

**АЛГОРИТМИ
З ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА
«НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА
ДОПОМОГА В АКУШЕРСТВІ ТА ПРИ
ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ»**

Перелік практичних навичок.

1. Патронаж вагітної та породіллі
2. Обробка рук
3. Туалет зовнішніх статевих органів
4. Проведення огляду за допомогою піхвових дзеркал
5. Проведення піхвового дослідження
6. Взяття матеріалу з піхви для визначення ступеню чистоти піхви
7. Взяття матеріалу з піхви для онкоцитологічного дослідження
8. Взяття матеріалу з піхви для кольпоцитодіагностики
9. Обстеження молочних залоз
10. Вимірювання зовнішніх розмірів таза
11. Визначення індексу Соловйова
12. Вимірювання діагональної кон'югати
13. Вимірювання розмірів ромба Міхаеліса та визначення його форми
14. Визначення справжньої кон'югати різними способами
15. Збирання акушерсько-гінекологічного анамнезу
16. Вимірювання розмірів живота (ВСДМ та ОЖ)
17. Проведення зовнішнього акушерського дослідження за допомогою прийомів Леопольда
18. Вислуховування серцебиття плода
19. Проведення піхвового дослідження в пологах
20. Визначення тривалості перейм і пауз за методом Вінкеля
21. Підготовка стерильного столика, ліжка Рахманова та роділлі до пологів
22. Демонстрація біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання
23. Демонстрація біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання
24. Акушерська допомога в пологах при головних передлежаннях або захист промежини
25. Догляд за новонародженим
26. Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину
27. Визначення ознак відшарування плаценти
28. Зовнішні прийоми виділення відокремленого посліду
29. Виділення оболонок
30. Огляд посліду на цілісність
31. Визначення крововтрати в пологах
32. Огляд пологових шляхів після пологів
33. Проведення туалету породіллі та догляду за швами на промежині
34. Зціджування молочних залоз
35. Визначення білка в сечі
36. Вимірювання бокової кон'югати
37. Вимірювання косих розмірів таза
38. Вимірювання висоти симфізу
39. Вимірювання обводу таза
40. Вимірювання висоти таза

41. Вимірювання лобкового кута
42. Вимірювання розмірів виходу з малого тазу
43. Визначення ознаки Вастена
44. Вимірювання розміру Цангемейстера
45. Демонстрація біомеханізму пологів при загальнорівномірнорозвуженому тазі
46. Демонстрація біомеханізму пологів при передньому виді вставлення голівки при поперечнозвуженому тазі
47. Демонстрація біомеханізму пологів при плоскорухотичному тазі
48. Демонстрація біомеханізму пологів при простому плоскому тазі
49. Демонстрація біомеханізму пологів при чисто сідничному передлежанні
50. Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні плода за методом Цов'янова I
51. Ручна допомога при ніжному передлежанні плода за методом Цов'янова II
52. Класична ручна допомога при тазовому передлежанні плода
53. Демонстрація біомеханізму пологів при передньоголовному передлежанні
54. Демонстрація біомеханізму пологів при лобному передлежанні
55. Демонстрація біомеханізму пологів при лицьовому передлежанні
56. Проведення проби Мак Кляра-Олдріча
57. Підготовка набору для надання невідкладної допомоги при екламптичному нападі
58. Ручне відшарування плаценти та видалення посліду
59. Ручна ревзія стінок порожнини матки
60. Зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці
61. Введення тампону з ефіром у заднє склепіння піхви
62. Притискання черевної аорти кулаком
63. Ушивання розриву промежини
64. Ушивання розривів шийки матки
65. Проведення розтину промежини
66. Проведення амніотомії
67. Асистування під час проведення декапітації
68. Асистування під час проведення краніотомії
69. Асистування під час накладання акушерських щипців
70. Використання ротрозширювача та язикотримача
71. Зовнішній масаж матки
72. Оцінювання стану новонародженого за шкалою Апгар, Сільвермана-Андерсена
73. Активне ведення III періоду пологів
74. Діагностика неправильних положень плода
75. Проведення піхвового дослідження на фантомі та діагностика розгинальних вставлень

Методичні рекомендації щодо виконання професійного вміння «Патронаж вагітної, породіллі»

Патронаж – це відвідування вагітної або породіллі удома акушеркою жіночої консультації або ФАПу або лікарем жіночої консультації.

Обов'язковим є і відвідування породіллі, яка не має новонародженого. Акушерка проводить патронаж і гінекологічних хворих, які стоять на диспансерному обліку, а також онкохворих.



Види: активний, пасивний, антенатальний, післяпологовий.

Частота патронажних відвідувань обумовлена наказом МОЗ України № 503 (3-4 рази під час вагітності та 2 рази протягом першого місяця після пологів), а також залежить від стану здоров'я жінки, регулярності відвідування нею жіночої консультації (або акушерки ФАПу), а також необхідністю виконання лікувально-діагностичних процедур.

Активний патронаж – відвідування пацієнтки за власною ініціативою медичних працівників. **Пасивний** патронаж – відвідування за викликом.

Антенатальний (допологовий) патронаж (перший на протязі 2 тижнів з моменту взяття жінки на облік, останній - перед пологами разом з педіатром).

Мета: попередження або рання діагностика ускладнень вагітності та антенатальна охорона плода.

Зміст:

- з'ясування загального та психоемоційного стану вагітної, її обстеження (особливо, якщо вона не з'явилася на прийом у призначений день, або не госпіталізована);
- ступінь бажаності існуючої вагітності;
- характеру взаємовідносин у родині;
- наявності дітей у родині і стан їх психічного та фізичного здоров'я;
- ознайомлення з житлово-побутовими умовами (водопостачання) та санітарним станом житла (наявність у квартирі домашніх тварин) тощо;
- надання рекомендацій щодо поліпшення гігієнічної обстановки вдома за результатами обстеження;
- перевірки виконання раніше даних порад та навчання жінок догляду за дитиною;
- проведення санітарно-освітньої роботи: інформування вагітної та членів її родини щодо раціонального харчування вагітної, режиму праці та відпочинку, участі у веденні домашніх справ, особливостей правил особистої гігієни під час вагітності та необхідності їх дотримання, про необхідність регулярного відвідування лікаря-акушера.

Післяпологовий патронаж здійснюється у перші 7 діб після виписки із пологового будинку.

Мета: попередження або рання діагностика післяпологових ускладнень та захворювань матері та новонароджених.

Зміст:

- з'ясування загального стану породіллі та новонародженого;
- дотримання жінкою правил особистої гігієни в післяпологовому періоді;
- надання консультації з питань грудного вигодовування та планування сім'ї.

Якщо вагітна після взяття на облік не з'являється в жіночу консультацію (ФАП) або відвідує їх нерегулярно, не в призначений термін, особливо при наявності патологічного перебігу вагітності, акушерка здійснює патронаж. Патронаж проводиться також при відмові жінки від госпіталізації. В цьому випадку акушерка після обстеження жінки роз'яснює їй та/або її близьким небезпеку, до якої можуть призводити порушення в стані здоров'я жінки та плода, а також звертають увагу на відповідальність за відказ від госпіталізації. Якщо вагітна і в подальшому відмовляється від відвідування жіночої консультації або стаціонарного лікування патронаж здійснює лікар, який призначає відповідну терапію і спостерігає за жінкою на дому.

Результати патронажного відвідування акушерка доповідає лікареві і записує в медичну документацію. Під час першого відвідування жінки вдома акушерка заповнює патронажний лист, під час повторних відвідувань записує нові дані про стан здоров'я і про виконання зроблених раніше призначень та порад. Крім цього акушерка заповнює журнал обліку патронажів, індивідуальну карту вагітної та породіллі.

Склад патронажної сумки:

- стетофонендоскоп, тонометр,
- акушерський стетоскоп,
- сантиметрова стрічка,
- градусник,
- сухі чисті пробірки, пробіркотримач, спиртівка, сухий спирт та сірники
- 20% розчин сульфосаліцилової кислоти,
- водний розчин Люголь (для визначення жовчних пігментів у сечі)
- одноразові шприці,
- стерильний матеріал,
- ліки для невідкладної допомоги,
- шкіряні антисептики,
- патронажний лист, направлення на аналізи, у стаціонар та інше;
- медичний халат.

Обладнання: Патронажна сумка, індивідуальна пелюшка пацієнтки.

**Професійний алгоритм щодо виконання професійного вміння
«Обстеження вагітної, породіллі під час патронажу».**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження.	1. Запропонуйте пацієнтці на стіл або стілець біля ліжка застелити індивідуальну пелюшку. 2. Розмістіть на ній необхідне обладнання (відповідно до складу патронажної сумки).
2. Підготовка пацієнтки до дослідження.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці лягти в ліжку на спину та оголити живіт, грудну клітину.
3. Підготовка акушерки до дослідження.	1. Вдягніть халат. 2. Здійсніть гігієнічне миття рук або гігієнічну

	антисептику.
2. Проведення дослідження А) Обстеження вагітної. ПРИМІТКА. Розмовляючи з жінкою, зверніть увагу на її загальний стан, огляньте шкіру і видимі слизові оболонки. ПРИМІТКА. Під час пальпації живота зверніть увагу на тонус матки (нормотонус, гіпертонус).	1. Опитайте пацієнтку, з'ясувавши скарги, сон, апетит, функцію сечового міхура та кишечника, у випадку неявки або відмови від стаціонарного лікування – її причину. 2. Запропонуйте пацієнтці виміряти температуру тіла в пахвинній ділянці. 3. Виміряйте артеріальний тиск на обох руках. 4. Підрахуйте пульс і оцініть його характер. 5. Виміряйте розміри живота (висоту стояння дна матки над лоном та окружність живота). 6. Здійсніть пальпацію живота за допомогою прийомів Леопольда 7. Вислухайте серцебиття плода за допомогою акушерського стетоскопу. 8. Визначте набряки на гомілках (за необхідності – на тулубі, руках, обличчі). 9. З'ясуйте наявність виділень з піхви, їх характер. 10. Проведіть дослідження сечі на наявність білка (за необхідності – на жовчні пігменти). 11. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
В) Обстеження породіллі. ПРИМІТКА. Кількість лохій з'ясовують шляхом контролю підкладної пацієнтки та з'ясуванням кількості використаних підкладних за добу. ПРИМІТКА. Перед оглядом новонародженого здійсніть повторну гігієнічну антисептику рук.	1. Опитайте пацієнтку, з'ясувавши скарги, сон, апетит, характер лактації (кількість молока та достатність його для новонародженого), функцію сечового міхура та кишечника. 2. Запропонуйте пацієнтці виміряти температуру тіла в пахвинній ділянці. 3. Виміряйте артеріальний тиск на обох руках. 4. Підрахуйте пульс і оцініть його характер. 5. Визначте стан молочних залоз та сосків шляхом огляду та пальпації. 6. Визначте висоту стояння дна матки над симфізом, ступінь її скорочення, болючість. 7. З'ясуйте кількість і характер лохій. 8. Огляньте зовнішні статеві органи, за наявності швів – ступінь їх загоювання. 9. Визначте набряки на гомілках (за необхідності – на тулубі, руках, обличчі). 10. Огляньте новонародженого. 11. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
4. Оформлення документації. ПРИМІТКА. При виявленні відхилень від нормального перебігу вагітності чи післяпологового періоду жінку скеровують на прийом до дільничного лікаря-акушера або іншого спеціаліста згідно показань	1. Заповніть патронажний лист, обов'язково вказавши діагноз. (Наприклад, після проведення обстеження вагітності - Діагноз: Вагітність І 32-33 тижні, повздовжнє, головне. Після обстеження породіллі – Діагноз: Післяпологовий період, 8 доба). 2. Якщо під час дослідження виявлено наявність білка в сечі, виписіть направлення до лабораторії на дослідження сечі і видайте вагітній. 3. Визначте дату наступного відвідання жіночої консультації (ФАПу). 4. Попередьте про значення своєчасного звернення в жіночу консультацію (ФАП).

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички

«Методика обробки рук»

Руки медичного персоналу – один з основних факторів передачі збудників госпітальних інфекцій (ВЛІ), тому дотримання медичним персоналом правил техніки миття рук та їх антисептики є важливим заходом у профілактиці захворювань в акушерських закладах.

Методи деконтамінації рук медичного персоналу:

1. Гігієнічне миття рук.
2. Гігієнічна антисептика.
3. Хірургічна антисептика.

Гігієнічне миття рук

Мета: видалення бруду та транзитної флори, яка осіменяє шкіру рук медичного персоналу в наслідок контакту з інфікованими людьми або контамінованими об'єктами.

Показання для гігієнічного миття рук:

- перед і після фізичного контакту з пацієнтом;
- після відвідування туалету;
- перед приготуванням і роздачею їжі;
- у всіх випадках, коли руки явно забруднені.

Обладнання: Рідке мило в ємкості з дозатором, індивідуальний рушник (краще одноразові паперові рушники).

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички

"Гігієнічне миття рук"

Етапи виконання	Послідовність дій
Проведення маніпуляції. ПРИМІТКИ: Персні, лак для нігтів затрудняють видалення мікроорганізмів з рук.	1. Зніміть персні та інші прикраси з рук (браслети, годинник). 2. Відкрийте кран і під помірним струменем комфортно теплої води змочить руки. 3. Нанесіть порцію рідкого мила. 4. Енергійно тріть руки протягом не менше 30 секунд за наступною технікою:
	- тріть долоня об долоню; 
	- тріть зовнішню сторону долонь спочатку правою рукою, а потім лівою; 

	- схрестивши пальці однієї руки з іншою, тріть між пальцями; 
	- далі однією рукою накрийте іншу руку „замком" і тріть в п'ясно-фаланговій зоні, спочатку однієї руки, потім іншої; 
	- енергійно круговими рухами тріть великі пальці обох рук; 
	- кінчиками пальців правої руки тріть долоню лівої руки і навпаки. 
ПРИМІТКА:	Для 5.Ретельно змийте мило під проточною водою.

висушування рук не слід користуватися загальним рушником багаторазового використання.	6. Насухо витріть руки одноразовим паперовим рушником (серветкою). 7. Якщо використовувався кран без ліктьового способу приведення в дію, закрийте його сухим рушником (серветкою). 8. Використаний рушник викиньте у смітник, призначений для збору паперових рушників (має бути розташований поруч).
---	--

Гігієнічна антисептика (обробка шкіри рук антисептиками).

Мета: видалення та знешкодження транзитної мікрофлори, яка осіменяє шкіру рук медичного персоналу в наслідок контакту з інфікованими людьми або контамінованими об'єктами.

Якщо в процесі роботи руки не забруднені біологічним матеріалом або брудом, миття рук можна замінити гігієнічною антисептикою. Для гігієнічної антисептики шкіри рук використовують антисептики, зареєстровані в Україні згідно з інструкцією по використанню антисептика. Застосування спиртових антисептиків більш ефективно, чим водних розчинів антисептиків. Можливе застосування суміші 70° етилового спирту з 1-2 % вмістом гліцерину.

Показання для гігієнічної антисептики рук:

- перед та після будь якої маніпуляції з новонародженим, роділлями та породіллями;
- перед та після проведення маніпуляцій, пов'язаних з можливим та явним пошкодженням шкіри та слизових оболонок пацієнта (обробка пуповинної рани, ін'єкції, встановлення катетерів та зондів тощо);
- перед та після контакту із рановими поверхнями, інфікованими ранами;
- при контакті із стерильним матеріалом та інструментарієм;
- після контактів із біосубстратами хворого (кров, ліквор, сеча та інші);
- після контакту з абіогенними об'єктами, потенційно контамінованими госпітальною мікрофлорою (прилади, катетери, зонди та інше після їх використання);
- після контактів з інфекційними хворими;
- при догляді за пацієнтами, коли необхідно після обробки забруднених місць перейти до чистих;
- перед і після надягання медичних рукавичок;
- перед виходом з палати.

Обладнання: антисептичні засоби.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Гігієнічна антисептика рук»

Етапи виконання	Послідовність дій
Виконання маніпуляції ПРИМІТКА: Витирання або висушування рук не допускається.	1. Нанесіть на долоню 3-5 мл антисептика або ту кількість, що зазначена в інструкції по застосуванню антисептика. 2. Енергійно втирайте до повного висихання антисептик за технікою, представленою в п.4 професійного алгоритму щодо виконання практичної навички "Гігієнічне миття рук" але не менше 15 секунд.

Хірургічна антисептика рук

Показання: всі хірургічні операції.

Обладнання: Рідке мило в ємкості з дозатором, індивідуальний рушник (краще одноразові паперові рушники), стерильні гумові рукавички, антисептичні засоби.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Хірургічна антисептика рук»

Етапи виконання	Послідовність дій
Виконання маніпуляції ПРИМІТКА: При хірургічній	1. Вимийте руки з використанням рідкого мила спочатку від зап'ястя до ліктя, потім кисті рук за

обробці рук щітки використовувати не обов'язково. В разі використання щіток вони мають бути одноразовими. Щітки можна використовувати для обробки навколо-нігтьових ділянок і тільки 1 раз протягом робочої зміни. ПРИМІТКА: Витирання рук або їх висушування після обробки антисептиком забороняється.	технікою, представленою в п.4 професійного алгоритму щодо виконання практичної навички "Гігієнічне миття рук". 2. Витріть руки насухо паперовим рушником (серветкою). 3. Нанесіть на долоню ту кількість антисептика, що вказана в інструкції по застосуванню при хірургічній антисептиці, але не менше 3 мл. 4. Енергійно втирайте його в шкіру передпліччя, включно з ліктьовими суглобами, до повного висихання. 5. Другою порцією антисептика обробіть руки до середини передпліччя. 6. Третьою - тільки кисті рук за технікою, представленою в п.4 професійного алгоритму щодо виконання практичної навички "Гігієнічне миття рук". 7. На сухі руки надягніть 2 пари стерильних гумових рукавичок. 8. Обробіть гумові рукавички 70% розчином етилового спирту.
--	---

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Проведення туалету зовнішніх статевих органів»

Мета: обмити зовнішні статеві органи жінки антисептиками для зменшення обсіменіння даної ділянки патогенною мікрофлорою та попередження гнійно-септичних захворювань.

Показання:

1. Перед проведенням обробки зовнішніх статевих органів шкіряними антисептиками з приводу:

- акушерсько-гінекологічних методів дослідження;
 - гінекологічних лікувальних процедур;
 - піхвових акушерських або гінекологічних операцій;
2. Догляд за хворими у післяопераційному періоді і за важкохворими;
3. Під час пологів, у післяпологовому періоді.

Процедура може виконуватися у палаті в ліжку (коли йдеться про важкохворих чи післяопераційних хворих) і на гінекологічному кріслі (коли йде процес підготовки до виконання діагностичних маніпуляцій та лікувальних процедур).

Під час виконання процедури обов'язково необхідно дотримуватися правил асептики, які полягають у чіткій послідовності обробки зовнішніх статевих органів — зверху донизу, від більш чистого до більш брудного, неприпустимі зворотні рухи, щоб не занести інфекцію із ділянки заднього проходу до сечового міхура та статевих органів.

Туалет зовнішніх статевих органів — гігієнічна процедура, яку бажано проводити після фізіологічних відправлень. Тому важливим моментом є санітарно-просвітницька робота серед пацієнток щодо правил самостійного проведення туалету зовнішніх статевих органів.

Обладнання: Стерильні: 2 корнцанга, ватні кульки, пелюшка, гумові рукавички;

Інші: гінекологічне крісло, антисептичні засоби у флаконах, індивідуальна пелюшка пацієнтки.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується гінекологічний фантом.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Проведення туалету зовнішніх статевих органів»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до проведення процедури	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть: 2 корнцанга, ватні кульки у достатній кількості, гумові рукавички. 3. Поруч поставте флакон з підігрітим до 37° С розчином фурациліну 1:5000, або 0,5% розчин перманганату калію. 4. Запросіть пацієнтку застелити гінекологічне крісло індивідуальну пелюшку.
2. Підготовка пацієнтки до проведення процедури 	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте жінці роздягнутися до пояса знизу. 3. Допоможіть лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежать на ноготримачах.
3. Підготовка медичного	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

персоналу до процедури	2. Надягніть стерильні гумові рукавички. 3. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте між ніг жінки.
4. Проведення процедури ПРИМІТКА: Використані інструменти та матеріал кладіть у ємкість для відпрацьованого матеріалу.	1. У ліву руку візьміть флакон з розчином антисептика. 2. У праву руку візьміть корнцанг із затиснутою ватною кулькою. 3. Поливаючи із флакона, за допомогою ватних кульок на корнцангу обмийте зовнішні статеві органи, починаючи з лобкової ділянки, потім великі статеві губи у напрямку згори вниз, внутрішні поверхні стегон у напрямку від статевої щілини до середини стегна, проводячи ватними кульками впоперек стегна, сідниці, промежину, в останню чергу – ділянку анусу (промежину і ділянку анусу – одним рухом від задньої спайки до анусу). 4. Поміняйте корнцанг. 5. Сухими ватними кульками на корнцангу просушіть обмиті ділянки. 6. Після проведення основної процедури зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 7. Допоможіть жінці підвестися з крісла і запропонуйте вдягтися. 8. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Огляд за допомогою гінекологічних дзеркал»

Мета: Дослідження стану шийки матки, стінок піхви, характеру виділень за допомогою піхвових дзеркал у жінок, які живуть статевим життям.

Показання:

- діагностика вагітності та гінекологічних захворювань;
- онкопрофогляд;
- перед проведенням акушерсько-гінекологічних лікувальних та діагностичних маніпуляцій;
- контрольний огляд шийки матки після лікування, абортів, пологів, пластичної операції тощо.

Це дослідження передуює бімануальному дослідженню, оскільки під час останнього можлива зміна картини патології.

При огляді шийки матки визначається її величина, форма (циліндрична, конічна) колір (ціаноз, гіперемія), форма зовнішнього вічка цервікального каналу, наявність патології (поліпи, ерозія, старі розриви, виворіт, кондиломи, патологічні розростання, рак тощо).

При огляді піхви оцінюється складчастість стінок, стан слизової оболонки (гіперемія, набряк), наявність патології (виразки, пухлини), характер виділень.

Нормальна шийка матки блідо-рожевого кольору, конічної форми (у жінок, які ще не народжували) чи циліндричної (у жінок, які вже народжували), зовнішній зів або точковий, або щілиноподібний (залежно від наявності пологів у анамнезі), слизові виділення незначні.

Перед проведенням маніпуляції пацієнтка повинна спорожнити сечовий міхур і, по-можливості, пряму кишку.

Обладнання: Стерильні: піхвове дзеркало Симса (а) і підіймач Отта (с) або двостулкове дзеркало Куско (б), 2 корнцанга, ватні кульки, пелюшка, гумові рукавички;



а)



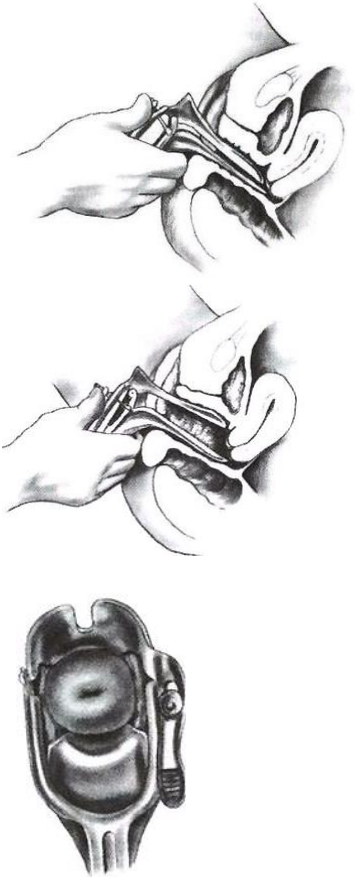
с)



інші: гінекологічне крісло, індивідуальна пелюшка, антисептичний засіб у флаконі.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується гінекологічний фантом.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Огляд за допомогою гінекологічних дзеркал»**

Етапи виконання	Послідовність дії
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: піхвові дзеркала, 2 корнцанга, гумові рукавички, ватні кульки в достатній кількості. 3. Окремо приготуйте антисептичний засіб. 4. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на гінекологічне крісло.
2. Підготовка та положення пацієнтки до Дослідження 	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 3. Допоможіть їй лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах. 4. Обробіть антисептичним розчином зовнішні статеві органи пацієнтки за допомогою ватної кульки, затиснутої на корнцангу, у послідовності, яка вказана в алгоритмі "Туалет зовнішніх статевих органів".
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички. 3. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте між ніг жінки.
4. Проведення дослідження А)Огляд за допомогою дзеркала Куско 	1. Візьміть дзеркало Куско у праву руку і складіть його у замкненому виді. 2. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи у нижній третині. 3. Обережно уведіть дзеркало Куско у піхву до половини, розміщуючи зімкнуті стулки паралельно статевій щілині. 4. У піхві поверніть дзеркало на 90° кремальєркою донизу і введіть до впирання, спрямовуючи його до заднього склепіння. 5. Обережно розкрийте дзеркало, натискаючи на замок кремальєри, виведіть шийку матки так, щоб вона розташовувалася між стулками дзеркала. 6. При необхідності дзеркало зафіксуйте за допомогою гвинта. 7. Огляньте шийку матки. 8. Замок послабте так, щоб стулки дзеркала вільно рухалися, але не стискали шийку матки. 9. Огляньте стінки піхви, виводячи дзеркало, попередньо стуливши стулки до напівзімкнутого стану. 10. Покладіть дзеркало у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 11. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 12. Допоможіть пацієнтці підвестися і запропонуйте вдягтися. 13. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

ПРИМІТКА. Якщо шийка матки вкрита слизом і це мішає її огляду, слиз зніміть ватною кулькою, затиснутою на корнцангу	
Б)Огляд за допомогою дзеркала Симса і підіймача Отта.	1. Правою рукою візьміть ложкоподібне дзеркало Симса. 2. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи у нижній третині. 3. Уведіть дзеркало в піхву до половини, розміщуючи його косо до статевої щілини . 4. У піхві поверніть дзеркало рукояткою донизу і просуньте до впирання. 5. Дзеркалом обережно натисніть на задню стінку піхви, розширюючи вхід. 6. Паралельно задньому дзеркалу введіть переднє дзеркало – плоский підіймач Отта і підніміть ним передню стінку піхви. 7. Виведіть шийку матки так, щоб вона розташовувалась між дзеркалами.  8. Огляньте шийку матки. 9. Огляньте піхву, виводячи дзеркала в зворотній послідовності: спочатку виведіть підіймач, оглянувши передню стінку піхви. 10. Покладіть підіймач у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 11. Потім виведіть заднє дзеркало, оглядаючи задню стінку піхви. 12. Покладіть дзеркало у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 13. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 14. Допоможіть пацієнтці підвестися і запропонуйте вдягтися. 15. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
5. Оформлення документації.	Дані занесіть у відповідну медичну документацію
6. Дезінфекція обладнання	Протезинфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Проведення піхвового дослідження»

Мета: визначення стану внутрішніх статевих органів у жінок, які живуть статевим життям, шляхом пальпації.

Показання:

- діагностика вагітності та гінекологічних захворювань;
- онкопрофогляд;
- перед проведенням гінекологічних лікувально-діагностичних маніпуляцій;
- контрольний огляд після лікування, абортів, пологів, гінекологічної операції тощо.

Піхвове дослідження — обов'язковий метод гінекологічного обстеження, який проводять усім жінкам, що живуть статевим життям. Піхвове дослідження складається із одноручного та дворучного обстеження і проводиться після огляду за допомогою піхвових дзеркалах і взяття мазків.

Одноручне піхвове дослідження проводять двома пальцями правої руки, уведеними до піхви з метою визначення:

1. Стану піхви: ширина, складчастість та здатність розтягуватися, її об'єм, наявність патологічних процесів (пухлин, рубців, звуження), ступінь вологості.
2. Розмірів, форми, консистенції піхвової частини шийки матки, наявності рубців, прохідності зовнішнього зів каналу шийки матки для пальця (закритий, відкритий, форма кругла або щілоподібна), розташування шийки матки відносно провідної вісі малого таза та його площин (у нормі шийка матки знаходиться на провідній лінії таза, зовнішній зів на рівні інтерспінальної лінії).
3. Стану склепіння піхви – порівнюють глибину усіх його частин (задня частина склепіння є найглибшою, бокові частини – симетричні).
4. Стану промежини і м'язів тазового дна (гіпотрофія, розслаблення, розриви тощо).

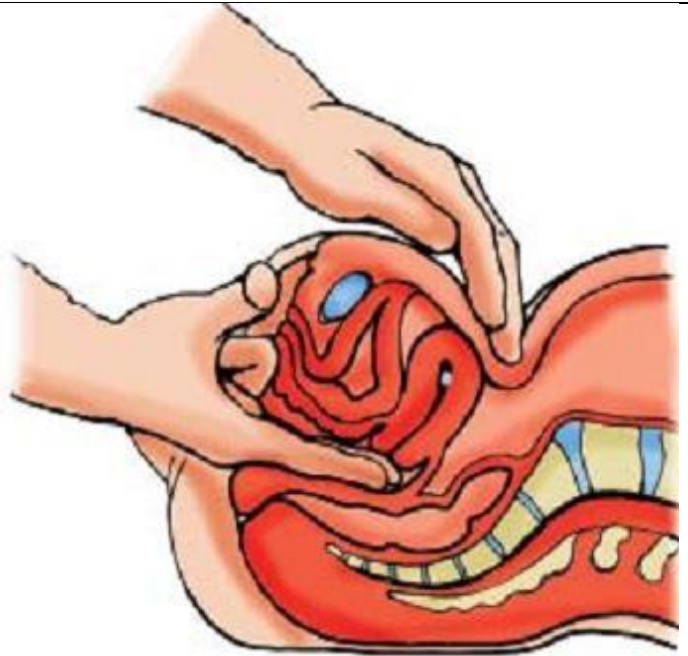
Потім приступають до дворучного піхвового дослідження, яке є продовженням одноручного і проводиться двома руками, "внутрішня" рука залишається у піхві, а друга - "зовнішня" рука розташовується на передній черевній стінці. Під час бімануального дослідження визначають:

1. Стан матки: положення (типове, нетипове, зміщене по горизонтальній чи вертикальній вісі), кут нахилу, перегин тощо; форму (нормальна - грушоподібна, куляста, неправильна); розмір (нормальний, зменшений, збільшений); консистенцію (щільно-еластична, розм'якшена, ущільнена); чутливість (болісність, безболісність під час дослідження; рухомість (рухома, обмежено рухома, нерухома).
2. Стан придатків матки (незмінні придатки під час пальпації не визначаються, якщо ж вони пальпуються, необхідно визначити їх форму, величину, рухомість і чутливість).
3. Стан тазової клітковини (виявляється тільки за наявності в ній інфільтратів).
4. Стан кісток та очеревини малого таза.

