

Учебное издание

ГАТАГАЖЕВА Зарета Магомедовна
ИМИЕВА Тамара Беслановна
ГАТАГАЖЕВА Малика Магомедовна

АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Сдано в набор 05.02.2025 г.
Подписано в печать 11.02.2025 г.
Формат 30х42/4. Бумага офсетная – 65 г/м².
Гарнитура «Times». Печать трафаретная.
Усл.-печ. л. 5,75. Тираж – 100 экз.
Отпечатано в типографии ООО «Пилигрим»
386102, Республика Ингушетия,
г. Назрань, ул. Чеченская, 5.
E-mail: pilgrim-K@list.ru



**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ИНГУШСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**З.М. Гатагажева
Т.Б. Имиева
М.М. Гатагажева**

АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

**Магас
2025**

УДК 618
ББК 57.16
Г 23

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Рекомендовано Учебно-методическим советом
ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет»
в качестве учебно-методического пособия для студентов,
клинических ординаторов обучающихся
по специальности 31.05.01-Лечебное дело

Рецензенты:

Л.Н. Богатырева, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет»;

Ф.Х. Аушева, к.м.н., старший преподаватель кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет»;

Н.К. Туаева, к.м.н., врач высшей категории, заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ «РКПЦ»

Авторы:

Гатагажева З.М., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии;

Имиева Т.Б., к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии;

Гатагажева М.М., к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии.

Гатагажева З.М., Имиева Т.Б., Гатагажева М.М.

Г23 Алгоритмы манипуляций по акушерству и гинекологии. (Учебно-методическое пособие). – Магас: ФГБОУ ВО ИнГУ, 2025. – 92 с.

Учебно-методическое пособие представляет собой методические рекомендации, касающиеся выполнения манипуляций по курсу акушерства и гинекологии. Оно включает 50 алгоритмов манипуляций, составленных по единому плану со схемой ориентировочной основой действий (ООД).

Учебно-методическое пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 4-6 курса медицинского факультета, обучающихся по специальности 31.05.01-Лечебное дело, клинических ординаторов и молодых врачей.

УДК 618-7
ББК 57.16

© Гатагажева З.М., Имиева Т.Б., Гатагажева М.М., 2025 г.

15. Славянова И. К. Акушерство и гинекология: учебник для образоват. учреждений сред. профессионального образования / Славянова Изабелла Карповна. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 574 с.: ил. – (Медицина для вас). – Библиогр.: с. 568. – ISBN 5-222-10252-1 (в пер.): 87.00.
16. Цвелева Ю.В., Скворцов В.Г., Кальченко А.П. «Акушерство и гинекология» / Учебник для военно-медицинских вузов под ред. доцента Ю.В. Цвелева. – С-Пб., 1992 г. – 360 с.: ил
17. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция : руководство для практикующих врачей / Под ред. С. И. Роговской, Е. В. Липовой. – М.: Издательство журнала Status Praesens, 2014. – 832 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	7
Алгоритм манипуляции №1. Санитарно-эпидемиологический режим акушерско-гинекологического стационара	8
Алгоритм манипуляций №2. Оформление паспортной части истории родов.....	11
Алгоритм манипуляции №3. Оформление медицинской карты беременной и родильницы	13
Алгоритм манипуляции №4. Оформление паспортной части истории болезни гинекологической больной	14
Алгоритм манипуляции №5. Постановка микроклизмы	15
Алгоритм манипуляции №6. Осмотр в зеркалах	16
Алгоритм манипуляции №7. Взятие мазков на степень чистоты влагалища	18
Алгоритм манипуляции №8. Взятие мазков на гормональный статус.....	19
Алгоритм манипуляции №9. Взятие мазков на онкоцитологию	20
Алгоритм манипуляции №10. Тазоизмерение	22
Алгоритм манипуляции №11. Измерение диагональной конъюгаты	23
Алгоритм манипуляции №12. Измерение боковой конъюгаты и косых размеров таза	24
Алгоритм манипуляции №13. Измерение окружности живота и высоты дна матки.....	26
Алгоритм манипуляции №14. Наружное акушерское исследование	28
Алгоритм манипуляции №15. Выслушивание сердцебиения плода.....	30

Алгоритм манипуляции №16. Волдырная проба Мак-Клюра-Олдрича	32
Алгоритм манипуляции №17. Определение группы крови стандартными сыворотками и моноклональными антителами	33
Алгоритм манипуляции №18. Подготовка стола для приема родов. Подготовка роженицы к родам	36
Алгоритм манипуляции №19. Акушерское пособие в родах	37
Алгоритм манипуляции №20. Оказание пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании.....	40
Алгоритм манипуляции №21. Оказание ручного пособия по Цовьянову при ножном предлежании плода	41
Алгоритм манипуляции №22. Определение признаков отделения плаценты	43
Алгоритм манипуляции №23. Способы выделения последа наружными методами	45
Алгоритм манипуляции №24. Ручное отделение плаценты и выделения последа.....	46
Алгоритм манипуляции №25. Ручное обследование полости матки	48
Алгоритм манипуляции №26. Наружный массаж матки.....	50
Алгоритм манипуляции №27. Осмотр родовых путей после родов	51
Алгоритм манипуляции №28. Наложение швов на разрыв промежности 1 степени.....	52
Алгоритм манипуляции №29. Наложение швов на разрыв шейки матки 1 степени.....	54
Алгоритм манипуляции №30. Контроль за кровопотерей в раннем послеродовом периоде	56
Алгоритм манипуляции №31. Прижатие брюшной аорты по Шмидту и Бирюкову	57

8. Дуда В. И. Гинекология: учебник / Дуда Владимир Иванович, В. И. Дуда, И. В. Дуда. – 2-е изд., стер. – М.: АСТ; Минск: Харвест, 2005. – Библиогр.: с. 885. – ISBN 5-17-033812-0 (АСТ) (в пер.): 130.00. – ISBN 985-13-6310-3 (Харвест) (в пер.): 130.00.
9. Жордания И.Ф. Учебник акушерства / 4-е издание, стереотипное. – М.: «Медицина», 1984 г. – 6000 с. – (Учебная литература для медицинских институтов).
10. Линева О. И. Акушерство: учебник для образоват. учреждений сред. проф. образования / Линева Ольга Игоревна, О. В. Сивочалова, Л. В. Гаврилова. – М.: Академия, 2006. – 272 с.: ил. – (Среднее профессиональное образование) (Здравоохранение). – Библиогр.: с. 265. – ISBN 5-7695-2470-7 (в пер.): 292.60.
11. Малиновский М.С. «Оперативное акушерство» / Руководство для студентов и врачей. – М.: «Медицина», 1974 г. – 484 с.
12. Петченко А.И. «Акушерство» / Учебник для студентов медицинских институтов. – Киев, Государственное медицинское издательство УССР, 1954 г. – 664 с.
13. Акушерство: Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / Под ред. В.Е. Радзинского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 898 с. : цв. ил., табл., факс.; 22 см + CD.; ISBN 978-5-9704-0592-5
14. Рембез И.Н. «Оперативная гинекология» / Руководство для студентов и врачей. – Киев: «Здоровье», 1985 г. – 356 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869)
2. СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней;
3. Методическое письмо Минздрава РФ от 04.03.2020 N 15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале»
4. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1218 с. Акушерство: учебник для медицинских вузов, 3-е изд., перераб. / Э. К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 536 с., ил.
5. Базовая помощь новорожденному – международный опыт / Под ред. Н. Н. Володина, Г. Т. Сухих, Е. Н. Байбариной, И. И. Рюминой. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2008. – 203 с.
6. Гинекология. Национальное руководство / Под ред. Г. Т. Сухих и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1088 с.
7. Бодяжина В. И. Акушерство : учеб.пособие для образоват. учреждений сред. проф. образования мед. спец. / Бодяжина Вера Ильинична, И. Б. Семенченко. – 8-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. – 477 с.: ил. – (Среднее профессиональное образование). – ISBN 5-222-09621-1 (в пер.): 102.00.

Алгоритм манипуляции №32. Уход за молочными железами	58
Алгоритм манипуляции №33. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар	59
Алгоритм манипуляции №34. Оценка состояния новорожденного по шкале Сильвермана	60
Алгоритм манипуляции №35. Взятие крови из вены для посева на стерильность	62
Алгоритм манипуляции №36. Постановка влагалищных ванночек	63
Алгоритм манипуляции №37. Влагалищное спринцевание	64
Алгоритм манипуляции №38. Влагалищные тампоны	65
Алгоритм манипуляции №39. Введение во влагалище присыпок	66
Алгоритм манипуляции №40. Бимануальное влагалищно-брюшно-стеночное исследование	67
Алгоритм манипуляции №41. Ассистенция на операции выскабливание эндометрия	69
Алгоритм манипуляции №42. Ассистенция на операции пункции Дугласова пространства через задний свод влагалища (Кульдоцентез)	71
Алгоритм манипуляции №43. Ассистенция при расширенной кольпоскопии	73
Алгоритм манипуляции №44. Ассистенция при биопсии шейки матки	74
Алгоритм манипуляции №45. Ассистенция при гистероскопии	76
Алгоритм манипуляции № 46. Ассистенция на операции вакуум-аспирация полости матки	78
Алгоритм манипуляции №47. Туалет родильницы, обработка швов	80

Алгоритм манипуляции №48. Определение группы крови АВО перекрестным методом.....	81
Алгоритм манипуляции №49. Определение агглютининов анти-а и анти-в в сыворотке крови со стандартными эритроцитами.....	82
Алгоритм манипуляции №50. Проведение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента	85
Литература	89

2. Инкубируйте пробирку при 46-48о 10 мин на водяной бане или 30 мин в суховоздушном термостате.

3. Добавьте 5-8 мл физиологического раствора и 1-2 раза осторожно переверните закрытую пробирку для перемешивания.

4. Определите наличие агглютинации, просматривая пробирку на свет невооруженным глазом или через лупу.

3. Средства контроля: Донор считается совместимым, если ни на одной стадии пробы на индивидуальную совместимость не наблюдается ни гемолиза, ни агглютинации. Наличие их свидетельствует о присутствии в сыворотке реципиента антител к эритроцитам предполагаемого донора. Таким реципиентам необходимо переливать эритроциты, не содержащие антигенов, против которых направлены антитела. Следует помнить, что проба на индивидуальную совместимость не дает информации о специфичности антител в сыворотке реципиента. Установить их специфичность можно только в исследованиях с панелью типированных эритроцитов.

4. Конечный результат: 1) подтвердить АВО совместимость донора и реципиента; 2) выявить наличие антител в сыворотке реципиента, направленных против антигенов эритроцитов донора.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ABO специфичности, активных при комнатной температуре (анти-S, анти-P1, анти-M и др).

Второй этап с антиглобулиновым реагентом

1. Если гемолиз отсутствовал, а после встряхивания пробирки эритроциты образовали гомогенную суспензию, инкубируйте пробирку 30-45 минут (при использовании LISS время инкубации составляет 10-15 минут) при 37°C.

2. Центрифугируйте пробирку, как в пункте 3, и просмотрите супернатант на наличие гемолиза и агглютинатов. Наличие гемолиза и/или агглютинатов (после встряхивания пробирки) говорит о присутствии у реципиента полных тепловых антител против эритроцитов донора.

3. Если гемолиз и агглютинация отсутствуют, отмойте эритроциты 3-4 раза большим объемом (не менее 5 мл) физраствора (недостаточное отмывание может привести к инаktivации антиглобулинового реагента остатком сыворотки и ложноотрицательному результату); удалите полностью физраствор после последнего отмывания.

4. Добавьте 1-2 капли антиглобулиновой сыворотки и тщательно смешайте.

5. Центрифугируйте пробирку, как в пункте 3, мягко разбейте осадок и просмотрите пробирку на наличие агглютинатов.

Второй этап при использовании желатина

1. Если гемолиз отсутствовал, а после встряхивания пробирки эритроциты образовали гомогенную суспензию, добавьте 2 капли 10% раствора желатина, подогретого до разжижения, и тщательно смешайте.

ВЕДЕНИЕ

Ценность медицинского работника определялась уровнем профессиональных знаний, умений и навыков, позволяющих успешно работать в пределах своей компетенции. Опыт работы показывает, что определенные затруднения при изучении предмета представляют известная разобщенность, информационная насыщенность и недостаточная наглядность их, особенно, в доклинической части занятий. Между тем глубина и прочность усвоения этого материала серьезно складывается на понимании закономерностей, которые постигаются обучающимися в последующем, т.е. непосредственно в клинике.

