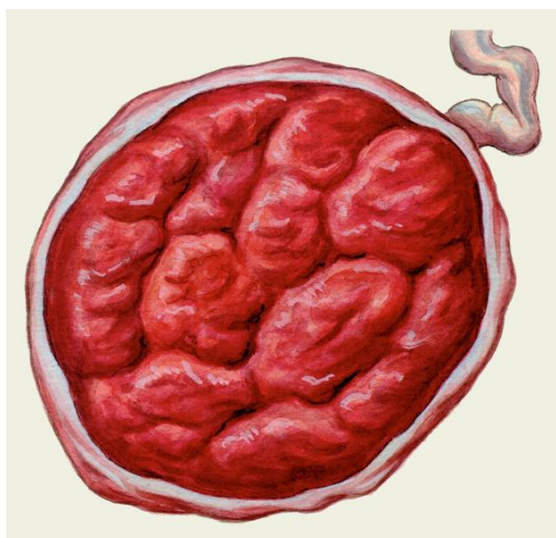
Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, послед осмотрен.

а). Зрелая плацента: материнская поверхность. б). Зрелая плацента: плодовая поверхность с отходящей от нее пуповиной.



Алгоритм манипуляции **ОЦЕНКА КРОВОПОТЕРИ**

Цель манипуляции: дать оценку кровопотери в раннем послеродовом периоде, определить допустимую кровопотерю.

Показания к манипуляции: третий период родов, ранний послеродовый период.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & системы для внутривенного вливания;
- & тонометр;
- & измерительная колба, весы; & антисептический раствор;
- & стерильные перчатки, стерильный материал;
- & пулевые щипцы, корнцанг;
- & влагалищное зеркало-подъемник;
- & судно.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

- & иметь предварительную информацию о весе чистого сухого материала, предназначенного для впитывания крови после родов;
- & после рождения ребенка подставить стерильный лоток под таз родильницы;
- & свободный конец пуповины опустить в лоток;
- & позволить крови свободно стекать в емкость;
- & после рождения последа собрать кровь:
 - а) после массажа матки рукой;
 - б) после введения сокращающих средств;
 - в) после ручной ревизии полости матки;
- & перелить кровь из лотка в мерную колбу;
- & взвесить на весах пеленки, пропитанные кровью;
- & определить разницу между весом чистого и использованного материала;
- & определить размер кровопотери.

Примечание: кровопотеря свыше 0,5% массы роженицы и более 400 мл является патологической.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, дана оценка кровопотери.

Алгоритм манипуляции **НАРУЖНЫЙ МАССАЖ МАТКИ**

Цель манипуляции: выполнить наружный массаж матки

Показания к манипуляции: гипотония и атония матки.

Противопоказания к манипуляции: (условное) слабый связочный аппарат матки.

Оснащение:

- & системы для внутривенного вливания;
- & тонометр;
- & измерительная колба для учета кровопотери;
- & антисептический раствор;

& стерильные перчатки, стерильный материал;

& судно.

Подготовка пациента: опорожнить мочевой пузырь через катетер.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& произвести массаж матки через брюшную стенку:

& руку расположить на дне матки;

& рукой, расположенной на дне матки, совершать легкие массирующие круговые движения (грубые манипуляции не достигают цели), захватывая как часть передней, так и задней стенки матки; под влиянием массажа матка сокращается и становится плотной;

& легким давящим движением выжать из матки сгустки крови,

& одновременно вместе с массажем внутривенно вводить утеротонические средства (метилэргометрин, окситоцин, простагландины);

& на низ живота положить пузырь со льдом.

Примечание: при не резко выраженной гипотонии матки указанные меры достаточны для остановки кровотечения.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: травмирование пациента.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, выполнен наружный массаж матки.

Алгоритм манипуляции **ПРОВЕДЕНИЕ АМНИОТОМИИ**

Цель манипуляции: провести искусственное вскрытие плодного пузыря.

Показания к манипуляции: открытие маточного зева 8 см., плоский плодный пузырь, запаздывание разрыва плодных оболочек

Противопоказания к манипуляции: открытие маточного зева менее 8 см.

Оснащение: антисептический раствор, стерильные перчатки, пулевые щипцы, корнцанг, влагалищное зеркало-подъемник, судно.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, под таз роженицы подставить судно, обработать наружные половые органы антисептическим средством.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& ввести во влагалище указательный или указательный и средний пальцы;

& разорвать пальцами оболочку напряженного плодного пузыря во время схватки.

При невозможности разрыва плодного пузыря пальцами (напр. плотные оболочки):

& 1) ввести во влагалище зеркало;

& разорвать напряженный пузырь браншей пулевых щипцов (пулевыми щипцами или корнцангом);

& 2) ввести во влагалище указательный или указательный и средний пальцы;

& браншу пулевых щипцов (пулевые щипцы или корнцанг) ввести вдоль пальцев; & под контролем пальцев вскрыть оболочки;

& ввести во влагалище руку с целью задерживания быстрого истечения вод.

Примечание: обычно пузырь разрывают в центре. При многоводии пузырь вскрывают сбоку, выше края зева, чтобы воды вытекали медленнее и не способствовали выпадению пуповины и мелких частей плода.

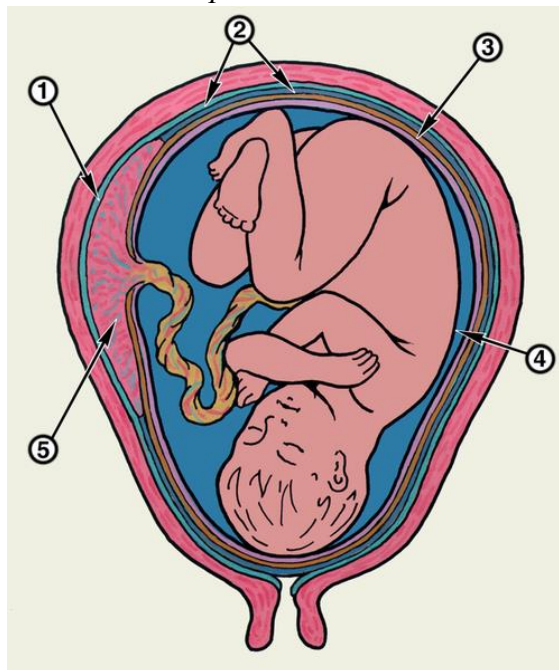
Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: выпадение пуповины и мелких частей плода.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, плодный пузырь вскрыт.

Схематическое изображение расположения плодных оболочек в матке в конце беременности: 1 — базальная децидуальная оболочка соприкасающиеся капсулярная и париетальная децидуальные оболочки, 3 — гладкий хорион, 4 — амнион, 5 — плацента



Алгоритм манипуляции **ВЫПОЛНЕНИЕ ПЕРИНЕО-ЭПИЗИОТОМИИ**

Цель манипуляции: предотвращение травмы мягких тканей женщины (разрыва промежности, прямой кишки и др.), обеспечение более бережных родов для плода, ускорения родов (например, при острой гипоксии плода, тяжелом состоянии роженицы).

Показания к манипуляции: угроза разрыва промежности, внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды, крупный плод.

Противопоказания к манипуляции: рубцовые изменения промежности, пустулы.

Оснащение: стерильный материал, стерильный корнцанг, 1% раствор йодоната, тупоконечные эпизиотомные ножницы.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость выполнения процедуры, обработать кожу промежности раствором йодоната дважды.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, стерильный халат, стерильные перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

Перинеотомию и эпизиотомию проводят во II периоде родов, когда предлежащая часть плода опустилась на тазовое дно и появилось напряжение промежности, до возникновения признаков угрозы ее разрыва.

& встать слева от роженицы;

& вне потуги ввести пальцы левой руки между подлежащей частью плода (головкой, ягодицами) и задней стенкой влагалища;
& правой рукой вне потуги под контролем пальцев левой руки ввести браншу тупоконечных ножниц;
& на высоте потуги одним движением разрезать промежность по одному из перечисленных методов; длина разреза — 3—4 см.

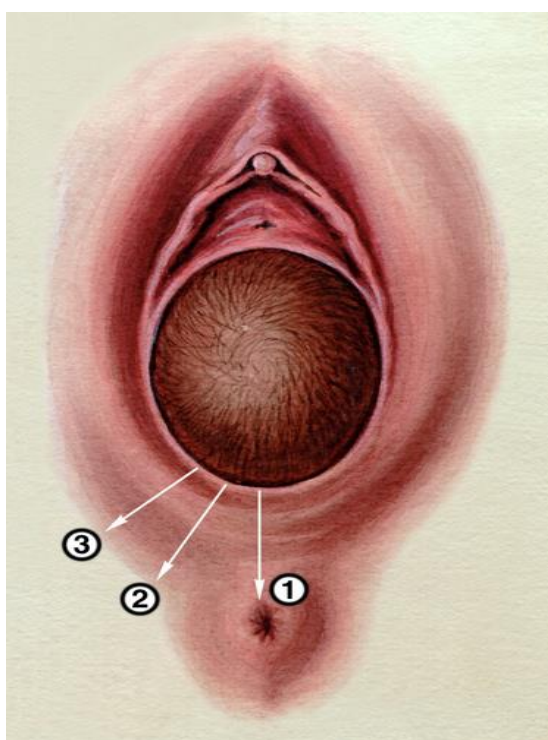
Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: в области швов могут возникать боль, отек, раневая инфекция, гематомы, абсцессы.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, выполнена эпизиотомия.

Схематическое изображение разрезов промежности при прорезывании головки плода: 1 — перинеотомия: разрез по средней линии промежности; 2— срединно-латеральная эпизиотомия: боковой разрез на расстоянии 2-3 см от задней спайки по направлению к седалищному бугру; 3 — латеральная эпизиотомия.



Алгоритм манипуляции **Первый туалет новорожденного**

Цель манипуляции: провести первый туалет новорожденного.

Показания к манипуляции: всем новорожденным при удовлетворительном состоянии

Противопоказания к манипуляции: глубокая недоношенность, реанимационные мероприятия.

Оснащение:

& стерильный эмалированный лоток;
& набор для новорожденного; & 20% раствор сульфацила натрия;
& 95% этиловый спирт, 1% раствор йодоната;
& зажимы Кохера;
& 5% раствор перманганата калия;

& стерильное постное масло или вазелин;
& весы для новорожденного;
& стерильный комплект для новорожденного, содержащий сантиметровую ленту, материал, браслетки, скобу Роговина (лигатура, одноразовый зажим), ножницы, марлевые салфетки, пеленки, распашонки, одеяло;
& стерильные перчатки, халат, маска;
& ножницы.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, стерильные перчатки, маска.