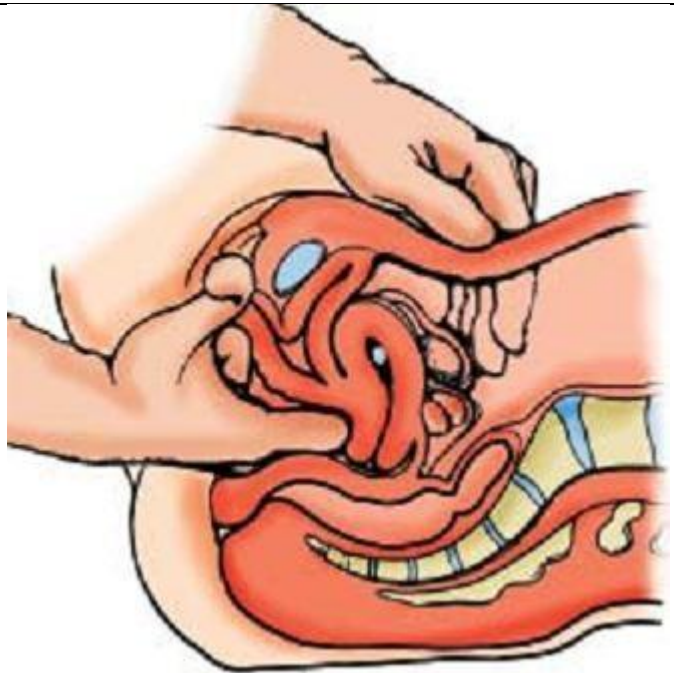
При обстеженні вагітної з метою взяття на облік, вимірюють діагональну кон'югату.

Про наявність вагітності в ранні терміни свідчать слідуючи ознаки, отримані під час бімануального дослідження:

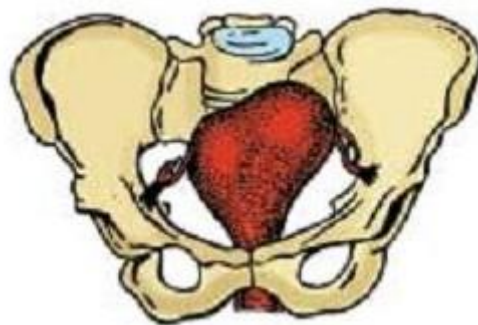
1. Збільшення розмірів матки, яке вже помітне на 5-6 тижні вагітності. Матка спочатку збільшується у передньозадньому розмірі, стає кулеподібною. В кінці II місяця вагітна матка збільшується до розмірів гусячого яйця, в кінці III місяця – знаходиться на рівні симфізу або трохи вище його.

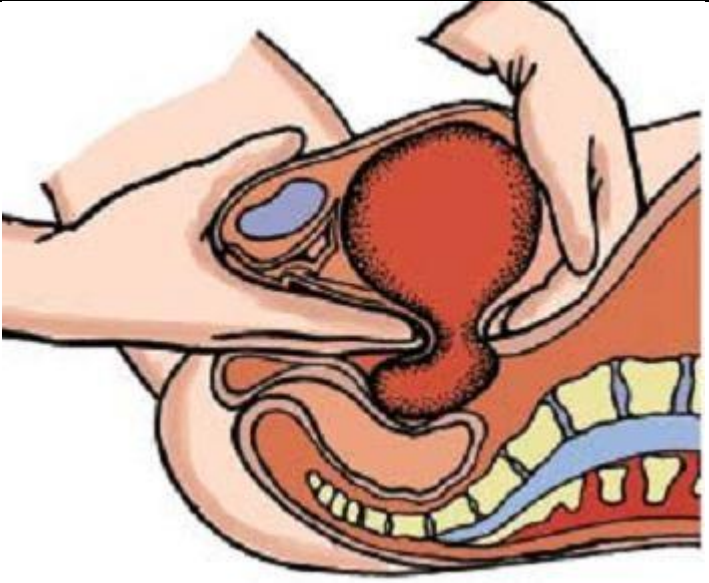
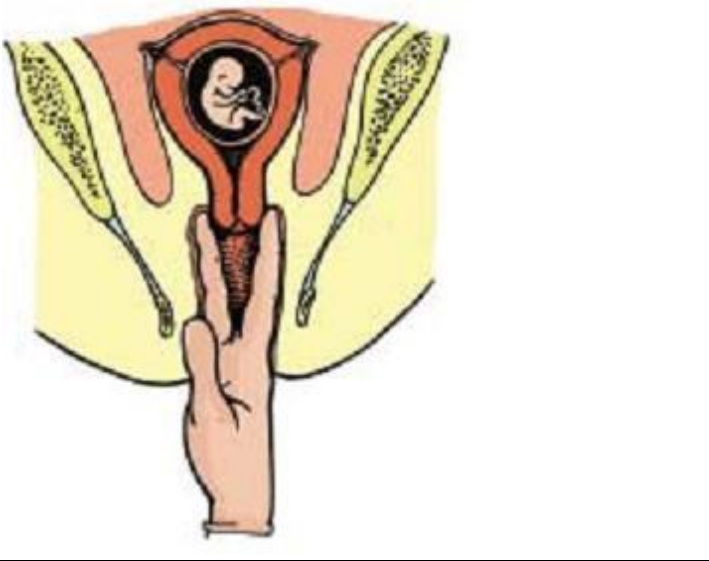
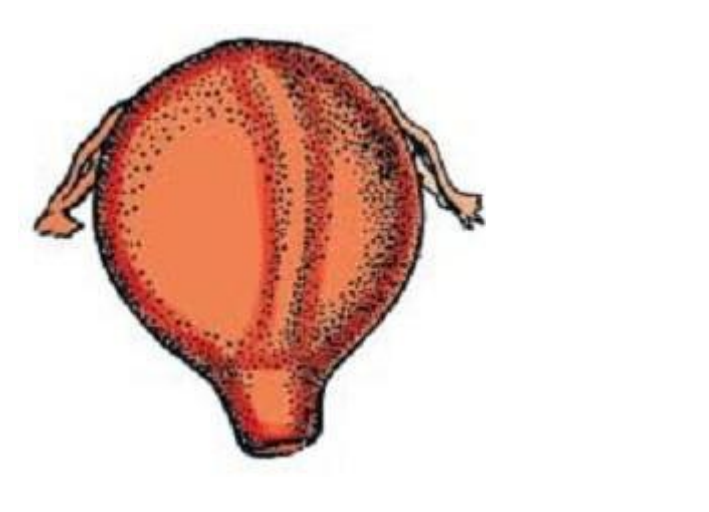


2. Ознака Снегірьова – розм'якшена вагітна матка під час дворучного дослідження під впливом механічного подразнення ущільнюється і зменшується в розмірі.



3. Ознака Піскачека – визначається асиметрія матки внаслідок куполоподібного випинання одного з її кутів де відбулася імплантація плідного яйця.



4. Симптом Горвіца-Гегара – при дворучному дослідженні пальці обох рук зустрічаються в ділянці перешийка майже без опору, внаслідок його розм'якшення	
5. Ознака Губарева – Гауса - підвищується рухливість шийки матки внаслідок значного розм'якшення ділянки перешийка.	
6. Ознака Гентера – внаслідок розм'якшення перешийка виникає перегин матки допереду, а інколи визначається гребенеподібне потовщення на передній поверхні матки по середній лінії.	

Перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та, по-можливості, пряму кишку.

Обладнання: Стерильні: гумові рукавички, корнцанг, ватні кульки;

Інші: гінекологічне крісло, індивідуальна пелюшка, антисептичний засіб у флаконі.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом або скелетований таз, м'який муляж матки з придатками.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Проведення піхвового дослідження»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: корнцанг, гумові рукавички, ватні кульки в достатній кількості. 3. Окремо приготуйте антисептичний засіб. 4. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на гінекологічне крісло.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 3. Допоможіть їй лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах. 4. Обробіть антисептичним розчином зовнішні статеві органи за допомогою ватної кульки, затиснутої на корнцангу, у послідовності, яка вказана в алгоритмі "Туалет зовнішніх статевих органів".
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички 3. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте між ніг жінки.
4. Проведення дослідження	1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи. 2. Праву руку складіть у вигляді руки акушера таким чином, щоб вказівний і середній пальці були витягнуті і складені разом, мізинець і безіменний пальці притиснуті до долоні, великий спрямований догори. 3. Середній і вказівний пальці правої руки введіть у нижню третину піхву по задній стінці, з'ясувавши ширину отвору піхви. 4. Промацайте великі залози присінку піхви між великим та вказівним пальцями. 5. Визначте стан промежини та м'язів тазового дна шляхом надавлювання на них з боку піхви. 6. Поступово введіть вказівний та середній пальці повністю в піхву, досліджуючи стан піхви. 7. Обстежте склепіння піхви. 8. Дослідіть піхвову частину шийки матки. 9. Перемістіть пальці у переднє склепіння піхви і обережно відтисніть шийку матки назад (донизу). 10. Долоню лівої руки покладіть в надлобкову ділянку і обережно натисніть на передню черевну стінку у напрямку до порожнини малого тазу, назустріч пальцям "внутрішньої" руки.





ПРИМІТКА: Якщо матка розташована в положенні anteversio-anteflexio, вона буде знаходитися між пальцями обох рук.



Якщо тіло матки відхилено назад, то пальці внутрішньої руки розміщують не в передній, а в задній частині склепіння, а пальці зовнішньої руки занурюють глибоко у напрямку до крижів.



- 11.
12. Зближуючи пальці обох рук, пропальпуйте між ними тіло матки, визначивши її стан.
13. Пальці "внутрішньої" руки переведіть у бокову частину склепіння піхви, пальці "зовнішньої" руки - у відповідну пахвинну ділянку.
14. Узгоджено поступово переміщуючи обидві руки від кутів матки до бокових стінок таза, дослідіть придатки, стан тазової клітковини з цієї сторони.
15. Аналогічно обстежте придатки та тазову клітковину з іншого боку.
16. Дослідіть стан кісток та очеревини малого таза.
17. Витягніть пальці з піхви.
18. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу.
19. Допоможіть пацієнтці підвестися і запропонуйте вдягтися.
20. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

5. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Взяття матеріалу з піхви для визначення ступеню чистоти піхви»**

Мета: визначити стан вагінальної мікрофлори.

Показання:

- запальні процеси жіночих статевих органів;
- перед проведенням діагностичних маніпуляцій;
- перед проведенням гінекологічних операцій.

Даний метод належить до бактеріоскопічного дослідження вагінального вмісту, матеріал для дослідження беруть із задньої частини склепіння піхви, де збирається секрет різного характеру.

Даючи оцінку мазка, лаборант визначає кількість епітеліальних клітин, лейкоцитів, характер мікрофлори (нормальна флора – палички Додерлейна, патогенна флора – грамнегативні палички, коки, гриби, трихомонади, гонококи).

Відповідно до характеру мазка розрізняють чотири ступені чистоти піхви. Перший спостерігається тільки у дівчаток та жінок, які не живуть статевим життям, другий — у здорових жінок, які живуть статевим життям, третій та четвертий ступені чистоти свідчать про наявність запального процесу в організмі та потребують подальшого обстеження.

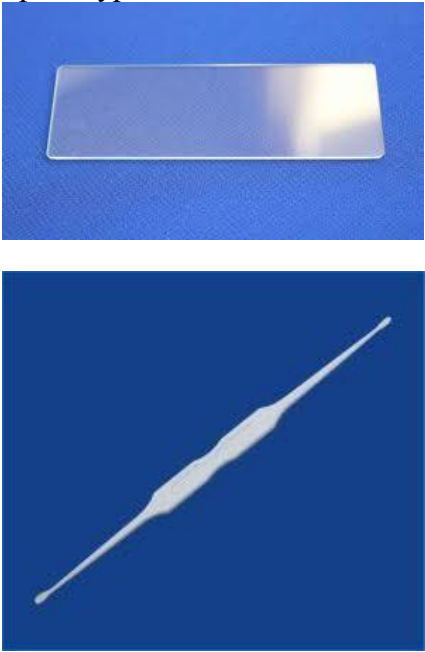
Обов'язково слід попередити жінку, щоб вона напередодні маніпуляції не мала статевих зносин, лікувальних процедур, пов'язаних з уведенням фармакологічних засобів у піхву, не спринцювалася, але (при можливості) перед проведенням маніпуляції необхідно спорожнити сечовий міхур, пряму кишку і провести туалет зовнішніх статевих органів.

Обладнання: Стерильні: двостулкове дзеркало Куско, ложечка Фолькмана або гінекологічний пінцет, або шпатель, або жолобкуватий зонд, гумові рукавички, пелюшка;

Інші: гінекологічне крісло, індивідуальна пелюшка пацієнтки, чисте знежирене предметне скло, склогограф, бланк направлення до лабораторії.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується гінекологічний фантом.

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Взяття матеріалу з піхви для визначення ступеню чистоти піхви»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до виконання процедури 	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: піхве двостулкове дзеркало Куско, ложечку Фолькмана або один із інструментів, вказаний в —Обладнанні, гумові рукавички. 3. На ниркоподібний лоток покладіть предметне скло з написаним склогографом номером. 2. 4. Запропонуйте пацієнтці застелити на гінекологічне крісло індивідуальну пелюшку.

2. Підготовка пацієнтки до проведення процедури 	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. З'ясуйте, чи не було статевих зносин або спринцювання напередодні. 3. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 4. Допоможіть пацієнтці лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежать на ноготримачах.
3. Підготовка медичного персоналу до виконання процедури	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички. 3. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте біля ніг жінки.
4. Взяття матеріалу ПРИМІТКА: Використані інструменти та матеріал кладіть у ємкість для відпрацьованого матеріалу.	1. Уведіть дзеркало Куско до піхви, розкрийте його. 2. Оголіть шийку матки, щоб піхвова частина її знаходилась між стулками дзеркала. 3. Зафіксуйте дзеркало за допомогою гвинта замка. 4. Ложечкою Фолькмана або одним із інструментів, перерахованих в —Обладнанні в — візьміть вміст із задньої частини склепіння піхви. 5. Нанесіть вміст тонким шаром на предметне скло і покладіть його у лоток для висихання. 6. За допомогою гвинта замок послабте так, щоб стулки дзеркала вільно рухалися і не стискали шийку матки. 7. Вийміть дзеркало з піхви, попередньо стуливши стулки. 8. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 9. Допоможіть жінці підвестися з крісла і запропонуйте вдягтися. 10. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
5. Організація відправлення матеріалу в лабораторію	6. Оформіть направлення, де вкажіть: паспортні дані пацієнтки, попередній діагноз, дату взяття мазка, назву відділення, мету дослідження, прізвище лікаря, номер відповідно номеру на склі. 7. Разом із склом відправте у лабораторію. Зробіть відмітку у відповідному медичному документі.
6. Дезінфекція обладнання	Продезинфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Взяття матеріалу для онкоцитологічного дослідження»

Мета: виявлення атипових клітин, які з'являються у жінок із патологічними процесами шийки матки ще до появи видимих змін слизової оболонки шийки матки, що дозволяє діагностувати злоякісне переродження у дуже ранніх стадіях і вчасно провести лікування.

Показання:

- онкопрофогляд;
- фонові захворювання та передракові стани статевих органів;
- перед проведенням діагностичних маніпуляцій;
- перед проведенням гінекологічних операцій.

Обов'язково слід попередити жінку, щоб вона напередодні маніпуляції, за можливості, не мала статевих зносин, лікувальних процедур, пов'язаних з введенням фармакологічних засобів у піхву, не спринцювалася, але перед проведенням маніпуляції звільнила сечовий міхур, пряму кишку та провела туалет зовнішніх статевих органів.

Обладнання: Стерильні: двостулкове дзеркало Куско, щіточки цервікобраш (пряма та



зігнута під кутом 90°) або шпатель Ейра, корнцанг, ватні кульки, гумові рукавички, пелюшка;

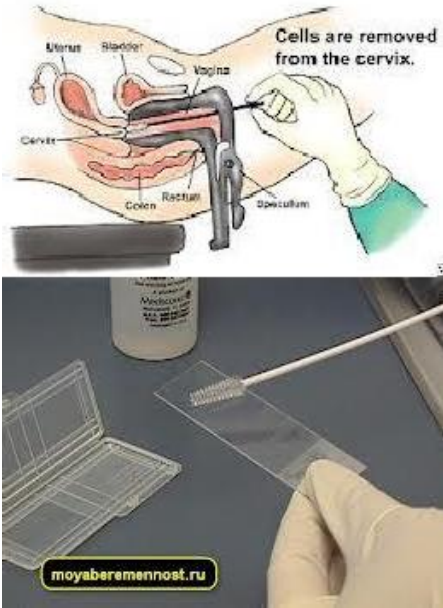


Інші: гінекологічне крісло, індивідуальна пелюшка пацієнтки, ниркоподібний лоток, 2 сухих, чистих, знежирених предметних скла, склограф, бланк направлення до лабораторії, суміш Нікіфорова (70% розчин етилового спирту з ефіром для наркозу у рівних частинах).

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується гінекологічний фантом.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Взяття матеріалу для онкоцитологічного дослідження»

Еталон виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до проведення дослідження.	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: піхве двостулкове дзеркало Куско, щіточки цервікобраш пряму та зігнуту під кутом 90° або шпатель Ейра, корнцанг, ватні кульки у достатній кількості, гумові рукавички. 3. На ниркоподібний лоток покладіть 2 сухих, чистих, знежирених предметних скла з написаними склографом номерами.

	4. Запропонуйте пацієнці застелити на гінекологічне крісло індивідуальну пелюшку.
2. Підготовка пацієнтки до проведення дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте жінці роздягнутися до пояса знизу 3. Допоможіть лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежать на ноготримачах.
3. Підготовка медичного персоналу до виконання дослідження	1. Здійснить гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички. 3. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте біля ніг жінки.
4. Взяття матеріалу (відповідно до наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004р.) 	14. Введіть дзеркало Куско до піхви, розкрийте його 15. Оголіть шийку матки так, щоб піхвова частина її знаходилась між стулками дзеркала. 16. Зафіксуйте дзеркало за допомогою гвинта замка 17. Обережно ватною кулькою, затиснутою у корнцангу, зніміть залишки слизу з шийки матки. 18. Введіть пряму щіточку цервікобраш у канал шийки матки на 1 см 19. Шляхом обертання щіточки на 360° (наприклад, за годинниковою стрілкою) отримайте матеріал. 20. Нанесіть матеріал тонким шаром на одне предметне скло, обертаючи щіточку у протилежному напрямку (проти годинникової стрілки) уздовж скла. 21. Покладіть предметне скло на ниркоподібний лоток. 22. Прикладіть щіточку цервікобраш, зігнуту під кутом 90°, до поверхні вагінальної частини шийки матки. 23. Шляхом обертання щіточки на 360° (наприклад, за годинниковою стрілкою) отримайте матеріал. 24. Нанесіть матеріал на друге скло штриховим рухом, повертаючи щіточку боковою поверхнею до предметного скла. 25. Покладіть предметне скло на ниркоподібний лоток. 26. За допомогою гвинта замка послабте так, щоб стулки дзеркала вільно рухалися і не стискали шийку матки. 27. Вийміть дзеркало з піхви, попередньо стуливши стулки. 28. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 29. Допоможіть жінці підвестися з крісла і запропонуйте вдягтися. 30. Здійснить гігієнічну антисептику рук.
5. Організація відправлення матеріалу в лабораторію ПРИМІТКА: Термін відправки мазка у лабораторію не більше 15 діб.	1. Зафіксуйте мазки сумішшю Нікіфорова протягом 30 хвилин. 2. Оформіть направлення, де вкажіть: паспортні дані пацієнтки, попередній діагноз, дату взяття мазка, назву відділення, мету дослідження, місце взяття мазка, прізвище лікаря, номер відповідно номерам на склі. 3. Разом із склом відправте в цитологічну лабораторію. 4. Зробіть відмітку у відповідному медичному документі.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Взяття матеріалу з піхви для кольпоцитодіагностики»

Мета: визначити гормональний статус жінки (естрогенну насиченість організму)

Показання:

- порушення менструального циклу;
- безпліддя;
- контроль за результатами гормонотерапії;
- невиношування вагітності;
- переношена вагітність.

Кольпоцитограмма – один із методів функціональної діагностики. Гормональна інтерпретація проводиться на основі оцінки клітинних елементів у мазку і кількісного їх співвідношення.

Матеріалом для кольпоцитограми є виділення з піхви. Для їх вилучення можна застосовувати різні інструменти: піпетку з грушею, шприц Брауна, ложечку Фолькмана, шпатель, браншу пінцета. У разі використання піпетки та шприца Брауна зайвими є дзеркала, це дозволяє брати матеріал навіть у дівчаток.

Для виявлення тих чи інших змін менструального циклу користуються серійними мазками, взятими на 7,14,21-й дні циклу, що відповідає дням активності гормонів яєчника.

Обов'язково слід попередити жінку, щоб вона напередодні маніпуляції не мала статевих зносин, лікувальних процедур, пов'язаних з введенням фармакологічних засобів у піхву, не спринцювалася, але перед проведенням маніпуляції необхідно спорожнити сечовий міхур, пряму кишку і провести туалет зовнішніх статевих органів.

Обладнання: Стерильні: двостулкове дзеркало Куско, ложечка Фолькмана або шпатель, гумові рукавички, пелюшка;

Інші: гінекологічне крісло, індивідуальна пелюшка пацієнтки, сухе, чисте, знежирене предметне скло, склограф, бланк направлення до лабораторії.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується гінекологічний фантом.

Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Взяття матеріалу з піхви для кольпоцитодіагностики»

Етапи виконання	Послідовність дії
1. Підготовка всього необхідного до виконання процедури.	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: піхве двостулкове дзеркало Куско, ложечку Фолькмана або шпатель, гумові рукавички. 3. На ниркоподібний лоток покладіть предметне скло з написаним склографом номером. 4. Запропонуйте пацієнтці застелити на гінекологічне крісло індивідуальну пелюшку
2. Підготовка пацієнтки до проведення процедури	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. З'ясуйте, чи не було статевих зносин або спринцювання напередодні. 3. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 4. Допоможіть лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежать на ноготримачах.

3. Підготовка медичного персоналу до виконання процедури	1. Здійснить гігієнічну антисептику рук. 2. Надягнуть стерильні гумові рукавички. 3. Підійдуть до гінекологічного крісла і стануть біля ніг жінки.
4. Взяття матеріалу 	1. Уведіть дзеркало Куско до піхви, розкрийте його. 2. Оголіть шийку матки, щоб піхвова частина її знаходилась між стулками дзеркала. 3. Зафіксуйте дзеркало за допомогою гвинта замка. 4. Ложечкою Фолькмана або шпателем обережно візьміть матеріал методом зіскрібка із межі передньої та бічної частини склепіння піхви. 5. Нанесіть матеріал тонким шаром на предметне скло і покладіть його у лоток для висихання. 6. За допомогою гвинта замок послабте так, щоб стулки дзеркала вільно рухалися і не стискали шийку матки. 7. Вийміть дзеркало з піхви, попередньо стуливши стулки. 8. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 9. Допоможіть жінці підвестися з крісла і запропонуйте вдягтися. 10. Здійснить гігієнічну антисептику рук.
5. Організація відправлення матеріалу в лабораторію	1. Оформіть направлення, де вкажіть: паспортні дані пацієнтки, попередній діагноз, дату взяття мазка, <u>день менструального циклу пацієнтки</u>, назву відділення, мету дослідження, прізвище лікаря, номер відповідно номеру на склі. 2. Разом із склом відправте у лабораторію. 3. Зробіть відмітку у відповідному медичному документі.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Обстеження молочних залоз».**

Обстеження молочних залоз проводиться з метою оцінки функціонального стану молочних залоз та виявлення патологічних відхилень і входить до обов'язкового переліку досліджень під час профогляду. У вагітної визначають форму сосків з метою проведення підготовки молочних залоз до годування дитини та профілактики виникнення тріщин та маститу у породіллі.

Огляд і пальпація молочних залоз проводиться у кількох положеннях самої пацієнтки та її рук:

1. Стоячи
 - А) рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
 - Б) рука з обстежуваного боку закинута за голову;
 - В) рука з обстежуваного боку спрямована у бік (кисть руки знаходиться на поясі).
2. Лежачи на кушетці, підклавши під плечі валик із рушника, рука з обстежуваного боку закинута за голову.

3. Сидячи на кушетці, руки на поясі.

При огляді молочних залоз звертають увагу на:

- втягнення або випинання ділянки шкіри;
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру одної з молочних залоз;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри молочної залози;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень із соска.

Для пальпації молочної залози використовують один із трьох методів: зверху донизу (здійснюючи рухи поступово зверху донизу та знизу доверху починаючи з одного боку), радиарний (клиноподібний – пальпація молочної залози по квадрантам) або коловий (починаючи з периферії молочної залози за годинниковою стрілкою пальпувати у напрямку до соска). Під час пальпації необхідно дотримуватися таких правил: обстежити всю ділянку молочної залози, використовуючи для цього різний тиск на тканини (поверхнева, середньої сили та глибока пальпація); обстежити ділянку грудного кружальця та соска (види сосків: нормальний, плоский, випуклий) обстежити лімфатичні вузли (пахвові, надключичні та підключичні).

Якщо під час дослідження виявлена патологія пацієнтку спрямовують на додаткове обстеження.

Примітка. Важливо навчити жінку самостійно обстежувати молочні залози.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, валик із рушника чи простирадла.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується м'який муляж молочних залоз.

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Обстеження молочних залоз»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки до проведення дослідження. ПРИМІТКА. Пацієнтка на початку дослідження стоїть, потім лежить та сидить на кушетці	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Попросіть роздягнутися зверху до пояса.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук 2. Підійдіть до пацієнтки і станьте обличчям до її обличчя.
4. Проведення дослідження.	1. Огляньте молочні залози пацієнтки,



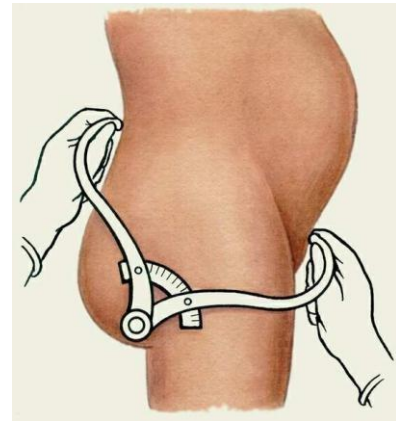
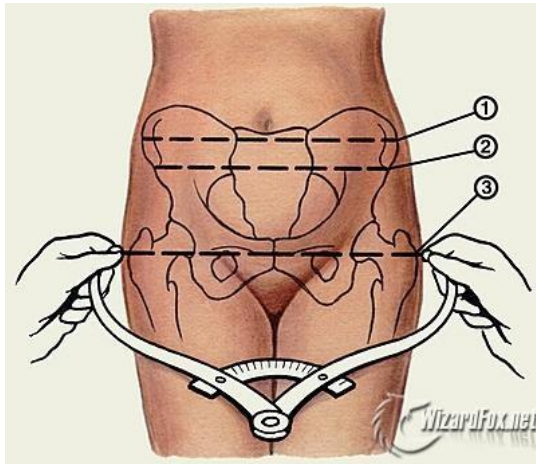
	запропонувати їй в положенні стоячи спочатку опустити руки уздовж тулуба, потім підняти руки вгору за голову і нарешті поставити їх на пояс. 2. Одночасно з оглядом проводьте пальпацію таким чином: пучками трьох середніх пальців однієї або обох рук пропальпуйте обраним для себе методом всю поверхню обох молочних залоз, спочатку кожен окремо, потім обидві одночасно, використовуючи тиск різної сили на симетричні ділянки. 3. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину. 4. Підкладіть під плечі валик із рушника, одну руку пацієнтки заведіть за голову. 5. Проведіть обстеження молочної залози з того боку де піднята рука. 6. Допоможіть пацієнтці завести за голову другу руку. 7. Проведіть обстеження молочної залози з іншого боку. 8. Обстежте обидві молочні залози одночасно в порівнянні. 9. Пропальпуйте ділянку пахвових лімфатичних вузлів. 10. Легко стискаючи соски між вказівним і великим пальцями, перевірте, чи немає виділень. 11. Допоможіть пацієнтці сісти на кушетку (або стілець). 12. Станьте позаду пацієнтки, поклавши руки на плечі, пучками пальців пропальпуйте ділянки надключичних та підключичних лімфатичних вузлів. 13. Закінчивши дослідження, запропонуйте пацієнтці вдягтися. 14. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
5. Оформлення документації	1. Зробіть висновок про стан молочних залоз та потребу в подальшому їх обстеженні. 2. Зробіть відмітку у відповідному медичному документі.
3. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання зовнішніх розмірів таза»

Мета: Оцінити розміри таза пацієнтки і скласти план ведення вагітності або пологів.

Дослідження таза проводять шляхом огляду та вимірювання. Розміри та форма таза жінки мають важливе значення для перебігу та результату пологів. Відхилення у будові таза, особливо зменшення його розмірів, утруднюють перебіг пологів, а інколи звужений таз стає неодоленною перешкодою для народження плода.

Більшість внутрішніх розмірів малого таза недоступне для вимірювання. Тому вимірюють зовнішні розміри і за ними судять про розміри та форму малого таза. У всіх без винятку вагітних і роділь вимірюють чотири розміри таза: три поперечних (*Distantia spinarum*, *Distantia cristarum*, *Distantia trochanterica*) та один прямий (*Conjugata externa*).