Учебно-методическое пособие представляет собой методические рекомендации, касающиеся выполнения манипуляций по курсу акушерства и гинекологии. Оно включает 50 алгоритмов манипуляций, составленных по единому плану со схемой ориентировочной основой действия (ООД). В каждом алгоритме манипуляции даны:

- целевая установка, определяющая объем знаний, навыков и умений, необходимых для уверенной отработки манипуляции;
- детальный перечень необходимого для выполнения манипуляции оснащения;
- показания и противопоказания к выполнению манипуляции;
- подготовка пациентки к манипуляции;
- техника выполнения манипуляции, изложенная в виде алгоритма действия со схемой ООД.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 1

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ЦЕЛЬ: предупреждение гнойно-септических заболеваний у матери и новорожденного

ПОКАЗАНИЯ: систематически во всех родовспомогательных учреждениях

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 (**САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА И НОРМЫ СанПин 3.3686-21** от 28.01.2021г.)

ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛА К АВТОКЛОВИРОВАНИЮ

1. Приготовить пакеты для приема родов и обработки новорожденных
2. Заложить в биксы:

ПАКЕТ ДЛЯ РОЖЕНИЦЫ

- простыня 1 шт.
- рубашка 1 шт.
- косынка 1шт.
- бахилы 1 шт.

ПОКАЗАНИЯ: резус-конфликтная беременность, гемолитическая болезнь.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: Во всех случаях, кроме срочных трансфузий, проба проводится в два этапа: первый - без использования антиглобулинового реагента, второй - с антиглобулиновым реагентом или с использованием желатина. В случае использования желатина метод менее чувствителен. В случаях срочных трансфузий двухэтапное определение рекомендуется проводить с раствором низкой ионной силы (LISS).

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

Первый этап

1. Поместите 2 капли сыворотки реципиента в маркированную пробирку.
2. Добавьте 1 каплю 5% суспензии трижды отмытых эритроцитов донора в физиологическом растворе или в растворе низкой ионной силы LISS (фиксация антител происходит лучше в среде с низкой ионной силой, поэтому предпочтительнее взвесить эритроциты в растворе LISS, обычно поставляемом изготовителем вместе с антиглобулиновым реагентом).
3. Немедленно центрифугируйте при 2000 об/мин в течение 15-20 секунд.
4. Просмотрите супернатант на наличие гемолиза. Мягко покачивая пробирку, отделите клеточный осадок от дна пробирки и определите наличие агглютинатов. Наличие гемолиза и/или агглютинатов на этой стадии могут означать: а) несовместимость по системе АВО; б) присутствие в сыворотке реципиента полных антител не

2. Поместите в 2 маркированные пробирки по 2 капли исследуемой сыворотки (плазмы).

3. Добавьте 1 каплю 5% взвеси эритроцитов группы А в пробирку А и каплю эритроцитов группы В в пробирку В, тщательно смешайте и проинкубируйте при комнатной температуре 5 минут.

4. Центрифугируйте пробирки при 2000 об/мин в течение 30 секунд (рекомендуется подобрать оптимальное время и скорость центрифугирования для используемой центрифуги так, чтобы осадок легко отделялся ото дна пробирки).

5. Покачивая пробирку, отслоите ото дна и мягко взболтайте осадок эритроцитов.

6. Определите наличие агглютинатов, просматривая пробирку на свет.

7. Запишите результаты определения.

3. Средства контроля: визуально.

4. Конечный результат: определение группы крови новорожденного.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 50

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА

ЦЕЛЬ: предотвращение трансфузий эритроцитов, несовместимых с сывороткой больного.

ПАКЕТ ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ

– халат для приема родов	1 шт.
– пеленки	2 шт.
– шарики ватные	4 шт.
– салфетка марлевая треугольная	1 шт.
– палочки с ватой	2 шт.
– пинцет анатомический	1 шт.
– зажимы Кохера	2 шт.
– ножницы пупочные	1 шт.
– пипетки	2 шт.
– лоток почкообразный	1 шт.
– катетер для отсасывания слизи	1 шт.
– катетер для выведения мочи	1 шт.
– лоток для приема новорожденного	1 шт.

ПАКЕТ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ НОВОРОЖДЕННОГО

– халат медицинский	1 шт.
– пеленки	2 шт.
– шарики марлевые	4 шт.
– салфетки марлевые	2 шт.
– шарики ватные	4 шт.
– палочки с ватой	2 шт.
– пинцет анатомический	1 шт.
– зажим Кохера	1 шт.
– щипцы Роговина	1 шт.
– скобки Роговина	2 шт.
– измерительная лента из клеенки (60см)	1 шт.
– пипетки	2 шт.
– «браслеты» для ребенка	4 шт.
– пеленки для пеленания	4 шт.

АКУШЕРСКИЙ КОМПЛЕКТ ОДНОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЗ БУМАГИ (стерильный)

– большая защитная простыня	1 шт.
– малая защитная простыня	1 шт.
– абсорбирующая подстилка	1 шт.
– пеленки для новорожденного	2 шт.
– пеленки для новорожденного	2 шт.
– впитывающие салфетки	6 шт.

Биксы автоклавируют в централизованной стерилизационной.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: обработать палату

2. Как делать:

➤ После выписки родильниц освободить палату от мягкого инвентаря; грязное белье сложить в клеенчатые мешки и доставить в помещение для хранения, предназначенное для этой цели; подушки, матрацы, одеяла отправить в дезинфекционную камеру.

➤ Вымыть палату стерильной ветошью, с 2% - моющим раствором (100,0 соды + 100,0 мыла и до 10 л. воды), надев стерильную специальную одежду и перчатки. Это делается перед обработкой дез.средством.

➤ Залить палату (стены, кровати, пол) дез. средством 4 класса (беби дез 1%) на 1 час. Палату закрыть.

➤ Проветрить палату до исчезновения запаха

➤ Вымыть палату водой стерильной ветошью,

➤ Включить УФ - облучатель на 30 минут.

➤ Палату вымыть теплой проточной водой

➤ Внести постельные принадлежности, прошедшие камерную обработку.

4. **Конечный результат:** определение группы крови новорожденного.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 49

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АГГЛЮТИНИНОВ АНТИ-А И АНТИ-В В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СО СТАНДАРТНЫМИ ЭРИТРОЦИТАМИ

ЦЕЛЬ: Определение агглютининов анти-А и анти-В в сыворотке крови со стандартными эритроцитами.

ПОКАЗАНИЯ: резус-конфликтная беременность, гемолитическая болезнь.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: В качестве стандартных эритроцитов следует использовать эритроциты от доноров групп А и В. Эритроциты хранят в холодильнике не более недели. В специальном консерванте срок хранения эритроцитов может быть увеличен. Не допускается использование лизированных эритроцитов. Можно использовать эритроциты от одного заранее типированного донора (для каждой группы), либо смесь эритроцитов от 2-3 доноров (для каждой группы).

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

I. Как делать:

1. Приготовьте 5% взвесь в физрастворе однократно отмытых в физрастворе стандартных эритроцитов.

ется и реагент анти-AB, который является дополнительным контролем правильности определения группы крови АВО реагентами анти-А и анти-В. Определение проводится в помещении с хорошим освещением при температуре 15-25⁰. Для исследования используют цельную кровь, отмытые эритроциты, эритроциты в плазме, сыворотке или физиологическом растворе.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Как делать:

1. Отмаркируйте секции на пластинке или планшете, указав название реагента.
 2. Нанесите по 1 большой капле (около 0,1 мл) каждого реагента: анти-А, анти-В и анти-AB.
 3. Нанесите по 1 маленькой капле (около 0,03 мл) исследуемой крови (эритроцитов) рядом с каждым реагентом.
 4. Смешайте отдельными чистыми стеклянными палочками каждую каплю крови (эритроциты) с соответствующим реагентом.
 5. Мягко покачивайте пластинку. Несмотря на то, что при использовании стандартных реагентов четкая агглютинация наступает уже в первые секунды, результаты реакции учитывайте через 3 минуты после окончания смешивания, чтобы не пропустить слабые формы антигенов.
 6. Запишите результаты реакции немедленно после определения.
3. **Средства контроля:** визуально.

➤ При закрытых окнах включить бактерицидную лампу на 30 минут.

➤ Проветрить палату 20 минут.

В общей сложности, на генеральную уборку отводится около 5 часов.

По такому правилу проводится уборка по типу заключительной (генеральной) во всех помещениях роддома.

Примечания: стирка белья из акушерского стационара производится в автономной прачечной.

3. **Чем пользоваться:** антисептические средства, дезинфицирующие и моющие растворы, инструменты, предметы ухода, уборочный инвентарь.

4. **Средства контроля:** визуально, бак. посев.

5. **Конечный результат:** снижение уровня после родовых гнойно-септических осложнений.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 2

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТНОЙ ЧАСТИ И АНАМНЕЗА ИСТОРИИ РОДОВ

ЦЕЛЬ: знать правила оформления и уметь заполнить историю родов.

ПОКАЗАНИЯ: поступление в роддом беременных и рожениц. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

ОСНАЩЕНИЕ: история родов (**форма № 096/1у-20**, соответствует приложению № 4 к приказу Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи»)

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: не требуется

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: заполнить паспортную часть и собрать анамнез поступающей беременной.

2. Как делать:

➤ титульный лист истории родов заполнить согласно паспортным данным по графам с соблюдением требований, предъявляемым к документации;

➤ фамилия, имя, отчество, место работы и телефон мужа беременной;

➤ тщательно заполнить все пункты истории родов;

➤ собрать общий анамнез по обычной схеме с выяснением эпид. анамнеза, индивидуальной чувствительности к лекарственным средствам, гемотрансфузионный анамнез;

➤ выяснить данные о менструальном цикле, его особенностях, дате последних месячных;

➤ установить начало половой жизни, количество браков, беременностей, их исход;

➤ уточнить данные о гинекологических заболеваниях;

➤ выяснить анамнез течения данной беременности по триместрам.

3. Чем пользоваться:

➤ образец истории родов;

➤ инструкция по заполнению истории родов.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: заполнение истории родов.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

ватными шариками обмыть наружные половые органы, внутреннюю поверхность бедер, область ануса в последнюю очередь. Марлевыми шариками промокательными движениями осушить область швов и обработать 5 % раствором перманганата калия. Дать женщине стерильную подкладную пеленку.

3. Чем пользоваться: корнцангом, ватными и марлевыми шариками.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: заживление раны.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: аллергическая реакция на фурациллин и перманганат калия, расхождение швов.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: повторно туалет промежности и снятие швов.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 48

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ АВО ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

ЦЕЛЬ: Определение антигенов А и В эритроцитов иммунными поликлональными сыворотками или моноклональными реагентами.

ПОКАЗАНИЯ: резус-конфликтная беременность, гемолитическая болезнь.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: Типирование крови должно проводиться двумя сериями реагентов анти-А и анти-В, либо одной серией каждого реагента, если использу-

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наблюдение за величиной матки, выделениями из половых путей, общим состоянием, контроль АД, пульсом, температурой тела.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 47

ТУАЛЕТ РОДИЛЬНИЦЫ, ОБРАБОТКА ШВОВ

ЦЕЛЬ: профилактика послеродовых септических заболеваний.

ПОКАЗАНИЯ: всем родильницам в послеродовом периоде.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: корнцанг, ватные и марлевые шарики, подкладное судно, теплый раствор фурациллина, 5% раствор перманганата калия, кружка Эсмарха.

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: при наличии швов промежности, наложенных при 1 и 2 степени разрыва уложить родильницу на гинекологическое кресло в смотровом кабинете. При разрыве промежности 3 степени роженица лежит на кровати, под ее тазовый конец положить медицинскую клеенку и подставить подкладное судно. Необходимо опорожнить мочевой пузырь самопроизвольно или с помощью катетера.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: провести туалет наружных половых органов, внутренней поверхности бедер, обработать швы 2-3 раза в сутки.

2. Как делать: в кружку Эсмарха налить теплый раствор фурациллина, взять корнцанг и стерильными

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 3

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ

ЦЕЛЬ: Знать правила оформления и уметь заполнять индивидуальную карту беременной.

ПОКАЗАНИЯ: взятие беременной на диспансерный учет.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: индивидуальная карта беременной (форма № 111-у-20).

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: не требуется.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: заполнить индивидуальную карту беременной.

2. Как делать:

➤ титульный лист индивидуальной карты беременной заполняется согласно паспортным данным по графам с соблюдением требований, предъявляемых к документации;

➤ фамилия, имя, отчество, место работы и телефон мужа беременной вносят в индивидуальную карту для экстренного сообщения ему в случае срочной госпитализации жены в родильный дом или клинику другого профиля;

➤ тщательно заполняются все пункты индивидуальной карты;

➤ собрать общий анамнез по обычной схеме с выяснением индивидуальной чувствительности к лекарственным средствам и гемотрансфузионный анамнез;

➤ выяснить данные о менструальном цикле, его особенностях, дате последних месячных;

➤ установить начало половой жизни, количество браков, беременностей, их исход;

➤ уточнить данные о перенесенных гинекологических заболеваниях, методах их лечения (амбулаторное, стационарное), оперативных вмешательствах.