Ход манипуляции:

& медсестра меняет перчатки;
& из комплекта для новорожденного достает обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пеленкой лоток и ставит его между ног матери;
& до отделения ребенка от матери медсестра стерильной пипеткой из детского пакета закапывает в глазки 2-3 капли сульфацила натрия (веки развести левой рукой с помощью стерильных шариков, отдельно для каждого глаза);

Примечание: профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденных проводится закапыванием в конъюнктивальный мешок однократно одной каплей раствора нитрата серебра 2% или трехкратно с интервалом 10 минут по одной капле раствора сульфацила натрия 20% (глазные капли) или закладыванием за нижнее веко с помощью стеклянной палочки однократно тетрациклина гидрохлорида 1% или эритромицина фосфата 10 000 ед в 1 г (глазная мазь, полоска длиной от 0,5 до 1 см). Кроме того, допускается закапывание в конъюнктивальный мешок однократно одной каплей раствора протаргола 1% или раствора колларгола 1% (глазные капли).

& девочкам этот же раствор закапывают с помощью другой пинетки на наружные половые органы, разведя с помощью шариков большие половые губы;

& после прекращения пульсации пуповины на нее на расстоянии 10 см от пупочного кольца накладывают зажим Кохера;

& второй зажим Кохера накладывают на пуповину как можно ближе к наружным половым органам женщины;

& участок пуповины между первым и вторым зажимами Кохера обрабатывают шариком с этиловым спиртом или йодонатом и рассекают ножницами;

& срез детской культи пуповины смазывают 1% раствором йодоната;

& показывают ребенка матери, обращая внимание на его пол и врожденные аномалии, если они имеются;

& ребенка переносят на детский столик.

& сменить халат, надеть стерильный, стерильную шапку и маску;

& надеть резиновые перчатки;

& обмыть ребенка из кувшина теплой водой с добавлением калия перманганата до слаборозового цвета так, чтобы вода не попадала в пуповину и верхние дыхательные пути;

& перенести новорожденного на столик с подогревом («Аист»);

& обработать кожу пупочного кольца и участок пуповины шариком со спиртом;

& на пуповину новорожденного на расстоянии 0,3-0,5 см от пупочного кольца наложить металлическую скобу Роговина (стерильную лигатуру, одноразовый зажим);

& отсечь стерильными ножницами;

& культю пуповины обработать раствором 5% калия перманганата;

& на культю наложить марлевую стерильную повязку;

Примечание: для снижения риска инфицирования пупочной раны и с целью профилактики гнойных заболеваний пупка и развития пупочного сепсиса возможно использование пленкообразующих препаратов, разрешенных для этих целей, с

предварительной обработкой пупочной раны 0,5% раствором хлоргексидина глюконата в 70% этиловом спирте.

& обработать кожу стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным или вазелиновым маслом из индивидуального флакона разового пользования, снимая родовую смазку (особенно в области естественных складок); измерить рост ребенка сантиметровой лентой от макушки до пяток;

& измерить окружность головки по наибольшей ее поверхности (прямой размер) и окружность груди;

& взвесить ребенка на весах;

& написать на браслетках следующие данные:

а) номер истории родов матери,

б) фамилия, имя, отчество матери

в) дата и время родов

г) пол ребенка,

д) длина новорожденного, окружность головки и груди,

е) масса тела.

& привязать 2 клееночки (браслетки) на запястья обеих рук новорожденного с помощью стерильных повязок;

& запеленать новорожденного в стерильные пеленки (легкие и фланелевую);

& завернуть при необходимости в одеяло;

& надеть поверх одеяла на шею 3-ю клеенку с надписью;

& оставить новорожденного на столике с подогревом на 2 часа; Через 2 часа ребенок переводится в отделение новорожденных.

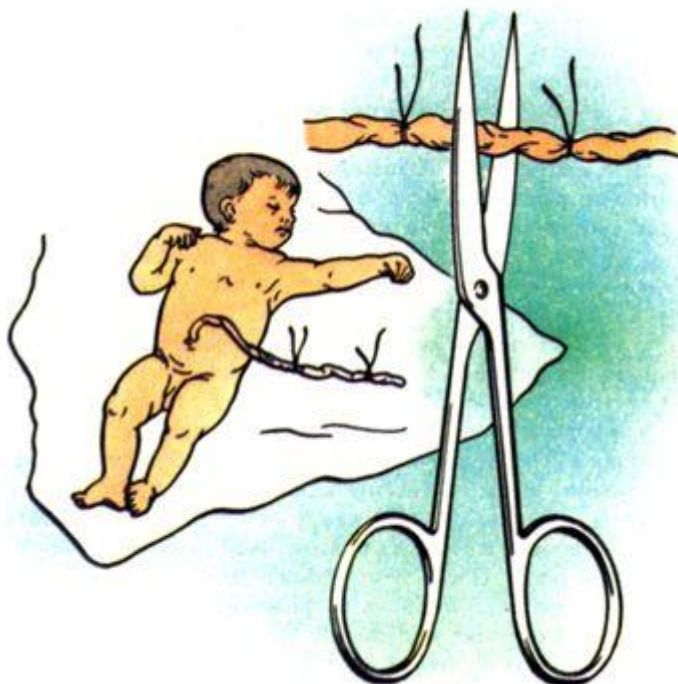
Примечание: в родильном зале необходимо в течение первого получаса после рождения прикладывать новорожденного к груди матери (при отсутствии противопоказаний). Раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание способствуют более быстрому становлению нормальной микрофлоры кишечника, повышению широкого комплекса факторов неспецифической защиты организма.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, выполнен первый туалет новорожденного.



Алгоритм манипуляции

ТУАЛЕТ РОДИЛЬНИЦЫ В ПОСТЕЛИ. ОБРАБОТКА ШВОВ НА ПРОМЕЖНОСТИ

Цель манипуляции: провести туалет роженицы в постели, обработать швы на промежности.

Показания к манипуляции: первые часы после родов, тяжелое состояние женщины, швы на промежности после перинео-эпизиотомии, разрыва промежности. Профилактика ГСЗ.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & двухъярусный столик;
- & емкость с теплым (35-37° С) фурацилином 1:5000; & обеззараженная клеенка, судно;
- & стерильные корнцанги (2), стерильный анатомический пинцет;
- & стерильный материал, пеленки;
- & перекись водорода 3%; & раствор перманганата калия 5%;
- & резиновые перчатки;
- & почкообразный лоток (3);
- & ширма, кувшин;
- & мешок для грязных клеенок.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость процедуры и ход ее выполнения, опустить изголовье кровати и повернуть пациентку набок, подстелить клеенку и пеленку под женщину, повернуть на спину. Подать пациентке судно и помочь занять оптимальное удобное положение для проведения процедуры (в положении Фаулера, с слегка согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенными ногами).

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

- & Накрыть столик следующим образом: на нижней полке располагается емкость с раствором фурацилина и обеззараженные клеенки, а на верхнем размещают стерильные перчатки, материал, инструменты, пеленки (в стерильном лотке), перекись водорода перманганат калия.
- & надеть перчатки;
- & держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лить антисептический раствор на гениталии женщины, а салфетками (меняя их) проводить движения сверху вниз (от паховых складок к гениталиям, затем к анусу);
- & обмыть не задевая швов:
- & одной салфеткой - правую и левую половые губы справа и слева;
- & второй салфеткой - паховую область справа и слева;
- & область анального отверстия;
- & сухой салфеткой промокательными движениями осушить гениталии пациентки в той же последовательности и в том же направлении, что и при подмывании, меняя салфетки после каждого этапа;
- & обработать швы перекисью водорода, высушить стерильной салфеткой;
- & обработать швы перманганатом калия 5%;
- & положить под женщину стерильную подкладную пеленку;
- & убрать судно, клеенку, перемещая пациентку на бок и обратно;
- & помочь пациентке занять необходимое положение;
- & если есть изменения в состоянии швов (покраснение, нагноение, отек), немедленно сообщить об этом врачу.
- & положить клеенку в непромокаемый мешок;

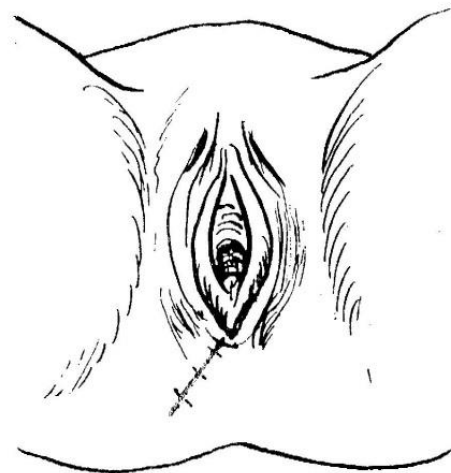
& снять перчатки и положить их в лоток для использованного;
& вымыть и осушить руки.

Обработка рабочего места и инструментария: перчатки опустить в дезраствор на 60 минут, судно и клеенку обработать 1% раствором хлорамина с полным погружением на 60 минут..

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, проведен туалет родильницы в постели, обработаны швы на промежности.



Алгоритм манипуляции

СНЯТИЕ ШВОВ С ПРОМЕЖНОСТИ

Цель манипуляции: снять швы с промежности.

Показания к манипуляции: 4-5 сутки послеродового периода.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& емкость с теплым (35-37° С) фурацилином 1:5000;

& обеззараженная клеенка, судно;

& стерильные корнцанги (2), стерильный анатомический пинцет;

& стерильный материал, пеленки;

& перекись водорода 3%;

& раствор перманганата калия 5%;

& стерильные перчатки;

& почкообразный лоток (3);

& ножницы для снятия швов.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость процедуры и ход ее выполнения; помочь женщине лечь на кресло в положение «на спине» с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенными ногами; под ягодицы родильницы постелить клеенку; если есть изменения в состоянии швов (покраснение, нагноение, отек), немедленно сообщить об этом врачу.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& надеть стерильные перчатки;

& обработать наружные половые органы теплым раствором фурацилина;

& просушить стерильной салфеткой;

& обработать швы перекисью водорода, высушить стерильной салфеткой;

& слегка оттянуть пинцетом лигатуру за узелок;

& ввести под нитку браншу ножниц и пересечь;

& извлечь лигатуру и положить в лоток;

& обработать место швов перманганатом калия 5%;

& количество извлеченных нитей должно совпасть с указанным в истории родов.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: травмирование пациентки, нагноение оставшейся лигатуры.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, швы с промежности сняты.

Алгоритм манипуляции

УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ

Цель манипуляции: подготовить молочные железы к кормлению младенца, провести мероприятия по предупреждению трещин сосков для профилактики маститов.

Показания к манипуляции: грудное вскармливание, послеродовой период.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& косынки, полотенца для грудных желез,

& стерильные стеклянные палочки для обработки сосков,

& стерильная посуда для сцеживания молока,

& лекарственные препараты для обработки сосков.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость процедуры и ход ее выполнения, получить ее согласие. Приготовить используемые при кормлении новорожденных клеенки (их меняют два раза в день), клеенку покрыть пеленкой (меняют перед каждым кормлением), помочь родильнице перед кормлением вымыть подмышечную впадину и молочную железу теплой водой с мылом, предварительно надев косынку и маску вымытыми руками.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, при необходимости маска.

Ход манипуляции:

& осушить грудь специальной пеленкой;

& помочь родильнице вложить в рот ребенка сосок и околососковый кружок;

& после кормления помочь родильнице правильно сцедить молоко руками или с помощью молокоотсоса в специальную стерильную посуду;

& помочь родильнице после кормления вымыть молочные железы теплой водой с мылом;

& обсушить стерильной салфеткой или полотенцем;

& смазать сосок мазью.