Тазовимірювання проводять за допомогою спеціального інструменту – тазоміра. Тазомір має форму циркуля, постаченого шкалою, на якій нанесені сантиметрові та напівсантиметрові ділення. На кінцях гілок тазоміра мають гудзики.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, тазомір.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Вимірювання зовнішніх розмірів таза»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	Запропонуйте жінці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Вагітна підходить до кушетки з правої сторони, сідає на кушетку, повертаючись обличчям до її нижнього кінця, опирається на неї обома руками, розташовуючи їх трохи позаду себе, далі вона кладе на кушетку спочатку ліву ногу, а потім праву. Під час опускання тулуба вагітної на кушетку притримуйте її під плечима.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину. 3. Попросіть оголити живіт і поперекову ділянку, ноги звести разом і простягнути, руки покласти на груди.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки тазомір. 3. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.

4. Проведення дослідження

Distantia spinarum – відстань між передньоверхніми остями клубових кісток в нормі дорівнює 25-26 см



1. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була обернута догори, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, і розведіть гілки.

2. Вказівними або середніми пальцями обох рук промацайте передньоверхні ості клубових кісток і притисніть до них гудзики тазоміра.

3. Подивіться на шкалу, визначте Distantia spinarum і запам'ятайте шукану величину.

Distantia cristarum – відстань між найвіддаленішими точками гребнів клубових кісток в нормі дорівнює 28-29см

ПРИМІТКА: Найбільша відстань визначається таким чином: при переміщенні гудзика тазоміра по гребнях клубових кісток спочатку спостерігається збільшення розміру, потім після проходження максимальної величини розмір починає зменшуватися, поверніться назад знову до найбільшого розміру і визначте показники відстані.



4. Після вимірювання Distantia spinarum гудзики тазоміру пересувайте з остей по зовнішньому краю гребнів клубових кісток до тих пір, поки за шкалою не визначите найбільшу відстань.

Це Distantia cristarum.

Запам'ятайте її.

Distantia trochanterica – відстань між великими вертлюгами стегнових кісток в нормі дорівнює 30-31 см

5. Вказівними або середніми пальцями обох рук промацайте найбільш випнуті точки великих вертлюгів стегнових кісток і притисніть до них гудзики тазоміра.

6. Якщо промацуванню вказаних пунктів заважає сильно виражена підшкірна основа, запропонуйте пацієнтці декілька раз повернути стопи обох ніг назовні та до середини.



7. Одночасно з рухами, які здійснює пацієнтка, вказівними або середніми пальцями обох рук визначте великі вертлюги і притисніть до них гудзики тазоміра.
8. Подивіться на шкалу, визначте Distantia trochanterica і запам'ятайте її.

Confugata externa – зовнішня кон'югата – кон'югата Боделока – відстань між верхньозовнішнім краєм лобкового симфізу та надкрижовою ямкою в нормі становить 20-21 см

ПРИМІТКА: Надкрижова ямка – це заглибина під остистим відростком У поперекового хребця і є початком середнього крижового хребця (вона збігається з верхнім кутом попереково-крижового ромба Міхаеліса).

Якщо промацати надкрижову ямку важко або неможливо, визначте її таким чином: умовно з'єднайте бокові кути ромба Міхаеліса прямим відрізком, визначте його центр і відступіть від нього вгору на 2 поперечних пальці (3-4 см). Це місце відповідає надкрижовій ямці.



9. Допоможіть пацієнтці лягти на лівий бік (спиною до Вас) і запропонуйте ліву руку підкласти під голову.
10. Попросіть її зігнути нижню (ліву) ногу у кульшовому та колінному суглобі, а верхню (праву) випростати.
11. Вказівним або середнім пальцем правої руки пропальпуйте середину верхньо-зовнішнього краю симфізу і встановіть на ньому гудзик тазоміра.
12. Вказівним або середнім пальцем лівої руки пропальпуйте надкрижову ямку і притисніть до неї другий гудзик тазоміра.
13. Подивіться на шкалу, визначте зовнішню кон'югату і запам'ятайте.
14. Допоможіть пацієнтці піднятися, якщо далі не буде проводитися інше дослідження.
15. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.

5. Оформлення документації

Дані занесіть у медичну документацію

6. Дезінфекція обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Визначення індексу Соловйова»

Мета: Визначити індекс Соловйова і в комплексі з іншими розмірами визначити величину таза та скласти план ведення вагітності або пологів.

При оцінюванні величини таза за його зовнішніми розмірами важко враховувати товщину кісток. Між тим це має велике значення, тому що чим товщі кістки, тим менше розмір порожнини малого таза, навіть при нормальних зовнішніх розмірах великого таза.

Для судження про товщину кісток таза вимірюється сантиметровою стрічкою обвід променево-зап'ясткового суглобу вагітної. Середня величини обводу дорівнює 14 - 16 см. Якщо він більше, то кістки таза (симфізу та крижів) масивні і розміри його порожнини менше, ніж можна було сподіватися по даним вимірювання розмірів великого таза.

Враховуючи індивідуальну товщину кісток таза можна підраховувати справжню акушерську кон'югату за даними зовнішньої кон'югати. Для цього використовується індекс Соловйова – це величина, яка залежить від обводу променево-зап'ясткового суглобу:

Величина обводу променево-зап'ясткового суглобу	Величина індексу Соловйова для обчислення справжньої кон'югати за розмірами зовнішньої кон'югати
До 14см включно	8
Від 14 см до 16 см	9
Більше 16	10

Обладнання: Сантиметрова стрічка, кушетка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується фантом руки.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Визначення індексу Соловйова»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку 2. Запропонуйте пацієнтці сісти на кушетку або стілець у зручне положення і опертися рукою на стіл ліктем. 3. Попросіть пацієнтку оголити ділянку променево-зап'ясткового суглобу.
2. Підготовка медичного персоналу до дослідження.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки сантиметрову стрічку. 3. Станьте біля пацієнтки з якогось боку обличчям до обличчя жінки.
3. Проведення дослідження	1. Трохи розгорніть сантиметрову стрічку так, щоб початок її знаходився в лівій руці, а продовження в правій. 2. Обведіть руку пацієнтки сантиметровою стрічкою на рівні променево-зап'ясткового суглобу (нижче шилоподібних відростків променевої та ліктьової кісток передпліччя), щільно притиснувши її до руки пацієнтки. 3. Зіставте частини сантиметрової стрічки так, щоб вони перехрестилися. 4. Уберіть ліву руку, а правою тримайте сантиметрову стрічку. 5. Подивіться на шкалу сантиметрової стрічки і визначте цифру, яка збіглася з нульовою



	відміткою. 6. Запам'ятайте її. 7. Звільніть руку пацієнтки від сантиметрової стрічки. 8. Запропонуйте пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження. 9. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 10. Визначте індекс Соловйова, враховуючі дані вище наведеної таблиці.
4. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання діагональної кон'югати»

Мета: Виміряти діагональну кон'югату і обчислити за нею справжню акушерську кон'югату.

Діагональна кон'югата – це відстань між нижньо-зовнішнім краєм симфізу та найбільш виступаючої точкою мису крижів.

Цей розмір обов'язково вимірюється у всіх без винятку вагітних і роділь під час проведення внутрішнього акушерського дослідження.

У нормі діагональна кон'югата в середньому становить 12,5 – 13см. Якщо діагональна кон'югата менша ніж 12,5 – 13см, це вказує на звуження таза.

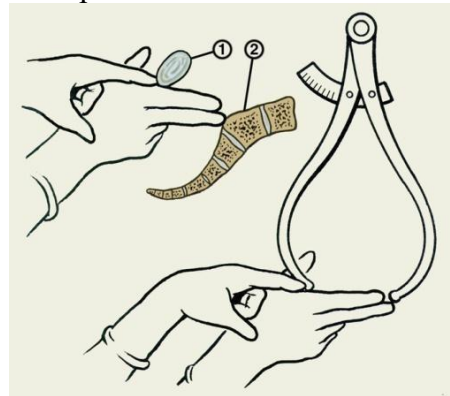
Якщо кінцем середнього пальця (рука чоловіка) мис не досягається, то розмір малого таза вважається нормальним.

Обладнання: Гінекологічне крісло, стерильні: гумові рукавички, корнцанг, ватні кульки; тазомір або сантиметрова стрічка, індивідуальна пелюшка, антисептичні засоби.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Вимірювання діагональної кон'югати»

Етапи виконання	Послідовність дії
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на гінекологічне крісло. 2. Приготуйте тазомір або сантиметрову стрічку, розгорнувши її на краю стола таким чином, щоб нульова відмітка співпала із краєм стола. 3. Окремо приготуйте антисептичні засоби: 0,5% розчин калію перманганату або розчин фурациліну 1:5000.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 3. Допоможіть їй лягти на гінекологічне крісло на спину так, щоб її таз був на краю крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах. 4. Обробіть антисептичним розчином зовнішні статеві органи за допомогою ватної кульки, затиснутої на корнцангу, у послідовності, яка вказана в алгоритмі "Туалет зовнішніх статевих органів".
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички 3. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте між ніг жінки.
4. Проведення дослідження	1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи. 2. Праву руку складіть у вигляді руки акушера таким чином, щоб вказівний і середній пальці були витягнуті і складені разом, мізинець і безіменний пальці притиснуті до долоні, великий спрямований догори. 3. Великий і вказівний пальці правої руки введіть у піхву по задній стінці. 4. Спрямуйте внутрішні пальці по напрямку до мису, намагаючись досягнути його середнім пальцем. 5. Якщо мис досягли, вказівний палець лівої руки притисніть до місця стикання правої руки із нижнім краєм симфізу. 6. Не віднімаючи вказівного пальця лівої руки від



ПРИМІТКА: Розмір діагональної кон'югати

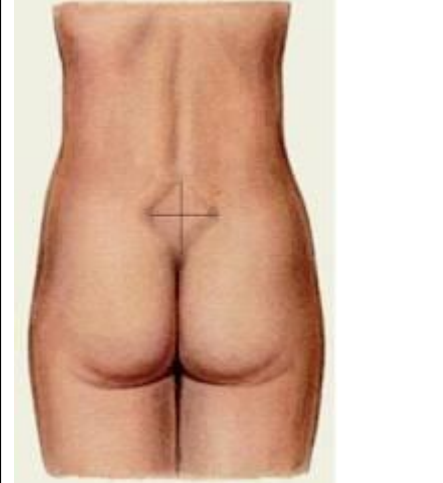
можна виміряти тазоміром за допомогою асистента. При цьому асистент прикладає гудзики тазоміра до кінця середнього пальця правої руки та місця, відміченого вказівним пальцем лівої руки дослідника, і за шкалою визначає шукану величину.	відміченого місця, витягніть з піхви пальці правої руки. 7. Руки піднесіть до фіксованої сантиметрової стрічки. 8. Кінець середнього пальця правої руки зіставте з нульовою відміткою сантиметрової стрічки. 9. Визначте цифру, напроти якої опинилася точка, відмічена вказівним пальцем лівої руки - це і є величина діагональної кон'югати. 10. Запам'ятайте її. 11. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 12. Допоможіть пацієнтці підвестися і запропонуйте вдягтися. 13. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
5. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички

«Визначення форми та розмірів ромба Міхаеліса»

Мета: Оцінити форму і розміри ромба Міхаеліса і в комплексі з іншими розмірами визначити форму та розміри таза та скласти план ведення вагітності або пологів.

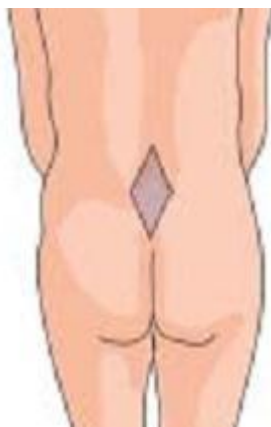
Якщо при вимірюванні основних розмірів таза виникла підозра щодо його звуження, визначають додаткові розміри, до яких відноситься і розмір ромба Міхаеліса.

	Ромб Міхаеліса (крижово-поперековий ромб) представляє собою площадку на задній поверхні крижів, яка зверху і ззовні обмежена виступами великих спинних м'язів, знизу і ззовні – виступами сідничних м'язів. Верхній кут ромба відповідає надкрижовій ямці, бокові кути відповідають задньоверхнім остям клубових кісток, нижній кут – це верхівка крижів (крижово-куприкове зчленування)
---	---

Вимірюють ромб Міхаеліса тазоміром або сантиметровою стрічкою, визначаючи довжину вертикальної та горизонтальної діагоналей, які відповідно дорівнюють 11 та 10 см, висота верхнього трикутника – 4,5-5 см.

У жінок з нормальним тазом ромб добре видний при огляді, має правильну форму, яка наближується до квадрата. При неправильній тілобудові і формі таза ромб виражений недостатньо чітко і форма і розміри його змінюються.

Форма та розміри ромба Міхаеліса при різних аномаліях таза :



при загальнорівномірному звуженому тазі ромб витягнутий у довжину, верхній і нижній кути гострі, бічні – тупі;



при плоскорихтичному тазі – верхня половина менша від нижньої, а при різкій деформації кісток таза ділянка ромбу має форму трикутника, верхівка якого обернута донизу;



При поперечно звуженому тазі



при косозміщеному тазі – контури ромба неправильні (криві).

Обладнання: Тазомір або сантиметрова стрічка.



Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Визначення форми та розмірів ромба Міхаеліса»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці оголити поперекову ділянку.
2. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки тазомір або сантиметрову стрічку. 3. Станьте, краще сядьте, позаду від жінки.
3. Проведення дослідження (Вимірювання за допомогою тазоміра)	1. Візуально оцініть форму ромба Міхаеліса. 2. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була обернута догори, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, розведіть гілки.



3. Вказівним або середнім пальцем одної руки промацайте або візуально визначте верхній кут ромба Міхаеліса (надкрижову ямку) і притисніть до нього гудзик тазоміру.
4. Візуально визначте нижній кут ромба Міхаеліса (місце відходження сідничних м'язів) і притисніть до нього другий гудзик тазоміру.
5. Подивіться на шкалу тазоміру і запам'ятайте розмір вертикальної діагоналі.
6. Візуально визначте боковий кут ромба Міхаеліса з одного боку тіла жінки і притисніть до нього гудзик тазоміру.
7. Візуально визначте другий боковий кут ромба Міхаеліса і притисніть до нього інший гудзик тазоміру.
8. Подивіться на шкалу тазоміру і запам'ятайте розмір горизонтальної діагоналі.
9. Якщо далі не проводиться інше дослідження, запропонуйте жінці вдягнутися.
10. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.

4. Вимірювання за допомогою сантиметрової стрічки



1. Візьміть сантиметрову стрічку і трохи розгорніть її так, щоб початок її знаходився в лівій руці, а продовження в правій.
2. Утримуючи сантиметрову стрічку великим і вказівним пальцями лівої руки, вказівним або середнім пальцем пропальпуйте або візуально визначте верхній кут ромба Міхаеліса (надкрижову ямку) і притисніть до нього нульову позначку сантиметрової стрічки великим пальцем.
3. Візуально визначте нижній кут ромба Міхаеліса (початок сідничної складки) і великим пальцем правої руки притисніть до нього сантиметрову стрічку.
4. По місту стикання нігтьового краю дистальної фаланги великого пальця правої руки і сантиметрової стрічки визначте шукану величину і запам'ятайте її.
5. Візуально визначте боковий кут ромба Міхаеліса з одного боку тіла жінки і, утримуючи сантиметрову стрічку великим і вказівним пальцями лівої руки, притисніть до нього нульову позначку сантиметрової стрічки великим пальцем.
6. Візуально визначте другий боковий кут ромба Міхаеліса і, утримуючи сантиметрову стрічку великим і вказівним пальцями правої руки, притисніть до нього сантиметрову стрічку.
7. По місту стикання нігтьового краю

	дистальної фаланги великого пальця правої руки і сантиметрової стрічки визначте шукану величину і запам'ятайте її. 8. Якщо далі не проводиться інше дослідження, запропонуйте жінці вдягнутися. 9. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
5. Оформлення документації	1. Порівняйте отримані дані з нормою і зробіть відповідні висновки. 2. Дані занесіть у відповідну медичну документацію
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичного вміння
«Визначення справжньої (акушерської) кон'югати»**

Мета: Визначити розмір справжньої (акушерської) кон'югати і в комплексі з іншими розмірами з'ясувати величину таза та скласти план ведення вагітності або пологів.

Справжня або акушерська кон'югата – це відстань від крижового мису до точки, що найбільше видається на внутрішній поверхні лобкового симфізу. У нормальному тазі цей розмір дорівнює 11 см. За даними розміру справжньої кон'югати встановлюється ступінь звуження таза.

Дані про розмір справжньої кон'югати можна отримати під час рентгенопельвіографії або ультразвукового дослідження, а також шляхом обчислення.

Техніка обчислення:		
За даними зовнішньої кон'югати.	Для цього необхідно від величини зовнішньої кон'югати відняти індекс Соловйова. Індекс Соловйова – це величина, яка залежить від обводу променево-зап'ясткового суглобу:	
	Величина обводу променево-зап'ясткового суглобу	Величина індексу Соловйова для обчислення справжньої кон'югати за розмірами зовнішньої кон'югати
	До 14см включно	8
	Від 14 см до 16 см	9
	Більше 16	10
За даними діагональної кон'югати	Для цього необхідно від величини діагональної кон'югати відняти відповідний індекс, який залежить від висоти лобкового симфізу.	
	Висота лобкового симфізу	Індекс для обчислення справжньої кон'югати за розмірами діагональної кон'югати
	4см	1,5
	Більше 4 см	2
За даними вимірювання ромбу Міхаеліса	Для цього вимірюють розмір вертикальної діагоналі ромбу Міхаеліса, який відповідає розміру справжньої кон'югати.	

Методичні рекомендації щодо виконання практичного вміння
«Збирання анамнезу у вагітної»

Мета: Опитати вагітну для з'ясування ряду діагностичних питань і в сукупності з даними об'єктивного обстеження встановити термін вагітності та скласти план ведення вагітності і пологів.

Під час опитування медичний працівник дізнається про багато деталей, що торкаються життя пацієнтки, починаючи з дитинства до періоду захворювання. Тому опитування вагітної відбувається за певним планом, а саме з'ясовують:

1. Паспортні дані.

2. Скарги - причини, які заставили жінку звернутися до медичного закладу.

3. Анамнез життя: розпитують про перенесені захворювання (в дитинстві і зрілому віці, наявність хронічних захворювань), з'ясовують спадковий та алергологічний анамнез, умови побуту і праці.

4. Акушерсько-гінекологічний анамнез.

Оскільки анамнез торкається інтимних сторін життя, а медичному працівнику необхідно отримати достатньо повну і точну інформацію, то обов'язково між пацієнткою та медичним персоналом повинна виникнути довіра на основі доброзичливого, уважного, делікатного відношення.

Зібрані дані анамнезу заносяться до відповідних розділів, граф індивідуальної карти вагітної та породіллі (обмінну карту), або в історію пологів.

Обладнання: Ручка, медична документація, стіл, стільці.

Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Збирання анамнезу»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка пацієнтки та всього необхідного до дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте їй зручно сісти на стілець поруч зі столом. 3. Підготуйте необхідну медичну документацію, ручку. 4. Сядьте на стілець за стіл.
2. Проведення опитування. ПРИМІТКИ: Вік вагітної має велике значення, тому що у дуже юних та першовагітних старшого віку нерідко виникають ускладнення перебігу вагітності та пологів.	1. Запитайте паспортні дані (прізвище, ім'я, по батькові, вік, сімейний стан, місце праці і професія, місце життя) та внесіть їх до відповідних граф.
Зазвичай вагітні звертаються з приводу затримки менструації і підозрі на вагітність, нерідко пред'являють скарги на збільшення частоти сечовипускання, нагрубання молочних залоз, зміну смаку, головокружіння, нудоту, блювання та інші розлади, які трапляються в ранні терміни вагітності. Інколи скаржаться на біль унизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів (симптоми ускладнення вагітності), відмічають розлади з боку серцево-судинної системи, нирок, органів дихання, травлення.	2. З'ясуйте скарги й внесіть дані до відповідного розділу медичної документації.
Перенесенні дитячі хвороби, інфекційні захворювання (часті ангіни, тонзиліт) можуть спричиняти відставання у фізичному і статевому розвитку, що	3. Розпитайте анамнез життя (розвиток та перенесені захворювання в дитинстві, а також у зрілому віці, хронічні хвороби (зокрема, гінекологічні), перенесені операції (зокрема, на

обтяжує перебіг вагітності. Перенесений в дитинстві рахіт, призводить до деформації кісток таза, що ускладнює перебіг пологів. Хронічні захворювання легень, нирок, печінки, серця, геніталій можуть загострюватися під час вагітності і ускладнювати її перебіг. Спадкові хвороби (психічні, хвороби крові, обміну речовин, вади розвитку тощо) передаються спадково. Шкідливі фактори на виробництві та побуті, алкоголізм, наркоманія, паління несприятливо впливають на розвиток плода.	органах таза), переливання крові, спадковість, алергічні реакції, шкідливі звички, умови праці та побут та внесіть дані до відповідного розділу.
Менструальна функція характеризує стан статевого апарату і всього організму жінки. Порушення менструальної функції є ознакою патологічних змін внутрішніх статевих органів, що може спричинити ускладнення перебігу вагітності і пологів. Патологічний перебіг попередніх вагітностей, пологів або післяпологових періодів (обтяжений акушерський анамнез), можуть дати підстави очікувати виникнення ускладнень даної вагітності, пологів.	4. Зберіть акушерсько-гінекологічний анамнез: <u>анамнез менструальної функції</u> (вік менархе – першої менструації, її перебіг, термін встановлення регулярного менструального циклу, тривалість циклу і менструації, об'єм крововтрати, наявність болю під час, до і після менструації, зміни у менструальному циклі після початку статевого життя, наявність міжменструальних кров'янистих виділень, дата першого дня останньої менструації); <u>акушерський анамнез – дітородна функція</u> (кількість вагітностей, результат кожної вагітності – пологи (термінові, передчасні), аборти (штучні, самовільні), позаматкова вагітність, особливості перебігу кожної вагітності (гестози, переносування, неправильні положення та передлежання, багатопліддя) та пологів, післяпологового (післяабортного) періоду, мертвонародження, рання дитяча смертність, вади розвитку, кількість живих дітей, їх маса при народженні, особливості розвитку. <u>анамнез секреторної функції</u> (наявність виділень із статевих шляхів, їх характер (слизові, кров'яністі, гнійні, водяністі), кількість, запах); <u>анамнез статевої функції</u> (вік початку статевого життя, який шлюб і його тривалість, проміжок часу від початку статевого життя (укладання шлюбу) до настання першої вагітності, застосування контрацептивів, тривалість, ефективність, стан здоров'я чоловіка (особливо захворювання, небезпечні в плані зараження вагітної і майбутньої дитини – гонорея, туберкульоз тощо); внесіть отримані дані до відповідних розділів медичної документації.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання розмірів живота (висоти стояння дна матки та обводу живота)»

Мета: визначити величину матки (а за нею термін вагітності), об'єм живота, розмір та гадану масу плода.

Вимірювання висоти стояння дна матки над лоном (ВСДМ) і обводу живота (ОЖ) відноситься до основних методів акушерського дослідження

Визначення висоти стояння дна матки над лоном стає доступним після 3 місяця вагітності і обумовлене необхідністю спостереження за внутрішньо - утробним розвитком плода.

В другій половині вагітності ВСДМ вимірюють за допомогою сантиметрової стрічки або тазоміра, враховуючи, що це відстань між верхньо-зовнішнім краєм симфізу та найбільш виступаючою точкою дна матки. Для вимірювання ОЖ використовують сантиметрову



стрічку.

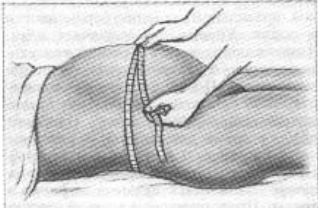
Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, сантиметрова стрічка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Вимірювання розмірів живота (висоти стояння дна матки та обводу живота)»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки (вагітної, роділлі) до дослідження ПРИМІТКА: Перед дослідженням пацієнтка повинна спорожнити сечовий міхур.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину. 3. Попросіть оголити живіт і поперекову ділянку, ноги звести разом і простягнути, руки покласти вздовж тулуба.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки сантиметрову стрічку. 3. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки.
4. Проведення дослідження А) Визначення висоти стояння дна матки над лоном.	1. Тримавши початок сантиметрової стрічки великим і вказівним пальцями правої руки, таким чином щоб шкала, за якою визначається шукана величина, була обернута догори, пропальпуйте вказівним пальцем середину верхньо-зовнішнього краю симфізу і притисніть до нього нульову відмітку. 2. Лівою рукою розгорніть сантиметрову стрічку так, щоб вона розмістилася по середній лінії живота. 3. Ребром долоні лівої руки відшукайте дно матки, обережно натискаючи на живіт, рухаючись по напрямку від симфізу до мечоподібного відростка. 4. Обережно натисніть лівою рукою на дно матки, цим притискаючи плід до входу у малий таз. 5. По ребру лівої долоні, що притискає сантиметрову стрічку визначте цифру, яка відповідає висоті стояння дна матки над лоном.



В) Вимірювання обводу живота   ПРИМІТКА. Слідкуйте, щоб сантиметрова стрічка не перекрутилася і знаходилася в обох руках догори однаковою шкалою.	6. Запам'ятайте її. 1. Візьміть сантиметрову стрічку в ліву руку таким чином, щоб шкала, за якою буде визначатися шукана величина була обернута донизу. 2. Попросіть жінку підняти таз, зігнувши ноги в колінних і кульшових суглобах і упершись стопами ніг у кушетку. 3. Лівою рукою подайте, а правою рукою перехопіть початок сантиметрової стрічки під жінкою. 4. Протягніть певну кількість сантиметрової стрічки, розмістивши її посередині поперекової ділянки. 5. Попросіть жінку опустити таз. 6. Правою рукою покладіть початок сантиметрової стрічки на живіт на рівні пупка. 7. Лівою рукою покладіть сантиметрову стрічку так, щоб частини стрічки перехрестилися. 8. Праву руку приберіть і, тримаючи сантиметрову стрічку лівою рукою так, щоб пальці не опинилися під сантиметровою стрічкою, подивіться на шкалу і визначте цифру, яка збіглася з нульовою відміткою сантиметрової стрічки. 9. Запам'ятайте її. 10. Попросіть жінку підняти таз, впершись стопами ніг у кушетку. 11. Виведіть сантиметрову стрічку з-під жінки. 12. Допоможіть пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження. 13. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
5. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Зовнішнє акушерське дослідження за допомогою прийомів Леопольда»

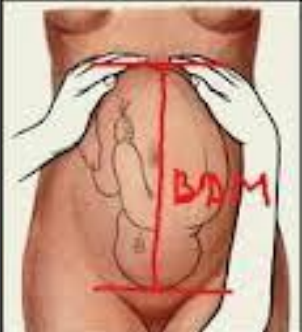
Мета: визначити частини плода, його величину, положення, позицію, передлежання, відношення передлеглої частини плода до площин малого тазу, відчуті рухи плода, а також отримати дані про кількість навколоплідних вод і стан матки.

Пальпація живота вагітної є основним методом зовнішнього акушерського дослідження, яка проводиться за певним планом, поступово застосовуючи чотири прийоми Леопольда.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, лялька.

Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Зовнішнє акушерське дослідження за допомогою прийомів Леопольда»

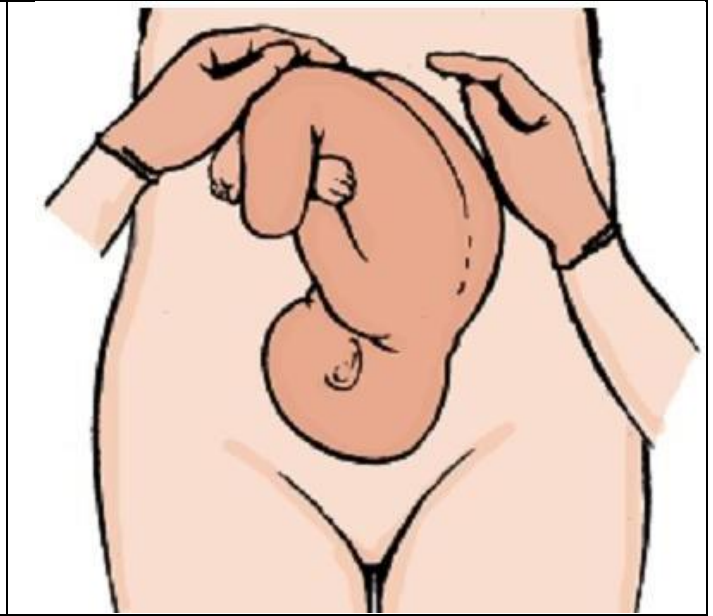
Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте жінці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки (вагітної, роділлі) до проведення дослідження ПРИМІТКА: Перед дослідженням пацієнтка повинна звільнити сечовий міхур.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину. 3. Попросіть оголити живіт, ноги трохи зігнути у кульшових та колінних суглобах, руки покласти вздовж тулуба.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.
4. Проведення дослідження. 	1. Долоні обох рук розташуйте на дні матки, охоплюючи його таким чином, щоб пальці рук зустрічалися, обережно натисніть і  на матки над 2. 3. Трохи розведіть руки і обережно пальпуючи, визначте частину плода, що розташована біля дна матки.

За допомогою I прийому Леопольда визначається висота стояння дна матки і частина плода у дна матки. За висотою стояння дна матки над лоном визначають термін вагітності.

У нормі частіше у дна матки розташовується тазовий кінець плода, який пальпується у вигляді великої м'якуватої частини, що не здатна до балотування і не має чітких меж.

ПРИМІТКА: Якщо термін вагітності невеликий і дно матки чітко не візуалізується, руки покладіть у надлобковій ділянці і обережно натискаючи ребрами долонь на передню черевну стінку, відшукайте дно матки і визначте рівень

стояння його над лоном.