3. Чем пользоваться:

➤ образец медицинской карты беременной и родильницы;

➤ инструкция по заполнению медицинской карты беременной и родильницы;

➤ методикой сбора анамнеза.

4. Средства контроля: визуально

5. Конечный результат: заполнение медицинской карты беременной и родильницы

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 4

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТНОЙ ЧАСТИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ

ЦЕЛЬ: знать правила оформления и уметь заполнить историю болезни гинекологической больной.

ПОКАЗАНИЯ: поступление в гинекологический стационар.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет

ОСНАЩЕНИЕ: бланк истории болезни гинекологической больной (форма N 025/у от 20 октября 2020 г. N 1130н)

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: не требуется.

2. Как делать: наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер продезинфицировать 2% раствором йодоната, подать врачу ложку, а затем подъемник зеркала Симпсона, корнцанг с шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидинового спирта, 0,9% раствор хлорида натрия, для дезинфекции шейки матки, затем пулевые щипцы для захвата передней губы шейки матки. Шейку матки врач подтягивает на себя, угол между телом и шейкой матки при этом увеличивается. Затем подать зонд для измерения длины полости матки. Расширители Гегара подавать, начиная с №5 по порядку до № 11. Затем подать канюлю № 6 (№7-12), подключение к вакуум-отсосу и удаление плодного яйца из полости матки.

Биологический материал собрать в медицинский лоток. По назначению врача возможно направление соскоба из полости матки на гистологическое исследование. Шейку матки обработать, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, 0,9% раствор хлорида натрия, извлечь зеркала.

3. Чем пользоваться: зеркала Симпсона, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, 0,9% раствор хлорида натрия, стерильный материал, канюли № 6-12, вакуум-отсос (мануальный вакуум) пинцет, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара с №5 по № 11.

4. Средства контроля: визуально, сенсорно.

5. Конечный результат: удаление плодного яйца, взятие соскоба.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: кровотечение, перфорация матки, соскальзывание пулевых щипцов, травма шейки матки.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 46

АССИСТЕНЦИЯ НА ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-АСПИРАЦИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ

ЦЕЛЬ: накрыть операционный стол для производства операции вакуум-аспирации содержимого полости матки.

ПОКАЗАНИЯ: прерывание беременности до 12 недельного срока, аномальное маточное кровотечение, остановка кровотечения при выкидышах, диагностика рака.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: 3-4 степень чистоты влагалища, воспалительные заболевания любой локализации.

При вакуум-аспирации содержимого полости матки по поводу обильного кровотечения, угрожающего жизни больной, противопоказаний не имеет

ОСНАЩЕНИЕ: зеркала Симпсона, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, 0,9% раствор хлорида натрия, стерильные ватные шарики, вакуум-аспиратор (мануальный вакуум), пинцет, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: опорожнить мочевого пузырь, уложить на гинекологическое кресло в обычное положение с разведенными ногами. Обезболивание внутривенное.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ассистировать при операции вакуум-аспирации содержимого полости матки.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: заполнить паспортную часть истории болезни гинекологической больной

2. Как делать: паспортную часть истории болезни заполнить по графам соответственно паспортным данным и предъявленным требованиям к документации.

3. Чем пользоваться:

- образец истории болезни;
- инструкция по заполнению истории болезни

4. Средства контроля: визуально

5. Конечный результат: заполнение истории болезни гинекологической больной.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 5

ПОСТАНОВКА МИКРОКЛИЗМЫ

ЦЕЛЬ: лечебная, всасывание лекарственного средства слизистой оболочкой прямой кишки.

ПОКАЗАНИЯ: обезболивание при острых воспалениях женских половых органов, лучевой проктит, спайочный процесс в малом тазу.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: опухоли прямой кишки, геморрой.

ОСНАЩЕНИЕ: гинекологическое кресло, кружка Эсмарха, зажим, лекарственные вещества, стерильный материал, резиновый баллончик (50 мл), вазелин.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА: уложить пациентку на левый бок и опорожнить прямую кишку с помощью очистительной клизмы.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: поставить микроклизму

2. Как делать:

- сделать большой очистительную клизму
- обмыть наружные половые органы, область ану-

са и ягодич раствором хлоргексидина

➤ пациентку, находящуюся в постели, уложить на левый бок

➤ лекарственное средство 50 мл. набрать в баллончик

➤ наконечник резинового баллона для микроклизмы смазать стерильным вазелином

➤ осторожно ввести наконечник в прямую кишку на глубину 5 см. и выдавить лекарственное средство

➤ не разжимая баллончик, извлечь его из прямой кишки.

3. использованные наконечники и баллончик погрузить в дез. раствор.

4. Чем пользоваться: лекарственные средства, резиновый баллончик для микроклизм.

5. Средства контроля: визуально

6. Конечный результат: лечебный

ОСЛОЖНЕНИЯ: травма прямой кишки, аллергическая реакция.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: находиться в постели в течение 2 часов после микроклизмы.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 6

ОСМОТР В ЗЕРКАЛАХ

Манипуляция проводится с целью осмотра влагалища и шейки матки.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТКИ: опорожнение мочевого пузыря и кишечника, обычное положение с разведенными ногами на гинекологическом кресле.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ: внутривенное.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ассистировать при гистероскопии

2. Как делать: наружные половые органы и поверхность бедер продезинфицировать 0,5% раствором хлоргексидинового спирта. Подать врачу зеркала, сначала ложку, потом подъемник, затем ватный шарик, смоченный хлоргексидиновым спиртом для обработки шейки матки, затем пулевые щипцы для захвата передней губы шейки матки, затем маточный зонд, для определения длины полости матки, положения матки, затем расширители Гегара последовательно от №5 до №9, затем гистероскоп, для введения его в полость матки, затем 0,9% раствор хлорида натрия для заполнения полости матки.

Врач производит ревизию полости матки. Современные гистероскопы дают увеличение в 150 раз.

3. Чем пользоваться: гистероскопом, маточным зондом, влагалищными зеркалами, пулевыми щипцами, корнцангом, пинцетом, ватными шариками, расширителями Гегара до №9, 0,9% раствором хлорида натрия, 0,5% раствором хлоргексидинового спирта.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: визуальный осмотр слизистой оболочки матки.

ОСЛОЖНЕНИЯ: перфорация матки, нарушение кровообращения и некротические изменения в миоматозных интрамурально расположенных узлах, обострение хронического воспалительного процесса.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наблюдение.

на, пустой стеклянный флакон, направление в гистологическую лабораторию.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: взятие биологического материала для гистологического исследования.

ОСЛОЖНЕНИЯ: кровотечение.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: ушивание ткани после иссечения, тампонада влагалища при кровотечении, наблюдение.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 45

АССИСТЕНЦИЯ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИИ

ЦЕЛЬ: выявление внутриматочной патологии.

ПОКАЗАНИЯ: маточные кровотечения, полипы, аденомиоз, рак эндометрия, инородное тело в полости матки, контроль за лечением гиперпластических процессов эндометрия, подозрение на внутриматочные синехии, пороки развития матки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: тромбофлебит, острый пиелонефрит, пневмония, грипп, ангина, острые воспалительные заболевания половых органов, III- IV степень чистоты влагалища, тяжелое состояние больной при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, печени, почек.

ОСНАЩЕНИЕ: гистероскоп, зеркала Симпсона, пулевые щипцы, корнцанг, пинцет, ватные шарики, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, 0,9% раствор хлорида натрия, расширители Гегара до № 9, маточный зонд.

ПОКАЗАНИЯ:

а) диагностика заболевания;

б) проведение лечебных и диагностических манипуляций.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТОВ: гинекологические зеркала, ватные шарики, пинцет.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО: уложить в кресло на спину, ноги согнуты, развести бедра.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: осмотреть в зеркалах влагалище и шейку матки.

2. Как делать: введение зеркала Куско проводится следующим образом: левой рукой большим и указательным пальцами развести малые половые губы. Зеркало, в сложенном виде, ввести во влагалище, продвигая вглубь его с одновременным поворотом, так, чтобы одна створка была обращена кпереди, другая кзади. Сближая рукоятки, зеркало раскрыть, обнажая шейку матки для осмотра. При осмотре влагалищной части шейки матки обращают внимание на величину, окраску шейки матки, форму наружного зева и имеющиеся изменения (разрывы, полипы, эрозии), окраску, складчатость и изменения слизистой влагалища.

3. Чем пользоваться: зеркало Куско, пинцет, ватные шарики

4. Средства контроля: визуальный осмотр.

5. Конечный результат: формулировка диагноза.

ОСЛОЖНЕНИЯ: травма влагалища у пожилых женщин.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ №7

ВЗЯТИЕ МАЗКОВ НА СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА

ЦЕЛЬ: определение степени чистоты влагалища.

ПОКАЗАНИЯ: диагностика заболевания.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: гинекологические зеркала, ватные шарики, пинцет, ложечка Фолькмана, предметное стекло.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: уложить в кресло на спину, ноги согнуты, развести бедра.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: взять мазки на степень чистоты влагалища.

2. Как делать:

➤ забор материала из уретры проводится следующим образом: указательный палец правой руки ввести во влагалище, сделать массаж уретры, стерильным тампоном снять слизь с наружного отверстия мочеиспускательного канала, ложечкой Фолькмана взять материал из уретры с глубины 1-1,5 см., нанести на край предметного стекла в виде кружка;

➤ забор материала из цервикального канала проводится следующим образом: левой рукой большим и указательным пальцами развести малые половые губы. Зеркало Куско в сложенном виде ввести во влагалище, продвигая вглубь его с одновременным поворотом так, чтобы одна створка была обращена кпереди, другая кзади. Сближая рукоятки, зеркало раскрыть, обнажить шейку матки, снять слизь с наружного зева стерильным тампоном, другим концом ложечки Фолькмана взять содержимое цервикального канала с глубины 1,5 см., нанести на среднюю часть предметного стекла в продольном направлении;

ПОКАЗАНИЯ: псевдоэрозия, эктропион, полипы, папилломы, лейкоплакия, эритроплакия шейки матки, влажные, вульвы.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: ложкообразные зеркала Симсона, пулевые щипцы, корнцанг, длинный хирургический пинцет, скальпель, конхотом, иглодержатель, иглы, ножницы, шовный материал, стерильный бинт шириной 8-10 см, ватные шарики, 0,5% хлоргексидиновый спирт, 10% раствор формалина (пустой стеклянный флакон 10% раствором формалина).

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: уложить на гинекологическое кресло в обычное положение с разведенными ногами, соблюдая санэпидрежим. Кольпоскопия для выявления патологического участка ткани.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: взять биопсию шейки матки.

2. Как делать: наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер продезинфицировать 0,5% хлоргексидиновым спиртом, подать врачу зеркала, затем шарик, смоченный 0,5% хлоргексидиновым спиртом, затем пулевые щипцы для захвата шейки матки, затем подать скальпель или конхотом. Врач иссекает ткань конусообразно на границе здорового и патологически измененного участка. Иссеченный кусочек ткани поместить в баночку с 10% раствором формалина. Отправить материал на гистологическое исследование с сопроводительным направлением.

3. Чем пользоваться: ложкообразные зеркала, пулевые щипцы, корнцанг, хирургический пинцет, скальпель, конхотом, иглодержатель, иглы, шовный материал, стерильный бинт шириной 8-10 см, ватные шарики, 0,5% хлоргексидиновый спирт, 10% раствор формалина.

держат ложку правой рукой, подъемник левой рукой. Шейку матки обработать 3% раствором уксусной кислоты, которая вызывает кратковременный отек эпителия, набухание клеток шиповидного слоя, сокращение подэпителиальных сосудов и уменьшение кровоснабжения. Действие уксусной кислоты продолжается в течение 4 минут. Врач изучает кольпоскопическую картину ткани, обработанной 3% уксусной кислотой. Затем проводит пробу Шиллера – смазывает шейку ватным тампоном, смоченным 3% раствором Люголя. Йод, содержащийся в растворе, окрашивает гликоген в клетках здорового неизмененного плоского эпителия шейки в темно-коричневый цвет. Патологически измененные клетки, бедные гликогеном, и раствором йода не окрашиваются.

3. Чем пользоваться: кольпоскоп, зеркало Симпсона, корнцанг, пинцет, стерильные шарики, 3% раствор уксусной кислоты, 3% раствор Люголя.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: выявление наиболее патологического участка ткани для биопсии.

ОСЛОЖНЕНИЯ: аллергические реакции.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 44

АССИСТЕНЦИЯ ПРИ БИОПСИИ ШЕЙКИ МАТКИ

ЦЕЛЬ: диагностика злокачественных процессов шейки матки, влагалища, вульвы.