Примечание: Профилактика послеродового мастита заключается в предупреждении трещин сосков и застоя молока. С этой целью уже в течение всей беременности следует проводить «закаливание» и подготовку сосков: ежедневное обмывание их теплой водой с мылом, воздушные ванны в течение 15—20 мин, общее ультрафиолетовое облучение, общегигиенические мероприятия, частая смена белья. После каждого кормления необходимо тщательное сцеживание молока руками или с помощью молокоотсоса. Для облегчения сцеживания за 30—40 мин до кормления принимают таблетку но-шпы. Трещины соска обрабатывают 1% раствором метиленового синего и накладывают метилурациловую мазь. При сильных болях на сосок наносят мазь с анестезином.

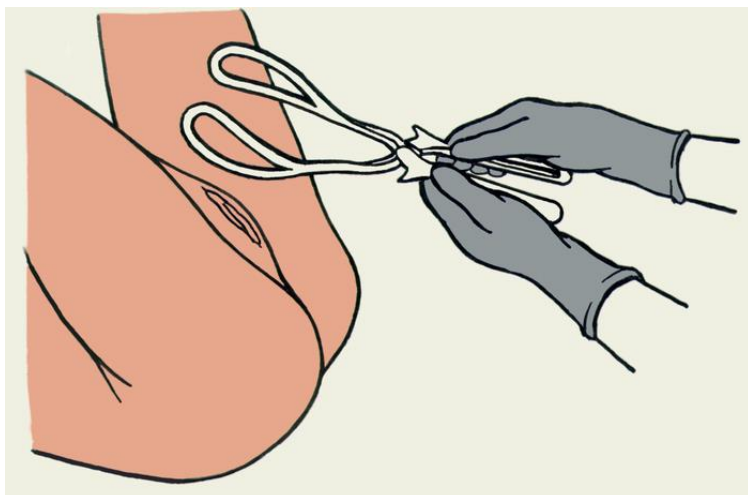
Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

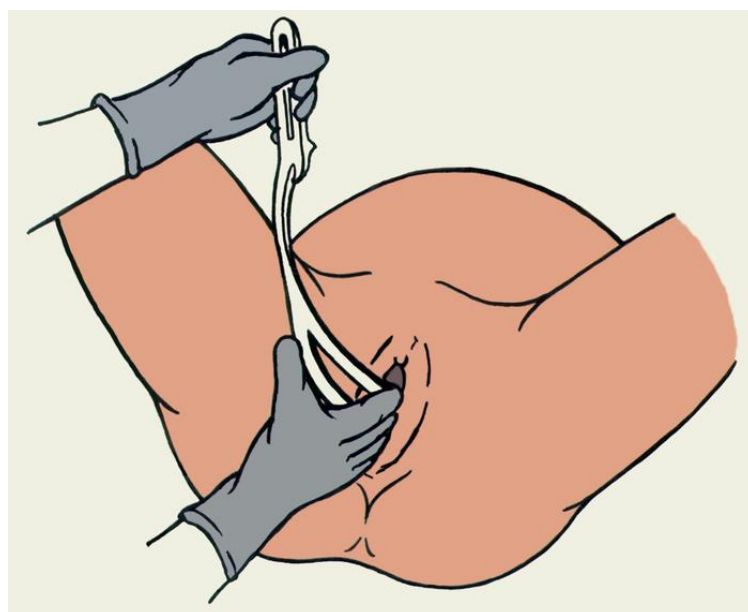
Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, осуществлен уход за молочными железами.

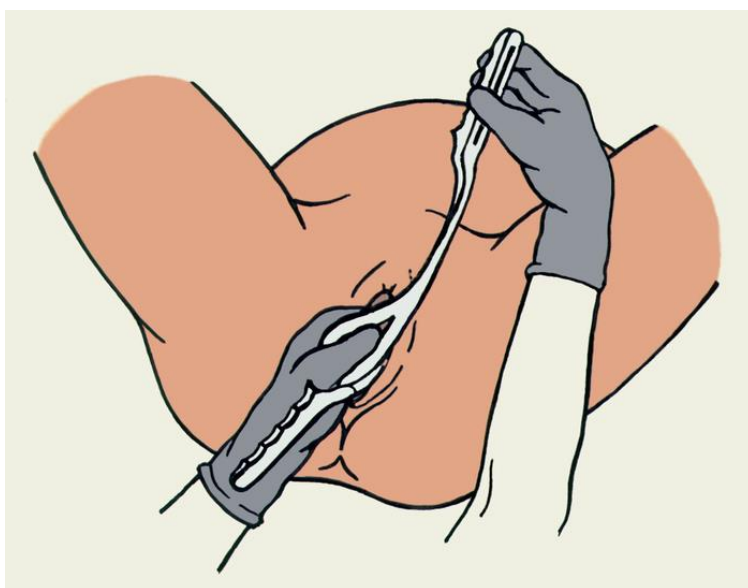
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ НАЛОЖЕНИЯ ВЫХОДНЫХ ЩИПЦОВ:



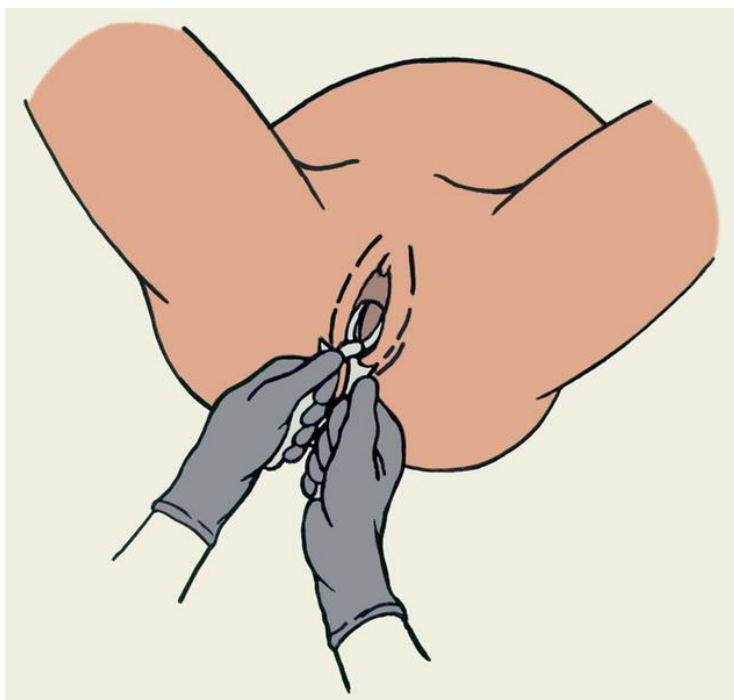
Щипцы в сложенном виде перед наложением (в левой руке - левая ложка, в правой - правая).



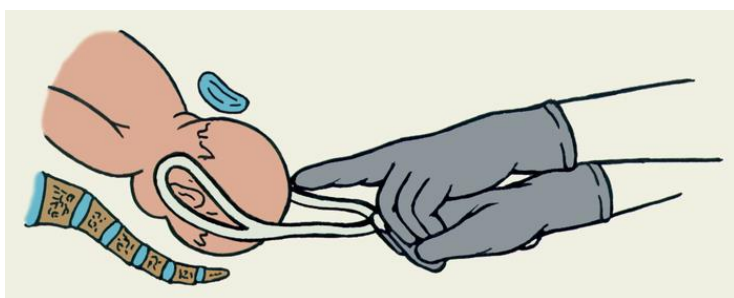
введение левой ложки.



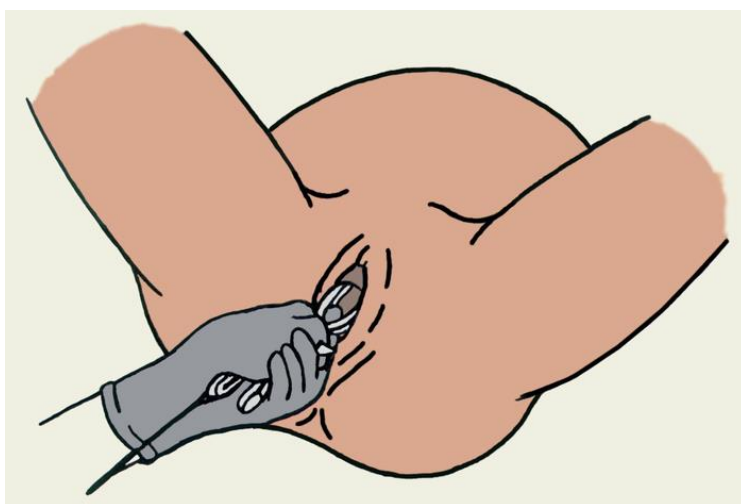
введение правой ложки.



зaмыкaние щипцов



схематическое
изображение пробной
тракции.



захват рукояток
щипцов при
тракциях.

Алгоритм манипуляции

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ//

Цель манипуляции: оказать ручное пособие при ягодичном предлежании.

Показания к манипуляции: ягодичное предлежание.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & родильная кровать Рахманова с матрасом, состоящим из двух половин (подушки-польстеры);
- & передвижные столики для стерильного материала и инструментов;
- & подставки для биксов со стерильным материалом и посуды с дезинфицирующими средствами;
- & столик для туалета новорожденного («Аист»), детские весы;
- & лекарственные препараты для оказания экстренной помощи женщине и ребенку;
- & спирт 95%, 70%, йодонат 1%, хлоргексидин;
- & шприцы, системы;
- & аппарат для оказания экстренной помощи новорожденному («Пенлон»);
- & стерильные ножницы для проведения перинео-эпизиотомии;
- & обеззараженный лоток для приема новорожденного;
- & бикс со стерильным комплектом для приема родов;
- & бикс с инструментами для осмотра шейки матки после родов.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

- & роды вести с мониторным наблюдением за сердцебиением плода и сократительной деятельностью матки;
- & в периоде раскрытия принять меры предупреждения раннего разрыва плодного пузыря;
- & роженицу уложить в постель, вставать ей нельзя (лежать следует на том боку, в сторону которого обращена спинка плода);
- & при мочеиспускании и дефекации подавать подкладное судно;
- & при слабости родовых сил ввести по назначению врача средства, усиливающие сократительную деятельность матки;
- & сразу после излития околоплодных вод произвести влагалищное исследование, чтобы уточнить диагноз и исключить выпадение пуповины и мелких частей плода;
- & быть готовым к оказанию специфических акушерских пособий;
- & быть готовым к операции кесарева сечения в экстренном порядке;
- & во втором периоде родов сердцебиение плода выслушивать и сосчитывать после каждой потуги;
- & с профилактической целью вводить окситоцин внутривенно капельно;
- & к концу периода изгнания для предупреждения спазма шейки матки внутривенно ввести спазмолитический препарат (атропина сульфат);
- & при прорезывании ягодиц произвести перинео-или эпизиотомию;
- & с момента врезывания ягодиц роженицу уложить так, чтобы таз находился на краю кровати (для этого нижний конец кровати Рахманова вдвигают под головной);
- & пока плод не родится до пупка, роды вести строго выжидательно;
- & если после рождения до пупка роды не закончатся в течение 3-4 минут (2-3 потуги), приступить к ручному пособию.