За допомогою II прийому Леопольда визначається положення, позиція, вид позиції плода, а також тонус матки, її збудливість, товщина та розташування круглих зв'язок матки.

При повздовжньому положенні плода з одного боку визначається щільна, гладенька нерухома частина – спинка плода, з іншого – дрібні частини, які рухаються.



Якщо спинка плода розміщена зліва – це I позиція, справа – II позиція. Якщо спинка ближче до передньої стінки матки – це передній вид, якщо до задньої – це задній вид.

При поперечному або косому положенні плода у бічних відділах матки пальпуються дві великі частини плода.

За допомогою III прийому Леопольда визначають передлеглу частину плода.

1. Переведіть руки із дна матки на бічні поверхні живота на рівні пупка.

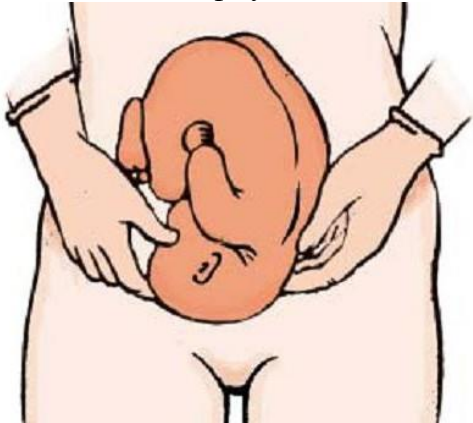


2. Ліву руку тримайте нерухомо на бічній поверхні живота, а правою рукою, ковзаючи по лівій бічній поверхні матки, промацайте обернуті туди частини плода.

3. Потім праву руку тримайте нерухомо, а лівою промацайте частини плода, обернуті до правої частини матки.

1. Праву руку покладіть трохи вище лобкового зчленування так, щоб великий палець знаходився на одній стороні, а 4 інших – на другій стороні нижнього сегменту матки.

2. Повільним і обережним рухом пальці занурте вглиб, охопіть передлеглу частину плода і визначте її характер.

	Голівка плода пальпується у вигляді щільної, круглої частини з чіткими контурами, здатної до балотування. Тазовий кінець визначається об'ємною, м'якуватою		
частиною без чітких контурів і нездатною до балотування. ПРИМІТКА: III прийом проводьте дуже обережно, тому що різкі дії можуть викликати болісні відчуття і рефлекторне напруження м'язів передньої черевної стінки		3. Короткими і легкими поштовхами спробуйте здвинути передлеглу частину справа наліво, і навпаки, визначаючи її здатність до балотування	
IV прийом Леопольда є доповненням продовженням III і дозволяє визначити відношення передлеглої частини до площин малого тазу, величину голівки, щільність її кісток. 		1. Поверніться обличчям до ніг пацієнтки. 2. Долоні обох рук покладіть на бічні поверхні нижнього сегменту матки так, щоб кінці пальців доходили до симфізу. 	
Якщо пальці рук вдалося підвести під передлеглу частину плода, роблять висновок, що вона високо над входом у малий таз, якщо ні – передлегла частина притиснута до входу у малий таз. IV прийомом найчастіше користуються під час пологів. Якщо кисті рук сходяться, голова великим сегментом в порожнині тазу. Якщо кисті розходяться, голова стоїть у вході малим сегментом. Якщо голова в порожнині вона не пальпується зовнішніми прийомами.		3. Кінчики витягнутих пальців обережно просуньте вглиб між передлеглою частиною плода і боковими відділами входу у малий таз. 4. Визначте відношення передлеглої частини до входу в малий таз. 5. Зробіть відповідні висновки відносно розташування плода в порожнині матки. 6. Допоможіть пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження. 7. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.	
4. Оформлення документації		Дані занесіть у відповідну медичну документацію	
5. Дезінфекція обладнання		Продезінфікуйте використане обладнання.	

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички „Вислуховування серцебиття плода”

Мета: динамічне спостереження за станом плода.

Аускультация серцебиття плода здійснюється за допомогою акушерського стетоскопу починаючи з другої половини вагітності при кожному відвідуванні вагітною жіночої консультації (ФАП).

В нормі серцебиття плода ясне, ритмічне, не співпадає з пульсом вагітної, частота становить 110-170 уд за хв.

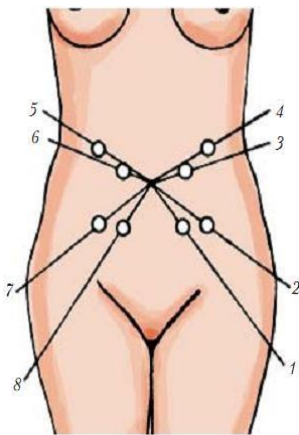
Частота скорочень менше ніж 110 та більше ніж 170 уд за хв, а також поява аритмії свідчить про дистрес плода.

Найкраще серцебиття плода вислуховується у тій стороні живота, куди обернута спинка плода (зліва або справа від пупка), та ближче до голівки (нижче пупка при головному передлежанні, або вище пупка – при тазовому передлежанні). При поперечному положенні плода його серцебиття вислуховується на рівні пупка справа або зліва відносно позиції (по голівці).

При багатоплідді серцебиття вислуховується зазвичай над двома віддаленими одна від одної точках.

При лицьовому передлежанні найкраще серцебиття вислуховується з боку грудної клітки плода.

Під час пологів, коли передлегла частина опускається у порожнину малого таза, серцебиття плода вислуховується над лобком майже по середній лінії живота.



1 – передній вид, перша позиція, головне передлежання; 2 – задній вид, перша позиція, головне передлежання; 3 – передній вид, перша позиція, тазове передлежання; 4 – задній вид, перша позиція, тазове передлежання; 5 – задній вид, друга позиція, тазове передлежання; 6 – передній вид, друга позиція, тазове передлежання; 7 – задній вид, перша позиція, головне передлежання; 8 – передній вид, друга позиція, головне передлежання

В наш час для вислуховування серцебиття плода поряд з акушерським стетоскопом використовують ультразвукові апарати (у тому числі і малогабаритні, переносні), які дозволяють реєструвати тони серця з 8 тижня вагітності



Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, акушерський стетоскоп, секундомір або годинник із секундною стрілкою, лоток.



Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, лялька.

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Вислуховування серцебиття плода»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку. 2. Акушерський стетоскоп покладіть на лоток і поставте його на кушетку. 3. Окремо приготуйте секундомір.
2. Підготовка та положення пацієнтки (вагітної, роділлі) до проведення дослідження ПРИМІТКА: Перед досліджен -ням пацієнтка повинна звільнити сечовий міхур.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину. 3. Попросіть оголити живіт, ноги трохи зігнути у кульшових та колінних суглобах, руки покласти на груди або вздовж тулуба.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.
4. Проведення дослідження. 	1. За допомогою II та III прийомів Леопольда визначте положення, позицію, вид позиції та передлежання плода для з'ясування розташування плода в порожнині матки. 2. У праву руку візьміть стетоскоп, у ліву руку секундомір. 3. Поставте стетоскоп кінцем з більш широким отвором перпендикулярно до передньої черевної стінки у місце ймовірного вислуховування серцебиття плода. 4. До іншого кінця щільно притисніть вушну раковину і, пересуваючи стетоскоп по животу, знайдіть місце найбільш чіткого вислуховування серцебиття плода. 5. Визначте ясність, ритмічність серцевих тонів плода та підрахуйте частоту серцевих скорочень на протязі 1 хвилини, використовуючи секундомір або годинник із секундною стрілкою . 6. Порівняйте отримані дані з нормою. 7. Допоможіть пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження. 8. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
4. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

ПРИМІТКА: В момент вислуховування стетоскоп рукою не тримати.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Проведення піхвового дослідження в пологах»

У першому періоді пологів внутрішнє акушерське дослідження проводиться кожні 4 години.

Мета: спостереження за динамікою пологового процесу, діагностика відхилень від нормального перебігу пологів для своєчасного лікування виявленої патології. двічі.

Перше внутрішнє акушерське дослідження обов'язково проводиться одразу після вступу роділлі у стаціонар для з'ясування акушерської ситуації (після огляду зовнішніх статевих органів, промежини та огляду шийки матки та піхви за допомогою гінекологічних дзеркал, взяття вмісту піхви для обстеження на мікрофлору – у разі цілого плідного міхура):

- Визначається стан пологових шляхів (стан м'язів тазового дна – пружні, в'ялі; піхви – широка, вузька, наявність рубців, перегородок; особливості будови кісток малого тазу – чи немає деформацій, екзостозів, вимірюють діагональну кон'югату;

- З'ясовується стан шийки матки (форма, довжина - збережена, вкорочена, згладжена, положення - центрована, відхилена до заднього склепіння піхви), ступінь відкриття маткового зіву, стан його країв (товсті, тонкі, м'які або ригідні), наявність в межах зіву ділянки плацентарної тканини, петлі пуповини, дрібної частини плода;

- Встановлюється наявність плодового міхура, при цілому - ступінь його наливання під час перейми і паузи – надмірно напружений (при багатоводді), в'ялий (слабкість пологової діяльності), плоский;

- Визначається передлегла частина плода та розпізнавальні пункти на ній: при головному передлежанні – шви та тім'ячка (за ними визначають позицію, вид), вставлення голівки (синклітичне або асинклітичне), вид передлежання (згинальне, розгинальне); при тазовому передлежанні визначається сідниці(крижі, задній прохід; статеві органи плода), ніжки; при неправильному положенні передлегла частина не визначається;

- З'ясовується розміщення передлеглої частини плода відносно площин малого тазу (над входом у малий таз, притиснута до входу у малий таз, голівка - малим сегментом або великим сегментом в порожнині малого тазу, у виході з малого тазу;

- Звертається увага на характер виділень із статевих шляхів (води, кров, гнійні виділення).

Показання для додаткового внутрішнього акушерського обстеження:

- Спонтанний розрив плодових оболонок;
- Патологічна частота серцебиття плода (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину);
- Підозра на неправильне передлежання/вставлення голівки плода;
- Затримка прогресу пологів;
- Кровотечі (огляд в умовах операційної).

Результати обстеження заносяться до партограми та в історію пологів.

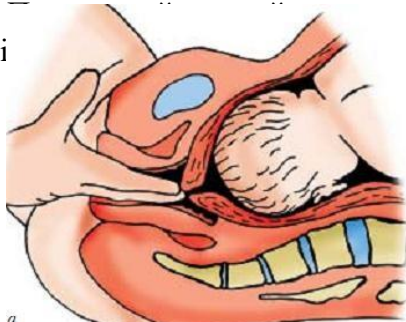
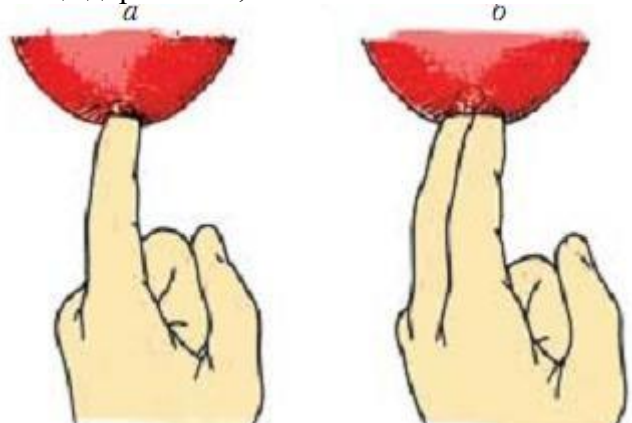
Обладнання: стерильні: корнцанг, гумові рукавички, ватні кульки, 2 пелюшки,

Інші: гінекологічне крісло, антисептичні засоби.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Проведення піхвового дослідження в пологах»

Етапи виконання	Послідовність дії
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть її на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: корнцанг, ватні кульки у достатній кількості, гумові рукавички. 3. На гінекологічне крісло застеліть другу стерильну

	пелюшку. 4. Окремо приготуйте антисептичні засоби.
7. Підготовка пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Перед проведенням процедури жінка повинна спорожнити сечовий міхур	4. Психологічно підготуйте пацієнтку. 5. Допоможіть їй лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах. 6. Обробіть антисептичними розчинами зовнішні статеві органи роділлі у відповідності до алгоритму —Проведення підготовки роділлі до акушерських втручань".
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження	1. Здійснить гігієнічну антисептику рук. 2. Надягнуть стерильні гумові рукавички 3. Підійдуть до гінекологічного крісла і стануть між ніг жінки.
4. Проведення дослідження 	1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи. 2. Праву руку складіть у вигляді руки акушера таким чином, щоб вказівний і середній пальці були витягнуті і складені разом, мізинець і безіменний пальці притиснутий до долоні, великий спрямований догори. 3. Вказівний і середній пальці правої руки введіть у нижню третину піхву по задній стінці, з'ясувавши ширину отвору піхви. 4. Визначте стан промежини та м'язів тазового дна шляхом надавлювання на них з боку піхви. 5. Поступово введіть вказівний та середній пальці повністю в піхву, досліджуючи стан піхви. 6. — , визначивши ступінь її "зрі  7. ^a 8. Обережно введіть пальці у зів і визначте стан його країв, ступінь відкриття, шляхом введення одного або двох пальців, враховуючи що товщина одного поперечного пальця дорівнює 1,5 – 2 см. 

	З'ясуйте наявність плідного міхура, визначте його стан. Обережно обстежте передлеглу частину, визначте її розташування в малому тазі.  а Обмацайте внутрішню поверхню тазового дна, стінки малого таза. Спрямуйте внутрішні пальці догори, намагаючись досягнути мису середнім пальцем. Якщо мис досягли, визначте діагональну кон'югату. Витягніть пальці з піхви. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. Допоможіть пацієнтці підвестися з гінекологічного крісла. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Визначення тривалості перейм і пауз за методом Вінкеля»**

Мета: Визначити силу та тривалість скорочень матки під час перейм та ступінь розслаблення матки під час пауз для з'ясування характеру пологової діяльності.

Інтенсивність перейм визначається шляхом пальпації по ступеню ущільнення і напруження матки.

На початку I періоду пологів тривалість перейм становить – 10-15 секунд, пауз – 10-15 хвилин, на протязі пологів тривалість перейм збільшується, а пауз – скорочується і на кінець I періоду тривалість перейм і пауз відповідно становить – 60-80 секунд та 2-3 хвилини.

Для кращого вивчення скорочувальної діяльності матки застосовується гістерографія.

Обладнання: Передпологове ліжко, секундомір або годинник з секундною стрілкою.

Для демонстрації методики проведення практичної навички використовується акушерський фантом.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Визначення тривалості перейм і пауз за методом Вінкеля»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	Приготуйте секундомір або годинник із секундною стрілкою
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження	1. Запропонуйте роділлі лягти у ліжко у зручному для неї положення . 2. Психологічно підготуйте пацієнтку.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Сядьте на стілець біля ліжка роділлі.
4. Проведення дослідження 	1. У ліву руку візьміть секундомір. 2. Покладіть долоню правої руки на передню стінку матки в ділянці її дна. 3. Дочекайтеся початку перейми і включіть секундомір. 4. По закінченню перейми зупиніть секундомір, відмітивши тривалість перейми. 5. Виведіть секундомір на "0" і включіть його знову для визначення тривалості паузи.  6. З початком другої перейми, зупиніть секундомір.  7. Визначте тривалість паузи, виведіть секундомір на "0" і включіть його для визначення тривалості другої перейми. 8. Таким чином дочекайтеся трьох перейм. 9. Зробіть висновки про характер пологової

ПРИМІТКА: У жінок з ожирінням для більш точного визначення початку перейми можна враховувати їх суб'єктивні відчуття.

	діяльності. 10. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
5. Оформлення документації.	Отримані дані занесіть в історію пологів.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Підготовка інструментального пересувного столика, пологового ліжка,
акушерки та роділлі до приймання пологів»**

Мета: Підготувати все необхідне для прийняття пологів.

В сучасних умовах для надання акушерської допомоги в пологових стаціонарах передбачається організація різних за призначенням та оснащенням приміщень: індивідуальні пологові палати, сімейні пологові палати, індивідуальні пологові зали, палати для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів.

Оснащення кожного окремо взятого приміщення для родорозрішення обумовлене наказом МОЗ України від 22.05.2007р. № 234 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняної інфекції в акушерських стаціонарах».

Обладнання індивідуального пологового зала для ведення ускладнених пологів: функціональне ліжко або ліжко-трансформер для прийому пологів, сповивальний столик з підігрівом, монорефлекторна мобільна лампа, інструментальний пересувний столик (візок), тонометр, акушерський стетоскоп, настінний термометр, а також засоби для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок).

На 3-4 індивідуальних пологових зали мають 2 ларингоскопи з мішком Амбу, 2 одноразових вакуум-екстрактора, по 2 набори для проведення епізіотомії та накладання швів, акушерських щипців та спеціальне високотехнологічне медичне обладнання.

На сповивальному столику знаходяться: завчасно підігріті сухі стерильні або чисті випрасувані домашні пелюшки, шапочка, шкарпетки, повзуни, сорочечка.; продезінфікована сантиметрова стрічка, стерильний одноразовий затискач – клема, електронний термометр, індивідуальна туба з 0,5% еритроміциновою або 1% тетрацикліновою маззю, лоткові ваги.

Для прийняття пологів заздалегідь готується індивідуальний стерильний комплект для пологів, який стерилізується у біксі або стерильному матер'яному пакеті і знаходиться з дотриманням правил асептики у кімнаті для зберігання стерильного матеріалу.

Склад індивідуального стерильного комплекту для пологів: простираadlo, 2 халати (для лікаря та акушерки), бахіли, сорочка, косинка (використовується роділлемо за умов відсутності домашнього одягу), пелюшки (3-4 штуки), ватні кульки, пупочки (загорнуті в окремі пелюшки або паперові пакети), ватно-марлеві тампони (2-3), цератова браслетка, стерильні гумові рукавички – 4 пари.

В окремих біксах зберігаються стерильні гумові груші, набори інструментів для пологів (широке післяпологове пластинчатое дзеркало, плоский підіймач Отта, вікончаті затискачі (2), голкотримач, хірургічні голки, ножиці тупокінцеві (2 – прямі і зігнуті), затискачі Кохера (3) пінцети анатомічні (2 – один з них довгий) та хірургічні (2), корнцанг (2), катетер (для матері).

В інших біксах зберігаються набори інструментів для акушерських операцій (для накладання акушерських щипців, проведення епізіотомії, вакуум-екстракції плода тощо).

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Підготовка інструментального пересувного столика, пологового ліжка, акушерки та
роділлі до приймання пологів»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка інструментального акушерського пересувного столика ПРИМІТКА: Попередньо оброблений дезрозчином пересувний інструментальний столик знаходиться і готується в кімнаті для зберігання стерильного матеріалу, на момент прийняття пологів переміщується на необхідне місце. Під час приймання пологів акушерка	1. Здійснить гігієнічне миття рук. 2. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса або стерильного матер'яного пакета стерильне простираadlo, складене в 4 шари і накрийте ним столик. 3. Верхній шар простираadла відверніть. 4. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса або стерильного пакета і покладіть на столик вміст індивідуального стерильного комплекту для пологів 5. Стерильним пінцетом із стерилізатора або бікса

відкриває столик, піднімаючи верхній шар простирадла за допомогою затискачів.	дістаньте відповідні інструменти і розкладіть їх на столику у зручному порядку. 6. Накрийте все зверху верхнім шаром простирадла.
2. Підготовка пологового ліжка	1. Розгорніть матрац, обшитий медичною клейонкою. 2. Застеліть ліжко відповідним чином, використовуючи чисту домашню постільну білизну роділлі (за її відсутності стерильною білизною). 3. Зверху покладіть одноразову стерильну пелюшку, що не промокає.
3. Підготовка акушерки ПРИМІТКА: Акушерка готується для прийняття пологів не пізніше "врізування" голівки плода.	1. Здійсніть гігієнічне миття рук. 2. Надягніть на чистий робочий одяг продезінфікований гумовий фартух, чистий халат, окуляри (щиток), маску, шапочку. 3. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 4. Одягніть стерильні гумові рукавички.
4. Підготовка роділлі ПРИМІТКА: З моменту госпіталізації роділлі одягнута в чистий домашній одяг (за відсутності в лікарняну білизну)	1. Забезпечте можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички

«Демонстрація біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання»

Мета: знати біомеханізм пологів для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

Біомеханізм пологів – це сукупність згинальних, поступальних, обертальних та розгинальних рухів плода, які він здійснює при проходженні пологовыми шляхами.

Біомеханізм пологів характеризується такими поняттями:

- **Провідна (ведуча) точка** – це точка на передлеглій частині плода, яка першою входить в малий таз, йде попереду під час внутрішнього повороту і першою з'являється із статевої щілини.

- **Точка фіксації** – це точка, якою передлегла частина плода упирається в нижній край симфізу, верхівку крижів, щоб зігнутися або розігнутися.

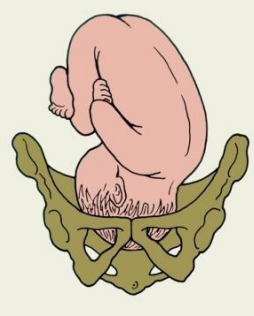
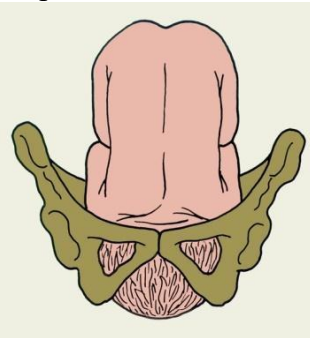
- **Момент біомеханізму пологів** – це найбільш виражений або переважаючий рух, який здійснює передлегла частина плода при проходженні через пологовий канал, вставляючись в різні площини малого таза.

Нормальним, типовим біомеханізмом пологів називають біомеханізм при згинальному типі членорозміщення, при якому голівка та кінцівки плода зігнуті та притиснуті до тулуба. При цьому потилиця опускається і розміщується над входом у малий таз. Таке передлежання називається потиличним.

Найбільш часто плід народжується у передньому виді потиличного передлежання, коли спинка плода повернута до передньої стінки матки.

Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Демонстрація біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. <u>Демонстрація I моменту: Згинання голівки плода</u>  - відбувається завдяки правилу двоплечого важеля; голівка згинається до свого малого косого розміру - 9,5см; - стріловидний шов в поперечному або злегка косому розмірі входу у малий таз; - провідна точка – мале тім'ячко;	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, зігніть її голівку і встановіть стріловидний шов в поперечному (або злегка косому) розмірі входу малого таза так, щоб мале тім'ячко було найнижчою точкою голівки у вході в малий таз. 3. Вкажіть позицію та вид за положенням стріловидного шва і потилиці ляльки.
2. <u>Демонстрація II моменту: Внутрішній поворот голівки плода</u>  - поворот починає на межі широкої вузької частини малого таза і закінчується тазовому дні, при цьому голівка гвинтоподібно рухаючись проходить своїм найменшим розміром по найбільшим розмірам таза;	1. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого таза, так щоб її провідна точка опинилася на межі широкої і вузької частини порожнини малого таза. 2. Поступово гвинтоподібно просуваючи голівку ляльки в порожнині малого таза, доможіться, щоб її стрілоподібний шов опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза, мале тім'ячко знаходилося біля симфізу.

- стріловидний шов із косого розміру порожнини малого таза стає в прямий розмір виходу з малого таза, голівка потилицею повертається до симфізу.

3. Демонстрація III моменту: Розгинання голівки



- скорочення матки та черевного преса виганяють плід по напрямку до верхівки куприка. Сильно зігнута голівка досягає виходу з таза, де м'язи тазового dna здійснюють опір просуванню голівки в даному напрямку і сприяють відхиленню її до переду, до статевої щілини.

- утворюється точка фіксації – підпотилична ямка упирається в нижній край симфізу і навколо цієї точки відбувається розгинання голівки плода, яке відбувається під час "врізування" та "прорізування" її. Далі голівка повністю народжується, прорізуючись через вульву обводом 32 см, який відповідає малому косому розміру;
- голівка має доліхоцефалічну форму і родову пухлину у ділянці малого тім'ячка.

4. Демонстрація IV моменту: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки

- під час розгинання голівки плода плічка своїм біакроміальним розміром вставляються у поперечний або один із косих розмірів площини входу в малий таза, протилежно тому, як вставлявся стрілоподібний шов голівки плода;
- при переході із широкої частини

1. Підведіть підпотиличну ямку під нижній край симфізу і утворіть точку фіксації.
2. Розігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на її народження.

1. Поверніть ляльку так, щоб її плічка стали в прямий розмір виходу з малого таза, голівка при цьому повернеться самостійно.
2. Зауважте, що голівка повертається потилицею до внутрішньої поверхні стегна роділлі відповідно позиції.
3. Продемонструйте народження плічок плода, утворивши точку фіксації між переднім плечем (місце прикріплення дельтоподібного м'яза) та нижнім краєм симфізу скелетованого

порожнини малого таза в вузьку плічка, гвинтоподібно просуваючись, переходять в косий розмір порожнини, а на тазовому дні – в прямий розмір виходу із малого таза;

- внутрішній поворот плічок через шию передається голівці, яка повертається потилицею до стегна матері, відповідно позиції;

- переднє плічко прорізується до верхньої третини (місце прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки) і впирається у нижній край симфізу, утворюється друга точка фіксації, навколо якої відбувається згинання тулуба плода в шийно-грудному відділі відповідно з направленням родового каналу; при цьому над промежиною народжується заднє плічко, а потім повністю звільняється переднє плічко;

- інша частина тулуба народжується без особливого біомеханізму пологів, тому що тазовий кінець плода набагато менше, ніж його плечовий пояс.

таза.

4. Першим звільнить заднє плече, потім переднє.

5. Продемонструйте народження тулуба по провідній вісі таза.

Висновки :

1. При передньому виді потиличного передлежання голівка прорізується малим косим розміром – 9.5, обвід – 32 см.

2. Провідна точка – мале тім'ячко.

3. Ведуча лінія – стріловидний шов.

4. Точка фіксації – підпотилична ямка.

5. Конфігурація – доліхоцефалічна.

6. Родова пухлина утворюється в ділянці малого тім'ячка.



Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички

«Демонстрація біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання»

Мета: знати біомеханізм пологів для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

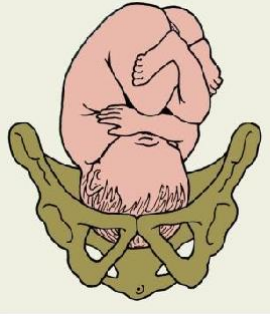
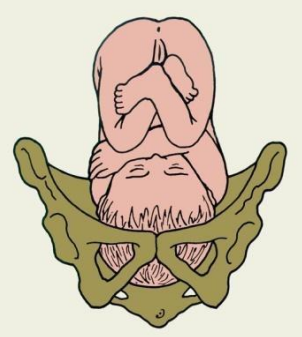
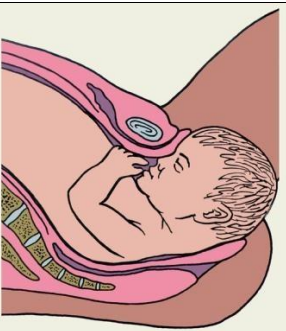
Нормальним, типовим біомеханізмом пологів називають біомеханізм при згинальному типі членорозміщення, при якому голівка та кінцівки плода зігнуті та притиснуті до тулуба. При цьому потилиця опускається і розміщується над входом у малий таз. Таке передлежання називається потиличним.

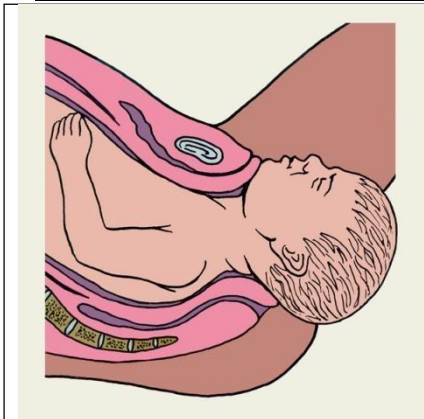
Біля 1% пологів проходять у задньому виді потиличного передлежання, тобто коли під час вагітності спинка плода обернена до задньої стінки матки.

Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички

«Демонстрація біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання»

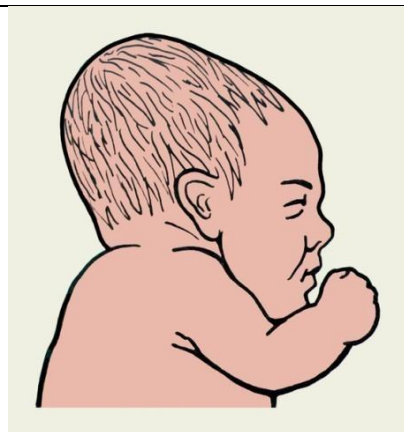
Етапи виконання	Послідовність дій
I Момент: Згинання голівки плода  - відбувається завдяки правилу двоплечого важеля; голівка згинається дещо менше до свого середнього косого розміру - 10 см; - стріловидний шов в поперечному або злегка косому розмірі входу у малий таз; - провідна точка – середина стріловидного шва.	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, зігніть її голівку і встановіть стріловидний шов в поперечному (або злегка косому) розмірі входу малого таза. 3. Вкажіть позицію та вид за положенням стріловидного шва і потилиці ляльки.
II Момент: Внутрішній поворот голівки плода  - поворот починається на межі широкої і вузької частини малого таза, закінчується на тазовому дні, при цьому голівка гвинтоподібно рухаючись потилицею повертається до крижів; - стріловидний шов із косого розміру порожнини малого таза стає в прямий розмір виходу з малого таза.	1. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого таза, так щоб її провідна точка опинилася на межі широкої і вузької частини порожнини малого таза. 2. Поступово гвинтоподібно просуваючи голівку ляльки в порожнині малого таза, доможіться, щоб її стріловидний шов опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза, мале тім'ячко знаходилося біля крижів.
III Момент: Додаткове згинання голівки - відбувається під час "прорізування" голівки;  - утворюється I точка фіксації – межа волосяної частини лоба упирається в нижній край симфізу і навколо цієї точки голівка сильно згинається –	1. Підведіть межу волосяної частини лоба під нижній край симфізу і утворіть точку фіксації. 2. Сильно зігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на народженні відповідних її частин.