➤ забор материала из заднего свода влагалища: пинцетом взять содержимое заднего свода, нанести на свободный край предметного стекла в поперечном направлении;

➤ заполнить бланк направления на исследование мазка на степень чистоты влагалища: указать отделение (участок в ж/к), Ф.И.О., диагноз, дату взятия мазка, расписать лица, делавшего забор мазка.

3. Чем пользоваться: зеркало Куско, пинцет, ложечка Фолькмана, шарики.

4. Средства контроля: визуально, микроскопия мазка.

5. Конечный результат: формулировка диагноза.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требует.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 8

ВЗЯТИЕ МАЗКОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

ЦЕЛЬ: определить готовность организма беременной к родам, определение КПИ (кариопикнотического индекса).

ПОКАЗАНИЯ: программированные роды, угроза прерывания беременности, бесплодие, нарушение менструальной функции.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: вагинит, 3-4 степень чистоты влагалища.

ОСНАЩЕНИЕ: гинекологическое кресло, влагалищное зеркало, стерильный материал, ложечка Фолькмана, предметные стекла.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: уложить на гинекологическое кресло в обычное положение.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: взять мазок на гормональный статус.

2. Как делать:

- шейку матки обнажить зеркалами Симпсона;
- ложки раздвинуть, чтобы хорошо обнажить переднебоковые своды влагалища;
- ложечкой Фолькмана сделать соскоб с переднебокового свода влагалища;
- соскоб нанести на предметное стекло одним мазком, чтобы не повредить клетки эпителия;
- высушить мазок;
- написать направление, указать Ф.И.О., отделение, диагноз, дату забора мазка, дополнительные сведения;
- отправить мазок в лабораторию.

3. Чем пользоваться: зеркала Симпсона, ложечка Фолькмана, предметные стекла.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: определение гормонального статуса.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 9

ВЗЯТИЕ МАЗКОВ НА ОНКОЦИТОЛОГИЮ

ЦЕЛЬ: ранняя диагностика рака половых органов.

ПОКАЗАНИЯ: всем женщинам 2 раза в год с шейки матки и цервикального канала.

ОСЛОЖНЕНИЯ: травма сосудов, травма шейки матки, соскальзывание пулевых щипцов.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ ИСХОД: наблюдение за выделениями из половых путей, лапаротомия, контроль температуры тела, пульса.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИЙ № 43

АССИСТЕНЦИЯ ПРИ РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПОСКОПИИ

ЦЕЛЬ: выявление зоны патологически измененного эпителия и выбор участка биопсии шейки матки.

ПОКАЗАНИЯ: псевдоэрозия, эктропион, лейкоплакия, эритроплакия, папилломы, полипы шейки матки влагалища, вульвы.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: кольпит, стеноз влагалища.

ОСНАЩЕНИЕ: кольпоскоп, зеркало Симпсона, корнцанг, пинцет, стерильные шарики, 3% раствор уксусной кислоты, 3% раствор Люголя.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: опорожнить мочевой пузырь, уложить на гинекологическое кресло в обычное положение с разведенными ногами, соблюдая санэпидрежим.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ассистировать при расширенной кольпоскопии.

2. Как делать: наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер продезинфицировать 0,5% раствором хлоргексидиновым спиртом, подать врачу зеркало Симпсона, сначала ложку, потом подъемник. После того, как врач обнажил шейку матки в зеркалах,

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ОДД)

1. Что делать: ассистировать при операции пункции Дугласова пространства через задний свод влагалища.

2. Как делать: наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер продезинфицировать 0,5% хлоргексидиновым спиртом, подать врачу зеркала Симпсона (сначала ложечку, потом подъемник, корнцанг с шариком, смоченным 0,5% хлоргексидиновым спиртом для дезинфекции шейки матки, затем подать пулевые щипцы для захвата задней губы шейки матки, шейку матки врач низводит и отводит кверху, чтобы обнажить свод влагалища. Подать врачу шарик, смоченный 0,5% раствором хлоргексидина, для обработки слизистой оболочки заднего свода влагалища. Затем подать пункционную иглу, которой производят прокол заднего свода влагалища, при этом иглу держать горизонтально. При попадании в Дугласово пространство, пункционная игла, как бы проваливается, врач извлекает мандрен из иглы и подает медсестре. При наличии в Дугласовом пространстве крови, экссудата, из иглы капает имеющееся содержимое. Кровь при внематочной беременности темная, не сворачивается. Экссудат направляют на бактериологическое исследование. Иглу извлекают, прокол обрабатывают 0,5% раствором хлоргексидина, пулевые щипцы снимают, шейку матки обрабатывают 0,5% раствором хлоргексидина, извлекают зеркало.

3. Чем пользоваться: зеркало Симпсона, пункционная игла с мандреном, корнцанг, пинцет, пулевые щипцы, ватные шарики, 0,5% хлоргексидиновый спирт, медицинский лоток, шприц.

4. Средства для контроля: визуально, сенсорно.

5. Конечный результат: получаем пунктат.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: 3-4 степень чистоты влагалища.

ОСНАЩЕНИЕ: зеркала Симпсона, шпатель Эйра (цитологическая щетка), ложечка Фолькмана, предметные стекла.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: обычное положение с разведенными ногами на гинекологическом кресле.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: взять мазок с шейки матки и цервикального канала на онкоцитологию.

2. Как делать:

➤ шейку матки обнажить зеркалами Симпсона, сначала ввести ложку, затем подъемник;

➤ шпатель Эйра (цитологическую щетку) приложить к шейке матки так, чтобы более длинный угол находился в цервикальном канале;

➤ шпатель повернуть вокруг оси цервикального канала, чтобы он коснулся всей поверхности шейки матки;

➤ содержимое нанести на предметное стекло;

➤ ложечкой Фолькмана взять мазок из цервикального канала с глубины 2 см., нанести на предметное стекло;

➤ высушить стекла и отправить на цитологическое исследование с направлением, в котором указывают: дату взятия мазка, Ф.И.О., возраст, домашний адрес, номер истории болезни, диагноз, дополнительные введения.

3. Чем пользоваться: зеркала Симпсона, шпатель Эйра (цитологическая щетка), ложечка Фолькмана, предметные стекла, стандартные направления

4. Средства контроля: визуально, сенсорно.

5. Конечный результат: выявление онкологических заболеваний.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 10

ТАЗОИЗМЕРЕНИЕ

ЦЕЛЬ: определение размеров таза.

ПОКАЗАНИЯ: всем беременным и родильницам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТОВ: пуговицы тазомера протереть дезинфицирующим средством.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: освободить нижнюю часть туловища от одежды, уложить на кушетку, покрытую стерильной подкладной.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: измерить D. Spinarum, D. Cristarum, D. Trochanterica, C. Externa.

2. Как делать: беременную уложить на спину с согнутыми ногами в тазобедренных и коленных суставах:

➤ измерение D. Spinarum: пуговицы тазомера поставить на передневерхние ости подвздошных костей, в норме расстояние между ними составляет **25-26 см.**;

➤ измерение D. Cristarum: пуговицы тазомера перенести на наиболее отдаленные друг от друга точки гребней подвздошных костей в норме расстояние между ними составляет **28-29 см.**;

➤ измерение D. Trochanterica: предложить женщине подвигать ногами в тазобедренных суставах, пропальпировать большие вертелы бедренных костей, по-

2. Средства контроля: визуально, сенсорно.

3. Конечный результат: удаление плодного яйца, взятие соскоба.

ОСЛОЖНЕНИЯ: кровотечение, перфорация матки, соскальзывание пулевых щипцов, травма шейки матки.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наблюдение за величиной матки, выделениями из половых путей, общим состоянием, контроль АД, пульсом, температурой тела.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИЙ № 42

АССИСТЕНЦИЯ НА ОПЕРАЦИИ ПУНКЦИИ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА (КУЛЬДОЦЕНТЕЗ)

ЦЕЛЬ: накрыть операционный стол для производства операций, ассистировать врачу при операции пункции Дугласова пространства. **ПОКАЗАНИЯ:** прервавшаяся внематочная беременность, перитонит, асцит.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ретроцервикальный эндометриоз, раковая опухоль заднего свода влагалища.

ОСНАЩЕНИЕ: зеркала Симпсона, пункционная игла, пулевые щипцы, корнцанг, пинцет, ватные шарики 0,5% хлоргексидиновый спирт, медицинский лоток, шприц.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: опорожнить мочевой пузырь, прямую кишку, уложить на гинекологическое кресло, соблюдая правила асептики в обычное положение с разведенными ногами.

Обезболивание внутривенное.

положение с разведенными ногами. Обезболивание внутривенное.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ассистировать при операции выскабливания полости матки.

Как делать: наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер продезинфицировать 2% раствором йодоната, подать врачу ложку, а затем подъемник зеркала Симпсона, корнцанг с шариками, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, для дезинфекции шейки матки, затем пулевые щипцы для захвата передней губы шейки матки. Шейку матки врач подтягивает на себя, угол между телом и шейкой матки при этом увеличивается. Затем подать зонд для измерения длины полости матки. Расширители Гегара подавать, начиная с №5 по порядку до № 11. Затем подать кюретку № 6 для разрушения и удаления плодного яйца из полости матки.

Соскоб собрать в медицинский лоток. По назначению врача возможно направление соскоба из полости матки на гистологическое исследование. В последнюю очередь подать врачу кюретку № 4 для проверки углов матки (чтобы не остались элементы плодного яйца в полости матки). Шейку матки обработать 0,5% раствором хлоргексидинового спирта, извлечь зеркало.

Все инструменты погрузить в биологическую жидкость.

Чем пользоваться: зеркала Симпсона, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, 0,9% раствор хлорида натрия, стерильный материал, корнцанг, пинцет, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара с №5 по № 11, кюретки №4, № 6.

ставить на них пуговицы тазомера, в норме расстояние между ними **31-32 см.**;

➤ измерение С. Externa: повернуть беременную набок, нижнюю конечность согнуть в тазобедренном и коленном суставах, верхнюю выпрямить, поставить пуговку тазомера на верхний край симфиза и надкрестцовую ямку. В норме это расстояние составляет **20-21 см.**

3. Чем пользоваться: тазомером.

4. Средства контроля: визуально.

Конечный результат: по размерам большого таза можно косвенно судить о размерах малого таза. Определить величину истинной конъюгаты.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 11

ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЬЮГАТЫ

ЦЕЛЬ: измерение диагональной конъюгаты.

ПОКАЗАНИЯ: всем беременным и роженицам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: тазомер, перчатки, пинцет, стерильный материал.

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ: уложить женщину на гинекологическое кресло, наружные половые органы обработать дезинфицирующим раствором.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: измерить диагональную конъюгату.

2. Как делать:

➤ левой рукой развести малые половые губы;

➤ средний и указательный палец правой руки ввести во влагалище;

➤ концевой фалангой среднего пальца достичь наиболее выдающуюся точку крестцового мыса;

➤ левой рукой отметить на правой руке уровень нижненааружного края симфиза;

➤ извлечь правую руку из влагалища;

➤ тазомером измерить расстояние от верхушки среднего пальца до отметки нижненааружного края симфиза. Это величина диагональной конъюгаты. Ее величина в среднем равняется 12,5-13 см.

3. Чем пользоваться: тазомером

4. Средства контроля: визуально

5. Конечный результат: определение истинной конъюгаты: из размера диагональной конъюгаты вычесть 1,5-2 см.

C. vera = C. Diag – 1,5-2см

C. vera = 13 см – 2 см = 11 см.

Если высота лона 6 см. и меньше - вычитают 1,5 см. Если высота лона более 6 см., вычитают 2 см. Диагональную конъюгату не всегда удастся измерить потому, что при нормальных размерах таза мыс не достигается или прощупывается с трудом. Если концом вытянутого пальца мыс не достигается, то объем данного таза можно считать нормальным или близким к норме.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 12

ИЗМЕРЕНИЕ БОКОВОЙ КОНЬЮГАТЫ И КОСЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА

ЦЕЛЬ: диагностировать аномалии костного таза.
ПОКАЗАНИЯ: плоский и кососмещенный таз.

3. Чем пользоваться: руками, перчатками, 0,5% хлоргексидиновым спиртом, стерильными ватными шариками, корнцангом.

4. Средства контроля: сенсорно.

5. Конечный результат: выявление заболеваний органов малого таза.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 41

АССИСТЕНЦИЯ НА ОПЕРАЦИИ ВЫСКАБЛИВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ

ЦЕЛЬ: накрыть операционный стол для производства операции выскабливания слизистой оболочки матки

ПОКАЗАНИЯ: прерывание беременности до 12 недельного срока, аномальное маточное кровотечение, остановка кровотечения при выкидышах, диагностика рака.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: 3-4 степень чистоты влагалища, воспалительные заболевания любой локализации.

При выскабливании полости матки по поводу обильного кровотечения, угрожающего жизни больной, противопоказаний не имеет.