Ручное пособие по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании

1) с целью предупреждения преждевременного выпадения ножек и свисания туловища:

& прорезавшиеся ягодицы захватить руками следующим образом: большие пальцы располагаются на прижатых к животу ножках, остальные пальцы обеих рук — на поверхности крестца;

& рождающееся туловище направлять вверх, по продолжению оси родового канала;

& по мере рождения туловища постепенно передвигать руки по направлению к половой щели роженицы;

& осторожно прижимать вытянутые ножки к животу большими пальцами; остальные пальцы рук перемещать кверху по спине;

& стремиться к тому, чтобы ножки не выпали раньше рождения плечевого пояса;

2) освободить ручки следующим приемом:

& не меняя положения рук, установить плечевой пояс в прямом размере выхода таза;

& отклонить туловище плода кзади (книзу), при этом передняя ручка выходит из-под лонной дуги;

& туловище поднять кпереди (кверху) и над промежностью рождается задняя ручка и ножки (пятки) плода;

& если рождение головки задерживается, ее освободить приемом Морисо-Левре-Ляшапель.

Алгоритм манипуляции

Ручное пособие по методу Цовьянова при ножном предлежании

& уточнить путем влагалищного исследования ножное предлежание;

& покрыть стерильной пеленкой наружные половые органы роженицы;

& ладонью, приложенной к вульве, препятствовать преждевременному выпадению ножек из влагалища до полного открытия зева;

& при наличии признаков, указывающих на полное раскрытие зева, противодействие продвижению ножек прекратить; & в дальнейшем роды вести по общим правилам, принятым при тазовых предлежаниях.

Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях

& во время врезывания и прорезывания тазового конца всякие манипуляции излишни;

& когда плод родится до пупка, проверить, не натянута ли пуповина;

& натяжение ослабить путем бережного вытягивания пуповины или освобождения ее (осторожно!) через заднюю ягодицу;

& если натяжение не ослабевает, пуповину пересечь и ускорить роды

& после прорезывания ягодиц туловище осторожно поддерживать, чтобы оно не свисало, следующим образом: плод взять за ножки в области бедер, большие пальцы расположить на крестце, остальными захватить бедра, не касаясь живота (рис.4). При этом пальцы не должны надавливать на брюшную стенку плода, чтобы не повредить органы брюшной полости, особенно печень;

& держать таким образом плод за ножки в течение всего времени, пока рождается его туловище; если рождение плода задерживается, оказать ручное пособие;

& ручное пособие начинают оказывать, когда плод родился до нижних углов лопаток;

& обе ножки захватить за голени рукой и отвести их вверх и в сторону

противоположного пахового сгиба матери
& если ручка при этом не родится сама, ее освободить указательным и средним пальцами одноименной руки;
& вытянутые пальцы одноименной руки ввести внутрь со стороны спинки плода;
& осторожно скользнуть введенными вытянутыми пальцами по лопатке и плечу до локтевого сгиба и верхней трети предплечья;
& ручку осторожно свести книзу, не отводя ее от туловища; она скользит по личику (если она запрокинута) и грудной клетке книзу, совершая «умывательное» движение;
& после освобождения задней ручки туловище плода повернуть на 180°, чтобы вторую ручку освободить также со стороны промежности;
& обеими руками захватить туловище плода в области грудной клетки вместе с выведенной ручкой;
& большие пальцы расположить вдоль позвоночника, остальные — на передней поверхности грудной клетки;
& поворот провести так, чтобы спинка прошла под симфизом и повернулась к другому бедру матери; во время поворота плод подтягивать не следует;
& после поворота вновь захватить ножки, отвести их вверх и в сторону другого пахового сгиба;
& затем освободить вторую ручку так же, как и первую;
& освободить головку с помощью приема Морисо — Левре—Ляшапель.

Алгоритм манипуляции

Оказание пособия по Морисо-Левре-Ляшапель

& во влагалище ввести ту руку, которая освобождала вторую ручку плода;
& плод при этом "посадить" верхом на предплечье этой руки, ножки свисают по бокам;
& ввести в ротик плода конец указательного пальца внутренней руки (этим пальцем способствуют сгибанию головки и ее внутреннему повороту);
& извлечение производится наружной рукой следующим образом:
& указательный и средний пальцы наружной руки согнуть и вилообразно расположить по бокам шеи, концы пальцев не должны надавливать на ключицы и надключичные ямки (рис.7);
& наружной рукой произвести тракцию (влекущее движение плода) по направлению кзади (книзу);
& когда область подзатылочной ямки подойдет под симфиз, влечение производить кпереди (кверху);
& Помощник при извлечении головки оказывает на нее легкое давление сверху через брюшную стенку роженицы.

Примечания: при тазовых предлежаниях беременную женщину заблаговременно госпитализируют в родильный дом за 2 недели до родов. Тактика ведения родов в тазовом предлежании зависит от многих факторов: акушерского анамнеза, степени готовности организма беременной к родам, размеров таза и массы плода (при массе тела 3600 г при тазовом предлежании плод считается крупным), состояния плода и т. д. При прогнозировании течения родов необходимо учитывать пол плода, т.к. высока вероятность травмы яичек.

Метод Цовьянова основан на сохранении нормального членорасположения плода. Тем самым предупреждается возникновение таких осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки. **Осложнения:** родовые травмы.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, оказано пособие при ягодичных предлежаниях.

Алгоритм манипуляции **ПРОВЕДЕНИЕ ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ**

Цель манипуляции: провести поворот плода на ножку.

Показания к манипуляции: поперечное и косое положение плода.

Противопоказания к манипуляции: недостаточное открытие маточного зева, чрезмерно сильная родовая деятельность, рубец на матке, различные осложнения беременности.

Оснащение: то же, что и в манип. «Ведение родов при тазовых предлежаниях»

Подготовка пациента: перед операцией произвести повторное наружное и внутреннее исследование для уточнения положения и позиции плода, степени открытия маточного зева и других данных.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

Введение руки.

& в полость матки ввести правую руку;

& наружной рукой раздвинуть половую щель;

& руку, выбранную для поворота (внутренняя), сложить конусом ("рука акушера");

& ввести ее во влагалище и продвинуть к зеву матки (тыл кисти должен быть обращен в сторону крестца);

& как только концы пальцев дошли до зева, наружную руку перенести на дно матки;

& разорвать плодный пузырь;

& ввести руку в матку;

& при головном предлежании перед введением руки в матку оттолкнуть головку в сторону спинки.

Примечание: В полость матки обычно вводят правую руку, которой легче работать. Многие акушеры считают, что при некоторых условиях следует вводить левую руку. М. С. Малиновский рекомендует выбор руки следующим образом: при повороте из поперечного положения в продольное следует вводить при первой позиции — левую руку, при второй — правую; при продольном положении для поворота вводят при первой позиции левую руку, при второй — правую.

Отыскивание ножки.

(При повороте из продольного положения следует отыскать и захватить ножку плода, обращенную к передней брюшной стенке матери).

& нащупать бок плода;

& скользить по боку рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени;

& наружной рукой подвигать тазовый конец плода книзу, навстречу внутренней руке;

& захватить ножку следующим образом:

3. голень захватить всей рукой; четыре пальца обхватывают голень спереди, большой палец располагается вдоль икроножных мышц, конец его достигает подколенной ямки;

4. указательным и средним пальцами ножку плода захватить в области лодыжек, большой палец поддерживает стопу.

Примечание: при поперечных положениях выбор ножки зависит от вида: при переднем виде (спинка кпереди) захватывается нижележащая ножка, при заднем вышележащая. Первый способ захватывания ножки более надежный.

Собственно поворот плода.

& наружную руку перенести с тазового конца плода на головку, отодвинуть ее кверху, ко дну матки; в это время внутренней рукой ножку подтянуть вниз и вывести через влагалище наружу.

Примечание: поворот считается законченным после того, как ножка выведена из половой щели до колена. Это свидетельствует о том, что плод находится в продольном положении.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: разрыв матки, травмирование плода и родовых путей.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, проведен поворот плода ножку.

Алгоритм манипуляции

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ (БЕРЕМЕННОЙ, РОЖЕНИЦЫ) К АКУШЕРСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Цель манипуляции: подготовить женщину к акушерской операции, осуществить психопрофилактическую подготовку к операции с целью устранить отрицательные эмоции, страх перед предстоящей операцией.

Показания к манипуляции: подготовка к операции.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& клеенка;

& стерильная простынь;

& стерильный матерчатые чулки (бахилы);

& стерильный катетер;

& кружка Эсмарха, наконечник;

& бритвенный станок (одноразовый);

& стерильный инструменты: корнцанг, зажим;

& стерильный материал.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения манипуляции.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, маска.

Ход манипуляции:

& сбрить с наружных половых органов волосы;

& сбрить волосяной покров с брюшной стенки;

& поставить клизму;

& освободить мочевой пузырь катетером (при необходимости катетер фиксируется в мочевом пузыре);

& тщательно вымыть при помощи стерильной ваты на корнцанге нижнюю часть живота (до пупка), лобок, внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы,

промежность и анальную область; & насухо вытереть стерильным материалом. *Все манипуляции производятся только в перчатках!*

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, пациентка подготовлена к операции.

Алгоритм манипуляции

ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Цель манипуляции: зашить разрыв промежности.

Показания к манипуляции: разрыв промежности, перинео-эпизиотомный разрез.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & влагалищные зеркала (2);
- & подъемники (2), корнцанги (2-3), пинцеты (3-4);
- & кровоостанавливающие зажимы (4-5);
- & ножницы;
- & иглодержатель;
- & иглы разного калибра (3-4);
- & металлический катетер;
- & шприц с иглами для анестезии;
- & стерильный материал (тампоны, салфетки);
- & кетгут для погружных швов;
- & шелк для поверхностных швов.

Подготовка пациента: объяснить женщине ход и необходимость выполнения манипуляции, уложить родильницу так, чтобы область таза находилась на краю стола, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, притянуты к животу и раздвинуты, под таз родильницы положить чистую стерильную простынь

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

Зашивание разрывов промежности I степени:

- & осуществить подготовку операционного поля и рук оператора по правилам, принятым для акушерских операций;
- & подготовить стерильный стол с инструментами и шовным материалом для проведения манипуляции;
- & осуществить анестезиологическое пособие (наркоз или местная анестезия);
- & обнажить рану промежности при помощи зеркал (ввести зеркало в половую щель и, слегка надавливая на боковую стенку влагалища, оттянуть) и тщательно изучить характер повреждения
- & высушить рану стерильным материалом;
- & наложить один кетгутовый шов (для лучшей ориентировки) на верхний угол раны, находящийся на стенке влагалища;
- & концы нитки взять зажимом и оттянуть кверху;
- & наложить два зажима на края раны в области перехода слизистой влагалища в кожу промежности;
- & с помощью шва и двух зажимов рану раскрыть и высушить тампонами;
- & срезать разможенные участки краев раны;
- & зашить разрывы стенок влагалища: раздвинуть введенными пальцами вход во влагалище, обнажить рану в глубине влагалища и наложить швы;

Примечание: если иглой не будет захвачена вся раневая поверхность, останутся щели, где будет накапливаться кровь, мешающая заживлению.