	прорізаються тім'яні горби, потиличний бугор.	
<u>IУ Момент: Розгинання голівки</u>  - утворюється II точка фіксації – підпотилична ямка упирається в крижово-куприкове зчленування і навколо цієї точки відбувається розгинання голівки плода, при цьому народжуються лоб, личко і підборіддя; - голівка прорізається через вульву обводом 33 см, який відповідає середньому косому розміру; - голівка має доліхоцефалічну форму і родову пухлину у ділянці стрілоподібного шва.		1. Підведіть підпотиличну ямку до крижово-куприкового зчленування і утворіть точку фіксації. 2. Розігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на її народження.
<u>IУ Момент: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки</u> - під час розгинання голівки плода плічка своїм біакроміальним розміром вставляються у поперечний або один із косих розмірів площини входу в малий таз, протилежно тому, як вставлявся стрілоподібний шов голівки плода; - при переході із широкої частини порожнини малого таза в вузьку плічка, гвинтоподібно просуваючись, переходять в косий розмір порожнини, а на тазовому дні – в прямий розмір виходу із малого таза; - внутрішній поворот плічок через шию передається голівці, яка повертається потилицею до стегна матері, відповідно позиції; - переднє плічко прорізається до верхньої третини (місце прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки) і впирається у нижній край симфізу, утворюється друга точка фіксації, навколо якої відбувається згинання тулуба плода в шийно-грудному відділі відповідно з напрямленням родового каналу; при цьому над промежиною народжується заднє плічко, а потім повністю звільняється переднє плічко; - інша частина тулуба народжується без особливого		1. Поверніть ляльку так, щоб її плічка стали в прямий розмір виходу з малого таза, голівка при цьому повернеться самостійно. 2. Зауважте, що голівка повертається потилицею до внутрішньої поверхні стегна роділлі відповідно позиції. 3. Продемонструйте народження плічок плода, утворивши точку фіксації між переднім плечем (місце прикріплення дельтоподібного м'яза) та нижнім краєм симфізу скелетованого таза. 4. Першим звільніть заднє плече, потім переднє. 5. Продемонструйте народження тулуба по провідній вісі таза.

біомеханізму пологів, тому що тазовий кінець плода набагато менше, ніж його плечовий пояс.

Висновки :

1. При задньому виді потиличного передлежання голівка прорізується середнім косим розміром – 10, обвід – 33 см.
2. Провідна точка – середина стрілоподібного шва.
3. Ведуча лінія – стріловидний шов.
4. Точки фіксації – I – межа волосистої частини лоба;
5. II – підпотилична ямка.
6. Конфігурація – доліхоцефалічна.
7. Родова пухлина утворюється в ділянці стрілоподібного шва.



**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Акушерська допомога в пологах при головних передлежаннях» або «Захист
промежини»**

Мета: - запобігти розриву промежини,
- обережно вивести плід з родових шляхів, не травмуючи його.

Захист промежини починається з моменту "прорізування" голівки плода і складається з ряду послідовних маніпуляцій, які виконує той, хто приймає пологи.

З початку другого періоду пологів під крижі роділлі необхідно підкласти валик, який змінює (за М. С. Малиновським) направлення зганяльних сил не на промежину, а доверху, наближуючись до провідної вісі.

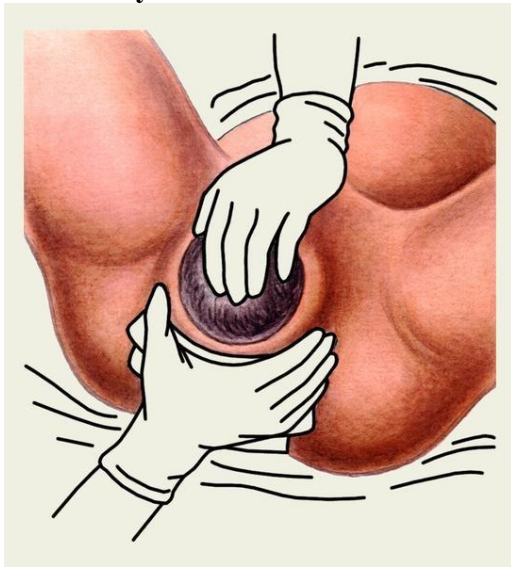
Обладнання: ліжко Рахманова, інструментальний пересувний столик, підготовлені до пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, лялька.

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Акушерська допомога в пологах при головних передлежаннях» або «Захист
промежини»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення роділлі до проведення маніпуляції. ПРИМІТКА: З появою потуг роділлю переведіть на ліжко Рахманова і підготуйте до пологів відповідно вимогам.	Психологічно підготуйте і навчіть роділлю правильно тужитися: з початком перейми глибоко вдихнути повітря, закрити рота і сильно потужитися тричі, кожний раз швидко набираючи повітря та повільно випускаючи його після потуги, при цьому голову нагнути до грудей, а руками тягти на себе віжки, які знаходяться з обох боків ліжка Рахманова, розвівши лікті у бік; стопами ніг упиратися у ноготримачі.
2. Підготовка медичного персоналу до виконання маніпуляції.	1. Підготуйтеся для прийняття пологів відповідно вимогам не пізніше "врізування" голівки плода 2. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова справа перед роділлею (між ніг жінки).
3. Проведення маніпуляції 1 момент - Регулювання просування голівки плода, яка прорізується (за І.Ф.Жорданія)	1. При прорізуванні голівки плода долоню лівої руки покладіть на лобок роділлі. 2. Пальці правої руки розташуйте по боках вульварного кільця так, щоб чотири пальці знаходилися у ділянці лівої статевої губи, а великий палець – у ділянці правої. 
	3. Під час потуги м'якушами дистальних фаланг

ПРИМІТКА: Цією дією запобігається передчасне розгинання голівки, оскільки в зігнутому стані голівка прорізується найменшим обводом, що запобігає розриву м'яких тканин вульви



трьох пальців лівої руки обережно надавіть на голівку плода, стримуючи її стрімкий рух і згинаючи її у бік промежини.

4. Одночасно долонею правої руки охопіть вульву, покриту стерильною пелюшкою, і також намагайтеся стримувати передчасне розгинання голівки плода.

5. Між потугами пальці лівої руки залиште на голівці плода, а пальцями правої руки зведіть (ніби переміщаючи) тканини із статевих губ, де вони розтягуються менше, у бік промежини, де розтягнення максимальне, і цим ослабте напруження тканин промежини, особливо у ділянці задньої спайки статевих губ. Це називається "запозиченням тканин"



6. З початком нової потуги "запозичення тканин" припиніть і знову м'якушами дистальних фаланг трьох пальців лівої руки стримуйте стрімкий рух голівки плода і правою рукою згинайте її у бік промежини.



7. Ці дві дії чергуйте до народження потиличного горба.

2 момент – Виведення голівки поза потугою.

8. Поза потугою звільніть т'ямні горби, обережно звівши з них бокові краї вульварного кільця.

9. Лівою рукою охопіть голівку за т'ямні горби і обережно, повільно допоможіть їй розігнутися, а в цей час правою рукою через стерильну пелюшку з голівки зведіть тканини промежини. Над промежиною з'являється чоло, потім обличчя і підборіддя. Голівка народилася.



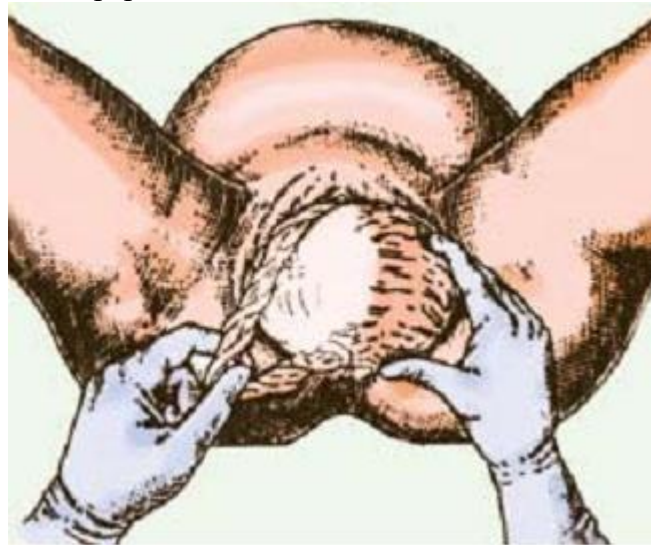
ПРИМІТКА: Коли потилиця народилася і ділянка підпотиличної ямки підійшла та уперлася в нижньо-внутрішній край лобкового симфізу роділлі забороніть тужитися (роділля кидає віжки, руки складає на грудях, дихає ротом глибоко і ритмічно, без затримок, що дозволяє перебороти потугу).

Після народження голівки плода необхідно відсмоктати вміст ротової та носової частини глотки стерильним гумовим балончиком.



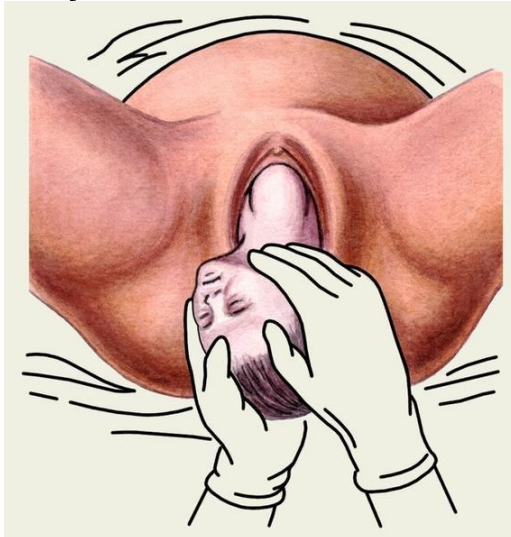
10. Перевірте, чи немає обвиття пуповини навколо ший.

Якщо є, пуповину обережно зніміть через голівку або переріжте між двома затискачами.



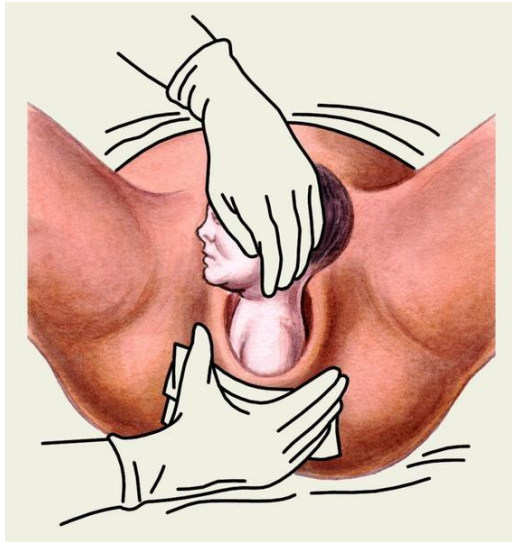
11. Попросіть роділлю потужитися – відбувається внутрішній поворот тулуба і голівка плода повертається обличчям до внутрішньої поверхні стегна матері.

3 момент – Виведення плечового поясу.



12. Обидві руки встановіть долонями на ділянки вушних раковин. Прослідіть, щоб кінці пальців не торкалися ший плода (небезпека стискання судин).

13. Обережно відтягніть голівку плода донизу, поки переднє плечико не підійде під лобкове зчленування.



14. Голівку плода захопіть лівою рукою так, щоб її долоня знаходилася на нижній (задній) щоці плода.

15. Відведіть цією рукою голівку угору до симфізу.

16. Правою рукою стерильною пелюшкою обережно зніміть тканини промежини з заднього плечика плода, намагаючись не пошкодити його ключицю та не завдати травми тканинам родового каналу. Плечовий пояс народився.

4 момент – Виведення тулубу.

17. Для виведення тулуба обережно охопіть обома руками грудну клітину плода разом з ручками так, щоб голівка розташовувалася між Вашими передпліччями, великі пальці розташуйте вздовж хребта (або з боку спинки, увівши вказівні пальці в пахвинні западини).

18. Тулуб спрямуйте вгору по провідній вісі родового каналу, ніби на живіт до матері і виведіть ізпологових шляхів.

19. Новонародженого викладіть на груди до матері (якщо немає протипоказань) або на великий стерильний лоток, вкритий підігрітою стерильною пелюшкою, який знаходиться на висувній ніжній частині ліжка Рахманова.

20. Здійсніть відокремлення дитини від матері і проведіть перший туалет новонародженого відповідно наказам.

21. Закінчіть пологи.

4. Дезінфекція обладнання

1. Після закінчення пологів усі використані інструменти, рукавички покладіть у дезінфікуючий розчин.

2. Пелюшки покладіть у клейончастий мішок з брудною білизною і винесіть з відділення у спеціальну кімнату.

3. Використаний під час пологів перев'язувальний матеріал викиньте у знезаражену миску і одразу після пологів винесіть з пологового залу, знезаразьте і утилізуйте.

4. Після переводу роділлі у післяпологове відділення проведіть дезінфекцію обладнання

	згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах.
5. Оформлення документації.	Оформіть історію пологів.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Здійснення медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною у пологовому відділенні»

Мета: Попередити виникнення інфекційних та інших ускладнень у новонародженої дитини.

Найважливішою умовою профілактики інфекційних та інших ускладнень у новонароджених є профілактика гіпотермії у них, що досягається шляхом дотримання принципів теплового ланцюжка.

Акушерка пологового відділення здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря педіатра-неонатолога, а за його відсутності лікаря акушера-гінеколога.

Обладнання: відповідає типу приміщення, в якому приймають пологи (індивідуальні сімейні палати/ пологовий зал).

ПРИМІТКА: Приміщення повинно бути чистим та теплим, температура повітря 25-28°C.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, лялька, з'єднана з плацентою пуповиною.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички

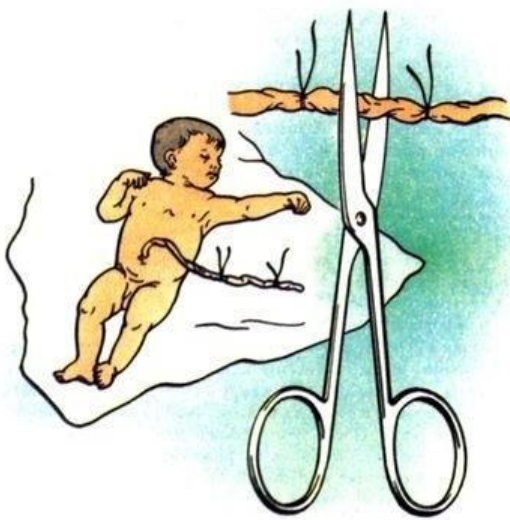
«Здійснення медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною у пологовому відділенні»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до виконання маніпуляції.	1. На стерильному пересувному інструментальному столику знаходяться стерильні: інструменти (затискачі Кохера (3) або 2 «пупочника» та затискач, тупокінцеві ножиці), одноразовий затискач – клема, ватні кульки, серветки, 2 браслетки з клейонки, одноразова гумова груша, катетер (для відсмоктувача), 3 пари гумових рукавичок. 2. На повивальному столику знаходяться: завчасно підігріті чисті випрасувані домашні пелюшки, шапочка, шкарпетки, повзуни, сорочечка; продезінфіковані сантиметрова стрічка, електронний термометр, індивідуальна туба з 0,5% еритроміциновою або 1% тетрацикліною маззю, електронні ваги
2. Підготовка медичного персоналу до виконання маніпуляції. ПРИМІТКА: Зазвичай дану маніпуляцію виконує акушерка, яка приймала пологи і підготовлена відповідно вимогам	1. Здійснить гігієнічне миття рук. 2. Надягніть на чистий робочий одяг продезінфікований гумовий фартух, чистий халат, маску, окуляри (щиток), шапочку. 3. Здійснить гігієнічну антисептику рук. 4. Одягніть стерильні гумові рукавички
3. Виконання маніпуляції	
А) Відсмоктування слизу з ротової порожнини та носоглотки.	Якщо виникає необхідність забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів у здорового новонародженого, слиз з ротової порожнини новонародженого відразу після народження видалить гумовою грушею або катетером з електровідсмоктувачем.



ПРИМІТКА: Більшість здорових новонароджених не потребують проведення відсмоктування слизу з ротової порожнини і носоглотки.

Б) Відокремлення дитини від матері.



ПРИМІТКА: Одночасно лікар-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер, здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

ПРИМІТКА: Показання до раннього перев'язування пупкового канатика (відразу після народження, не чекаючи зникнення його пульсації):

- ізоімунна сенсibiliзація;
- дистрес плода;
- наявність ознак внутрішньоутробної інфекції.

ПРИМІТКА: Рутинне використання антисептиків та накладання пов'язок на пуповинний залишок вважається недоцільним.

В) Проведення першого раннього прикладання дитини до грудей матері

1. За умови задовільного стану дитини одразу після народження викладіть її на живіт матері і обсушіть голову та тіло новонародженого домашньою пелюшкою, послідовно торкаючись до неї обома руками від голови до ніг. Відкиньте пелюшку.
2. Одягніть на дитину чисті шапочку та шкарпетки, накрийте сухою пелюшкою та ковдрою.
3. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
4. Замініть стерильні рукавички.
5. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хвилини після народження дитини, накладіть на пуповину затискач Кохера на відстані 10 см від пупкового кільця.
6. Накладіть другий затискач на 2 см зовні від першого.
7. За допомогою тупокінцевих ножиців переріжте пуповину між затискачами.
8. За умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого) перекладіть дитину на груди матері на 2 години для здійснення «шкіряного контакту».



За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) допоможіть матері здійснити перше прикладання до грудей відповідно вимогам

	грудного вигодовування(в перші 30 хвилин).
Г) Вимірювання температури тіла новонародженого ПРИМІТКА: Результати термометрії запишіть у лист нагляду за новонародженим.	Через 30 хвилин та після 2 годин після народження дитини електронним термометром виміряйте температуру тіла в аксиллярній ділянці.
Д) Проведення профілактики офтальмії.  ПРИМІТКА: Профілактика офтальмії здійснюється одноразово після проведення контакту матері і дитини "очі в очі" (але не пізніше першої години життя дитини).	1. По можливості покладіть дитину на спину. 2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук, одягніть стерильні гумові рукавички. 3. У праву руку візьміть тубу з 0,5% еритроміциновою або 1% тетрацикліновою маззю. 4. Лівою рукою за допомогою двох ватних кульок притримуйте повіки одного ока дитини, трохи вивертаючи слизову оболонку нижньої повіки назовні. 5. Правою рукою видавіть із туби відповідну кількість мазі на слизову оболонку нижньої повіки (не торкаючись отвором туби до ока), рухаючись з зовнішнього кута ока до внутрішнього. 6. Відпустіть повіки. Ватні кульки викиньте. 7. Аналогічно здійсніть закладання мазі в інше око, використовуючи при цьому інші ватні кульки.
Е) Проведення контакту «шкіра до шкіри»  ПРИМІТКА: Контакт «шкіра до шкіри»	1. Дитину, яка знаходиться на грудях матері і покрита чистою пелюшкою, накрийте спільною з матір'ю ковдрою. 2. Ретельно спостерігайте за станом дитини і матері на протязі не менше 2

проводиться за умов задовільного стану матері і дитини. При порушенні стану новонародженого інформуйте лікаря – неонатолога, а за його відсутності акушера.



годин.

Є) Проведення клемування пуповини новонародженого.



ПРИМІТКА: Клемування пуповини здійснюється на зігрітому повивальному столику після завершення контакту " шкіра до шкіри".

ПРИМІТКА: Обробка культі пуповини антисептиками та антибіотиками не доцільна.

ПРИМІТКА: У разі необхідності використання пуповинного залишку для введення лікарських засобів відстань від пупкового кільця до клеми збільшується до 1,5- 2 см.

1. Через 2 години після народження дитини перенесіть її на попередньо підігрітий повивальний столик, накритий чистою випрасуваною домашньою пелюшкою і покладіть його на спину.
2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
3. Одягніть стерильні гумові рукавички.
4. Накладіть на пуповинний залишок стерильну одноразову клеми (спеціальний затискач) на 0,3-0,5 см від пупкового кільця.
5. Відріжте залишок пуповини, відступивши від клеми на 1 см

Ж) Проведення антропометрії новонародженого.

ПРИМІТКА: Проведення антропометрії плода здійснюється на зігрітому повивальному столику після завершення контакту " шкіра до шкіри".

1. Виміряйте зріст новонародженого сантиметровою стрічкою від маківки до п'яткових бугрів.

ПРИМІТКА: Перед переведенням дитини і матері в палату спільного перебування лікар педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар акушер-гінеколог здійснює первинний лікарський огляд новонародженого за відповідною схемою.



2. Виміряйте окружність голівки сантиметровою стрічкою по лінії, яка проходить через лобні бугри і потилицю у ділянці малого тім'ячка.



3. Виміряйте обвід грудей сантиметровою стрічкою по лінії сосків і пахвових западин.



4. Для зважування перекладіть дитину разом із пелюшкою на електронні ваги.
5. Визначте його масу, віднявши вагу пелюшки.



6. Перекладіть дитину на повивальний столик.

7. Заповніть браслети, вказавши прізвище, ім'я та по-батькові, номер історії пологів матері, стать дитини, масу, зріст, час і дату народження.

8. Прив'яжіть браслети до ручок дитини у ділянці променево-зап'ясткових суглобів.



9. Одягніть дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички.

10. Переведіть дитину разом із матір'ю в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

4. Дезінфекція обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину»

Мета: видалити послід з порожнини матки для запобігання післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, а також зменшення післяпологової крововтрати та необхідності гемотрансфузії.

Дана маніпуляція застосовується під час застосування методики активного ведення III періоду пологів, яке повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів та має надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Відсутність одного з компонентів – виключає активне ведення III періоду пологів.

Обладнання: відповідає оснащенню сімейної, індивідуальної пологової палати або індивідуального пологового зала для ведення ускладнених пологів.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, м'який муляж посліду та післяпологової матки.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення роділлі до проведення маніпуляції.	1. Роділля знаходиться у зручному для неї та медичного працівника, який веде пологи, положенні. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку.
2. Підготовка медичного персоналу до виконання маніпуляції.	Зазвичай дану маніпуляцію проводить акушерка, яка приймала пологи і підготовлена відповідно вимогам.
3. Виконання маніпуляції. Крок 1. Введення утеротоніків ПРИМІТКА: Якщо в наявності немає окситоцину можна використати ергометрін – 0,2мг внутрішньом'язово.	1. Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпуйте матку для виключення наявності в ній другого плода. 2. При його відсутності – введіть 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово.
Крок 2. Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину ПРИМІТКА: Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину в стані легкого на тяжіння ПРИМІТКА: Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) <u>добре скороченої</u> матки над лоном! Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки ПРИМІТКИ: При відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода під адекватним знеболенням	1. Перетисніть пуповину ближче до промежини затискачем, тримайте перетиснуту пуповину та затискач в одній руці; 2. Покладіть другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримуйте матку відводячи її від лона; 3. Тримайте пуповину у стані легкого натягнення та дочекайтеся першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину). 4. Одночасно з сильним скороченням матки запропонуйте жінці потужитись і дуже обережно потягніть (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти; 5. Під час тракції продовжуйте проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхуйте матку від лона); 6. Якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупиніть тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натягнення, другу руку залишайте над

проводять ручне відділення плаценти і виділення посліду.	лоном, утримуючи матку; 7. Одночасно з наступним сильним скороченням матки повторіть тракцію. 8. Після народження плаценти утримуйте її двома руками, обережно повертайте, щоб скрутити оболонки та повільно підтягуючи плаценту вниз, народіть послід; 9. У разі обриву оболонок, обережно обстежте піхву і шийку матки в стерильних рукавичка та видаліть їх залишки;
Крок 3. Масаж матки ПРИМІТКА: Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується	1. Після народження посліду негайно проведіть масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною. 2. В подальшому пальпуйте матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб бути впевненому в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.
4. Подальша тактика ПРИМІТКА: У разі виникнення кровотечі - негайне проведення під адекватним знеболенням ручного відділення плаценти та виділення посліду.	1. Уважно огляньте плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, це потребує відповідних заходів; 2. Закінчіть пологи відповідно вимогам
5. Оформлення документації	Дані про активне ведення III періоду пологів занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Визначення ознак відшарування плаценти та видалення посліду»**

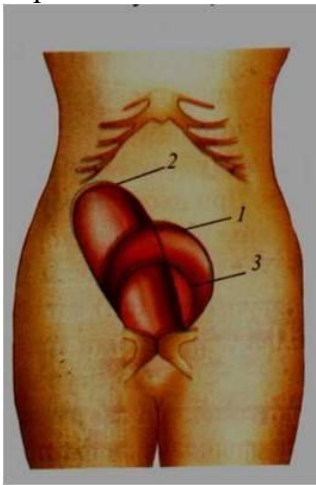
Мета: Визначити ознаки відокремлення плаценти під час спостереження за роділлем у послідовому періоді і своєчасно видалити послід з порожнини матки, запобігаючи патологічній крововтраті.

Обладнання: ліжко Рахманова, стерильний столик, підготовлені до пологів відповідно вимогам.

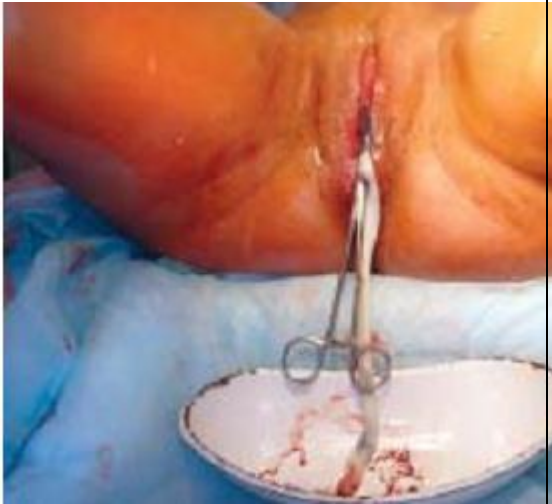
Для демонстрації методики виконання практичної навички використовують акушерський фантом, муляж післяпологової матки та посліду.

Професійний алгоритм виконання практичної навички

«Визначення ознак відшарування плаценти та видалення посліду»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення роділлі для проведення дослідження.	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, під таз підкладений ниркоподібний лоток для збирання крові. При відокремленні дитини на материнський залишок пуповини одразу біля статевої щілини накладений затискач або лігатура. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку.
2. Підготовка медичного персоналу до проведення дослідження.	Зазвичай послідовий період проводить медичний працівник, який приймав пологи і підготовлений відповідно вимогам.
3. Проведення дослідження	1. Спостерігайте за появою ознак, які свідчать про відокремлення плаценти від стінок матки. 2. Для визначення ознаки Шредера візуально контролюйте зміну форми і висоти стояння дна матки.
Ознака Шредера – зміна форми та висоти стояння дна матки. Одразу після народження плода матка округла, її дно знаходиться на рівні пупка. Після відокремлення плаценти матка сплющується, витягується, її дно знаходиться біля реберної дуги, частіше справа. 	
Ознака Альфельда – подовження зовнішнього відрізка пуповини. Під час відокремлення дитини накладають три затискачі, один з них на рівні статевої	3. Для визначення ознаки Альфельда спостерігайте за місцем знаходження затискача або лігатури, накладених на материнський залишок пуповини.

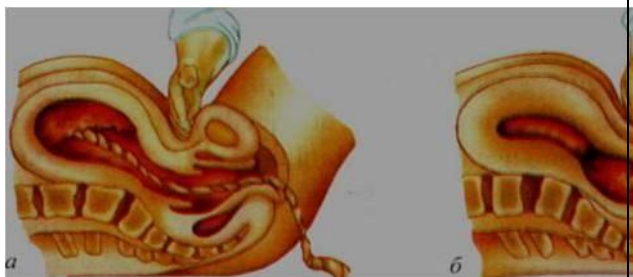
щілини.



Після відділення плаценти від стінок матки послід опускається в нижній сегмент матки, а потім у піхву, відповідно зміщується й пуповина з третім затискачем, який опускається на 10-12 см від початкового рівня.



Ознака Кюстнера-Чукалова – при натисканні ребром долоні над симфізом за умови відділення плаценти від матки пуповина не втягується у статеву щілину.



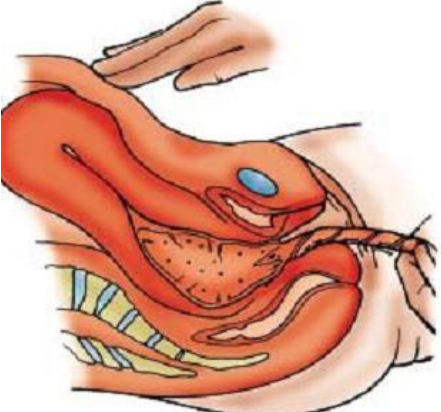
ПРИМІТКА: Якщо ознака Кюстнера – Чукалова визначається акушеркою, яка приймає пологи, на живіт роділлі вона кладе стерильну пелюшку, через яку і натискає на надлобкову ділянку.

Ознака Довженко – якщо плацента не

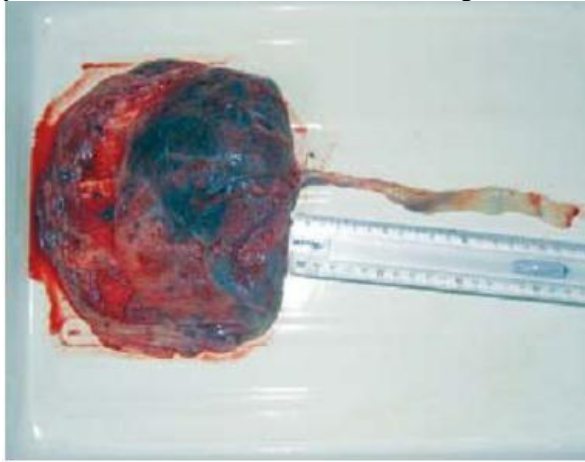
4. Для визначення ознаки Чукалова-Кюстнера, натисніть ребром долоні на надлобкову ділянку і простежте за материнським залишком пуповини.