ОСНАЩЕНИЕ: зеркала Симпсона, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, стерильные ватные шарик, корнцанг, пинцет, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, кюретки №2, №4, №6.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: опорожнить мочевой пузырь, уложить на гинекологическое кресло в обычное

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: острый бартолит, рубцы, стенозы влагалища.

ОСНАЩЕНИЕ: перчатки, шарики, 0,5% хлоргексидиновый спирт.

ПОДГОТОВКА: опорожнение мочевого пузыря, кишечника, уложить на гинекологическое кресло с разведенными, согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах, продезинфицировать вульву 0,5% хлоргексидиновым спиртом.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: провести гинекологический осмотр

2. Как делать: большим и указательным пальцами левой руки развести малые половые губы, ввести во влагалище средний палец, затем указательный, продвинуть пальцы вглубь влагалища, где находится шейка матки, обратить внимание на состояние сводов влагалища (их глубину, нависание, болезненность). Для пальпации матки, придатков, пальцы правой руки переместить в передний свод, а левую руку положить на переднюю брюшную стенку. Исследовать матку, определить ее положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность. Матка смещается вверх, вниз, кпереди, в стороны, но затем вновь принимает исходное положение, что определяет физиологический характер этой подвижности. Для исследования придатков матки пальцы обеих рук переместить от углов матки к боковым стенкам таза. Неизменные маточные трубы обычно не пальпируются, а яичники могут прощупываться в виде небольших овоидных образований. Двуручное исследование позволяет так же выявить патологические процессы в области тазовой брюшины, клетчатки и связок матки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: тазомер.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: не требуется.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ

1. Что делать: измерить боковую и косую конъюгату

2. Как делать: Для измерения боковой конъюгаты пуговку тазомера поставить на передневерхнюю ость подвздошной кости, а вторую пуговку тазомера поставить на задневерхнюю ость (боковая точка ромба Михаэлиса) подвздошной кости. При нормальном тазе латеральная конъюгата равна 15 см и больше. Для выявления ассиметрии таза измеряют следующие косые размеры:

- расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны и наоборот;
- расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задневерхних остей;
- расстояние от надкрестцовой ямки до правой и левой передневерхних остей.

Косые размеры одной стороны сравнивают с соответствующими косыми размерами другой. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см., указывает на ассиметрию таза.

3. Чем пользоваться: тазомером.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: определение наличия или отсутствия поперечносуженного или кососмещенного таза.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 13

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА И ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ

ЦЕЛЬ: измерение окружности живота и высоты стояния дна матки, размеров плода в матке.

ПОКАЗАНИЯ: всем беременным во второй половине беременности, роженицам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТОВ: сантиметровая лента, тазомер.

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ: перед измерением мочевого пузыря должен быть опорожнен. Уложить женщину на кушетку, ноги выпрямлены.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: измерить окружность живота и высоту стояния дна матки, размеры плода в матке.

2. Как делать: при измерении окружности живота сантиметровая лента проходит спереди на уровне пупка, сзади на уровне поясничной области. При измерении высоты стояния дна матки сантиметровая лента расположена на передней стенке живота от верхнего края симфиза до наиболее выступающей точки дна матки.

Высота стояния дна матки в различные сроки беременности:

12 недель – верхний край лона

16 недель – 6 см выше лона

20 недель – 12 см выше лона

24 недели – 20-22 см выше лона

ОСНАЩЕНИЕ: зеркало Куско, пинцет, корнцанг, ватные тампоны, кружка Эсмарха, раствор фурациллина, медикаменты в форме порошка.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: уложить на гинекологическое кресло в обычное положение с разведенными ногами

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ввести присыпку во влагалище.

2. Как делать: во влагалище ввести зеркало Куско, обнажить шейку матки, проспринцевать влагалище, осушить стерильными шариками, присыпку высыпать на заднюю створку зеркала Куско, по возможности ближе к шейке матки, ватным сухим шариком присыпку сдвигать с зеркала, одновременно извлекая последнее, а затем извлечь и шарик.

3. Чем пользоваться: зеркало Куско, кружка Эсмарха, фурациллин, ватные шарики, корнцанг.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: лечебный.

ОСЛОЖНЕНИЯ: аллергическая реакция.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 40

БИМАНУАЛЬНОЕ ВЛАГАЛИЩНО – БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ЦЕЛЬ: диагностика заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины, клетчатки.

ПОКАЗАНИЯ: профосмотр, гинекологические заболевания, ранние сроки беременности.

ные средства (мазь синтомициновая, стрептомициновая, настойка календулы, масло шиповника, масло облепихи, ихтиол, глицерин, бура с глицерином и т.д.)

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: уложить на кресло, на спину, ноги согнуты, бедра широко развести.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ввести тампон во влагалище.

2. Как делать: во влагалище вводится зеркало Куско, тампон, смазанный лекарственным средством, пинцетом вводится в задний свод влагалища или прикладывается к шейке матки.

3. Чем пользоваться: зеркало Куско, шариковый тампон, пинцет, лекарственные средства.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: санация очага воспаления

ОСЛОЖНЕНИЯ: аллергическая реакция к лекарственным препаратам

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: через 12 часов удаление тампона из влагалища потягиванием за тесьму, которой перевязан тампон.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 39

ВВЕДЕНИЕ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИСЫПОК

ЦЕЛЬ: лечебная.

ПОКАЗАНИЯ: воспалительные заболевания шейки матки и влагалища.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: грубые рубцовые изменения во влагалище, выпадение матки и влагалища.

28 недель – 26 см выше лона

32 недели – 30 см выше лона

36 недель – 34 см выше лона

40 недель – 32 см выше лона.

Измерение длины внутриутробного плода производят тазомером. Пропальпировав через брюшную стенку части плода, одну пуговку тазомера устанавливают на нижний полюс головки, другую – на дно матки, где чаще находятся ягодицы плода. Расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца составляет ровно половину длины внутриутробного плода (от темени до пяток). По этим данным можно определить срок беременности, используя формулу Гаазе.

Измерение головки плода дает вспомогательные данные для уточнения поздних сроков беременности. Через брюшную стенку пальпируют головку плода; пуговки тазомера устанавливают на самых выдающихся пунктах головки, которые обычно соответствуют области затылка и лба. Лобно – затылочный размер головки в 32 недели в среднем равен 9,5 см, в 36 недель – 11 см, в 40 недель – 12 см.

3. Чем пользоваться: сантиметровой лентой, тазомером.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: определение окружности живота, высоты стояния дна матки, размеров внутриутробного плода. Зная эти размеры, можно определить срок беременности и предполагаемую массу плода.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 14

НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА – ЛЕВИЦКОГО

ЦЕЛЬ: определить высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, положение, позицию, вид позиции, предлежание плода, отношение предлежащей части к плоскостям таза.

ПОКАЗАНИЯ: проводят всем беременным и роженицам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: кушетка, фантом, кукла.

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ: мочевого пузыря должен быть опорожнен, уложить женщину на спину, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: провести наружное акушерское исследование

2. Как делать: встать справа лицом к беременной.

Первый прием Леопольда – Левицкого - ладони обеих рук положить на дно матки, пальцы рук смыкаются, определить высоту стояния дна матки по отношению к верхнему краю симфиза, пупку, мечевидному отростку, определяют часть плода, находящуюся в дне матки. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности:

12 недель – верхний край симфиза

16 недель – середина между пупком и симфизом

20 недель – 2 поперечных пальца ниже пупка

24 недели – на уровне пупка

28 недель – 2 поперечных пальца выше пупка

ПОКАЗАНИЯ: воспалительные заболевания влагалища и шейки матки, субинволюция матки после родов и аборт, санация влагалища, контрацепция.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТАРИЯ: кружка Эсмарха, резиновый баллон, влагалищный наконечник, лекарственные средства в подогретом виде 36-37⁰С.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: спринцевание влагалища.

2. Как делать: спринцевание влагалища проводится в положении на спине под ягодицы подставляется судно, наконечник вводится во влагалище, поступление растворов должно быть под небольшим давлением.

3. Чем пользоваться: растворы ромашки, календулы, шалфея, соды, борной кислоты.

4. Средства контроля: вытекание раствора в судно.

5. Конечный результат: санация влагалища.

ОСЛОЖНЕНИЯ: не бывает.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 38

ВЛАГАЛИЩНЫЕ ТАМПОНЫ

ЦЕЛЬ: лечение воспалительных заболеваний влагалища, эрозии шейки матки, эндоцервицитов.

ПОКАЗАНИЯ: лечение заболеваний.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: грубые рубцы влагалища, выпадение влагалища и матки.

ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТАРИЯ: зеркало Куско, пинцет, ватный тампон с лигатурой, лекарствен-

ПОДГОТОВКА: опорожнить мочевой пузырь, положение на гинекологическом кресле с разведенными ногами, наружные половые органы обмыть дезинфицирующим раствором.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** поставить влагалищную ванночку
 2. **Как делать:**
 - ввести во влагалище зеркало Куско;
 - очистить влагалище от выделений марлевым тампоном;
 - влить во влагалище подогретый до 37°C лекарственный раствор до погружения в него шейки матки (20-25 мл);
 - оставить лекарство на 15-20 мин;
 - извлечь зеркало;
 - наложить между малыми половыми губами стерильную салфетку на 10-15 мин
 3. **Чем пользоваться:** перчатками, стерильными шариками, зеркалом Куско, пинцетом, лечебными растворами.
 4. **Средства контроля:** визуально.
 5. **Конечный результат:** лечебный.
- ОСЛОЖНЕНИЯ: аллергические реакции на лекарственные средства.
- ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 37

ВЛАГАЛИЩНЫЕ СПРИНЦЕВАНИЯ

ЦЕЛЬ: применяется для спринцевания влагалища с профилактической и лечебной целью.

32 недели – на середине между пупком и мечевидным отростком
36 недель – у мечевидного отростка
40 недель – на середине между пупком и мечевидным отростком.

Второй прием Леопольда – Левицкого: руки расположить на боковых поверхностях матки, пальпировать поочередно правой и левой рукой, определить положение, позицию, вид позиции плода;

➤ продольное – продольная ось плода совпадает с продольной осью матки;

➤ поперечное положение – продольная ось плода расположена перпендикулярно продольной оси матки;

➤ косое положение – продольная ось плода расположена под острым углом к продольной оси матки.

Позиция плода: отношение спинки плода к правой или левой стенке матки. Спинка пальпируется в виде широкой гладкой поверхности, мелкие части плода пальпируются в виде небольших подвижных бугорков с противоположенной стороны.

1 позиция – спинка плода обращена к левому ребру матки;

2 позиция – спинка плода обращена к правому ребру матки

Вид позиции: отношение спинки плода к передней и задней стенке матки

Передний вид – спинка плода обращена к передней стенке матки; ***задний вид*** – спинка плода обращена к задней стенке матки

Третий прием Леопольда – Левицкого: правую руку расположить на низ живота выше лонного сочленения так, чтобы большой палец находился справа, а четыре остальных пальца слева. Медленным, осторожным

движением пальцы погружают вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном.

Головка ощущается как крупная, круглая, плотная, баллотирующая часть.

Ягодицы – как крупная, но мягкая, не баллотирующая его часть.

Четвертый прием Леопольда – Левицкого – вспомогательный к третьему приему. Встать лицом к ногам беременной, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при этом концы пальцев достигают симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно скользить вглубь, по направлению к полости таза, уточняя характер предлежащей части плода и высоту ее стояния.

3. Чем пользоваться: руками

4. Средства контроля: визуально

5. Конечный результат: определение высоты стояния дна матки, положения, позиции, вида позиции, предлежания плода, отношения предлежащей части к плоскостям таза.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 15

ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА

ЦЕЛЬ: выслушать сердцебиение плода.

ПОКАЗАНИЯ: проводят всем беременным во II половине беременности.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: секундомер, акушерский стетоскоп, кушетка. **ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ:** лежит на спине, ноги выпрямлены.

➤ взять кровь из вены в количестве 5 мл и влить ее в бутылочку с тиогликолевой средой;

➤ вращать бутылочку круговыми движениями, но не встряхивать, кровь смешать со средой;

➤ материал для исследования тщательно документировать с указанием клиники, отделения, Ф.И.О. больной, ее возраста, диагноз и направить в бактериологическую лабораторию.

ПРИМЕЧАНИЕ: пробку и горлышко бутылки обжигают на пламени спиртовки перед открыванием, а также перед закрытием бутылочки.

3. Чем пользоваться: стерильной маской, перчатками, шприцем, жгутом, питательной средой, ватными шариками, спиртом.

4. Средства контроля: визуально, тактильно

5. Конечный результат: забор крови на стерильность из вены.