& при завязывании следить, чтобы края раны вплотную прилегали друг к другу;

& зашитую рану смазать настойкой йода

Зашивание разрывов промежности II степени.

& наложить один кетгутовый шов (для лучшей ориентировки) на верхний угол раны, находящийся на стенке влагалища;

& несколькими погружными кетгутовыми швами соединить разорванные мышцы промежности (эти швы не должны захватывать ни кожи, ни слизистую оболочку влагалища) до задней спайки;

& концы лигатур срезать, кроме шва, наложенного на спайку;

& последний шов подтянуть кверху, это создает удобство при зашивании кожи промежности;

& на кожу промежности наложить шелковые швы;

& концы лигатур срезать;

& зашитую рану смазать настойкой йода.

Примечание: При разрыве третьей степени вначале зашивают нарушенную стенку прямой кишки, затем отыскивают разошедшиеся концы разорванного сфинктера и соединяют их швами. После этого швы накладывают в таком же порядке, как и при разрыве промежности второй степени.

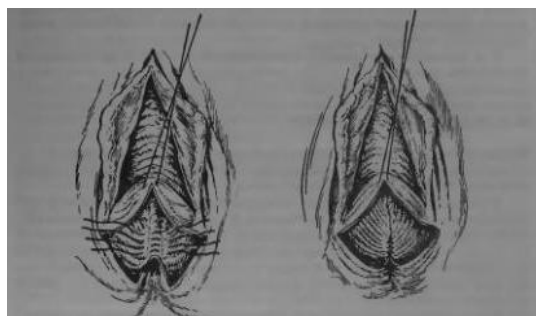
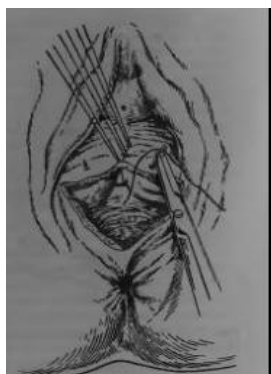
Наложение швов на промежность производится непосредственно после рождения последа. Чем продолжительнее срок от момента разрыва до наложения швов, тем больше опасность инфицирования раны. До рождения последа зашивание не рекомендуется, потому что неизвестно, как пройдет последовый период (не исключается необходимость введения руки в матку).

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: инфицирование при нарушении асептики, при неправильном захвате иглой раневой поверхности могут оставаться «пазухи», мешающие заживлению.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, разрыв промежности зашит.



Алгоритм манипуляции **ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ**

Цель манипуляции: зашить разрыв шейки матки I степени.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& влагалищные зеркала (2);

& подъемники (2);

& зажимы (2-3);

& пинцеты (3-4);
& ножницы;
& иглодержатель;
& иглы разного калибра (3-4);
& металлический катетер;
& стерильный материал (тампоны, салфетки);
& кетгут.

Подготовка пациента: объяснить женщине ход и необходимость выполнения манипуляции, уложить роженицу так, чтобы область таза находилась на краю стола, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, притянуты к животу и раздвинуты, под таз роженицы положить чистую стерильную простынь

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& подготовить шовный материал (кетгут) и инструменты;
& осмотреть шейку матки в зеркалах;
& определить характер разрыва;
& шейку матки зажимами подтянуть ко входу влагалища;
& зажимы отвести в сторону, противоположную от разрыва;
& найти верхний угол разрыва;
& первый шов наложить несколько выше места разрыва;
& наложить шов на верхний угол разрыва;

Примечание: если верхний край разрыва обнаружить сразу не удастся, то первый шов накладывают несколько ниже и подтягивают концы этой лигатуры вниз; при этом верхний угол раны становится видимым и доступным для наложения швов.

& наложить швы до края зева, не прошивая слизистую оболочку шейки матки;
& после наложения швов концы лигатур срезать

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: инфицирование при нарушении асептики.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, разрыв шейки матки I степени ушит.



Алгоритм манипуляции

Оказание неотложной помощи при угрожающем и свершившемся разрыве матки

Угрожающий разрыв матки

Цель манипуляции: оказание неотложной помощи при угрозе разрыва матки.

Ход манипуляции:

- & лечебная помощь должна быть оказана немедленно на месте, любая транспортировка противопоказана, при отсутствии квалифицированных специалистов срочно вызов их «на себя»;
- & немедленно устранить или, если невозможно, ослабить родовую деятельность;
- & дать ингаляционный наркоз фторотаном;
- & при его отсутствии внутривенно медленно 20 мл 25% сульфата магния с 20 мл 0,9% изотонического раствора хлорида натрия, 2 мл папаверина или но-шпы внутримышечно;
- & бережная, быстрая транспортировка на носилках в ближайший родильный дом.

Совершившийся разрыв матки

Оснащение:

- & одноразовая система внутривенного вливания, заполненная изотоническим раствором;
- & шприцы одноразовые;
- & 70% этиловый спирт;
- & стерильный материал, перчатки.

Ход манипуляции:

- & на догоспитальном этапе: подключить капельницы в две вены с 5% раствором глюкозы и изотоническим 0,9% раствором хлорида натрия;
- & дать кислород, по показаниям - сердечные средства;
- & ввести внутривенно капельно или струйно преднизолон 30-60 мг или гидрокортизон 100-150 мг с 5% раствором глюкозы;
- & срочная бережная госпитализация на носилках в родильный дом.

Алгоритм манипуляции

Оказание неотложной помощи

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Цель манипуляции: оказание неотложной помощи при ПОНРП.

при подозрении на ПОНРП беременную немедленно госпитализировать в роддом (см.предлежание плаценты).

Примечание: если во время беременности отслойка плаценты произошла на небольшом участке, нет тенденции к ее нарастанию и состояние женщины и плода удовлетворительное, то проводится консервативная терапия. При небольшой кровопотере, удовлетворительном состоянии роженицы показано вскрытие плодного пузыря (широко развести оболочки и медленно выпустить околоплодные воды). При отслойке плаценты в конце периода раскрытия или изгнании после вскрытия плодного пузыря в случае

нахождения головки в полости малого таза роды заканчиваются с помощью акушерских щипцов, при мертвом плоде - краниотомия, тазовых предлежаниях - извлечение за тазовый конец. При тяжелой форме отслойки во время беременности (нарастающее внутреннее кровотечение), в периоде раскрытия шейки матки, во втором периоде родов при подвижной предлежащей части над входом в малый таз (даже при гибели плода) в интересах матери показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.

Геморрагический шок (ГШ)

Цель манипуляции: оказание неотложной помощи при ГШ.

Ход манипуляции:

- & на догоспитальном этапе;
- & подключить капельницы в две вены;
- & начать струйное введение 5% раствора глюкозы, 0,9% раствора хлорида натрия, полиглюкина, реополиглюкина;
- & дать кислород;
- & ввести внутривенно преднизолон 30-60 мг или гидрокортизон 125-250 мг;
- & после достаточного восполнения кровопотери ввести сердечные средства;
- & быстро и бережно госпитализировать.

Предлежание плаценты

Цель манипуляции: оказание неотложной помощи при предлежании плаценты.

Подготовка пациента: при подозрении на предлежание плаценты беременная или роженица подлежит обязательной госпитализации в акушерский стационар.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, маска, перчатки,

Ход манипуляции:

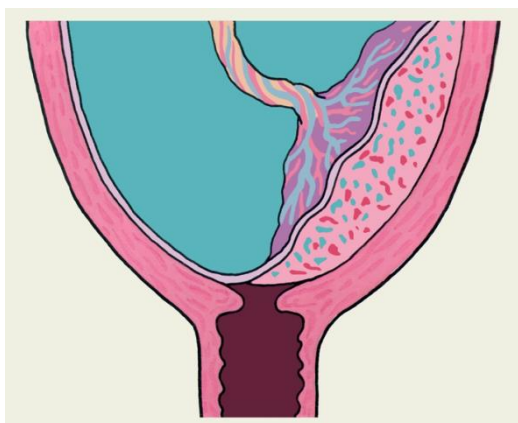
На догоспитальном этапе:

- & произвести бережное наружное акушерское исследование;
- & проведение влагалищного исследования в амбулаторных или домашних условиях запрещается из-за опасности усиления кровотечения;

Примечание: влагалищное исследование показано только при развернутой операционной, наличии достаточного количества консервированной крови, кровезаменителей, владении врачами техникой операции кесарева сечения.

- & подключить капельницу с 5% раствором глюкозы или изотоническим 0,9% раствором хлорида натрия;
- & внутривенно ввести дицинон 12,5% 2 мл;
- & быстро и бережно (на носилках от постели) транспортировать в родильный дом;
- & все окровавленное белье доставить в роддом, вместе с женщиной, для учета кровопотери.

Схематическое изображение частичного и полного предлежания плаценты (на фронтальном разрезе матки).



Алгоритм манипуляции

ПРИЖАТИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Цель манипуляции: обеспечить уменьшение или временное прекращение притока крови к матке.

Показания к манипуляции: профузное кровотечение.

Противопоказания к манипуляции: травма передней брюшной стенки.

Оснащение: то же, что в манипуляции «Наружный массаж матки»

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& встать сбоку от родильницы, правую руку сжать в кулак;

& расположить руку в области брюшины;

& тыльной поверхностью основных фаланг сжатой в кулак правой руки с достаточной силой прижать брюшную аорту к позвоночнику через переднюю брюшную стенку (рис.49), (если рука устает, то помочь левой рукой, захватив ею лучезапястный сустав правой руки, придавливающей аорту);

& аорту можно прижать к позвоночнику пальцами обеих рук (по Бирюкову) или валиком (рис.50).

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки. **Осложнения:** нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, уменьшен приток крови к матке.

Алгоритм манипуляции

РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

Цель манипуляции: провести ручное отделение и выделение последа, ревизию полости матки.

Показания к манипуляции: задержка рождения последа, дефект последа и оболочек,

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & кровать для выполнения данной манипуляции;
- & передвижные столики для стерильного материала и инструментов;
- & подставки для биксов со стерильным материалом и посуды с дезинфицирующими средствами;
- & лекарственные препараты для оказания экстренной помощи;
- & спирт 95%, 70%; & йодонат 1%, хлоргексидин;
- & шприцы, системы;
- & металлический катетер для выведения мочи;
- & тонометр;
- & пузырь со льдом;
- & дезинфицирующий раствор;
- & стерильный материал;
- & шовный материал (шелк, кетгут);
- & чистое постельное и нательное белье.

Подготовка пациента:

Операция выполняется под наркозом в строго асептических условиях.