5. Визначте ознаку Довженко,

відділилась від стінки матки, при глибокому вдиху та видиху пуповина відповідно втягується та опускається, після відділення плаценти довжина зовнішнього відрізка при глибокому диханні не змінюється.	запропонувавши роділлі декілька раз глибоко вдихнути і видихнути, контролюючи при цьому довжину материнського залишку пуповини.
Ознака Клейна – якщо плацента не відокремилась, при потузі пуповина опускається, а після її припинення знов втягується у піхву.	6. Для визначення ознаки Клейна запропонуйте роділлі потужитися, спостерігаючи при цьому за довжиною материнського залишку пуповини.
Ознака Штрасмана – при захопленні правою рукою пуповини вище затискача й постукуванні лівою по дну матки відчуються гідростатичні поштовхи крові у пуповині, якщо плацента ще з'єднана з маткою. Якщо плацента відшарувалася від стінки матки (припинився матково-плацентарний кровообіг), поштовхи не відчуються.	7. З метою визначення ознаки Штрасмана захопіть пальцями правої руки пуповину вище затискача і легко постукуючи по дну матки лівою рукою, з'ясуйте чи відчуваєте правою рукою поштовх крові у пуповині. 
Ознака Гогенбіхлера – під час послідових перейм пуповинний залишок, що звисає із статевої щілини, може обертатися навколо своєї осі, якщо плацента ще з'єднана з маткою, внаслідок переповнення пуповинних судин кров'ю.	8. Для визначення ознаки Гогенбіхлера прослідкуйте за рухами пуповинного залишку під час перейми.
Про відокремлення плаценти звичайно роблять висновок не по одній, а за сукупністю ознак. Найбільш надійними є ознаки Шредера, Альфельда, Чукалова - Кюстнера. ПРИМІТКА: Слідкуйте за кількістю крові, яку втрачає роділля у послідовому періоді до народження посліду. Якщо крововтрата перевищила фізіологічну, то негайно приступайте до видалення посліду з порожнини матки.	9. Якщо за сукупністю ознак діагностовано, що плацента відділилась, для народження посліду запропонуйте роділлі потужитися, що призведе до народження посліду. 
ПРИМІТКА: Після видалення посліду оглядають, зважують, вимірюють	10. Після народження посліду переконайтеся, що плацента та оболонки

діаметр плаценти і готують для утилізації або подальшого використання.



повністю видалені та матка скоротилася.



4. Дезінфекція обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Зовнішні прийоми видалення відокремленого посліду»

Показання: затримка народження посліду більше 30 хвилин при наявності ознак відшарування плаценти.

Існує три зовнішні способи виділення відокремленого посліду: спосіб Абуладзе, Гентера та Креде-Лазаревича.

Слід враховувати, що прийом Абуладзе є найбільш фізіологічним, тому бажано починати саме з нього. Способи Гентера та Креде-Лазаревича досить травматичні, і до них необхідно вдаватися лише при неефективності застосування прийому Абуладзе.

Перед проведенням зовнішніх прийомів видалення відокремленого посліду необхідно:

1. Випустити сечу м'яким катетером.
2. Вивести матку в серединне положення.
3. Обережно зробити зовнішній масаж матки для підвищення її тонусу.

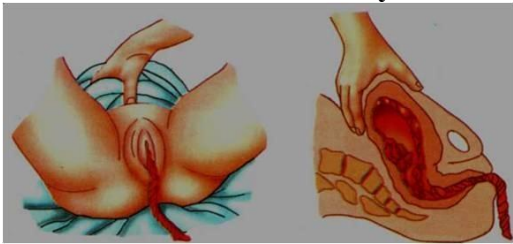
Після видалення посліду відповідно вимогам проводиться ранній післяпологовий період.

Обладнання: ліжко Рахманова, інструментальний пересувний столик, приготовлені для пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовують акушерський фантом, муляж післяпологової матки та посліду.

Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Зовнішні прийоми видалення відокремленого посліду»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення роділлі для проведення маніпуляції.	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Ніжний кінець ліжка засунутий, а головний – піднятий. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку.
2. Підготовка медичного персоналу до проведення маніпуляції.	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Станьте з лівого боку роділлі.
3. Проведення маніпуляції. Спосіб Абуладзе	1. Обома руками захопіть передню черевну стінку живота у повздовжню складку.  2. Запропонуйте жінці потужитися. Зазвичай послід народжується.

Спосіб Гентера ПРИМІТКА: Роділля не тужиться.	1. Кисті обох рук складіть в кулаки. 2. Тильною поверхнею основних фаланг натисніть на матку в ділянці її кутів, спрямовуючи рухи донизу і досередини. Послід народжується.
Спосіб Креде-Лазаревича. ПРИМІТКА: Роділля не тужиться.  ПРИМІТКА. Після видалення посліду відповідно вимогам проводиться ранній післяпологовий період.	1. Правою рукою захопіть дно матки через передню стінку живота таким чином, щоб великий палець був розміщений на передній стінці матки, долоня на дні, а інші пальці - на задній поверхні матки. 2. Стисніть матку у передньо-задньому розмірі і одночасно натисніть на її дно по напрямку донизу, витискуючи з неї послід у напрямку до виходу з таза. 3. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
4. Дезінфекція обладнання	Після закінчення пологів продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Видалення оболонок зовнішніми прийомами»

Мета: звільнити порожнину матки від оболонок для запобігання кровотечі та септичних захворювань у післяпологовому періоді.

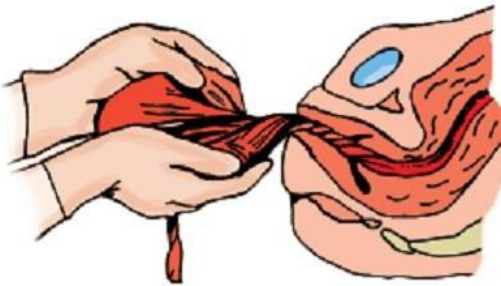
Зазвичай послід народжується одразу цілком (плацента з пуповиною та оболонками). Інколи після народження плаценти деяка частина оболонок затримується в порожнині матки. У таких випадках прибігають до застосування зовнішніх прийомів видалення оболонок.

Обладнання: ліжко Рахманова, інструментальний пересувний столик, підготовлені до пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, м'який муляж посліду.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Видалення оболонок зовнішніми прийомами»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення роділлі до проведення маніпуляції.	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка, під нього підкладений валик, щоб зменшити кут нахилу таза. Руками роділля тримає віжки, які тягне на себе під час перейм. Ніжний кінець ліжка засунутий, а головний – піднятий. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку.
2. Підготовка медичного персоналу до виконання маніпуляції.	1. Зазвичай дану маніпуляцію проводить акушерка, яка приймала пологи і підготовлена відповідно вимогам. 2. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлем (між ніг жінки)
3. Виконання маніпуляції. Спосіб скручування, завдяки якому оболонки скручуються і поступово відшаровуються від стінки матки і виводяться назовні.	Частину посліду, що народився, візьміть в обидві руки і поступово закручуйте в одному напрямку до тих пір, поки оболонки не вийдуть з порожнини матки повністю.



Спосіб Гентера, оснований на тому, що під впливом маси плаценти оболонки відшаровуються і послід народжується повністю.



ПРИМІТКА. Після видалення посліду відповідно вимогам проводиться ранній післяпологовий період.

4. Дезінфекція обладнання

Після народження частини посліду запропонуйте роділлі, впершись стопами ніг у ліжко Рахманова, підняти таз так, щоб плацента звисала ізпологових шляхів.



Після закінчення пологів продезінфікуйте використане обладнання відповідно вимогам дезінфекції обладнання в акушерських стаціонарах.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Огляд посліду на цілісність»

Мета: Виявити дефекти плаценти і оболонок.

Після народження послід ретельно оглядають, щоб переконатися у його цілості, тому що знаходження у порожнині матки залишків посліду може викликати маткову кровотечу, субінволюцію матки та септичні захворювання в післяпологовому періоді. Якщо оболонки зеленуватого кольору, це може свідчити про хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плода.

Спочатку оглядають материнську поверхню плаценти, потім оболонки і пуповину.

При виявленні дефектів часточок або обірваних судин, що вказує на наявність додаткової дольки, яка залишилася у матці, необхідно здійснити акушерську операцію – ручну ревізію стінок матки.

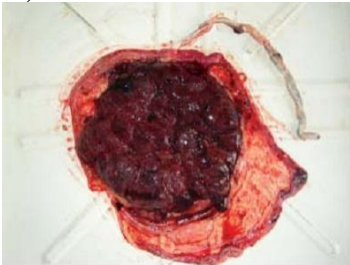
Кількість оболонок, які затрималися у порожнині матки не повинна перевищувати 1/3.

Після того, як послід обстежує акушерка, його обов'язково повинен оглянути лікар. Після огляду послід зважити (маса посліду 500-600 г, виміряти діаметр (в середньому 18-20 см).

Обладнання: Стерильні: великий емальований лоток, гумові рукавички, ватні кульки; послід.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується муляж посліду.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Огляд посліду на цілісність»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка медичного персоналу до виконання маніпуляції	1. Акушерка підготовлена для прийому пологів, тобто працює у стерильних гумових рукавичках. 2. Якщо послід оглядає інший медичний працівник, він повинен здійснити гігієнічну антисептику рук і вдягнути стерильні гумові рукавички.
2. Проведення маніпуляції. А) Огляд плаценти 	1. Послід покладіть на великий лоток материнською поверхнею догори. 2. Розірвіть плодові оболонки руками, щоб материнська поверхня стала доступною для дослідження. 3. За допомогою стерильних ватних кульок або серветок протріть промокальними рухами материнську поверхню плаценти від кров'яних згустків. 4. Уважно огляньте плацентарну тканину одну часточку за другою на наявність усіх часточок плаценти і відсутність їх дефектів. 5. Для більшої впевненості у цілості плацентарної тканини, плаценту трохи стисніть з країв до центру, щоб її дольки стулилися одна до одної. 6. Ретельно огляньте краї плаценти, які в нормі гладкі і не мають обірваних судин.
В) Огляд оболонок ПРИМІТКА: Наявність обірваних судин вказує на додаткову дольку. Чим ближче до краю плаценти знаходиться місце розриву оболонок, тим нижче плацента розташовувалася у матці. В нормі плодова поверхня	1. Послід переверніть материнською стороною донизу, а плодовою – догори. 2. Візьміть послід за пуповину і підніміть угору.

посліду голубого кольору.	3. Тримавши послід за пуповину лівою рукою, праву введіть в отвір у плодових оболонках, розправте їх, ніби відновивши яйцеву камеру, в якій знаходився плід разом із водами. 4. Зверніть увагу на кількість оболонок, наявність між оболонками обірваних судин, які відходять від плаценти. 5. Оглядаючи оболонки, з'ясуйте відношення плаценти до місця розриву оболонок. 6. Оцініть колір посліду.
С) Огляд пуповини	1. Огляньте місце прикріплення пуповини (центральне, бокове, крайове, оболонкове). 2. З'ясуйте наявність вузлів (справжні, несправжні), довжину пуповини (коротка, нормальна, довга). 3. Якщо далі не проводиться інша маніпуляція, зніміть гумові рукавички і покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 4. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
3. Оформлення документації.	Дані огляду занесіть в історію пологів.
4. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Визначення крововтрати в пологах»

Мета: З'ясувати кількість крові, втраченої жінкою під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді і порівняти її з фізіологічною крововтратою.

Під час послідового періоду пологів, а саме під час відокремлення плаценти від стінок матки, порушуються матково-плацентарні судини, що призводить до виникнення кровотечі. При нормальному перебігу послідового періоду крововтрата досягає 150-300 мл, в середньому 250 мл. Така крововтрата є фізіологічною, тобто вона не впливає негативно на організм жінки і не призводить до погіршення її стану.

Фактична крововтрата в пологах визначається за допомогою об'ємно-вагового методу і оцінюється в послідовому періоді (до народження посліду і з послідом) і через 2 години після пологів.

Для з'ясування крововтрати об'ємним методом під таз жінки підкладають ниркоподібний лоток з поміткою, яка відповідає фізіологічній крововтраті, і стежать за його наповненням (або періодично виливають кров у ємкість відповідної місткості).

Для використання вагового методу на початку пологів необхідно знати вагу сухих пелюшок і перев'язувального матеріалу, який буде використовуватися в пологах.

Порівнявши масу втраченої крові та масу тіла жінки, з'ясовується відсоток крововтрати і визначається подальшу тактику.

Обладнання: Ниркоподібний лоток, градуйований циліндр, ваги.

Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Визначення крововтрати в пологах»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення роділлі для проведення дослідження.	Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, під таз підкладений ниркоподібний лоток для збирання крові.
2. Підготовка медичного персоналу до проведення дослідження.	Зазвичай послідовий та ранній післяпологовий період проводить медичний працівник, який приймав пологи і підготовлений відповідно вимогам.
3. Проведення дослідження УВАГА! Слідкуйте за кількістю крові, яку втрачає роділля у послідовому періоді до народження посліду. Якщо крововтрата перевищила фізіологічну, то негайно приступайте до видалення посліду з порожнини матки.	1. Кров із ниркоподібного лотка злийте у градуйований циліндр. 2. Визначте кількість втраченої крові, враховуючи що 100 мл крові важать 120 грамів. 3. Після народження посліду і огляду пологових шляхів усі пелюшки та ватні кульки, просочені кров'ю зважте на вагах. 4. Відніміть від отриманої величини вагу сухих пелюшок та перев'язувального матеріалу. 5. До отриманої цифри додайте масу крові у мірному посуді і отримайте величину крововтрати в пологах. 6. Зіставте масу втраченої крові та масу тіла жінки, визначте відсоток крововтрати. 7. Зробіть відмітку в історії пологів.
4. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Огляд пологових шляхів після пологів»

Мета: Перевірити цілісність пологових шляхів після пологів.

Під час пологів нерідко виникають ушкодження м'яких тканин пологових шляхів, які супроводжуються кровотечею різною інтенсивністю. Тому після народження дитини та посліду одразу приступають до огляду пологових шляхів.

Обладнання: ліжко Рахманова та стерильний пересувний столик, які приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовують акушерський фантом, муляж післяпологової матки.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Огляд пологових шляхів після пологів»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до маніпуляції. ПРИМІТКА: Під час огляду пологових шляхів акушерка використовує все необхідне, піднявши верхню пелюшку 	1. На інструментальному пересувному столику перед проведенням пологів приготовлені: стерильні: гумові рукавички, ватні кульки, серветки, 2 ватно-марлевих тампона; антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 5% розчин калію перманганату, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. Стерильним пінцетом із відповідних біксів викладіть на стіл інструменти: 2 корнцанга, широке післяпологове пластинчасте дзеркало, широкий підймач Отта, 2 вікончатих затискача, 2 хірургічні пінцета – довгий і короткий, металевий катетер, голкотримач, хірургічні голки, тупокінцеві ножиці (прямі та зігнуті); шовний матеріал (кетгут, шовк),
2. Підготовка та положення породіллі до маніпуляції	1. Породілля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка 2. Психологічно підготуйте пацієнтку. 3. Обробіть антисептичним розчином зовнішні статеві органи роділлі у відповідності до алгоритму —Проведення підготовки роділлі до акушерських втручань".
3. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції ПРИМІТКА: У більшості випадків огляд пологових шляхів проводить акушерка, яка приймала пологи і підготовлена відповідно вимогам.	6. Здійсніть гігієнічне миття рук. 7. Надягніть на чистий робочий одяг продезінфікований гумовий фартух, чистий халат, окуляри (щиток), шапочку. 8. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 9. Одягніть стерильні гумові рукавички. 10. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлею (між ніг жінки).
4. Проведення маніпуляції	8. Огляньте зовнішні статеві органи (малі статеві губи і клітор) та промежину і візуально оцініть їх цілісність.



9. За допомогою стерильних тампонів, затиснутих на корнцангах, розведіть статеві губи і огляньте вхід у піхву.
10. Великим і вказівним пальцем лівої руки розведіть статеві губи.
11. Правою рукою візьміть широке післяпологове дзеркало.
12. Введіть дзеркало поперечним розміром паралельно статевій щілині.
13. У піхві поверніть дзеркало на 90° .
14. Обережно відтисніть задню стінку піхви в бік промежини.
15. Візьміть широкий підймач Отта у ліву руку.
16. Введіть підймач у піхву паралельно введеному дзеркалу.
17. Підніміть підймачем передню стінку піхви.
18. За допомогою двох дзеркал оголіть шийку матки.



19. Дзеркала передайте помічнику.
20. Правою рукою візьміть вікончатий затискач.
21. Накладіть затискач на передню губу шийки матки (на 12 годину за годинниковою стрілкою).



22. Перекладіть затискач у ліву руку.
23. Правою рукою візьміть другий вікончатий затискач.
24. Накладіть затискач на передню губу шийки матки на відстані 1-1,5 см від першого.
25. Огляньте на цілісність ділянку шийки матки, яка розташована між затискачами
26. Почергово перекладаючи затискачі за годинниковою стрілкою, ретельно огляньте всю шийку матки на цілісність.



27. У разі виявлення розриву, його відразу ушійте між двома затискачами, а потім продовжить огляд далі.
28. Переконавшись у цілості шийки матки, затискачі зніміть.
29. За допомогою корнцангу правою рукою візьміть ватно-марлевий тампон.
30. Введіть його у піхву, прикривши шийку матки.
31. Притримуючи одною рукою затискач з тампоном, іншою рукою повільно витягуючи з піхви підіймач, огляньте передню стінку піхви сантиметр за сантиметром.

	32. Таким же чином огляньте задню стінку піхви. 33. Виявлені розриви одразу ушійте. 34. Виведіть з піхви тампон-ляльку. 35. Після огляду шийку матки, піхву та зовнішні статеві органи обробіть 1% розчином йодонату. 36. Зніміть гумові рукавички і покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 37. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 38. Витягніть ніжний кінець ліжка Рахманова, покладіть на нього матрац, поміняйте під породіллем простирadlo. 39. Породіллю накрийте ковдрою і 2 години спостерігайте у пологовому залі.	
4.	Оформлення документації	Дані про наявність розривів та їх ушивання занесіть в історію пологів.
5.	Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Проведення туалету породіллі та догляд за швами на промежині»

Мета: обмити зовнішні статеві органи породіллі та продезінфікувати шви на промежині.

У процесі загоювання внутрішньої поверхні матки з'являються післяпологові виділення – лохії. Вони забруднюють ділянку промежини, що спричиняє інфікування породіллі, та у разі наявності швів на промежині, утруднює їх загоєння. Тому утримання в чистоті зовнішніх статевих органів має велике значення у забезпеченні нормального перебігу післяпологового періоду і профілактиці септичних післяпологових захворювань.

Для цього необхідно проводити туалет зовнішніх статевих органів породіллі, а також контролювати зміну підкладних пелюшок через кожні 3-4 години. Упродовж перших 3 діб туалет зовнішніх статевих органів проводять тричі на добу чи, за необхідністю, частіше; надалі – двічі на добу, а також після дефекації.

У першу добу туалет проводять у ліжку всім породіллям, а потім при наявності швів на промежині на гінекологічному кріслі у процедурній.

Під час виконання процедури обов'язково необхідно дотримуватися правил асептики. Виконання цих правил полягає у чіткій послідовності обробки зовнішніх статевих органів — зверху донизу, від більш чистого до більш брудного, щоб не занести інфекцію із ділянки заднього проходу до уретри та статевих органів: великі статеві губи обробляють у напрямку згори вниз, внутрішню поверхню стегон у напрямку від промежини до середини стегна, проводячи ватними кульками впоперек стегна, промежину і ділянку анусу – одним рухом від задньої спайки до анусу. Під час проведення туалету зовнішніх статевих органів неприпустимими є зворотні рухи.

Якщо ж у породіллі швів немає, вона може проводити туалет зовнішніх статевих органів самостійно.

Породіллям зі швами на промежині показане раннє вставання, але сидати не можна, щоб шви не розійшлися.

Знімають шви на 5 добу, перед цим ставлять очисну клізму.

Якщо навколо швів з'явилися почервоніння і гнійний наліт, то шви негайно знімають, а гнійні виразки лікують.

Обладнання: Стерильні: 2 корнцанга, ватні кульки, мензурка, 2 пелюшки (або стерильна та індивідуальна пелюшка породіллі), підкладна пелюшка (або індивідуальна підкладна пелюшка пацієнтки);

інші: гінекологічне крісло, антисептичні засоби, ємкість для розчинів (кухоль Есмарха).

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Проведення туалету породіллі та догляд за швами на промежині»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до виконання процедури	1. Стерильним пінцетом дістаньте із бікса стерильну пелюшку, покладіть її на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: 2 корнцанга, ватні кульки у достатній кількості, мензурку, в яку налейте 5% розчин калію перманганату або 1-2% спиртовий розчин діамантового зеленого, стерильні гумові рукавички. 3. Теплий антисептичний засіб (1-2 л 0,5% розчину калію перманганату або розчину фурациліну 1:5000, підігрітий до 37 – 38°C) налейте в кухню Есмарха.

	4. Стерильним пінцетом дістаньте із бікса та покладіть на крісло стерильну пелюшку або запропонуйте пацієнтці застелити свою індивідуальну пелюшку
2. Підготовка та положення пацієнтки до проведення процедури. ПРИМІТКА: Пацієнтку необхідно попередити, щоб вона захопила із собою чисту, суху підкладну пелюшку	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Допоможіть пацієнтці лягти на гінекологічне крісло на спину (контролюючи, щоб породілля із швами на промежині одночасно не сідала на обидві сідниці) так, щоб її таз був на краю гінекологічного крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах.
3. Підготовка медичного персоналу до процедури.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Одягніть цератовий фартух. 3. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 4. Надягніть стерильні гумові рукавички. 5. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте між ніг жінки.
4. Проведення процедури 	1. У ліву руку візьміть кухоль з розчином, у праву руку – корнцанг із затиснутою в ньому ватною кулькою. 2. Поливаючи з кухля, за допомогою ватних кульок на корнцангу обмийте зовнішні статеві органи, починаючи з лобкової ділянки, потім статеві губи, внутрішні поверхні стегон, сідниці, в останню чергу – ділянку анусу. 3. Ділянку швів не чіпайте – розчин вільно зливається з них. Виділення біля швів обережно змийте, прикладаючи (не протираючи) до них ватні кульки. 4. У міру забруднення ватні кульки змінюйте. 5. Змініть корнцанг (використаний корнцанг покладіть до відпрацьованого матеріалу). 6. Сухими ватними кульками за допомогою другого корнцангу просушіть одразу ділянку швів, уважно оглянувши їх. 7. Просушіть зовнішні статеві органи. 8. Суху ватну кульку, затиснуту корнцангом змочіть у 5% розчині калію перманганату (або у 1-2% розчині діамантового зеленого) і змастіть шви, обережно притискаючи, особливо у ділянці проколів. 9. Зніміть гумові рукавички і викиньте їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 10. Допоможіть пацієнтці піднятися з крісла і видайте їй стерильну підкладну або запропонуйте їй підкласти суху та чисту індивідуальну підкладну пелюшку. 11. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.
6. Оформлення документації	Зробіть відмітку у відповідній медичній документації.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Зціджування молочних залоз»

Показання для зціджування молочних залоз:

1. Підтримка лактації при наявності тимчасових протипоказань для грудного вигодовування з боку матері чи дитини.
2. Для стимуляції лактації при недостатній кількості молока у матері.
3. Здійснення правильної техніки годування при переповненій молочній залозі.
4. Полегшення стану жінки при нагруданні молочної залози, розвитку лактостазу, маститу.
5. Змазування молозивом або молоком сосків і ареол з метою попередження утворення тріщин або їх лікування.
6. Годування дитини з низькою вагою тіла.
7. Годування дитини із ускладненнями її стану після пологів.
8. Годування дитини грудним молоком, якщо мати працює або навчається.

Не рекомендується жінці, яка годує дитину і має м'які молочні залози після годування і задовільну лактацію, зціджувати молоко після кожного годування. При відсутності перелічених показань зціджування грудного молока не тільки не корисне, але й може бути шкідливим для жінки (травмування тканини молочної залози, необґрунтована стимуляція продукції молока).

Перш ніж почати зціджувати молочну залозу потрібно стимулювати окситоциновий рефлекс, тому що його активність при зціджуванні значно нижча ніж при смоктанні дитини.

Методи стимуляції окситоцинового рефлексу:

1. Психологічна підтримка матері (потрібно заспокоїти жінку, надати їй впевненості в успіху лактації і годуванні грудьми).
2. Практична підтримка: - якщо є можливість – здійснити контакт матері і дитини (шкіра до шкіри або очі в очі);
 - дати випити матері теплий напій (молоко, німічний чай, компот, фруктовий сік тощо);
 - зігріти молочну залозу (теплий душ, компрес);
 - стимулювати сосок, зробити м'який масаж молочної залози (жінка може робити це самостійно);
 - зробити жінці масаж спини (по обидва боки від хребта зверху донизу).

Медичний персонал рододопоміжних закладів повинен добре володіти методикою зціджування грудного молока і навчити цьому жінку ще під час вагітності, або вже після пологів.

Якщо жінка самостійно зціджує молоко, вона може робити це у будь-якому зручному для неї положенні: сидячі, лежачі, стоячи. Медичному працівнику зручніше зціджувати молоко у положенні породіллі на спині. Якщо маніпуляція здійснюється у медичному закладі, жінка лежить на кушетці, якщо вдома, під час проведення патронажу, жінка знаходиться на ліжку, дивані тощо. Зціджування слід проводити обережно, не допускаючи травмування молочних залоз.

Зціджування грудного молока руками – найбільш ефективний метод, але його можна здійснювати і за допомогою молоковідсмоктувачів, які можуть бути різних моделей (з гумовою грушею, поршневі, електричні).

Обладнання: Кушетка або ліжко, індивідуальна пелюшка, стерильна баночка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується м'який муляж молочних залоз.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Зціджування молочних залоз»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до проведення маніпуляції	1. Попросіть пацієнтку застелити індивідуальну пелюшку на кушетку. 2. Підготуйте баночку для молока.

2. Підготовка та положення пацієнтки до проведення маніпуляції	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Попросіть роздягнутися зверху до пояса. 3. Запропонуйте пацієнтці лягти на кушетку на спину.
3. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Підійдіть до пацієнтки і станьте або сядьте на стілець поруч, обличчям до її обличчя.
4. Проведення маніпуляції. 	1. Здійсніть обережний масаж молочної залози. 2. Розмістіть баночку для зцідженого молока під соском (баночку може тримати жінка). 3. Великий і вказівний палець правої руки розмістіть з обох боків навколососкового кружечка. 4. Обережно надавіть на ареолу всередину по напрямленню до грудної клітини. 5. Зміщуючи пальці навколо соска по колу, зціджуйте молоко. 6. Періодично обмацуйте молочну залозу з усіх боків, щоб перевірити відсутність молока в усіх сегментах молочної залози. 7. Закінчіть зціджування, коли молоко виділяється по краплям і вся молочна залоза стала м'якою. 8. Допоможіть жінці підвестися і запропонуйте обмити сосок та ареолу кип'яченою водою. 9. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Визначення білка в сечі»

Мета: визначити наявність чи відсутність білка в сечі.

У випадку здійснення патронажу вагітної акушерка повинна вміти при необхідності провести якісне визначення білка в сечі.

Дослідження сечі проводиться за допомогою проби на білок шляхом кип'ятіння або проби із сульфосаліциловою кислотою.

При проведенні першої проби при кип'ятінні у разі наявності білка або солей у сечі з'являється помутніння. При додаванні 3% розчину оцтової кислоти і повторного кип'ятіння помутніла сеча в наслідок наявності в ній солей стає прозорою. Але, якщо в сечі присутній білок, то при кип'ятінні відбувається його денатурація. Денатурація – процес незворотній, тому внаслідок наявності в сечі білка, осад не зникає після додавання оцтової кислоти і помутніння сечі залишається.

Якісне визначення білка в сечі можна здійснити і пробою із сульфосаліциловою кислотою. При додаванні сульфосаліцилової кислоти у порцію сечі, яка містить білок, випадає осад або сеча стає мутною.

Дослідження сечі зазвичай проводять після опитування та огляду вагітної.

При виявленні білка в сечі акушерка повинна пояснити вагітній необхідність негайного відвідування лікаря жіночої консультації і проведення більш точного дослідження сечі в лабораторії.

Обладнання: Пробірка, пробіркоутримувач, піпетка, фільтрувальний папір, флакон із сульфосаліциловою кислотою або спиртівка, сухий спирт, сірники та флакон із 3% розчином оцтової кислоти; стерильні гумові рукавички, пелюшка.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Визначення білка в сечі»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження.	1. Психологічно підготуйте вагітну. 2. Запропонуйте вагітній здійснити туалет зовнішніх статевих органів і закрити вхід у піхву невеликим ватно-марлевым тампоном. 3. Запропонуйте вагітній зібрати сечу у чисто вимитий посуд. 4. На стіл покладіть пелюшку, на неї виставте спиртівку із сухим сиртом, запаліть його за допомогою сірників. 5. Вдягніть гумові рукавички. 6. Пробірку закріпіть у пробіркоутримувач.
2. Проведення дослідження Проба на білок кип'ятінням з оцтовою кислотою ПРИМІТКА: Якщо сеча залишилася прозорою – білка немає – дослідження закінчено. Якщо після повторного кип'ятіння сеча залишилася каламутною – вона містить білок. Якщо сеча стала прозорою, помутніння було пов'язане із наявністю солей, які в присутності оцтової кислоти розчинилися.	1. У пробірку наберіть 8 - 10 мл сечі. 2. Прокип'ятіть сечу у пробірці над спиртівкою. 3. Оцініть стан сечі. 4. Якщо сеча стала мутною, у піпетку наберіть деяку кількість 3% розчину оцтової кислоти. 5. Додайте 5 крапель оцтової кислоти у пробірку із сечею. 6. Прокип'ятіть пробірку знову над спиртівкою. 7. Оцініть стан сечі.
Проба із сульфосаліциловою кислотою.	1. В пробірку наберіть 5 мл бажано профільтрованої сечі. 2. У піпетку наберіть деяку кількість 20% розчину сульфосаліцилової кислоти.