ОСЛОЖНЕНИЯ: прокол вены и образование гематомы.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наложение тугой повязки.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 36

ПОСТАНОВКА ВЛАГАЛИЩНЫХ ВАННОЧЕК

ЦЕЛЬ: лечебная.

ПОКАЗАНИЯ: воспалительные заболевания влагалища, эрозия шейки матки, эндоцервицит.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: грубые рубцы влагалища, выпадение влагалища, матки.

ОСНАЩЕНИЕ: гинекологическое кресло, перчатки, зеркало Куско, пинцет, ватные шарики, лечебные растворы (2% протаргол, фурациллин, настой календулы, ромашки, раствор бикарбоната натрия, 2% раствор колларгола).

4. Средства контроля: визуально, аускультативно.

5. Конечный результат: при отсутствии дыхательных расстройств ставят оценку «0», а при резко выраженном синдроме дыхательных расстройств – 10 баллов.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: лечение синдрома дыхательных расстройств.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 35

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ ДЛЯ ПОСЕВА НА СТЕРИЛЬНОСТЬ

ЦЕЛЬ: выявить наличие в крови возбудителей инфекционных заболеваний.

ПОКАЗАНИЯ: лихорадка, подозрение на генерализованный инфекционный процесс.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: терминальное состояние

ОСНАЩЕНИЕ: стерильная маска и перчатки, одноразовый шприц (10 мл), специальная стерильная бутылочка с 50 мл тиогликолевой среды, полученной из бактериологической лаборатории, спиртовка, резиновый жгут, стерильные ватные шарики, 76% спирт.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: лежа в постели или сидя на стуле, руку уложить на ровную поверхность, под локоть подложить подушечку, на среднюю треть плеча наложить жгут, кожу локтевого сгиба дважды продезинфицировать 76% спиртом.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: взять кровь из вены для посева на стерильность.

2. Как делать:

- произвести венепункцию локтевой вены;

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: провести наружное акушерское исследование для определения, предлежания, позиции и вида позиции плода, затем произвести аускультацию сердечных тонов плода.

2. Как делать: встать справа от беременной. Акушерский стетоскоп плотно прижать к брюшной стенке, передвигать стетоскоп, чтобы найти место наилучшего прослушивания сердцебиения плода. Сердцебиение плода при головном предлежании выслушивается ниже пупка, при тазовом – выше пупка, при первой позиции – слева, при второй позиции справа, при переднем виде ближе к срединной линии живота, при заднем виде – латеральнее. При поперечных положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка, ближе к головке.

При многоплодной беременности сердцебиения плодов выслушиваются отчетливо в разных отделах матки.

Во время родов при опускании головки плода в полость таза сердцебиение лучше прослушивается ближе к симфизу, почти по средней линии живота. Сердечные тоны плода выслушиваются в виде ритмичных двойных ударов, повторяющихся 120 – 160 ударов в минуту. Рекомендуется выслушивать сердцебиение плода в течение 15 секунд, полученное число сердечных ударов плода умножить на четыре. Через пять минут вновь провести подсчет сердцебиения плода, разница не должна составлять более 10 – 12 ударов. Разница более 12 ударов в минуту расценивается как аритмия. Замедление до 110 – 100 ударов и учащение до 160 ударов в минуту и более указывает на гипоксию плода.

3. Чем пользоваться: акушерским стетоскопом, секундомером.

4. Средства контроля: визуально, аурикулярно.

5. Конечный результат: выслушивание сердечных тонов плода с целью оценки его внутриутробного состояния.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.
ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 16

ПРОВЕДЕНИЕ ВОЛДЫРНОЙ ПРОБЫ МАК – КЛЮРА – ОЛДРИЧА

ЦЕЛЬ: выявить склонность беременной к отекам.

ПОКАЗАНИЯ: скрытые отеки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: изотонический раствор 0,9% хлорида натрия 1 ампула, стерильный шприц емкостью 1 мл, стерильные шарики, спирт 76 гр.

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ: не требуется.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** ввести 0,2 мл изотонического раствора хлорида натрия.

2. **Как делать:** кожу средней трети внутренней поверхности предплечья дважды продезинфицировать 76 % спиртом. Ампулу с раствором 0,9% хлорида натрия продезинфицировать шариком, смоченным 76 % спиртом, ампулу вскрыть, 2 мл раствора набрать в шприц. Ввести внутрикочно 0,2 мл этого раствора. Оценивать состояние папулы каждые 5 мин. На коже образуется папула, которая не рассасывается в течение 30 минут у беременных, не имеющих отеков. Если папула рассасывается раньше, следовательно ткани беременной гидрофильны, у нее имеются скрытые отеки.

3. **Чем пользоваться:** 0,9% раствор хлорида натрия, часы.

4. **Средства контроля:** визуально, пальпаторно.

ПОКАЗАНИЯ: наличие у новорожденного клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: специальное оснащение не требуется.

ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННОГО: специальной подготовки не требуется.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** оценить состояние дыхательной функции новорожденного.

2. **Как делать:** выявить степень выраженности клинических признаков дыхательной недостаточности.

3. **Чем пользоваться:** шкалой Сильвермана.

ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ	ОЦЕНКА В БАЛЛАХ		
	0	1	2
Движения грудной клетки	Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания	Аритмичное, неравномерное дыхание	Парадоксальное дыхание
Втяжение межреберий	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Втяжение грудины	Нет	Не резко выражено	Держится постоянно, резко выражено
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Рот закрыт, нижняя челюсть западает	Рот открыт, нижняя челюсть западает
Дыхание	Спокойное, ровное	При аускультации слышен затрудненный вдох	Стонущее дыхание, слышное на расстоянии

роприятиях повторяют оценку каждые 5 минут до 20-й минуты жизни.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: специального оснащения не требуется.

ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННОГО: специальной подготовки не требуется.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: оценить состояние новорожденного по шкале Апгар.

2. Как делать: посчитать сердцебиение новорожденного в течение 1 минуты, оценить дыхание, мышечный тонус, рефлексы, цвет кожи новорожденного.

3. Чем пользоваться: шкалой Апгар.

Здоровые новорожденные имеют оценку 8 – 10 баллов по шкале Апгар.

4. Средства контроля: визуально, аускультативно

5. Конечный результат: диагностика степени тяжести асфиксии.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: реанимационные мероприятия, если плод родился в асфиксии.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 34

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ СИЛЬВЕРМАНА

ЦЕЛЬ: оценить состояние дыхательной функции новорожденного.

5. Конечный результат: диагностика скрытых отеков.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 17

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ

ЦЕЛЬ: определить группу крови донора или реципиента.

ПОКАЗАНИЯ: всем беременным.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: две серии стандартных изогемагглютинирующих сывороток, изотонический раствор хлорида натрия, матовая белая пластинка с обозначением группы крови, стеклянные палочки, стерильные ватные тампоны, спирт, игла – копье, чашка Петри.

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ: сидит на стуле, подушечку безымянного пальца левой руки обеззараживают спиртом с помощью ватного шарика, прокалывают кожу, вновь протирают палец спиртом, затем выдавливают кровь из пальца.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: определить группу крови

2. Как делать: кровь, полученную из прокола пальца, или из пробирки, или из флакона, нанести на тарелочку или чашку Петри.

Стандартные сыворотки системы АВО двух различных серий каждой группы нанести на пластинку под соответствующим обозначением таким образом, чтобы

получилось два ряда по три большие капли (0,1 мл) в следующем порядке слева направо:

$O_{ap}(I)$, $A_p(II)$, $B_a(III)$. Исследуемую кровь нанести по одной маленькой капле (0,01 мл) рядом с каждой каплей сыворотки и перемешать кровь с сывороткой (отдельная палочка для каждой группы крови). Наблюдать за ходом реакции при легком покачивании пластинки в течение 5 минут при комнатной температуре. По мере наступления агглютинации, не ранее, чем через 3 мин., в капли, в которых наступила агглютинация эритроцитов, добавить по 1 капле (0,05 мл) изотонического раствора хлорида натрия и продолжить наблюдение до истечения 5 минут.

3. **Чем пользоваться:** белыми тарелками с нанесенными на них стандартными сыворотками.

4. **Средства контроля:** визуально.

5. **Конечный результат:** его оценка.

Реакция в каждой капле может быть положительной (наличие агглютинации эритроцитов) и отрицательной (отсутствие агглютинации). Различные сочетания положительных и отрицательных результатов дают возможность судить о групповой принадлежности исследуемой крови.

Результат реакции с изогемагглютинирующими Сыворотками группы				Исследуемая кровь принадлежит к группе:
O (I) Анти – (A+B)	A(II) Анти – B	B(III) Анти – A	AB(IV) Контроль	
-	-	-		O (I)
+	-	+		A (II)
+	+	-		B (III)
+	+	+	-	AB (IV)

2. **Как делать:** помочь родильнице вложить в рот ребенка сосок и околососковый кружок.

Рекомендовать продолжать каждое кормление в течение 5 минут первый день. В последующие кормления достаточно 20 минут для насыщения ребенка. Более длительное сосание приводит к образованию трещин сосков. После кормления помочь родильнице правильно сцедить молоко в специальную стерильную посуду. Перед сцеживанием сделать легкий массаж молочной железы круговыми движениями. Сцеживать от периферии молочной железы к соску до полного опорожнения. Обработать сосок раствором бриллиантовой зелени, при наличии трещин и ссадин смазать сосок мазью, одеть родильнице стерильный лифчик, фиксирующий молочные железы.

3. **Чем пользоваться:** перчатками, стеклянной палочкой, молокоотсосом.

4. **Средства контроля:** визуально.

5. **Конечный результат:** профилактика трещин сосков, мастита.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: контроль за состоянием молочных желез.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 33

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР

ЦЕЛЬ: определить степень тяжести асфиксии и эффективность реанимационных мероприятий.

ПОКАЗАНИЯ: проводят всем новорожденным в конце 1-й и 5-й минут жизни. При реанимационных ме-

5. Конечный результат: сокращение матки при прижатии аорты пальцами происходит рефлекторно и связано с раздражением рецепторов брюшно-аортального сплетения. Влияние анемии на нервно-мышечный аппарат матки так же вызывает ее сокращения.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: неэффективная остановка гипотонического кровотечения.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наблюдение за выделениями из половых путей.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 32

УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ

ЦЕЛЬ: обучить родильницу подготовке молочной железы к кормлению, методике правильного кормления новорожденного, приемам сцеживания молока после кормления.

ПОКАЗАНИЯ: грудное вскармливание младенца.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: туберкулез. ВИЧ – инфекция, мастит.

ОСНАЩЕНИЕ: косынка, полотенце для грудных желез, лифчик, стерильная стеклянная палочка для обработки сосков, стерильная баночка для сцеживания молока, бриллиантовый зеленый, лечебные мази, перчатки.

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: надеть косынку и маску, вымыть руки с мылом под проточной водой, вымыть молочную железу и подмышечную впадину теплой водой с мылом. Осушить грудь полотенцем.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: обучить родильницу правильному кормлению новорожденного и сцеживанию молока после кормления.

Оценка результатов определения группы крови при помощи стандартных изогемагглютинирующих сывороток. Знаком (+) обозначено наличие агглютинации, знаком минус (-) ее отсутствие.

Результат оценивается в зависимости от реакции со стандартными сыворотками группы $O_{ар}$ (I), A(II), B(III). В тех случаях, когда положительный результат получен с сывороткой всех трех групп, для исключения неспецифической агглютинации производится контрольное исследование со стандартной сывороткой группы AB(IV), не содержащей групповых агглютининов. Лишь отсутствие агглютинации в этой контрольной пробе позволяет учесть положительный результат с сыворотками группы $O_{ар}$ (I), A_p (II), B_a (III) как истинный, т.е. принадлежность исследуемой крови к группе AB(IV). Группы крови системы АВО моноκлиональными антителами: доκиклоны анти – А и анти – В наносят на планшеты или пластинку по одной большой капле (0,1мл) под соответствующими надписями: «анти – А» или «анти – В». Рядом с каплями антител наносят исследуемую кровь по одной маленькой капле (0,01 мл). После смешивания реагентов и крови за реакцией агглютинации наблюдают в течение 2,5 мин.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

Чек лист трактовки результатов первичного определения группы крови:

Доκиклоны	Группа крови			
	O(I)	A(II)	B(III)	AB(IV)
Анти-А				
Анти-В				

ПОДГОТОВКА СТОЛА ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ. ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ К РОДАМ

ЦЕЛЬ: профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний.

ПОКАЗАНИЯ: второй период родов **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет.

ОСНАЩЕНИЕ: кровать Рахманова, судно, стерильный корнцанг, кувшин с раствором перманганата калия 1:5000, стерильная подкладная, стерильная рубашка, косынка, 2 стерильные пеленки, 1 стерильная клеенка, зажим Кохера или корнцанг, раствор иодоната.

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ: лежит на кровати в предродовой.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: подготовить роженицу и стол к приему родов.