- & уложить роженицу на поперечную кровать;
- & опорожнить мочевой пузырь через катетер;
- & обработать наружные половые органы по правилам, принятым для производства акушерских операций

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

- & подготовить руки, как для хирургического вмешательства;
- & левой рукой развести половые губы, обнажить половую щель;
- & правую руку сложить конусом ("рука акушера");
- & по пуповине провести правую руку через влагалище, при этом ее тыльная поверхность обращена к крестцу;
- & ввести правую руку в полость матки;
- & левую руку перенести на дно матки (от места прикрепления пуповины определяется край плаценты);
- & левой рукой подтягивать за пуповину;
- & одновременно ребром ладони правой руки пилящими движениями отделять плаценту от стенок матки;
- & постепенно выводить послед наружу;
- & когда плацента отделена, ее захватить правой рукой и вывести наружу, одновременно потягивая за пуповину; *Правая рука не выводится из матки!*
- & правой рукой осуществлять ревизию полости матки: тщательно ощупать ее стенки, дно и трубные углы, удалить остатки плаценты и сгустки крови;
- & провести контрольное обследование полости матки;
- & руку вывести из полости матки.

Примечание: после полного удаления последа стенки матки гладкие, за исключением плацентарной площадки, которая слегка шероховата, потому что на ней могут остаться обрывки децидуальной оболочки.

& внутривенно ввести 1,0 мл метилэргометрина;

& положить лед на низ живота.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: инфицирование при нарушении асептики, выворот матки.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, послед выделен, полость матки обследована.

Кровотечения в третьем периоде родов

Цель манипуляции: оказание неотложной помощи при кровотечении в третьем периоде родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& одноразовая система внутривенного вливания, заполненная изотоническим раствором;

& шприцы одноразовые;

& 70% этиловый спирт;

& стерильный материал;

& перчатки.

Подготовка пациента: при ведении третьего периода родов во всех случаях, где можно предполагать повышенную кровопотерю в родах, после рождения плода наладить внутривенное капельное вливание 5% раствора глюкозы или физиологического раствора.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, очки, маска.

Ход манипуляции:

& все подготовить для борьбы с возможным кровотечением (система для переливания крови, кровь, кровезаменители);

& опорожнить мочевой пузырь мягким катетером;

& наладить связь с веной, лучше в две руки;

& внутривенно медленно ввести 1 мл метилэргометрина или 1 мл окситоцина на 20 мл 40% раствора глюкозы; & при кровопотери свыше 0,5% массы роженицы (350-400 мл) применить ручное

отделение и выделение последа под соответствующим обезболиванием;

& перед проведением внутриматочных манипуляций, в случае отсутствия наркоза можно ограничиться промедикацией: внутривенно 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл 1% раствора димедрола и 0,5-1,0 мл 0,1% раствора атропина сульфата;

& в случае подозрения на дефект плаценты провести ручное обследование полости матки;

& ввести сокращающие матку средства (окситоцин, метилэргометрин, мамофизин);

& положить на низ живота пузырь со льдом.

Примечание: при истинном приращении плаценты показана лапаротомия и экстирпация матки.

Гипотонические и атонические кровотечения

Цель манипуляции: оказание неотложной помощи при гипотоническом и атоническом кровотечении.

Оснащение:

& набор стандартных сывороток и все необходимое для определения группы крови; & одноразовая система внутривенного вливания, заполненная изотоническим раствором; & шприцы одноразовые; & тонометр, секундомер; & пузырь со льдом; & 70% этиловый спирт; & стерильный материал; & стерильные инструменты (корнцанг, пинцет и др.); & перчатки; & судно; & раствор хлорамина, фурацилина.

Ход манипуляции:

Мероприятия производить быстро, четко, под контролем АД, пульса. Категорически неприемлемо повторное применение методов, оказавшихся неэффективными при первом применении.

& опорожнить мочевой пузырь катетером;
& осмотреть шейку матки, влагалищные стенки и своды с помощью зеркал, т.к. может быть кровотечение из незашитого разрыва;
& провести наружный массаж матки через брюшную стенку;
& положить пузырь со льдом на матку (через пеленку);
& одновременно внутривенно ввести фармакологические препараты тономоторного действия: 1 мл (5 ЕД) окситоцина, 0,5-1 мл 0,02% раствора метилэргометрина или 0,5-1 мл 0,05% раствора эрготамина гидротартрата;
& подключить капельницу с окситоцином на 5% растворе глюкозы или 0,9% изотоническом растворе хлорида натрия;
& если нет стойкого эффекта после указанных мер:
& прижать аорту к позвоночнику кулаком (по Шмидту) или пальцами (по Бирюкову) на 10-15 минут;
& выпустить мочу катетером;
& произвести обезболивание промедолом 2% -1мл внутривенно; & провести ручное обследование полости матки;
& для закрепления полученного эффекта:
& ввести в область заднего свода влагалища тампон, смоченный эфиром;
& ввести в шейку матки окситоцин 1 мл (5 ЕД);
& одновременно с перечисленными выше мероприятиями проводится трансфузионно-инфузионная терапия, направленная на борьбу с анемией, коллапсом, восстановлением объема циркулирующей крови (переливание крови, плазмозамещающих растворов), подготовка операционной.
Примечание: при отсутствии эффекта и продолжающемся гипотоническом кровотечении показана операция - чревосечение.

Геморрагический шок (ГШ)

Цель манипуляции: оказание неотложной помощи при ГШ.

Ход манипуляции:

& на догоспитальном этапе:
& подключить капельницы в две вены;

& начать струйное введение 5% раствора глюкозы, 0,9% раствора хлорида натрия, полиглюкина, реополиглюкина;

& дать кислород;

& ввести внутривенно преднизолон 30-60 мг или гидрокортизон 125-250 мг;

& после достаточного восполнения кровопотери ввести сердечные средства;

& быстро и бережно госпитализировать.

Приложение 2

ОБМЕННАЯ КАРТА Сведения женской консультации о беременной (заполняется на каждую беременную и выдается на руки в 30 недель беременности)	
1. Фамилия, имя, отчество _____	14. Размеры таза _____ D Sp _____ D Cr _____ D troch _____ C.ext _____ C.diag _____ C.vera _____ Рост _____ Масса _____
2. Возраст _____ 3. Адрес _____	15. Положение плода _____ Предлежащая часть: головка, ягодицы, не определяется _____ Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов _____ в 1 минуту слева, справа _____
4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции _____	16. Лабораторные и другие исследования: RW ₁ « _____ » 200 _____ г. HBS ₁ « _____ » 200 _____ г. RW ₂ « _____ » 200 _____ г. HBS ₂ « _____ » 200 _____ г. RW ₃ « _____ » 200 _____ г. HCV ₁ « _____ » 200 _____ г. ВИЧ ₁ « _____ » 200 _____ г. HCV ₂ « _____ » 200 _____ г. ВИЧ ₂ « _____ » 200 _____ г.
5. Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода _____	Резус: «+», «-», тип крови _____ титр антител _____ группа крови _____
6. Которая беременность _____ роды _____	Резус-принадлежность крови мужа _____
7. Было абортов _____	Токсоплазмоз: РСК, кожная проба _____
Год _____ на каком сроке _____	Клинические анализы: _____
8. Преждевременные роды _____ год _____	крови _____ мочи _____
срок _____ срочные роды _____	Анализ содержимого влагалища (мазок) _____
9. Последняя менструация _____	Кал на яйца-глист _____
10. Срок беременности _____	17. Школа матерей _____
недель при первом посещении _____	18. Дата выдачи листка нетрудоспособности по дородовому отпуску _____
« _____ » 200 _____ г.	« _____ » 200 _____ г.
11. Всего посетила _____	19. Дата предполагаемых родов _____
12. Первое шевеление плода _____	« _____ » 200 _____ г.
13. Особенности течения данной беременности _____	Врач акушер-гинеколог _____

Министерство здравоохранения
РФ

Учетная форма № 26
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
9 января 1969 г.

(название учреждения)
Группа крови _____ Гемоглобин _____ Поступила _____ 200 ____ г. ____ час. ____ мин.
Резус-принадлежность _____ Выписана _____ 200 ____ г.
Титр антител _____ Проведено койко-дней _____ Палата № _____

ИСТОРИЯ РОДОВ № _____

Ф.И.О. _____ возраст _____ лет

Подтверждающий документ _____

Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

Семейное положение: замужем, не замужем (подчеркнуть).
вписать адрес, телефон

Место работы: профессия или должность роженицы _____

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет.

Наименование консультации (адрес) _____

Диагноз при поступлении _____

Диагноз клинический _____

Диагноз заключительный _____

Осложнения при родах, после родов _____

Название операций и пособий _____

Выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов (подчеркнуть).

Рост _____ см. Вес _____ кг. T₀ _____

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Которая беременность _____ Которые роды _____

Последняя менструация _____

Первое шевеление плода _____

Таз _____

Окружность живота _____

Высота дна матки _____

Положение плода, позиция и вид _____

Начало родовой деятельности _____

Воды отошли _____

Качество и количество вод _____

Полное открытие _____

Начало потужной деятельности _____

Ребенок родился _____

Первый _____ число _____ час _____ мин

Сердцебиение плода, место, число ударов

Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками
(подчеркнуть)

Предлежащая часть _____

Пол _____ вес _____ рост _____

Где находится _____

Второй _____ число _____ час _____ мин

Родовая деятельность _____

Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками
(подчеркнуть)

Предполагаемый вес плода _____

Пол _____ вес _____ рост _____

Врач _____ Акушерка _____

Профилактика генобленореи новорожденного
произведена _____ (чем) _____
Оценка состояния новорожденного по шкале
Ангар _____ баллов _____
Послед выделился самостоятельно, отделен, удален
рукою, применен прием
_____ через _____ час _____ мин _____
Детское место целое, под сомнением _____
Пуповина: длина _____ см, обвитие вокруг
_____ особенности _____
Кровопотеря в родах _____ мл _____

АНАМНЕЗ

Общие заболевания _____

Здоровье мужа _____

Менструация с _____ лет

Начало половой жизни с _____ лет

Гинекологические заболевания _____

Предыдущие беременности (даты родов, аборт, осложнения, оперативные пособия, масса (вес) новорожденных) _____

Сколько детей живых _____

Мертворожденных _____

Умерло _____

Психопрофилактич. подготовка, медикаменты,
обезболивание (чем) _____

эффект полный, частичный, без эффекта (подч.)

Продолжительность родов _____

Общая _____ I пер.