ПРИМІТКА: Якщо сеча стала мутною, вона містить білок.	3. Додайте 10 крапель сульфосаліцилової кислоти до пробірки із сечею. 4. Оцініть стан сечі. 5. Зніміть гумові рукавички. 6. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
3. Оформлення документації.	Заповніть патронажний лист. Якщо під час дослідження виявлено наявність білка в сечі, випишіть направлення до лабораторії на дослідження сечі і видайте вагітній.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання бокової кон'югати»

Мета: Оцінити розміри бокової кон'югати і в комплексі з іншими розмірами визначити форму вузького таза та скласти план ведення вагітності або пологів.

Якщо при вимірюванні основних розмірів таза виникла підозра щодо його звуження, визначають додаткові розміри, до яких відноситься і розмір бокової кон'югати.

Бокова кон'югата Кернера це розмір між передньоверхньою та задньоверхньою остями однойменної клубової кістки, в нормі становить 14,5-15 см, при вузькому тазі зменшується до 13,5 см і більше. Вимірюючи бокові кон'югати з обох боків, які в нормі повинні бути однаковими, можна виявити косозвужений таз.

Вимірюють бокову кон'югату тазоміром. Під час дослідження пацієнтка може стояти спочатку одним боком, а потім іншим або лежати на кушетці, поперемінно то на одному, то на іншому боці.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, тазомір.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Вимірювання бокової кон'югати»

Еталон виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Якщо дослідження проводиться при положення пацієнтки лежачі на кушетці, запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Якщо дослідження проводиться у положенні пацієнтки стоячі, вона повинна стати до дослідника боком.	3. Психологічно підготуйте пацієнтку. 4. Запропонуйте пацієнтці оголити живіт і поперекову ділянку. 5. Допоможіть їй лягти на кушетку на бік
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі. Якщо пацієнтка стоїть, станьте збоку від жінки.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки тазомір, підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.
4. Проведення дослідження 	1. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була обернута догори, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, і розведіть гілки. 2. Вказівними або середніми пальцем одної руки промацайте передньоверхню ость клубової кістки і притисніть до неї гудзик тазоміру. 3. Вказівним або середнім пальцем іншої руки з того ж боку тіла пацієнтки промацайте або візуально визначте боковий кут попереково-крижового ромба Міхаеліса (він відповідає задньоверхній ості) і притисніть до нього гудзик тазоміру. 4. Подивіться на шкалу тазоміру і запам'ятайте розмір даної бокової кон'югати. 5. Запропонуйте пацієнтці повернутися до

	Вас іншим боком. 6. Виміряйте другу бокову кон'югату і запам'ятайте її розмір. 7. Допоможіть пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження. 8. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 9. Порівняйте отримані дані з нормою і зробіть відповідні висновки.
5. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Вимірювання косих розмірів таза»

Мета: Оцінити косі розміри і в комплексі з іншими розмірами визначити форму вузького таза та скласти план ведення вагітності або пологів.

Якщо при огляді вагітної і вимірюванні основних розмірів таза виникла підозра, що таз косозвужений чи косозміщений, визначають косі розміри таза:

- Великий косий розмір - відстань між передньоверхньою остю одної клубової кістки і задньоверхньою остю іншої клубової кістки і навпаки дорівнює 20-21 см
- Середній косий розмір - відстань від надкрижової ямки до передньоверхньої ості правої і лівої клубових кісток дорівнює 18 см;
- Малий косий розмір - відстань від середини верхньозовнішнього краю симфізу до задньоверхньої ості правої і лівої клубових кісток дорівнює 17,5 см.

Косі розміри одного боку порівнюють з відповідними косими розмірами другого боку. У разі нормальної будови таза величина парних розмірів однакова. Різниця між ними, що перевищує 1 см, свідчить про асиметрію таза.

Вимірюють косі розміри тазоміром. Під час дослідження пацієнтка може стояти поперемінно повертаючись одним, а потім іншим боком або лежати на кушетці, спочатку на одному, потім на іншому боці.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, тазомір.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Вимірювання косих розмірів таза»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	Якщо дослідження проводиться при положення пацієнтки лежачі на кушетці, запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Якщо дослідження проводиться у положенні пацієнтки стоячі, вона повинна стати до дослідника лівим боком.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці оголити живіт і поперекову ділянку. 3. Допоможіть їй лягти на кушетку на лівий бік, так щоб нижня нога була зігнута у колінному та кульшовому суглобі, а верхня нога випростана. 4. Запропонуйте пацієнтці підкласти ліву руку під голову.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі. Якщо пацієнтка стоїть, станьте збоку від жінки.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки тазомір, підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.
4. Проведення дослідження ПРИМІТКА: Якщо пацієнтка стоїть, розміри можна вимірювати парами, по чергово повертаючи пацієнтку лівим або правим боком.	1. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була обернута догори, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, і розведіть гілки. 2. Вказівними або середніми пальцем одної руки промацайте передньоверхню ость правої клубової кістки і притисніть до неї гудзик тазоміру. 3. Вказівним або середнім пальцем іншої промацайте або візуально визначте лівий



боковий кут попереково-крижового ромба Міхаеліса (він відповідає лівій задньоверхній ості) і притисніть до нього гудзик тазоміру.

16. Подивіться на шкалу тазоміру і запам'ятайте даний косий розмір.

17. Для визначення другого косого розміру залиште на місці гудзик тазоміру, притиснутий до передньоверхньої ості правої клубової кістки, а інший перемістіть до надкрижової ямки, запам'ятайте його величину.

18. Для визначення третього косого розміру один гудзик тазоміру притисніть до середини верхньозовнішнього краю лобкового симфізу, а інший – до задньоверхньої ості правої клубової кістки, запам'ятайте його величину.

19. Допоможіть пацієнтці повернутися на інший бік і відповідно розмістити ноги.

20. Аналогічно виміряйте відповідні косі розміри з іншої сторони, запам'ятайте їх.

21. Якщо далі не проводиться інше дослідження, допоможіть жінці піднятися.

22. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.

23. Порівняйте отримані дані з нормою і зробіть відповідні висновки.

5. Оформлення документації

Дані занесіть у відповідну медичну документацію

6. Дезінфекція обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Вимірювання висоти симфізу»

Мета: Оцінити висоту симфізу і в комплексі з іншими розмірами, визначити форму та ступінь звуження таза та скласти план ведення вагітності або пологів.

Якщо при вимірюванні основних розмірів таза виникає підозра щодо його звуження, визначають додаткові розміри, до яких відноситься висота симфізу.

Висота симфізу має велике значення для визначення ємності тазу і визначення справжньої кон'югати, тому що відомо, що чим вище симфіз, тим менше розмір справжньої кон'югати (свідчить про звуження таза).

В нормі висота симфізу становить 4 см.

Визначають висоту симфізу або під час зовнішньої пельвіометрії або під час піхвового дослідження.

Обладнання: Стерильні: гумові рукавички.

Інші: гінекологічне крісло або кушетка, індивідуальна пелюшка пацієнтки, тазомір або сантиметрова стрічка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Вимірювання висоти симфізу»

Етапи виконання	Послідовність дії
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на гінекологічне крісло або кушетку. 2. Приготуйте тазомір або сантиметрову стрічку, розгорнувши її на краю стола таким чином, щоб нульова відмітка співпала із краєм стола.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 3. Якщо дослідження проводиться на кушетці, допоможіть пацієнтці лягти на неї на спину так, щоб ноги були зігнуті у колінних та кульшових суглобах, максимально розведені і притиснуті руками до живота. 4. Якщо дослідження проводиться на гінекологічному кріслі, допоможіть пацієнтці лягти на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички 3. Підійдіть до кушетки і станьте справа від пацієнтки біля її ніг обличчям до її обличчя. 4. Якщо дослідження проводиться на гінекологічному кріслі, підійдіть до нього і станьте між ніг жінки.

4. Проведення дослідження А) на кушетці ПРИМІТКА: Замість сантиметрової стрічки можна використовувати тазомір, за допомогою якого вимірюють висоту симфізу, прикладаючи до країв симфізу гудзики тазоміру.	1. Великим і вказівним пальцями правої руки захопіть верхній і нижній край симфізу (А.Ю.Лур'є). 2. Утримуючи пальці на отриманій відстані, руку піднесіть до фіксованої сантиметрової стрічки. 3. Великий палець зіставте з нульової відміткою сантиметрової стрічки. 4. Визначте цифру, навпроти якої опинився вказівний палець – це і є висота симфізу.
В) на гінекологічному кріслі під час проведення піхвового дослідження відповідно до вимог асептики. 	1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи. 2. Вказівний і середній пальці правої руки введіть у піхву. 3. Долонною поверхнею вказівного пальця правої руки ковзаючи по задній стінці лобкового зчленування дістаньтеся до верхнього краю лобка. 4. Вказівний палець лівої руки притисніть до місця стикання вказівного пальця правої руки із нижнім краєм лобкового симфізу. 5. Не віднімаючи вказівного пальця лівої руки від відміченого місця, витягніть з піхви палець правої руки. 6. Руки піднесіть до фіксованої сантиметрової стрічки. 7. Кінець вказівного пальця правої руки зіставте з нульовою відміткою сантиметрової стрічки. 8. Визначте цифру, навпроти якої опинилася точка, відмічена вказівним пальцем лівої руки - це і є висота симфізу. 9. Запам'ятайте її. 10. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 11. Допоможіть пацієнтці підвестися і запропонуйте вдягтися. 12. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
5. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання обводу таза»

Мета: Оцінити обвід таза і в комплексі з іншими розмірами визначити форму вузького тазу та скласти план ведення вагітності або пологів.

Якщо при вимірюванні основних розмірів таза виникла підозра щодо його звуження, визначають додаткові розміри, до яких відноситься обвід тазу. Він вимірюється сантиметровою стрічкою на рівні верхнього кута ромбу Міхаеліса, гребнів клубових кісток і верхньо-зовнішнього краю лобкового симфізу.

В нормі він дорівнює 85 см. Якщо обвід таза менше 85 см, це свідчить про звуження тазу, якщо обвід таза наближається до 75 см – це значне звуження.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, сантиметрова стрічка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом або скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Вимірювання обводу таза»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Перед дослідження пацієнтка повинна спорожнити сечовий міхур.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину, запропонуйте їй оголити живіт, ноги зігнути у колінних і кульшових суглобах.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки сантиметрову стрічку таким чином, щоб шкала, за якою буде визначатися шукана величина була обернута донизу. 3. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки.
4. Проведення дослідження 	1. Запропонуйте пацієнтці підняти таз, впершись стопами ніг у кушетку. 2. Лівою рукою подайте, а правою рукою перехопіть початок сантиметрової стрічки під тазом жінки, проведіть і розмістіть її під крижами (на рівні верхнього кута ромбу Міхаеліса). 3. При цьому слідкуйте, щоб сантиметрова стрічка не перекрутилася і знаходилася в обох руках догори однаковою шкалою. 4. Правою рукою виведіть із-під жінки певну кількість сантиметрової стрічки. 5. Попросіть жінку опустити таз. 6. Проведіть сантиметрову стрічку через гребні клубових кісток. 7. Правою рукою покладіть початок сантиметрової стрічки на верхній край симфізу. 8. Лівою рукою сантиметрову стрічку покладіть так, щоб частини стрічки перехрестилися. 9. Праву руку приберіть і, тримаючи

	сантиметрову стрічку лівою рукою так, щоб пальці не опинилися під сантиметровою стрічкою, подивіться на шкалу і визначте цифру, яка збіглася з нульовою відміткою сантиметрової стрічки. 10. Запам'ятати її. 11. Якщо далі не проводиться інше дослідження, допоможіть пацієнтці підвестися. 12. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
5. Оформлення документації	Дані занесіть у відповідну медичну документацію.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання висоти таза»

Мета: Оцінити висоту таза і в комплексі з іншими розмірами визначити форму вузького тазу та скласти план ведення вагітності або пологів.

Якщо при вимірюванні основних розмірів таза виникає підозра щодо його звуження, визначають додаткові розміри, до яких відноситься і висота таза – відстань між найбільш виступаючою точкою гребня клубової кістки і сідничним горбом. В нормі цей розмір дорівнює 24-25 см. Зменшення розміру вказує на звуження тазу.

Вимірюють висоту таза тазоміром або сантиметровою стрічкою. Під час дослідження пацієнтка лежить на кушетці, попеременно то на одному, то на іншому боці.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, тазомір або сантиметрова стрічка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Вимірювання висоти таза»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на кушетку. 2. Приготуйте тазомір або сантиметрову стрічку.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці оголити живіт і поперекову ділянку. 3. Допоможіть їй лягти на кушетку на бік, так щоб обидві ноги були зігнуті в кульшових і колінних суглобах і приведені до живота.
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Візьміть в руки тазомір або сантиметрову стрічку. 3. Станьте біля кушетки обличчям до обличчя жінки.
4. Проведення дослідження А) за допомогою тазоміру	1. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була обернута догори, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, і розведіть гілки. 2. Вказівними або середніми пальцем одної руки промацайте найбільш виступаючу точку гребня клубової кістки і притисніть до неї гудзик тазоміру. 3. Вказівним або середнім пальцем іншої руки з того ж боку тіла промацайте сідничний горб і притисніть до нього гудзик тазоміру. 4. Подивіться на шкалу тазоміру і запам'ятайте розмір висоти таза. 5. Допоможіть жінці повернутися на інший бік і відповідно розмістити ноги 6. Аналогічно виміряйте висоту другої сторони таза і запам'ятайте її розмір.
В) за допомогою сантиметрової стрічки	1. Трохи розгорніть сантиметрову стрічку так, щоб початок її знаходився в лівій руці, а продовження в правій.

	2. Тримаючи великим і вказівним пальцями лівої руки початок сантиметрової стрічки, пропальпуйте вказівним або середнім пальцем найбільш виступаючу точку гребня клубової кістки. 3. Нульову відмітку сантиметрової стрічки притисніть до вище вказаного міста. 4. Утримуючи сантиметрову стрічку великим і вказівним пальцями правої руки, вказівним або середнім пальцем пропальпуйте сідничний бугор таза жінки і притисніть до нього сантиметрову стрічку. 5. Визначте шукану величину і запам'ятайте її. 6. Допоможіть жінці повернутися на інший бік і відповідно розмістити ноги. 7. Аналогічно виміряйте висоту другої сторони таза і запам'ятайте її розмір. 8. Якщо далі не проводиться інше дослідження, допомогти жінці піднятися. 9. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.
5. Оформлення документації	1. Порівняйте отримані дані з нормою і зробіть відповідні висновки. 2. Дані занесіть у відповідну медичну документацію
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання лобкового кута»

Мета: Оцінити розміри лобкового кута і в комплексі з іншими розмірами, визначити форму вузького тазу та скласти план ведення вагітності або пологів.

Якщо при вимірюванні основних розмірів таза виникла підозра щодо його звуження, визначають додаткові розміри, до яких відноситься і розмір лобкового кута.



В нормі розмір лобкового кута становить 90-100°. Якщо лобковий кут менший ніж 90°, це вказує на вузький таз.

Обладнання: Стерильні гумові рукавички, гінекологічне крісло або кушетка, індивідуальна пелюшка пацієнтки, транспорир (по можливості).

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Вимірювання лобкового кута»

Етапи виконання	Послідовність дії
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на гінекологічне крісло або кушетку 2. Окремо приготуйте транспорир.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Перед дослідженням жінка повинна провести туалет зовнішніх статевих органів.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 3. Якщо дослідження проводиться на кушетці, допоможіть пацієнтці лягти на неї на спину так, щоб ноги були зігнуті у колінних та кульшових суглобах, максимально розведені і притиснуті руками до живота. 4. Якщо дослідження проводиться на гінекологічному кріслі, допоможіть їй лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички. 3. Підійдіть до кушетки і станьте справа від пацієнтки біля її ніг обличчям до її обличчя. 4. Якщо дослідження проводиться на гінекологічному кріслі, станьте між ніг жінки.
4. Проведення дослідження ПРИМІТКА: Якщо мається транспорир перенесіть на нього пальці, не змінюючи їх положення, і визначте розміри кута.	1. Кінці дистальних фаланг великих пальців обох рук притисніть друг до друга і поставте на середину нижнього краю симфізу. 2. Долонну поверхню обох великих пальців



щільно притисніть до зовнішнього краю нижніх гілок лобкових та сідничних кісток.

3. За розташуванням пальців зробіть висновок про величину лобкового кута.

4. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу.

5. Якщо далі не проводиться інше дослідження допоможіть пацієнтці підвестися і запропонуйте їй вдягтися.

6. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

5. Оформлення документації

Дані занесіть у відповідну медичну документацію

6. Дезінфекція обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання розмірів виходу з малого тазу»

Мета: Оцінити розміри площини виходу з малого тазу і в комплексі з іншими розмірами, визначити форму вузького тазу та скласти план ведення вагітності або пологів.

Якщо при вимірюванні основних розмірів таза виникла підозра щодо його звуження, визначають додаткові розміри, до яких відноситься і розміри площини виходу з малого тазу.

Прямий розмір (відстань між нижнім краєм симфізу і верхівкою куприка) дорівнює 9,5 см; при проходженні плода через малий таз куприк відхиляється дозад на 1,5 – 2 см і розмір збільшується до 11 – 11,5 см. Поперечний розмір (відстань між сідничними буграми) дорівнює 11 см.

Вимірюють прямий розмір площини виходу з малого тазу за допомогою тазоміру. Поперечний розмір вимірюють сантиметровою стрічкою (або тазоміром з перехрещеними гілками).

Обладнання: Стерильні гумові рукавички, гінекологічне крісло або кушетка, індивідуальна пелюшка, тазомір, сантиметрова стрічка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Вимірювання розмірів виходу з малого тазу»

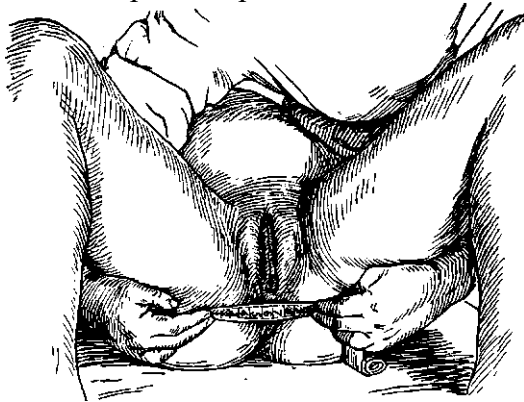
Етапи виконання	Послідовність дії
1. Підготовка всього необхідного до дослідження	1. Запропонуйте пацієнтці застелити індивідуальну пелюшку на гінекологічне крісло або кушетку.
2. Підготовка та положення пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Перед дослідженням жінка повинна провести туалет зовнішніх статевих органів.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися до пояса знизу. 3. Якщо дослідження проводиться на кушетці, допоможіть пацієнтці лягти на неї на спину так, щоб ноги були зігнуті у колінних та кульшових суглобах, максимально розведені і притиснуті руками до живота. 4. Якщо дослідження проводиться на гінекологічному кріслі, допоможіть їй лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи або підколінні ямки лежали на ноготримачах
3. Підготовка медичного персоналу до дослідження	1. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 2. Надягніть стерильні гумові рукавички. 3. Підійдіть до кушетки і станьте справа від пацієнтки біля її ніг обличчям до її обличчя. 4. Якщо дослідження проводиться на гінекологічному кріслі, станьте між ніг жінки.
4. Проведення дослідження А) вимірювання прямого розміру виходу з малого тазу	1. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була обернута догори, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, розведіть гілки. 2. Вказівним або середнім пальцем лівої руки промацайте середину нижнього краю симфізу і притисніть до нього гудзик тазоміру. 3. Вказівним або середнім пальцем правої руки промацайте верхівку куприка і притисніть до неї гудзик тазоміра.



ПРИМІТКА:

Отриманий результат більше справжнього. Для визначення прямого розміру виходу з таза треба від отриманої величини відняти 1,5 см, враховуючи товщу м'яких тканин.

В) вимірювання поперечного розміру з малого таза за допомогою сантиметрової стрічки



ПРИМІТКА: До отриманої величини треба додати 1-1,5 см, враховуючи товщу м'яких тканин.

4. Подивіться на шкалу тазоміра і запам'ятайте отриману величину.

1. Візьміть сантиметрову стрічку і трохи розгорніть її так, щоб початок її знаходився в лівій руці, а продовження в правій.
2. Утримуючи сантиметрову стрічку великим і вказівним пальцями лівої руки, вказівним або середнім пальцем пропальпуйте внутрішню поверхню правого сідничного бугра таза жінки і притисніть до нього нульову позначку сантиметрової стрічки великим пальцем.
3. Утримуючи сантиметрову стрічку великим і вказівним пальцями правої руки, вказівним або середнім пальцем пропальпуйте внутрішню поверхню лівого сідничного бугра таза жінки і великим пальцем притисніть до нього сантиметрову стрічку.
4. По місту стикання нігтьового краю дистальної фаланги великого пальця правої руки і сантиметрової стрічки визначте шукану величину і запам'ятайте її.
5. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу.
6. Допоможіть пацієнтці піднятися, якщо далі не буде проводитися інше дослідження.
7. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

5. Оформлення документації

Дані занесіть у відповідну медичну документацію.

6. Дезінфекція обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання.

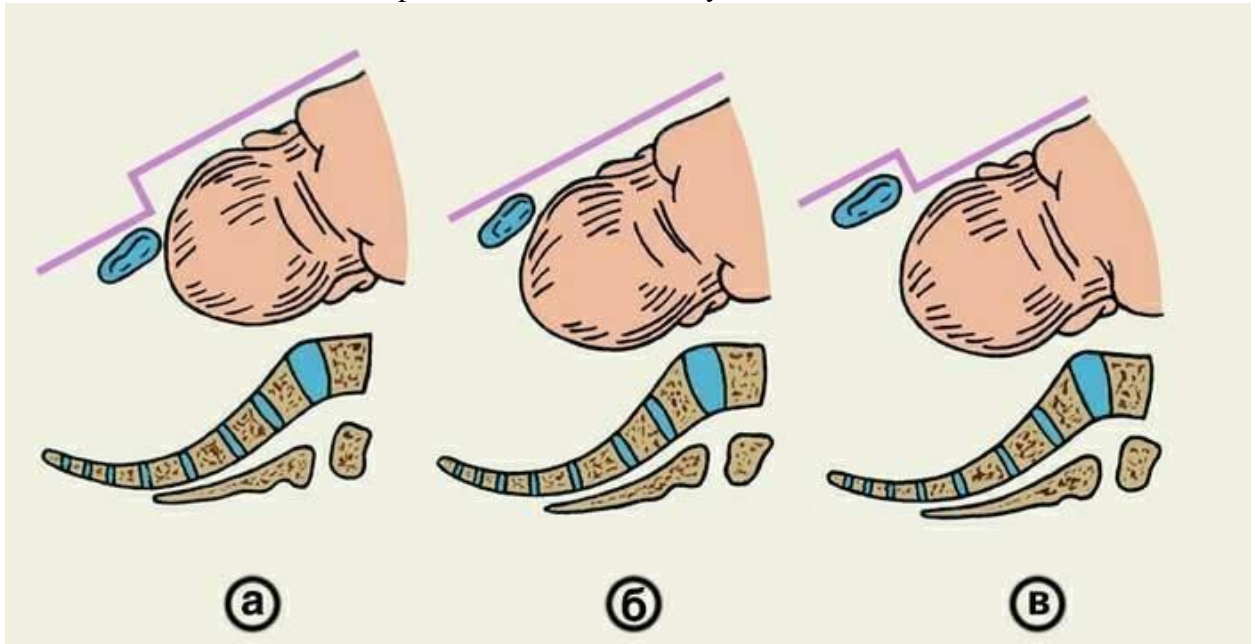
Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Визначення ознаки Вастена»

Мета: з'ясувати відповідність розмірів таза жінки та голівки плода, визначивши наявність і ступінь підняття передньої поверхні голівки плода над симфізом, та скласти план пологів (тобто діагностувати клінічно вузький таз).

Показання:

- великий плід;
- неправильні вставлення голівки плода;
- переношена вагітність;
- вузький таз.

Під час консервативного ведення пологів у роділь із вузьким тазом уважно стежать за просуванням голівки плода. За допомогою визначення ознаки Вастена з'ясовують чи опускається голівка плода у порожнину малого таза чи ні. Ознаку Вастена визначають після відходження навколоплідних вод і фіксації голівки плода у вході в малий таз.



Існує декілька методик визначення ознаки Вастена. Під час застосування першого методу дослідник пересуває руку з поверхні симфізу на ділянку передлеглої голівки.

Для другого методу використовується дві руки, які розташовують таким чином, щоб одна рука лежала на поверхні симфізу а інша на передлеглій голівці.

В залежності від положення рук робляться висновки. Якщо визначається ознака Вастена негативна - це свідчить про відповідність розмірів голівки плода і таза жінки. Пологи закінчуються через природні пологові шляхи.

Якщо ознака Вастена врівень - це свідчить про відносну відповідність розмірів голівки плода і таза жінки. Пологи через природні пологові шляхи можливі тільки за умов гарної пологової діяльності і доброї конфігурації голівки плода.

Якщо ознака Вастена позитивна - це свідчить про невідповідність розмірів голівки плода і таза жінки. Пологи через природні пологові шляхи не можливі. Проводять кесарів розтин.

Обладнання: Кушетка, пелюшка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом або скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Визначення ознаки Вастена»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Жінка попередньо	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці покласти індивідуальну пелюшку на кушетку .

повинна звільнити сечовий міхур.	3. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину і запропонуйте оголити живіт та лобок, ноги витягнути, руки покласти на груди або вздовж тулуба.
2. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійснить гігієнічне миття або антисептику рук. 2. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки.
3. Проведення дослідження. Перший метод. ПРИМІТКА: Якщо при переміщенні рука змістилася донизу, тобто передня поверхня передлеглої голівки плода лежить нижче від поверхні лобкового симфізу – ознака Вастена негативна. Якщо при переміщенні рука залишається в одній площині з симфізом, тобто передня поверхня передлеглої голівки плода лежить на одному рівні з поверхнею симфізу – Вастен врівень. Якщо при переміщенні рука піднімається догори, тобто передня поверхня передлеглої голівки плода лежить вище поверхні симфізу – Вастен позитивний.	Долоню правої руки покладіть на поверхню симфізу пацієнтки і перемістіть по передній стінці живота на ділянку передлеглої голівки плода .
Другий метод ПРИМІТКА: Коли рука, яка лежить на симфізі, розташована вище руки, яка лежить на передній поверхні передлеглої голівки плода, - Вастен негативний. Коли обидві руки знаходяться на одному рівні – Вастен врівень. Якщо рука, яка лежить на симфізі, розташована нижче руки, яка лежить на передній поверхні передлеглої голівки плода, – Вастен позитивний.	Долоню правої руки покладіть на симфіз, а долоню лівої руки на передню поверхню передлеглої голівки плода. Порівняйте положення рук.
	1. Допоможіть пацієнтці піднятися, якщо далі не буде проводитися інше дослідження. 2. Здійснить гігієнічне миття або антисептику рук. 3. Зробіть відповідні висновки.
4. Оформлення документації	Дані занесіть в історію пологів
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Вимірювання розміру Цангемейстера»

Мета: з'ясувати відповідність розмірів таза жінки та голівки плода, визначивши наявність і ступінь підняття передньої поверхні голівки плода над мисом, та скласти план пологів (тобто діагностувати клінічно вузький таз).

Показання:

- великий плід;
- неправильні вставлення голівки плода;
- переношена вагітність;
- вузький таз.

Під час консервативного ведення пологів у роділь із вузьким тазом, уважно стежать за просуванням голівки плода. За допомогою визначення розміру Цангемейстера з'ясовують чи опускається голівка плода у порожнину малого таза чи ні. Розмір Цангемейстера – це відстань між надкрижовою ямкою таза жінки та найбільш виступаючою точкою голівки плода.

Розмір Цангемейстера визначають після відходження навколоплідних вод і фіксації голівки плода у вході в малий таз за допомогою тазоміра. Спочатку вимірюють зовнішню кон'югату, а потім вимірюють розмір Цангемейстера.

Обладнання: Кушетка, індивідуальна пелюшка, тазомір.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Вимірювання розміру Цангемейстера»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка пацієнтки до дослідження ПРИМІТКА: Жінка попередньо повинна звільнити сечовий міхур.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Запропонуйте пацієнтці покласти індивідуальну пелюшку на кушетку. 3. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на лівий бік, нижню ногу зігнути у колінному та кульшовому суглобах, верхню – випростати. 4. Запропонуйте пацієнтці оголити живіт, лобок та крижову ділянку, ліву руку підкласти під голову.
2. Підготовка медичного персоналу до дослідження. ПРИМІТКА: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.	1. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук 2. Візьміть тазомір і підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки.
3. Проведення дослідження Якщо розмір Цангемейстера менший від розміру зовнішньої кон'югати на 3-4 см, це свідчить про відповідність розмірів голівки плода розмірам таза жінки, пологи закінчаться через природні шляхи. Якщо розміри однакові, це свідчить про нерізку невідповідність розмірів голівки плода розмірам таза жінки. Пологи через природні пологові шляхи можливі тільки за умов гарної пологової діяльності і доброї конфігурації голівки плода. Якщо зовнішня кон'югата коротша, то це означає, що розміри голівки не	1. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була обернута догори, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, розведіть гілки. 2. Виміряйте зовнішню кон'югату і запам'ятайте дану величину.

відповідають розмірам таза. Пологи через природні пологові шляхи не можливі. Потрібно робити кесарів розтин.



3.

4. Не зміщуючи гудзика задньої гілки тазоміру, переведіть гудзик передньої гілки на найбільш виступаючу точку передлеглої голівки плода.



5.

6. Подивіться на шкалу тазоміра – це і є розмір Цангемейстера – запам'ятайте його.