2. Как делать: в предродовой палате под роженицу подставить судно. В правую руку взять корнцанг со стерильным шариком, в левую руку взять флакон с антисептиком, обмыть кожу наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и промежности, в последнюю очередь обмыть область ануса. Кожу осушить стерильными шариками в той же последовательности. Перевести роженицу на каталке в родзал. Заправить родовой стол следующим образом: на стол постелить медицинскую клеенку, а сверху стерильную пеленку. Положить роженицу на кровать для родов, надеть ей стерильную рубашку, косынку и бахилы, ногами роженица упирается в подставки, головной конец кровати Рахманова поднять, руками роженица держится за специаль-

ПРИЖАТИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПО ШМИДТУ И БИРЮКОВУ

ЦЕЛЬ: остановка гипотонического кровотечения, препятствие притоку крови к матке.

ПОКАЗАНИЯ: гипотония матки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ожирение 3-4 степени.

ОСНАЩЕНИЕ: перчатки.

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ: горизонтальное положение на родовом столе.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: прижать брюшную аорту к позвоночному столбу по Шмидту или Бирюкову.

2. Как делать:

➤ Способ Шмидта – ручное прижатие аорты кулаком – встать слева от роженицы на подставку, кисть правой руки сжать в кулак, расположить выше пупка вертикально на живот женщины и прижать тыльной стороной основных фаланг пальцев аорту к позвоночнику (до исчезновения пульса в бедренной артерии). Для усиления давления и «поддержки» правой руки, её охватить левой рукой в области лучезапястного сустава.

➤ Способ Бирюкова – прижатие аорты скрещенными пальцами обеих рук. Встать справа от роженицы на подставку. Пальцы одной руки расположить между пальцами другой и прижать аорту к позвоночному столбу через переднюю брюшную стенку выше пупка. Аорту сдавливать с такой силой, чтобы пульсация её ниже места прижатия по возможности не ощущалась.

3. Чем пользоваться: руками.

4. Средства контроля: визуально.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 30

КОНТРОЛЬ ЗА КРОВОПОТЕРЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

ЦЕЛЬ: более точно определить объем кровопотери в родах.

ПОКАЗАНИЯ: всем родильницам в раннем послеродовом периоде.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: лоток для сбора крови, градуированная посуда, весы.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТКИ: не требуется.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: определить кровопотерю в родах, следить за пульсом, артериальным давлением, высотой стояния дна матки и ее консистенцией, признаками кровопотери (бледность кожи, учащение пульса и дыхания, снижение артериального давления).

2. Как делать: кровь, истекающую из половых путей, собрать в лоток, вылить в градуированную посуду. Взвесить сухое и окровавленное белье, разница в весе белья покажет количество излившейся крови. Сумма собранной и излившейся на белье крови покажет истинную кровопотерю. О степени кровопотери можно судить по удельному весу крови и ее сыворотки.

3. Чем пользоваться: лотком для сбора крови, градуированной посудой, весами.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: определение кровопотери в родах.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

ные ручки. Для дезинфекции наружных половых используют 3% раствора перекиси водорода в мелкой, индивидуальной расфасовке для удаления физиологических и биологических загрязнений и обрабатывают в следующей последовательности: лобок, большие половые губы, внутренняя поверхность бедер, промежность, в последнюю очередь анус.

На обеззараженный лоток для приема новорожденного акушерка кладет 2 развернутые стерильные пеленки, металлический катетер (для матери), пластиковый катетер для отсасывания слизи у новорожденного. Достает из бикса 1 стерильный пакет для первичной обработки новорожденного (его развернуть, когда родится ребенок).

3. Чем пользоваться: наборами для приема родов.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: условия для приема родов.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: акушерское пособие в родах

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 19

АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ В РОДАХ

ЦЕЛЬ:

1. Защита промежности от повреждений.

2. Бережное выведение плода из родовых путей, охраняя его от неблагоприятных воздействий.

ПОКАЗАНИЯ: во втором периоде родов проводят всем роженицам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет

ОСНАЩЕНИЕ: кровать Рахманова, набор для приема родов.

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ: лежит на родильном столе на спине, таз роженицы располагается на краю стола, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, наружные половые органы доступны для оказания акушерской помощи. Как только головка прорезалась, приступают к акушерскому пособию – приему родов.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: оказать акушерское пособие в родах, встать справа от роженицы, около промежности.

Как делать: Прием родов при головном предлежании состоит из следующих моментов.

➤ Регулирование продвижения прорезывающейся головки. Во время потуги мягкотью трех пальцев правой руки задержать быстрое продвижение головки и предупредить ее преждевременное разгибание. Можно помочь левой рукой. Для этого кисть левой руки расположить на лобке, концевыми фалангами осторожно надавливать на головку, сгибая ее к промежности и сдерживая ее стремительное продвижение. В паузах между потугами произвести заем тканей: правой рукой ткань клитора и малых половых губ спускать с рождающегося затылка, кроме того, менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца низвести по возможности к промежности, тем устраняя ее избыточное растяжение. С началом новой потуги, «заем тканей» прекратить и вновь задерживать быстрое прорезывание и преждевременное разгибание головки.

➤ Выведение головки. Когда затылок родится и образуется точка фиксации, запретить роженице тужиться. Осторожно освободить теменные бугры, снимая с них боковые края вульварного кольца. Затем го-

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ушить разрыв шейки матки 1 степени тяжести.

2. Как делать: надеть клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов, надеть халат, перчатки. Кожу промежности обработать 0,5% раствором хлоргексидинового спирта. Обнажить влагалищную часть шейки матки широкими зеркалами и осторожно захватить пулевыми щипцами переднюю и заднюю губу маточного зева. Шейку матки отвести в сторону, противоположную разрыву, для лучшего обзора травмы. Отдельные викриловые швы накладывать от верхнего угла разрыва по направлению к наружному зеву, первую лигатуру (провизорную) – несколько выше места разрыва. Это дает иглу вкалывать на 0,5 см, отступя возможность низводить поврежденную шейку матки при необходимости. Чтобы края разорванной шейки матки при зашивании правильно прилегали друг к другу, вкол иглы надо делать непосредственно у края, а выкол - на 0,5 см отступа от него. На противоположном краю разрыва от него, а выкалывать непосредственно у края. Швы накладывать на расстоянии 0,5 см друг от друга. Швы при таком наложении не могут прорезываться, так как прокладкой служит толща шейки матки. После сращения линия швов представляет собой тонкий, ровный, почти не заметный рубец.

3. Чем пользоваться: иглодержатель, хирургический пинцет, широкие длинные зеркала, пулевые щипцы, хирургические иглы, кетгут

4. Средства контроля: визуально

5. Конечный результат: восстановление целостности шейки матки.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: прорезывание швов, кровотечение.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наблюдение.

обрезанную нить захватить зажимами и передать помощнику. Зажимы, фиксирующие края раны, снять. Наложить викриловый шов на нижний угол раны, взять на зажим, передать помощнику. Растянув обе нити, наложить викриловые швы на кожу. Все швы, викриловые и шелковые, накладывать друг от друга на расстоянии 0,8-1 см, на расстоянии 0,5-0,8 см от края разрыва. Швы обработать 5% раствором перманганата калия.

3. Чем пользоваться: иглодержатель, пинцет, зажимы, 2 зажима Кохера, 2 хирургические иглы, шовный материал.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: восстановление целостности промежности.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: кровотечение, расхождение швов, нагноение раны.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: туалет наружных половых органов после каждого акта мочеиспускания, дефекации.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 29

НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ 1 СТЕПЕНИ

ЦЕЛЬ: восстановление целостности шейки матки.

ПОКАЗАНИЯ: разрыв шейки матки 1 степени.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: как в алгоритме № 28, 2 широких длинных зеркала, 2 пулевых щипцов.

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: роженица лежит на родильном столе. Подготовка проводится так же, как в алгоритме № 28. Обезболивание не требуется.

ловку захватить левой рукой, и постепенно осторожно ее разогнуть, одновременно правой рукой сводить с головки ткани промежности. Если возникает угроза разрыва промежности, произвести перинео – или эпизиотомию. После рождения головки проверить, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода. Если имеется пуповина, ее снять с головки или рассечь ножницами.

➤ **Освобождение плечевого пояса.** К выведению плечевого пояса приступить, когда плечики встанут в прямой размер выхода из малого таза. После образования точки фиксации между передним плечиком и нижним краем симфиза, переднее плечико прижать к лонной дуге и осторожно снять промежность с заднего плечика. Если самопроизвольное прорезывание плечиков задерживается, необходимо головку захватывать ладонями обеих рук в области ушей, оттягивать книзу до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лонную дугу, затем головку приподнять кверху и над промежностью выкатится заднее плечико. Если этими приемами вывести плечики не удастся, ввести указательный палец со стороны спинки в подмышечную впадину переднего плечика, роженице предложить потужиться, и подтянуть плечико, пока оно не подойдет под лонную дугу. Затем освободить заднее плечико.

➤ **Рождение туловища.** После рождения плечевого пояса обеими руками обхватить осторожно грудную клетку плода и направить туловище кверху; при этом без труда рождается нижняя часть туловища.

2. Чем пользоваться: набором для приема родов.

3. Средства контроля: визуально.

4. Конечный результат: освоение техники защиты промежности.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: травматизм роженицы и новорожденного.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: туалет, ведение после-
дového периода.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 20

ОКАЗАНИЕ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

ЦЕЛЬ: сохранение членорасположения плода, тем самым предупреждение запрокидывания ручек и разгибания головки плода.

ПОКАЗАНИЯ: II период родов, чисто ягодичное предлежание. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** глубокая недоношенность плода.

ОСНАЩЕНИЕ: набор для приема родов, раствор антисептика.

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ: положение на кровати Рахманова, стол задвинут. Ноги роженицы стоят на подставках, согнуты в коленных и тазобедренных суставах, разведены. Промежность, внутреннюю поверхность бедер, область ануса обработать хлоргексидиновым спиртом или другим антисептиком.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: оказать ручное пособие по Цовьянову.

2. Как делать: как только прорезались ягодичцы, их захватить руками так, что большие пальцы располагались на прижатых к животу ножках, а остальные пальцы обеих рук – вдоль крестца. Рождающееся туловище направлять вверх, по продолжению оси родового канала. По мере рождения туловища плода руки перемещать

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: горизонтальное положение на родильном столе, стол задвинуть, ноги на подколенниках, разведены. Провести туалет наружных половых органов раствором фурациллина, осушить кожу стерильными шариками. Под ягодичцы подложить стерильную пелёнку. Обезболивание местное 0,25% раствором новокаина.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ушить разрыв промежности.

2. Как делать: надеть клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов, надеть стерильный халат, перчатки. Кожу промежности обработать 0,5% раствором хлоргексидинового спирта. На верхний угол раны, который находится во влагалище, наложить викриловый шов, вкол и выкол сделать на 0,5-1 см в стороны от средней линии разрыва, захватить нить зажимом и передать помощнику. Затем наложить 2 зажима на края раны в углы, на место перехода разрыва слизистой оболочки влагалища на кожу промежности. С помощью этих двух зажимов хорошо ориентироваться в топографии разрыва. Растянув рану, можно убедиться, что она имеет форму ромба, в глубь ткани рана идет в форме клина. Осушить рану тупфером, наложить глубокие швы из викрила, которые не должны захватывать ни слизистой оболочки, ни кожи. Когда наложены глубокие швы, рана больше не зияет, разрыв представляется в виде линейной раны, исходящий из влагалища на кожу промежности. Теперь необходимо натянуть верхний угловой шов во влагалище и сблизить оба зажима, лежащих на краях раны, затем края раны слизистой оболочки влагалища ушить узловыми кетгутовыми швами сверху к задней спайке. Влагалищные швы, кроме последнего, лежащего на уздечке, коротко обрезать. Не-

тый зажим наложить на переднюю губу шейки матки, а второй – сбоку справа, подтянуть шейку, убедиться в целостности ткани шейки матки между зажимами, затем первый зажим переместить с передней губы на заднюю губу шейки матки, так перебирать шейку матки по часовой стрелке и внимательно осматривать ткани шейки матки между зажимами. Убедившись в целостности шейки матки, медленно вывести подъемник – при этом хорошо обзрываются переднебоковые стенки влагалища. Вновь ввести подъемник и медленно выводить послеродовое зеркало, осматривая заднебоковые стенки влагалища.

3. Чем пользоваться: послеродовыми зеркалами, окончатными зажимами.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: освоение техники осмотра родовых путей после родов.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: кровотечение.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: если имеются разрывы, ушить их.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 28

НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ I СТЕПЕНИ

ЦЕЛЬ: восстановить целостность промежности.