II период _____ III период _____

Приняла ребенка (акушерка, врач) _____

Послед осматривал _____

Дежурный врач _____

Акушерка _____

Течение и осложнения настоящей беременности

Состояние при поступлении, данные наружного
осмотра _____

Сердце _____

Пульс _____

АД на правой руке _____

левой _____

Органы дыхания _____

Органы пищеварения _____

Мочевая система _____

Моча при кипячении _____

Подпись _____

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ

Ф.И.О. больного _____

Номер истории родов _____

Палата _____

Номер _____

Назначение врача	Дата назна- чения	Дата отмены	Анализы	Дата назначения	Дата выписки
Стол ОВД _____ # Режим общий /полупостельный/ постельный # Контроль АД, пульса _____ раза в день # Определение сугдиуреза, объема выпитой жидкости #			об. ан. крови + Тг, Нт, сахар # общий ан. мочи # ан. крови на группу и Rh-фактор # ан. мазка на флору # ан. крови на RW # ан. крови на Вi, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинин, об. белок # анализ крови на коагулограмму # ЭКГ # КТГ # УЗИ плода с доплерометрией # конс. терапевта # конс. окулиста		

« _____ » _____ 200 г. поступила повторнобеременная первобеременная средней высокой группы риска на лечение; родоразрешение по направлению врача ж\к; по скорой помощи; самостоятельно.
Жалобы при поступлении на: _____

Настоящая беременность _____, на учете в ж\к состоит с _____ нед.
Беременность протекала в 1-ой половине на фоне _____

во 2-ой на фоне _____

Стационарно за беременность лечилась не лечилась _____ раз, по поводу _____

Общая прибавка веса за беременность _____ кг.
Обследована на TORCH- инфекции: не выявлено; выявлено носительство герпетической инфекции, ЦМВИ, краснухи, токсоплазмоза, хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза

УЗИ плода проведено _____ раз,

первое УЗИ от _____ в _____ нед.:

второе УЗИ в _____ нед.:

третье УЗИ в _____ нед.:

четвертое УЗИ в _____ нед.:

пятое УЗИ в _____ нед.:

Сроки беременности: по mensis- _____ нед.

по певелению _____ нед.

по 1-ой явке в ж\к _____ нед.

по УЗИ _____ нед.

Акушерский анамнез(дополнение): _____

Соматический анамнез:

гипертоническая болезнь _____

Хронический пиелонефрит _____

НИЦД по гипертоническому типу _____

Заболевания ЖКТ _____

Гемотранфузионный анамнез: Кровь, кровезаменители не переливали, переливали _____

Год	Препарат	Осложнения

Аллергологический анамнез: аллергии нет; есть на _____

Наследственность отягощена, не отягощена _____

Объективно: **Общее состояние** удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Астенического; нормостенического; гиперстенического телосложения. Избыточного; нормального; пониженного питания. **Кожные покровы и видимые слизистые оболочки** физиологической окраски, бледно-розовые, бледные, иктеричные. Периферические лимфатические узлы увеличены, не увеличены. Отеки нет на голенях, стопах, пальцах кистей, передней брюшной стенке, анасарка. Пастозность нижних конечностей. Варикозное расширение вен нижних конечностей, болезненность, уплотнение по ходу вен нет, есть. Симптом поколачивания отрицательный; положительный с обеих; правой; левой сторон. **Тоны сердца** ритмичные; аритмичные, ясные; приглушены. Систолический; диастолический шум

АД прав _____ мм. рт. ст. АД лев _____ мм. рт. ст. Пульс _____ уд. в мин.

Дыхание везикулярное; жесткое. Хрипы выслушиваются; не выслушиваются.

Живот увеличен за счет беременной матки, болезненный; безболезненный, вздут; не вздут. На коже передней брюшной стенки нижнесрединный; поперечный надлобковый рубец с участками; без участков втяжений, болезненный безболезненный при пальпации.

Матка в нормотонусе; в тонусе; возбудима, соответствует; не соответствует сроку беременности, ВДМ _____ см, ОЖ _____ см; без участков локальной болезненности.

Положение плода продольное, поперечное, косое. Предлежит головка; тазовый конец над входом в малый таз; прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ритмичное; аритмичное; ясное; приглушено, глухое _____ уд. в мин.

Выделений из половых путей нет; есть _____

Status genitalis: Наружные половые органы сформированы правильно.

Оволосение по женскому типу _____

Влагалищное исследование: Влагалище рожавшей; нерожавшей. Шейка матки отклонена кзади, кпереди, центрирована, плотная, плотноватая, размягчена недостаточно по периферии, длиной _____ см. Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца. Цервикальный канал проходим до внутреннего зева, за внутренний зев, диаметром _____ см, длиной _____ см. Область ВМЗ выражена резко, умеренно, не выражена. Плодный пузырь цел, нет. Воды не подтекают; подтекают, светлые; зеленые _____

Предлежит головка; ягодицы; ножки плода; предлежащая часть не определяется; над входом в малый таз, прижата ко входу в малый таз. Мыс достижим; не достижим. Емкость таза удовлетворительная. Выделения слизистые, гнойные, творожистые, сукровичные, кровянистые, обильные, скудные.

Диагноз: Беременность _____ нед. _____

План ведения родов:

1. Роды вести через естественные родовые пути с оценкой функциональных показателей матери и плода.

2. Роды вести с адекватным обезболиванием.

3. Роды вести с расширенными показаниями к операции кесарева сечения; с функциональной оценкой таза в родах; с оказанием пособия по Цовьянову во 2 периоде родов.

В родах проводить профилактику:

- аномалий родовой деятельности,

- внутриутробной гипоксии плода,

- кровотечения в третьем периоде родов.

Родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом порядке _____

Допустимая кровопотеря _____ мл.
Предполагаемый вес плода _____ +- 200,0.

План ведения беременности:

1. Общеклиническое, б/х обследование
2. Уточнение внутриутробного состояния плода (УЗИ плода с доплерометрией, КТГ).
3. Улучшение микроциркуляции.
4. Терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровотока.
5. Токолитическая, спазмолитическая терапия.
6. Антигипертензивная терапия.
7. Профилактика СДР плода.
8. Антибактериальная терапия.
9. Кардиотропная, метаболическая терапия.
10. Подготовка родовых путей.

Врач _____ /Фино/ _____

Дата _____

Жалобы на _____

Общее состояние _____ удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Шевеление плода ощущает хорошо, ухудшение шевеления

АД= _____ мм.рт.ст. ; Пульс _____ уд. в мин.

Голова не болит. Зрение ясное.

Матка в нормотонусе, возбудима, без участков локальной болезненности. Положение плода продольное, косое, поперечное. Предлежит головка, тазовый конец над входом в малый таз. С\б плода ясное, приглушено, ритмичное, аритмичное, частотой _____ уд. в мин.

Воды целы. Выделения из половых путей слизистые, сукровичные, водянистые. Отеков нет. Отеки голеней, стоп, передней брюшной стенки. Пастозность голеней, стоп. Диурез адекватный, положительный, снижен. Физиологические отправления в норме.

Осмотр заведующей отделением

Дата _____

Жалобы на _____

Общее состояние _____ удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Шевеление плода ощущает хорошо, ухудшение шевеления

АД= _____ мм.рт.ст. ; Пульс _____ уд. в мин.

Голова не болит. Зрение ясное.

Матка в нормотонусе, возбудима, без участков локальной болезненности. Положение плода продольное, косое, поперечное. Предлежит головка, тазовый конец над входом в малый таз. С\б плода ясное, приглушено, ритмичное, аритмичное, частотой _____ уд. в мин.

Воды целы. Выделения из половых путей слизистые, сукровичные, водянистые. Отеков нет. Отеки голеней, стоп, передней брюшной стенки. Пастозность голеней, стоп. Диурез адекватный, положительный, снижен. Физиологические отправления в норме.

На основании жалоб, анамнеза, общеклинического, УЗИ обследования выставляется

Клинический диагноз:

ОСМОТР ТЕРАПЕВТА

Дата

Жалобы

Перенесённые заболевания, операции

Наследственность не отягощена, отягощена

Объективно. Положение – активное, пассивное, вынужденное. Сознание – ясное, спутанное, кома. Общее состояние – удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое. Питание – пониженное, нормальное, избыточное.

Кожные покровы, физиологической окраски, бледные, желтушные, обычной влажности, сухие, влажные. Видимые слизистые – обычные, бледные, желтушные, цианотичные.

Отеки нет, есть

Состояние лимфоузлов не увеличены, увеличены

Мышечная система развита удовлетворительно, гипотрофия, атрофия мышц

Костно-суставная система без видимой патологии

Органы дыхания. Перкуторный звук – ясный, лёгочный, изменен

Аускультативно дыхание везикулярное, жёсткое, ослаблено

Хрипы не выслушиваются, выслушиваются

Органы кровообращения. Пульс _____ уд. в минуту АД _____ мм. рт. ст.

Тоны сердца ясные, звучные, приглушены,

Ритм правильный, неправильный

Шум систолический, диастолический, на верхушке, на трёхстворчатом клапане, на аорте, на лёгочной артерии, в точке Боткина, вдоль левого края грудины.

Органы пищеварения. Язык влажный, сухой, чистый, обложен налётом

Живот мягкий, не вздут, вздут, безболезненный, болезненный

Печень не увеличена, увеличена

Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный, положительный

Дизурии есть, нет.

Дополнительные данные

Диагноз

Рекомендации

Дата _____ Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести. Головная боль – нет/ есть. Зрение ясное – да / нет.

Шевеления плода ощущает хорошо, ухудшение шевеления.

АД _____ мм рт. ст. _____ пульс _____ в мин.

Отеки: нет, пастозность голеней, стоп, кистей, живота, лица, анасарка.

Матка в нормотонусе / реагирует на осмотр / возбудима, без участков локальной болезненности.

Положение плода продольное, поперечное. Предлежит головка, тазовый конец над входом в малый таз, предлежащая часть не определяется.

Сердцебиение плода ясное, приглушенное, глухое, ритмичное, аритмичное, частотой _____ / мин. Воды целы / подтекают. Выделения из половых путей нет, слизистые, _____ Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был _____. Диурез адекватный, снижен, положительный.

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести. Головная боль – нет/ есть. Зрение ясное – да / нет.

Шевеления плода ощущает хорошо, ухудшение шевеления.

АД _____ мм рт. ст. _____ пульс _____ в мин.

Отеки: нет, пастозность голеней, стоп, кистей, живота, лица, анасарка.

Матка в нормотонусе / реагирует на осмотр / возбудима, без участков локальной болезненности.

Положение плода продольное, поперечное. Предлежит головка, тазовый конец над входом в малый таз, предлежащая часть не определяется.

Сердцебиение плода ясное, приглушенное, глухое, ритмичное, аритмичное, частотой _____ / мин. Воды целы / подтекают. Выделения из половых путей нет, слизистые, _____ Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был _____. Диурез адекватный, снижен, положительный.

Врач: _____

Дата _____ Жалобы _____

Общее состояние удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести. Головная боль – нет/ есть. Зрение ясное – да / нет.

Шевеления плода ощущает хорошо, ухудшение шевеления.

АД _____ мм рт. ст. _____ пульс _____ в мин.

Отеки: нет, пастозность голеней, стоп, кистей, живота, лица, анасарка.

Матка в нормотонусе / реагирует на осмотр / возбудима, без участков локальной болезненности.

Положение плода продольное, поперечное. Предлежит головка, тазовый конец над входом в малый таз, предлежащая часть не определяется.

Сердцебиение плода ясное, приглушенное, глухое, ритмичное, аритмичное, частотой _____ / мин. Воды целы / подтекают. Выделения из половых путей нет, слизистые, _____ Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был _____. Диурез адекватный, снижен, положительный.

Врач: _____

Акушерско-гинекологический инструментарий

Акушерско-гинекологический инструментарий — инструменты, применяемые для выполнения акушерско-гинекологических манипуляций. Часть инструментов скомплектована в наборы: для акушерской помощи на дому, для экстренной акушерско-гинекологической помощи, для проведения искусственного аборта, для радикальной экстирпации матки по вертгейму, для пластических операций на влагалище, для фиксации шейки матки и др. Для оживления новорожденного выпускается набор интубаторов из пластмассы. А.-г. И. Отличается высокой прочностью, простотой устройства, большим разнообразием по размерам и сравнительно узкой номенклатурой. Назначение, краткая характеристика некоторых наиболее распространенных инструментов и их внешний вид приведены далее.

Инструменты, применяемые в акушерской и гинекологической практике.

Влагалищные зеркала применяют для осмотра стенок влагалища, его сводов, влагалищной части шейки матки, а также при производстве некоторых лечебных манипуляций и влагалищных операций. По устройству влагалищные зеркала делятся на ложкообразные (желобоватые) и створчатые. И те и другие бывают разных размеров (по длине и ширине). Влагалищные зеркала желобоватые двусторонние (зеркала Симса, рис. 1) применяют при гинекологическом обследовании; односторонние (зеркала Дуайена, рис. 2) — при обследовании и влагалищных операциях. В этих же случаях применяют и влагалищные зеркала-подъемники (рис. 3). Створчатые влагалищные зеркала состоят из двух створок, соединенных замком. Наибольшее распространение получило створчатое влагалищное зеркало Куско (рис. 4). Створчатые зеркала предназначены для обнажения и осмотра шейки матки. Вводят их во влагалище со спавшимися створками, а затем створки раздвигают по мере надобности и фиксируют замком. При использовании этих зеркал можно обходиться без помощника. Влагалищные зеркала светящиеся и створчатые (рис. 5 и 6), применяются с той же целью, что и другие желобоватые и створчатые зеркала.

Зонд маточный с делениями (рис. 7) предназначен для исследования канала шейки и полости матки (определение длины); расстояние между делениями — 1 см. Зонд маточный с нарезкой (рис. 8) предназначен для протирания и смазывания стенок канала шейки матки и лоси матки.

Шприц Брауна (рис. 9) предназначен для внутриматочных вливаний; выпускается емкостью в 2 и 5 мл.

Ложки гинекологические (односторонняя и двусторонняя) (рис. 1) предназначен для взятия выделений из мочеполовых органов женщины.

Щипцы пулевые однозубчатые (рис. 11) и двузубчатые (рис. 12), как правило, применяют для захватывания и удержания шейки матки. Щипцы полипные окончатые (абортцанг) предназначен для захватывания полипов, извлечения из матки плодных оболочек и частей плодного яйца. Внутренняя поверхность таких окончатых колец гладкая (абортцанг Матье, рис 13).

Расширители Гегара (рис. 14) предназначены для постепенного расширения канала шейки матки при производстве диагностического или лечебного выскабливания и других операций. На одном конце расширителя имеется как бы срезанная площадка для его удержания, другой конец, который вводят в канал шейки матки, несколько заострен. Выпускают наборы расширителей разных диаметров. Каждый расширитель имеет порядковый номер (с промежуточными полуномерами соответствующий его диаметру (от 3 до 24 мм); диаметр каждого расширителя больше диаметра предшествующего на 1 или 0,5 мм.

Инструменты для удаления из полости матки плодного яйца или его частей и для выскабливания стенок матки. Кюретки острые — состоят из ручки, которая может быть шестигранной, плоской сплошной (рис. 16) и окончатой, стержня и петли с острыми краями. В зависимости от величины петли и ее изгиба выпускаются острые кюретки четырех номеров (№№ 1, 2, 4, 6); на их стержне имеется нарезка, указывающая, в какую сторону обращена петля, введенная в полость матки. Наиболее распространена кюретка Рекамье. Кюретки тупые выпускаются также четырех номеров в зависимости от длины и диаметра петли. Предназначены для удаления плодного яйца и остатков плацентарной ткани. Этим же целям служит резко изогнутая массивная кюретка (ложка) Винтера, а также абортцанги.

Инструменты, применяемые только в акушерской практике

Стетоскоп акушерский — деревянный с широким раструбом (рис. 15) — предназначен для выслушивания сердцебиения плода.

Тазомер — для определения наружных размеров таза, величины плода, его головки — имеет форму циркуля (рис. 17). Состоит из двух изогнутых металлических бранш, которые подвижно скреплены одна с другой, что позволяет раздвигать их. Свободный конец их заканчивается пуговчатым утолщением. С одной из бранш плотно соединена закругленная металлическая линейка с нанесенными на нее через каждые 5 мм делениями и через каждые 50 мм цифровыми обозначениями.

Ножницы для пересечения пуповины с широкими изогнутыми браншами (рис. 18).

Щипцы для наложения скобок на пуповину имеют клювовидные концы с прорезями для скобки (рис. 19).

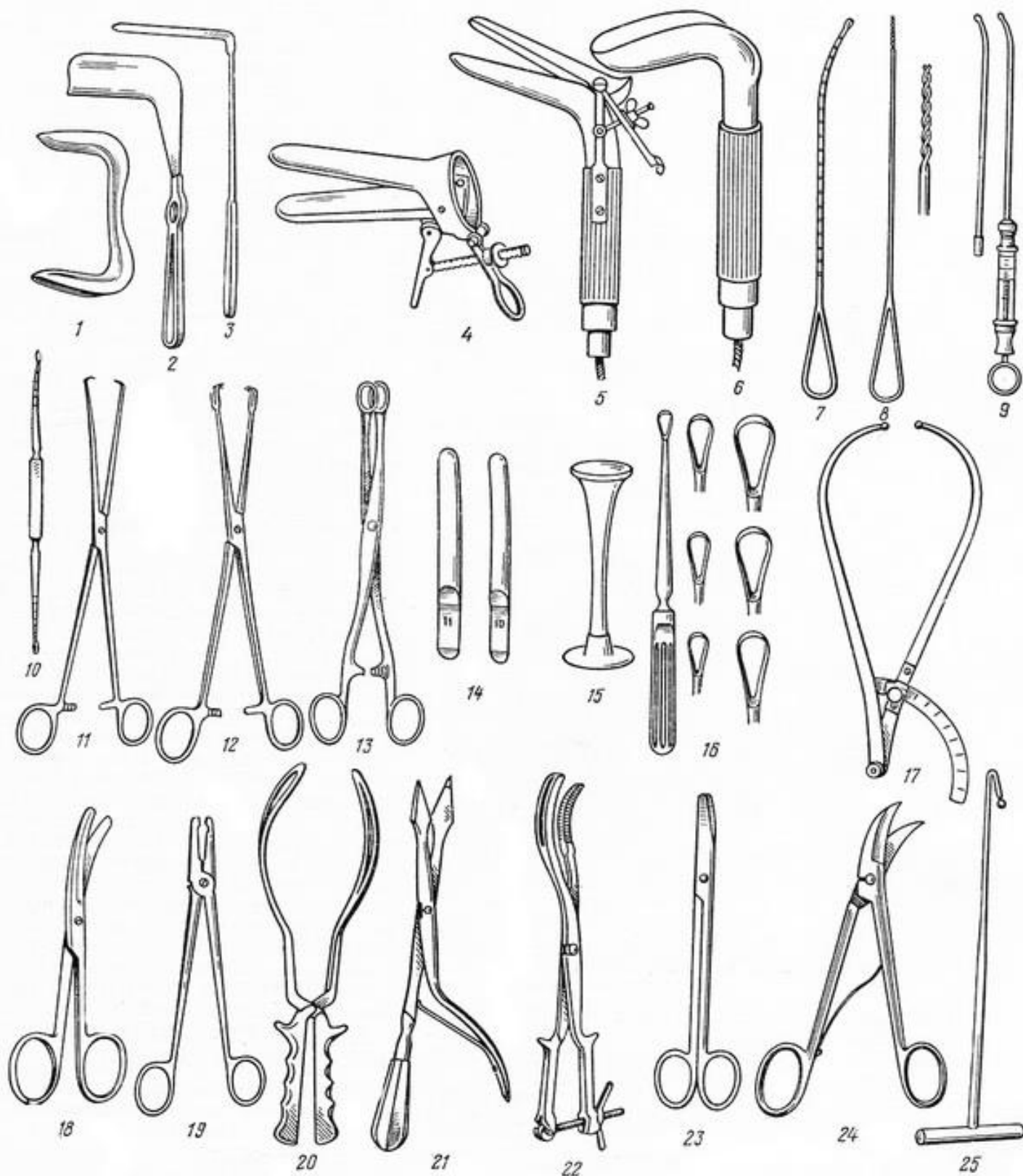
Щипцы акушерские предназначены для извлечения (по показаниям) живого доношенного (или почти доношенного) плода за головку. Чаще всего пользуются щипцами Симпсона — Феноменова (рис. 20). Состоят щипцы из двух ветвей (бранш), каждая из которых имеет окончатую ложку, замок и рукоятку. Ложки имеют изгибы соответственно головной и тазовой кривизне.

Замок в щипцах Симпсона состоит из двух пластин, благодаря чему сдвинутые вместе ложки, перекрещиваясь, плотно примыкают друг к другу. На наружной поверхности рукояток имеются боковые крючки, которые создают опору для пальцев при извлечении плода.

Инструменты, применяемые при плодоразрушающих операциях и последующем извлечении плода. Перфоратор копьевидный (рис. 21) предназначен для прободения головки плода (как правило, мертвого). Состоит из двух соединяющихся бранш: одна из них имеет полурукоятку, другая (дугобразной формы) — плоскую. При раздвинутых рукоятках перфоратора бранши имеют форму копья и в таком виде используются для прободения головки плода. При сжимании рукояток острые концы бранш раздвигаются, что ведет к увеличению размера перфорационного отверстия. Перфоратор ножницеvidный применяется с той же целью, что и копьевидный. Краниокласт Брауна (рис. 22) предназначен для извлечения плода после перфорации головки. Состоит из двух перекрещивающихся ветвей и имеет три части: ложку, замковую часть и рукоятку. Ветви имеют изгиб, соответствующий тазовой кривизне. Наружная ветвь окончатая, внутренняя — сплошная, с неровной выпуклой стороной. Винтовой запор обеспечивает плотное замыкание ложек. Ножницы для рассечения плода применяют с целью уменьшения объема мертвого плода. В ножницах Зибольда (рис. 23) бранши изогнутые, с закругленными концами. Могут быть использованы также ножницы Феноменова (рис. 24). Декапитационный крючок Брауна (рис. 25) предназначен для перелома шейной части позвоночника плода с целью отделения головки от туловища. Состоит из массивного металлического стержня, согнутого на одном конце в виде крючка, оканчивающегося пуговчатым утолщением; другой конец оканчивается поперечной рукояткой. Все акушерско-гинекологические металлические инструменты изготавливаются из

нержавеющей стали и покрываются никелем. Правила ухода, хранения и стерилизации — см. Стерилизация в хирургии, Хирургический инструментарий.

Акушерско-гинекологический инструментарий



ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

№	Номер и дата распорядительного документа о внесении изменений	Дата внесения изменений	Ф.И.О. лица, ответственного за изменение	Подпись	Номер и дата распорядительного документа о принятии изменений