ПОКАЗАНИЯ: разрыв промежности 1 степени.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: стерильные перчатки, иглодержатель, 2 иглы, 2 зажима Кохера, шовный материал (викрил, шёлк), 0,5 % раствор хлоргексидинового спирта, хирургический пинцет, 0,25 % раствор новокаина, шприц 20,0.

по направлению к половой щели роженицы, прижимая вытянутые ножки к животу. Надо стремиться к тому, чтобы ножки не выпали раньше рождения плечевого пояса. При прорезывании плечевого пояса ручки обычно выпадают сами. Если ручки самостоятельно не рождаются, их освобождают. Не меняя положения рук, установить плечевой пояс в прямом размере таза и отклонить туловище плода книзу. При этом передняя ручка выходит из – под лобковой дуги. Затем туловище поднять вверх и над промежностью родится задняя ручка. Одновременно с задней ручкой выпадают ножки плода. При сильных потугах головка рождается самостоятельно, туловище плода следует направить вверх. Если рождение головки задерживается, ее освобождают приемом Марисо – Левре.

3. Чем пользоваться: стерильными пеленками.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: рождение плода.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: запрокидывание ручек, разгибание головки, ущемление головки, разрыв промежности.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: отделение плода от матери, профилактика гипотонического кровотечения, наблюдение за признаками отделения плаценты.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 21

ОКАЗАНИЕ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

ЦЕЛЬ: удерживать ножки во влагалище до полного раскрытия маточного зева.

ПОКАЗАНИЯ: II период родов, ножное предлежание.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: глубокая недоношенность плода.

ОСНАЩЕНИЕ: набор для приема родов, хлоргексидиновый спирт.

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ: положение на кровати Рахманова, стол задвинут. Ноги стоят на подставках, согнуты в коленных и тазобедренных суставах, разведены. Промежность, внутреннюю поверхность бедер, область ануса обработать хлоргексидиновым спиртом или другим антисептиком.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: оказать ручное пособие по Цовьянову

2. Как делать: наружные половые органы роженицы закрыть стерильной салфеткой и ладонью, прижатой к вульве, препятствуя преждевременному выпадению ножек из влагалища. Задерживание ножек способствует полному раскрытию маточного зева потому, что при этом плод как бы садится на корточки и образует смешанное ягодичное предлежание. На полное открытие маточного зева указывает сильное выпячивание промежности, зияние заднепроходного отверстия, частые и сильные потуги. При наличии признаков, указывающих на полное раскрытие зева, противодействие прекратить. Обычно туловище и головка рождаются без затруднения. Рождающееся туловище следует направлять вверх после рождения плечевого пояса ручки выпадают сами. Если ручки не рождаются, плечевой пояс установить в прямом размере выхода таза и отклонить туловище плода книзу. При этом передняя ручка выходит из-под лонной дуги. Затем туловище поднять кверху - и над

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наблюдение в послеродовом периоде.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 27

ОСМОТР РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ

ЦЕЛЬ: выявление травм мягких тканей родовых путей.

ПОКАЗАНИЯ: родовые пути осматривают всем родильницам в раннем послеродовом периоде.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: дез. раствор, марлевые шарики, ватные шарики, стерильные подкладные, 2 пинцета, 2 окончатых зажима, послеродовое зеркало с подъемником, спиртосодержащий антисептик.

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: лежит на родильном столе на спине, стол задвинуть, провести туалет наружных половых органов, внутренней поверхности бедер, под таз положить стерильную подкладную пеленку.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: осмотреть родовые пути.

2. Как делать: сначала задвинуть подставку кровати Рахманова, осмотреть наружные половые органы и промежность, затем раздвиньте стерильными шариками половые губы и осмотрите вход во влагалище, область клитора, внутреннюю поверхность малых половых губ. Для осмотра шейки матки ввести во влагалище послеродовое зеркало в поперечном направлении, повернуть так чтобы рукоятка направлялась вниз, затем ввести подъемник, зеркала развести, таким образом обнажить шейку матки. Оконча-

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 26

НАРУЖНЫЙ МАССАЖ МАТКИ

ЦЕЛЬ: восстановление тонуса матки и гемостаза.

ПОКАЗАНИЯ: всем роженицам в раннем послеродовом периоде.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: перчатки, лоток для сбора крови.

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: горизонтальное положение на родильном столе, вывести мочу катетером.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: наружный массаж матки.

2. Как делать: правше встать слева от роженицы, левше - справа. Массаж производить через переднюю брюшную стенку. Следует иметь в виду, что при атонии матки дно ее бывает настолько размягчено, что вначале с трудом прощупывается. Положить руку на дно матки и делать легкие массирующие движения. Ни в коем случае не следует чересчур энергично расширять матку: это мало помогает. Нежные круговые поглаживания скорее и легче достигают цели. Массаж должен быть прерывистым по 2 минуты с промежутками 120 минут. Как только матка стала твердой, постараться выжать из нее сгустки крови.

3. Чем пользоваться: руками, лоток для сбора крови

4. Средства контроля: визуально, сенсорно.

5. Конечный результат: хороший тонус матки.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: при грубом массаже выдавливаются тромбы из сосудов плацентарной площадки и начинается кровотечение.

промежностью рождается задняя ручка. После этого в глубине половой щели появляется подбородок и рот плода. При сильных потугах головка рождается самостоятельно; туловище следует направить кверху. Если рождение головки задерживается, ее освобождают приемом Морисо – Левре.

3. Чем пользоваться: стерильной салфеткой.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: рождение плода.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: запрокидывание ручек, разгибание головки, ущемление головки, разрыв промежности.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: отделение плода от матери, профилактика гипотонического кровотечения, наблюдение за признаками отделения плаценты.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 22

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

ЦЕЛЬ: определить, отделилась ли плацента от стенки матки.

ПОКАЗАНИЯ: признаки отделения плаценты определяют всем роженицам в последовом периоде

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет.

ОСНАЩЕНИЕ: катетер для выведения мочи, судно, лоток.

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ: положение на кровати Рахманова, передняя брюшная стенка должна быть расслаблена.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать:

- а) вывести мочу катетером;
- б) определить признаки отделения плаценты.

2. Как делать:

а) катетеризация мочевого пузыря. Левой рукой раздвинуть малые половые губы. Уретру трижды протереть ватными шариками, смоченными фурациллином, ввести катетер и держать до полного излития мочи, затем катетер извлечь;

б) определение признаков отделения плаценты.

➤ **Признак Шредера.** Изменение формы и высоты стояния дна матки. Дно матки поднимается вверх, матка уплощается, становится более узкой, отклоняется вправо.

➤ **Признак Альфельда.** Удлинение наружного отрезка пуповины на 10-12 см. Зажим, наложенный на пуповину у половой щели, опускается на 10-12 см.

➤ **Выпячивание над симфизом.** Отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки, образуя выпячивание над симфизом

➤ **Признак Микулича.** Позыв на потуги, так как отделившаяся плацента опускается во влагалище, вызывая раздражение нижнего сегмента, вызывает потугу.

➤ **Признак Клейна.** При натуживании роженицы конец пуповины, выступающей из половой щели, удлиняется и после потуги назад не втягивается

➤ **Признак Чукалова – Кюстнера.** При надавливании ребром ладони над симфизом, пуповина не втягивается при отделившейся плаценте.

3. Чем пользоваться: катетер, ватные шарики, фурациллин, лоток для сбора мочи.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: роженица тужится, послед рождается.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет

ОСНАЩЕНИЕ: стерильные перчатки, 2 пеленки, спиртосодержащий антисептик, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта.

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: так же, как в алгоритме №24.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: ручное обследование полости матки

2. Как делать: надеть маску, клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов, надеть стерильный халат, перчатки. Правую руку ввести в полость матки, левой рукой через пеленку захватить дно матки и фиксировать его. Тщательно проверить стенки матки, особенно ее переднюю поверхность в области нижнего сегмента слева при рубце после кесарева сечения, при этом правую руку необходимо повернуть кнаружи. Область плацентарной площадки не травмировать рукой, так как можно выдавить тромбы из сосудов, что может привести к кровотечению. Сгустки крови, оболочки, обрывки плаценты удалить из матки. Убедившись в том, что матка пуста, тонус ее хороший, руку извлечь из матки.

3. Чем пользоваться: стерильными перчатками, пеленками, дез. средствами.

4. Средства контроля: визуально, сенсорно

5. Конечный результат: матка опорожнена, тонус ее хороший.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: болевой шок. Послеродовые септические заболевания.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: профилактическое назначение антибиотиков, контроль за признаками послеродовых септических заболеваний.

плацента отделена, захватить ее всей рукой, направляя наружу, левой рукой потягивать за пуповину до полного ее удаления из полости матки. После удаления последа правая рука остается в матке для того, чтобы контролировать, вся ли плацента удалена. Надо иметь в виду, что не вся внутренняя поверхность матки гладкая. Плацентарная площадка представляет собой возвышение с шероховатой поверхностью вследствие оставшихся обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки.

3. Чем пользоваться: стерильными перчатками, пеленками, дез. средствами.

4. Средства контроля: визуально, сенсорно

5. Конечный результат: опорожнение матки, остановка кровотечения, восстановление тонуса матки.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: болевой шок, послеродовые септические заболевания

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: контроль за выделениями из половых путей, инволюцией матки, признаками послеродовых септических заболеваний, профилактическое назначение антибиотиков.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 25

РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

ЦЕЛЬ: убедиться в целости матки и в том, что она полностью опорожнена.

ПОКАЗАНИЯ: гипотония матки, дефект последа, послед под сомнением, рубец на матке, после наложения акушерских щипцов, плодоразрушающих операций.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

а) признаки отделения плаценты отсутствуют, кровотечения нет – ждать 30 минут;

б) признаки отделения плаценты отсутствуют, кровопотеря 250 мл и продолжается – операция «ручное отделение плаценты» и удаление последа;

в) признаки отделения плаценты имеются, но потуги не эффективны – выделить отделившийся послед наружными методами.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: выделение последа, тщательный осмотр родившегося последа.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 23

СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА НАРУЖНЫМИ МЕТОДАМИ

ЦЕЛЬ: выделить послед наружными приемами из полости матки.

ПОКАЗАНИЯ: задержка отделившегося последа в полости матки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: отсутствуют признаки отделения последа.

ОСНАЩЕНИЕ: катетер, подкладное судно, ватные шарики, спиртсодержащий антисептик.

ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ: положение лежа на кровати Рахманова, ноги разведены, согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Вывести мочу катетером, матку привести в срединное положение, сделать легкий наружный массаж матки.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать: выделить послед наружными методами.

2. Как делать:

➤ способ Абуладзе – обеими руками взять брюшную стенку в продольную складку и предложить роженице потужиться;

➤ способ Гентера – попросить женщину расслабиться, руки, сжатые в кулаки, расположить на дне матки в области трубных углов и медленно надавить внутрь и книзу;

➤ способ Креде-Лазаревича – менее щадящий прием; его применяют при безуспешности других способов. Охватить дно матки, располагая большой палец на передней поверхности, а остальные на задней. Сжать матку в переднезаднем размере. Надавить на ее дно вниз и кпереди (по проводной оси родового канала), выжать послед.

3. Чем пользоваться: металлический катетер.

4. Средства контроля: визуально.

5. Конечный результат: выделение последа.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: послед не выделяется.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: осмотр родовых путей для исключения разрывов, пузырь со льдом на низ живота, наблюдение в родильном зале в течение 2 часов.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 24

РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА

ЦЕЛЬ: отделить плаценту от стенки матки и выделить послед

ПОКАЗАНИЯ: кровотечение при не отделившемся последе, частичное плотное прикрепление плаценты,

ущемление последа в трубном углу или в области внутреннего зева.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: отсутствуют.

ОСНАЩЕНИЕ: стерильные перчатки, 5% раствор перманганата калия, 0,5% раствор хлоргексидинового спирта, 2 стерильные пеленки.

ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ: горизонтальное положение на родильном столе, ноги разведены, расположены на подставках, стол задвинут. Вывести мочу катетером. Внутреннюю поверхность бедер и наружные половые органы обмыть бледно-розовым раствором перманганата калия, осушить стерильными шариками, обработать 5% раствором перманганата калия, под ягодичи подложить стерильную пеленку, на переднюю брюшную стенку положить вторую пеленку.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ: внутривенный наркоз.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. Что делать:

– отделить плаценту от стенки матки и выделить послед.

2. Как делать: надеть маску, клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов, надеть халат, перчатки. Левой рукой взять пуповину, слегка натянуть ее, правую руку ввести в полость матки по пуповине до места прикрепления плаценты. Проникнув в матку, левую руку перенести на переднюю брюшную стенку и через пеленку захватить и фиксировать дно матки. Правой рукой проникнуть между плацентой и стенкой матки вне околоплодных оболочек, отделять плаценту пилообразными движениями пальцев. Наружная рука помогает внутренней, надавливая на дно матки. Когда