7. Допоможіть пацієнтці піднятися, якщо далі не буде проводитися інше дослідження.

8. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук.

9. Зробіть відповідні висновки.

4. Оформлення документації

Дані занесіть в історію пологів.

5. Дезінфекція обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички

«Демонстрація біомеханізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі»

Мета: знати особливості біомеханізму пологів при загальнорівномірно - звуженому тазі для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

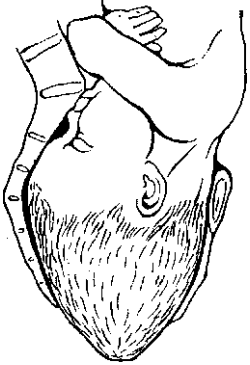
Загальнорівномірнозвужений таз спостерігається у жінок невисокого росту (150 см і нижче), правильної тілобудови, з тонкими кістками, недостатньо розвинутими зовнішніми та внутрішніми статевими органами, недостатньо вираженими молочними залозами. Для цього таза характерне рівномірне зменшення усіх розмірів і вузька лобкова дуга з гострим лобковим кутом.

Біомеханізм пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі відрізняється від механізму пологів, типового для нормального таза і має особливості, які властиві даній формі звуження.

Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички

«Демонстрація біомеханізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі»

Етапи виконання	Послідовність дій
<u>Демонстрація I моменту: Вставлення і максимальне згинання голівки плода</u> Перша особливість – максимальне згинання голівки плода, внаслідок чого мале тім'ячко розміщується на провідній лінії таза (асинклітизм Редерера).  Друга особливість – вставлення голівки найменшим розміром (від тімені до підпотиличної ямки – 9 см) у одному із косих розмірів входу в малий таз відповідно позиції плода. Третя особливість - значна конфігурація голівки внаслідок зменшення усіх розмірів таза – форма голівки різко виражена доліхоцефалічна – форма огірка (цукрова голівка). В деяких випадках на голівці утворюється дуже велика родова пухлина, яка може займати всю піхву, опускатися на тазове дно, викликаючи несправжні потуги	3. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 4. Візьміть ляльку, сильно зігніть її голівку і встановіть стріловидний шов в одному із косих розмірів входу малого таза так, щоб мале тім'ячко було найнижчою точкою голівки у вході в малий таз і знаходилося на провідній вісі. Вкажіть позицію та вид за положенням стріловидного шва і потилиці ляльки.
<u>Демонстрація II моменту: Внутрішній поворот голівки плода</u> Поворот відбувається так само, як і при нормальних розмірах таза, але значно повільніше. Стріловидний шов із косого розміру порожнини малого таза стає в прямий розмір виходу з малого таза, голівка потилицею повертається до симфізу.	1. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого таза, так щоб її провідна точка опинилася на межі широкої і вузької частини порожнини малого таза. 2. Поступово гвинтоподібно просуваючи голівку плода в порожнині малого таза, доможіться, щоб її стрілоподібний шов опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза, мале тім'ячко знаходилося біля

<u>Демонстрація III моменту: Розгинання голівки</u> Значно зігнута голівка плода розгинається більш повільно, ніж при нормальних розмірах таза. IУ особливість - В наслідок того, що лобковий кут гострий, голівка плода, проходячи через вихід таза, не може утворити точку фіксації з нижнім краєм симфізу. Тому виникають дві точки фіксації, навколо яких і відбувається розгинання голівки плода. При цьому голівка спрямовується у бік промежини і викликає її глибокі розриви. У особливість – часто виникає кефалогематома.	симфізу. 1. Підведіть голівку ляльки під лобковий кут так, щоб тім'яні кістки голівки плода і кістки, які утворюють лобковий кут, утворили дві точки фіксації. 2. Розігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на її народженні.
<u>Демонстрація IУ моменту: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки</u> відбувається відповідно біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.	1. Поверніть ляльку так, щоб її плічка стали в прямий розмір виходу з малого таза, голівка при цьому повернеться самостійно. 2. Зауважте, що голівка повертається потилицею до внутрішньої поверхні стегна роділлі відповідно позиції. 3. Продемонструйте народження плічок плода, утворивши точку фіксації між плечем (місце прикріплення дельтоподібного м'яза) та нижнім краєм симфізу скелетованого таза. 4. Першим звільніть заднє плече, потім переднє. 5. Продемонструйте народження тулуба по провідній вісі таза.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при поперечнозвуженому тазі»

Мета: знати особливості біомеханізму пологів при поперечнозвуженому тазі для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

В наш час серед вузьких тазів поперечнозвужений таз зустрічається дуже часто (25%). Поперечнозвужений таз може спостерігатися у вагітних з двостороннім анкілозом крижово-клубових зчленувань і проявами інфантилізму. У жінок з даною патологією низький ріст та чоловічий тип будови тіла.

Характеризується такий таз зменшенням поперечних розмірів малого таза, поперечного розміру крижового ромба, зближенням сідничних кісток, може спостерігатися сплюснення крижів. Внаслідок цього відносно збільшуються прямі розміри малого таза, у зв'язку з такими змінами вхід у малий таз набуває повздовжньо-овальної або круглої форми. В кінці вагітності і з початком пологової діяльності спостерігається високе пряме стояння стрілоподібного шва. Мале тім'ячко може розташовуватися біля лобка (передній вид) або біля мису (задній вид). Передній вид даного вставлення благоприємний для пологів. При виникненні заднього виду найчастіше виникає клінічно вузький таз і потребується оперативне родорозрішення.

Біомеханізм пологів при поперечнозвуженому тазі відрізняється від механізму пологів, типового для нормального таза і має особливості, які властиві даній формі звуження.

Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при передньому виді вставлення голівки у поперечнозвужений таз»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. <u>Демонстрація I моменту: Згинання голівки плода</u> стріловидний шов в прямому розмірі входу в малий таз; мале тім'ячко біля симфізу; провідна точка – мале тім'ячко. Пройшовши площину входу, широкую та вузьку частини малого таза, голівка, не виконуючи внутрішнього повороту, опускається на тазове дно.	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, зігніть її голівку і встановіть стріловидний шов в прямий розмір входу малого таза так, щоб мале тім'ячко було найнижчою точкою голівки і знаходилося біля симфізу. Просуньте голівку ляльки через порожнину малого таза, зберігаючи положення стрілоподібного шва у прямих розмірах всіх площин.
3. <u>Демонстрація II моменту: Розгинання голівки</u> - утворюється точка фіксації – підпотилична ямка упирається в нижній край симфізу і навколо цієї точки відбувається розгинання голівки плода, яке відбувається під час "врізування" та "прорізування" її. Далі голівка повністю народжується, прорізуючись через вульву обводом 32 см, який відповідає малому косому розміру; - голівка має доліхоцефалічну форму і родову пухлину у ділянці малого тім'ячка.	1. Підведіть голівку ляльки під лобковий кут і утворіть точку фіксації. 2. Розігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на її народження.
4. <u>Демонстрація III моменту: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки</u> відбувається відповідно біомеханізму пологів при	1. Поверніть ляльку так, щоб її плічка стали в прямий розмір виходу з малого таза, голівка при цьому повернеться самостійно. 2. Зауважте, що голівка повертається потилицею до внутрішньої поверхні стегна роділлі.

передньому виді потиличного передлежання.	3. Продемонструйте народження плічок плода, утворивши точку фіксації між плечем (місце прикріплення дельтоподібного м'яза) та нижнім краєм симфізу скелетованого таза. 4. Першим звільніть заднє плече, потім переднє. 5. Продемонструйте народження тулуба по провідній вісі таза.
--	--

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Демонстрація біомеханізму пологів при плоскоряхітичному тазі»

Мета: знати особливості біомеханізму пологів при плоскоряхітичному тазі для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

Плоскоряхітичний таз формується внаслідок перенесеного в дитинстві рахіту і характеризується зменшенням прямого розміру входу в малий таз за рахунок значного виступу мису наперед. Іноді на передній поверхні крижів, які сплюснені, вкорочені і повернуті навколо горизонтальної вісі так, що основа їх наближена до лобкового симфізу, внаслідок скостеніння хряща між 1 і 2 крижовими хребцями утворюється додатковий (несправжній) мис, який створює труднощі для просування передлеглої частини плода. Значно розгорнуті крила клубових кісток, відстань між передньоверхніми остями клубових кісток збільшена. Сідничні горби розходяться, тому збільшується поперечний розмір виходу з малого тазу і лобковий кут стає тупим (понад 90°). Порожнина плоскоряхітичного тазу звичайних розмірів або дещо більша. Куприк плоский, тонкий, іноді разом із нижнім крижовим хребцем загнутий гакоподібно наперед. Верхівка крижів відхилена назад, тому прямий розмір виходу з малого тазу нормальний або збільшений.

При зовнішньому акушерському дослідженні звертають на себе увагу широкі стегна, великий лобковий кут, $d. Spinarum = d. Cristarum$, зменшення висоти верхнього трикутника та вкорочення вертикального при розширеному горизонтальному розмірі крижового ромбу, зменшені зовнішня та бокові кон'югати.

Біомеханізм пологів при плоскоряхітичному тазі відрізняється від механізму пологів, типового для нормального тазу і має особливості, які властиві даній формі звуження.

Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Демонстрація біомеханізму пологів при плоскоряхітичному тазі»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. <u>Демонстрація I моменту: Розгинання і асинклітичне вставлення голівки плода.</u> Перша особливість – тривале високе стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз. Друга особливість – розгинання голівки плода до тих пір, поки її малий поперечний розмір (8,5 см) не співпаде з прямим розміром площини входу в малий таз, а великий поперечний (9,5 см) відхиляється в сторону, де більший простір. В залежності від ступеню звуження тазу виникає розгинання голівки різного ступеню: передньоголове, лобне, лицьове вставлення. У більшості випадків виникає передньоголове вставлення, провідна точка – велике тім'ячко, воно розміщується нижче малого. Третя особливість – асинклітичне вставлення голівки плода. Тобто голівка плода входить в малий таз не рівномірно і одночасно обома тім'яними буграми, а таким чином, що одна тім'яна кістка першою поступово опускається в таз, а друга залишається над входом. Виникає або передньотім'яне вставлення голівки плода (асинклітизм Негеле), або задньотім'яний асинклітизм Літцмана. Пологи при задньотім'яному вставленні голівки неможливі, тому що разом з голівкою в таз вклинюється заднє плече. У новонародженого можна бачити різку конфігурацію голівки: зміщення тім'яних кісток одна на одну, зазвичай на передній визначається велика родова пухлина, а на задній –	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, розігніть її голівку і встановіть стріловидний шов в поперечний розмір входу малого тазу так, щоб велике тім'ячко було найнижчою точкою голівки у вході в малий таз і знаходилося на провідній вісі. 3. Поверніть голівку плода так, щоб стрілоподібний шов знаходився ближче до крижів (утворіть передньотім'яний асинклітизм). 4. Вкажіть позицію за положенням стріловидного шва і потилиці ляльки.

заглибина різної форми і величини внаслідок притискання черепа до мису.	
<u>2. Демонстрація II моменту: Внутрішній поворот голівки плода</u> Голівка плода, простоявши в площині входу в малий таз і пристосувавшись до зменшеного її прямого розміру, на висоті однієї з перейм зісковзує з мису. Асинклітизм виправляється і в порожнині малого таза сагітальний шов стає посередині між симфізом і мисом. IV особливість – "штурмові пологи". Голівка дуже швидко проходить широку і вузьку частини таза, опускається на тазове дно, де і відбувається її внутрішній поворот потилицею до крижів. Стріловидний шов із поперечного розміру порожнини малого таза стає в прямий розмір виходу з малого таза. Іноді поворот можна спостерігати при врізуванні або вже при прорізуванні голівки плода. ПРИМІТКА: Якщо голівка встигає зігнутися, тоді надалі механізм пологів відбувається так само, як і при передньому виді потиличного передлежання, тільки всі моменти здійснюються дуже швидко. Якщо голівка плода залишається у розігнутому стані і механізм пологів здійснюється, як при передньоголовному передлежанні.	1. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого таза, так щоб її провідна точка опинилася на межі широкої і вузької частини порожнини малого таза. 2. Виставте голівку ляльки так, щоб стрілоподібний шов став на однаковій відстані від крижів і симфізу. 3. Опустіть голівку плода на тазове дно і поверніть її так, щоб стрілоподібний шов опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза, мале тім'ячко знаходилося біля крижів. 4. Наступні моменти біомеханізму пологів продемонструйте згідно відповідного алгоритму.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при простому плоскому тазі»**

Мета: знати особливості біомеханізму пологів при простому плоскому тазі для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

Простий плоский таз формується за рахунок наближення крижової кістки до симфізу. Внаслідок цього усі прямі розміри таза вкорочені, вертикальний розмір крижового ромба та висота верхнього трикутника зменшуються. Жінки з таким різновидом таза мають нормальну будову тіла.

Біомеханізм пологів при простому плоскому тазі відрізняється від механізму пологів, типового для нормального таза і має особливості, які властиві даній формі звуження.

Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при простому плоскому тазі»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Демонстрація I моменту: Розгинання і асинклітичне вставлення голівки плода. Перша особливість – тривале високе стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз. Друга особливість – розгинання голівки плода до тих пір, поки її малий поперечний розмір не співпадає з прямим розміром площини входу в малий таз. В залежності від ступеню звуження таза виникає розгинання голівки різного ступеню: передньоголовне, лобне, лицьове вставлення. У більшості випадків виникає передньоголовне вставлення, провідна точка – велике тім'ячко. Третя особливість – асинклітичне вставлення голівки плода. Тобто голівка плода входить в малий таз не рівномірно і одночасно обома тім'яними буграми, а таким чином, що одна тім'яна кістка першою поступово опускається в таз, а друга залишається над входом. Виникає або передньотім'яне вставлення голівки плода(асинклітизм Негеле), або задньотім'яний асинклітизм Літцмана. Пологи при задньотім'яному вставленні голівки неможливі, тому що разом з голівкою в таз вклинюється заднє плече.	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, розігніть її голівку і встановіть стріловидний шов в поперечний розмір входу малого таза так, щоб велике тім'ячко було найнижчою точкою голівки у вході в малий таз і знаходилося на провідній вісі. 3. Поверніть голівку плода так, щоб стріловидний шов знаходився ближче до крижів (утворити передньотім'яний асинклітизм). 4. Вкажіть позицію за положенням стріловидного шва і потилиці ляльки.
2. Демонстрація II моменту: Внутрішній поворот голівки плода Голівка плода, простоявши в площині входу в малий таз і пристосувавшись до зменшеного її прямого розміру, поступово опускається в порожнину таза таким чином, що сагітальний шов стає посередині між симфізом і мисом, тобто передній асинклітизм виправляється. Четверта особливість – низьке поперечне стояння стріловидного шва, яке утворюється внаслідок вкорочення прямих розмірів порожнини малого таза і неможливості голівки здійснити	1. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого таза, так щоб її провідна точка опинилася на межі широкої і вузької частини порожнини малого таза. 2. Виставте голівку ляльки так, щоб стрілоподібний шов став на однаковій відстані від крижів і симфізу. 3. Опустіть голівку плода на тазове дно і повернути її так, щоб її стрілоподібний шов опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза,

внутрішній поворот. П'ята особливість – ротація голівки тільки на тазовому дні. Голівка поступово проходить широку і вузьку частини таза, опускається на тазове дно, де і відбувається її внутрішній поворот потилицею до крижів, який можна спостерігати при врзуванні або вже при прорізуванні голівки плода. Тоді надалі механізм пологів відбувається так само, як і при передньому виді потиличного передлежання. ПРИМІТКА: Якщо поворот не відбувається, проводять оперативне розродження.	мале тім'ячко знаходилося біля крижів. 4. Наступні моменти біомеханізму пологів продемонструйте згідно відповідного алгоритму.
--	--

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при чисто сідничному передлежанні»

Мета: знати біомеханізм пологів для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

	При чисто сідничному передлежанні плода над входом в малий таз знаходяться сіднички плода, ніжки зігнуті у кульшових і розігнуті у колінних суглобах і витягнуті вздовж тулуба і притискають ручки до тулуба В кінці вагітності і з початком пологів сідниці знаходяться в одному із косих розмірів входу в малий таз своїм поперечним розміром (linea intertrochanterica). Просування плода по пологовим шляхам починається зазвичай після вилиття навколоплідних вод.
---	---

Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні має певні особливості.
 Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при чисто сідничному передлежанні»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. <u>Демонстрація I моменту:</u> <u>Внутрішній поворот сідниць</u>  1 - сідниці, просуваючись в порожнині малого таза здійснюють поворот, який починається на межі широкої і вузької частини малого таза і закінчується на тазовому дні; - linea intertrochanterica із косого розміру порожнини поступово переходить в прямий розмір виходу з малого таза; - передня сідниця підходить до лона, знаходиться нижче задньої і є провідною точкою; - позиція і вид визначається по розташуванню крижів.	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, встановіть сідниці в косий розмір входу малого таза так, щоб передня сідниця була найнижчою точкою у вході в малий таз. 3. За розташуванням крижів визначте позицію і вид. 4. Поступово гвинтоподібно просуваючи тазовий кінець ляльки в порожнині малого таза, доможіться, щоб її linea intertrochanterica опинилася в прямому розмірі площини виходу з малого таза, передня сідниця знаходилася біля симфізу.
2. <u>Демонстрація II моменту:</u> <u>Бокове згинання тулуба плода у попереково-</u>	1. Просуньте ляльку в порожнині таза так, щоб ділянка передньої клубової кістки підійшла

грудному відділі хребта



- під впливом перейм плід просувається далі і першою "прорізується" передня сідниця;
- подальший поступальний рух плода призводить до утворення точки фіксації – ділянка передньої клубової кістки плода упирається в нижній край симфізу;
- навколо цієї точки відбувається сильне бокове згинання хребта плода по провідній вісі таза і народжується задня сідниця і увесь тазовий кінець плода;
- як тільки народжується тазовий кінець, тулуб випрямляється і за декілька потуг народжується до пупка, а далі – до нижнього кута лопаток, трохи повертаючись спинкою допереду.

до нижнього краю симфізу.

2. Зігнувши ляльку у попереково-грудному відділі, акцентуйте увагу на народженні задньої сідниці і всього тазового кінця плода.

3. Демонстрація III моменту: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот тулуба



- під час народження тазового кінця плічка плода своїм біакроміальним розміром (12 см) вставляються вхід в малий таз у тому ж косому розмірі, в якому знаходився поперечник сідниць.
- просуваючись по порожнині малого таза, при переході із широкої частини порожнини малого таза в вузьку плічка переходять в косий розмір, а на тазовому дні – в прямий розмір виходу із малого таза;

1. Встановіть ляльку так, щоб поперечник плічок збігся з тим косим розміром, в якому знаходився поперечник сідниць.

2. Поступово гвинтоподібно просуваючи ляльку в порожнині малого таза, доможіться, щоб біакроміальний розмір плечей опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза.

4. Демонстрація ІУ моменту: Бокове згинання тулуба у шийно-грудному відділі хребта



переднє плечико впирається у нижній край симфізу, утворюється друга точка фіксації у місці прикріплення дельтовидного м'язу(межа верхньої і середньої третини плеча), навколо якої відбувається згинання тулуба плода в шийно-грудному відділі відповідно з направленням родового каналу;
при цьому над промежиною народжується заднє плічко, а потім повністю звільняється переднє плічко;
ручки, схрещені на грудній клітині, випадають самі або їх звільняють за допомогою ручної допомоги

1. Підведіть переднє плече ляльки у місці прикріплення дельтовидного м'язу під нижній край симфізу.

2. Зігніть тулуб ляльки у шийно-грудному відділі і акцентуйте увагу на народженні заднього плічка.

3. Звільніть переднє плічко і ручки плода.

5. Демонстрація V моменту: Внутрішній поворот голівки



- як тільки плід народжується до пупка, голівка вступає в малий таз;
- стріловидний шов співпадає з косим розміром входу в малий таз, протилежним тому, через який пройшли сідниці і плічка;
- в порожнині малого таза голівка просувається і поступово повертається потилицею до переду (к лобку);
- стріловидний шов встановлюється в прямому розмірі виходу з таза.

1. Встановіть голівку ляльки стріловидним швом в косий розмір входу в малий таз, протилежний тому, через який пройшли сідниці і плічка.

2. Поступово гвинтоподібно просуваючи голівку ляльки в порожнині малого таза, доможіться, щоб її стріловидний шов опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза, потилиця знаходилася біля симфізу.

6. Демонстрація УІ моменту:
Згинання голівки плода



- коли із статевої щілини з'являється шия плода, голівка упирається в нижній край симфізу ділянкою підпотиличної ямки (третя точка фіксації), навколо якої відбувається згинання;
- внаслідок цього голівка прорізується, над промежиною послідовно викочуються підборіддя, рот, ніс, лоб, тім'я і потилиця плода і голівка повністю народжується;

Висновки:

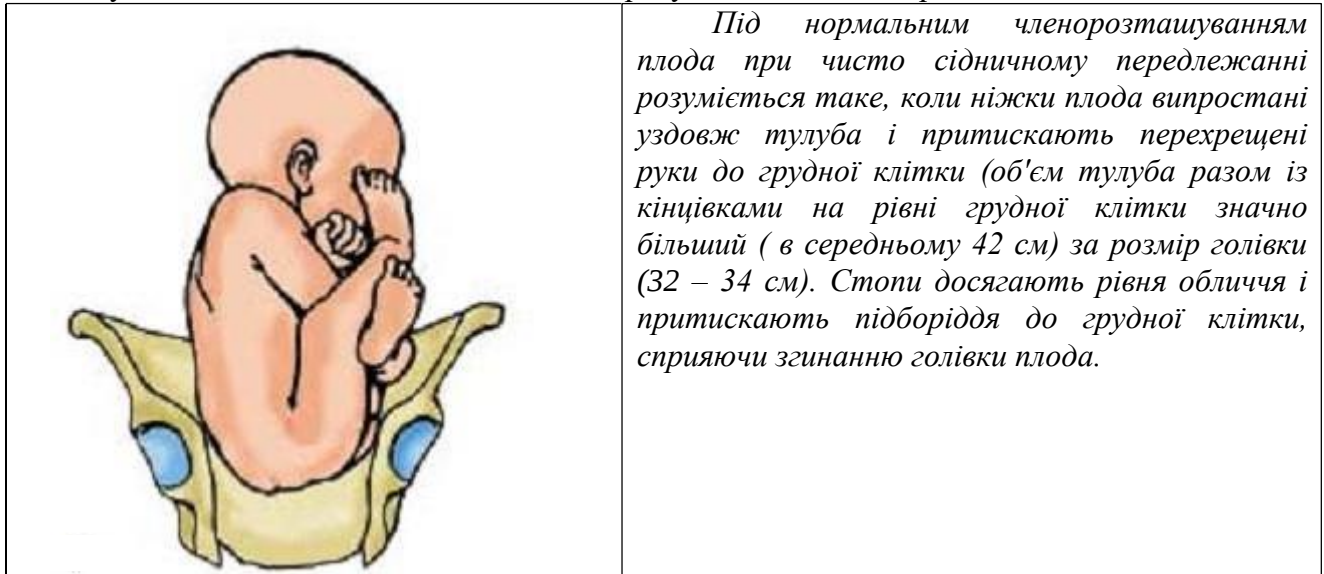
1. Голівка прорізується через вульву обводом 32 см, який відповідає малому косому розміру (9,5 см).
2. Внаслідок того, що голівка плода швидко прорізується вона не змінює конфігурації, форма її округла.
3. Провідна точка – передня сідниця, на ній утворюється родова пухлина, яка часто переходить на зовнішні статеві органи плода (набряк мошонки або статевих губ).
4. Точки фіксації: 1- ділянка передньої клубової кістки; 2 – місце прикріплення дельтовидного м'язу; 3 – підпотилична ямка.

1. Підведіть підпотиличну ямку до нижнього краю симфізу і утворіть точку фіксації.

2. Зігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на її народження.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні плода за методом
Цов'янова І»**

Мета: Зберегти нормальне членорозташування плода, попереджуючи закидання ручок і розгинання голівки плода, та достатньо розширити пологові шляхи для проходження послідувочої голівки, а також забезпечити просування плода по провідній вісі таза.



Використовуючи метод Цов'янова таке членорозташування підтримується тим, що ніжки плода притискають до тулуба і не дають їм передчасно народжуватися.

При ручній допомозі плід тільки підтримують, а не витягують його. При наявності асистента, необхідно щоб він зверху через передню черевну стінку натискав на голівку плода, запобігаючи її розгинанню.

Перед наданням допомоги проводиться пудендальна анестезія та здійснюється епізіотомія.

Допомога починається з моменту прорізування сідниць і закінчується народженням плечового поясу, одночасно з яким народжуються ніжки та самостійно випадають ручки плода.

Обладнання: ліжко Рахманова, інструментальний пересувний столик приготовлений для пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, лялька.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні плода за методом Цов'янова І»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до виконання маніпуляції.	1. Приготуйте ліжко Рахманова до пологів. 2. Накрийте стерильний пересувний столик відповідно вимогам, зокрема, приготуйте стерильні гумові рукавички, стерильний матеріал: ватні кульки, серветки, антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 5% розчин йоду спиртового, корнцанг. 3. Під час приймання пологів акушерка відкриває столик, піднімаючи верхню пелюшку. 4. Приготуйте все необхідне для проведення реанімації новонародженого
2. Підготовка та положення роділлі до проведення маніпуляції.	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка, під нього підкладений валик, щоб зменшити кут нахилу таза. Руками роділля тримає віжки, які тягне на себе під

	час перейм. Ніжний кінець ліжка засунутий, а головний – піднятий. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань"
3. Підготовка медичного персоналу до виконання маніпуляції.	1. Підготуйтеся для прийняття пологів відповідно вимогам. 2. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлю (між ніг жінки)
4. Виконання маніпуляції.  ПРИМІТКА: Таке розташування рук попереджає передчасне випадіння ніжок та звисання тулуба. Якщо пульсація пуповини відсутня – плід витягають за тазовий кінець. ПРИМІТКА: Голівку необхідно народити швидко – за 1-2 потуги. Якщо голівка розігнулася, її звільняють за методом Морісо-Левре-Лашапель.	1. З моменту прорізування сідниць захопіть плід таким чином, щоб великі пальці обох рук знаходилися на задній поверхні стегон плода, а чотири інших пальця лежали на попереково-крижовій області.  2. Постійно регулюючи потуги, при поступовому народженні тулуба пересувajte пальці рук уздовж плода у напрямку до статевої щілини роділлі, обережно притискаючи ніжки плода до живота, щоб вони не народилися раніше плечового пояса.  3. Тулуб, який народжується, спрямовуйте до верху по провідній вісі родового каналу.



4. Коли тулуб народився до пупкового кільця, перевірте чи немає притиснення пуповини (чи пульсує вона).
5. При пульсації пуповини продовжуйте далі надавати допомогу.
6. Якщо пуповина натягнута – послабте її.
7. Якщо натяг пуповини послабити не вдається, переріжте її відповідно до вимог і прискорте пологи.
8. Якщо пуповина проходить між ніжками плода, обережно зніміть її через задню сідницю.
9. Коли Ваш мізинець торкнеться нижнього кута передньої лопатки, направте сідниці донизу і в сторону спинки плода для народження передньої ручки.
10. Далі зробіть тракцію догори – народжується задня ручка і плечовий пояс, одночасно випадають ніжки (п'ятки) плода. На цьому ручна допомога за Цов'яновим I закінчується.
11. Для народження голівки, тримаючи плід за грудну клітину (ручки притиснуті по боках), зробіть тракцію донизу, щоб утворилася точка фіксації між підпотиличною ямкою та нижнім краєм симфізу, потім здійсніть тракцію догори, ніби на живіт до матері – у глибині статевої щілини з'являються підборіддя, рот плода. При сильних потугах голівка народжується самостійно.
12. Продовжить прийом пологів.

5. Дезінфекція
обладнання

Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Ручна допомога при ніжному передлежанні плода за методом Цов'янова II»

Мета: Утримати ніжки плода у піхві до повного відкриття маткового зіву та перевести ніжне передлежання у змішане, і таким чином, підготувати пологові шляхи для проходження послідувочої голівки плода.



Під час здійснення допомоги за методом Н.А. Цов'янова при ніжному передлежанні ніжки плода, просуваючись по родовому каналу і зустрічаючи протидію з боку промежини, поступово згинаються в колінних і кульшових суглобах, а сідниці опускаються донизу і плід ніби сідає навпочіпки, тобто створюється змішане сідничне передлежання. Ніжки разом із сідницями сильно тиснуть на крижово-маткове нервово сплетіння, викликають посилення пологової діяльності, в результаті чого відбувається повне розкриття маткового зіву.

Перед проведенням допомоги за Цов'яновим II проводиться піхвове дослідження для уточнення акушерської ситуації. Надання допомоги починається при опусканні ніжок у піхву, що можливо при відходженні навколоплідних вод і відкритті маткового вічка на 6-7 см. З моменту з'ясування повного відкриття маткового зіву ручна допомога за Цов'яновим II закінчується і пологи ведуться за правилами для змішаного сідничного передлежання.

Обладнання: Ліжко Рахманова, інструментальний пересувний столик приготовлений для пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Ручна допомога при ніжному передлежанні плода за методом Цов'янова II»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до маніпуляції.	1. Приготуйте ліжко Рахманова до пологів. 2. На інструментальному пересувному столику, накритому відповідно вимогам, приготуйте, зокрема, стерильні гумові рукавички, стерильний матеріал: ватні кульки, серветки, пелюшки, антисептичні засоби: спирт, 5% розчин йоду спиртового, корнцанг. 3. Під час приймання пологів акушерка відкриває столик, піднімаючи верхню пелюшку. 4. Приготуйте все необхідне для проведення реанімації новонародженого
2. Положення та підготовка роділлі до маніпуляції	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка, під нього підкладений валик, щоб зменшити кут нахилу таза. Руками роділля тримає віжки, які тягне на себе під час переїм. Ніжний кінець ліжка трохи висунутий, а головний – піднятий. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму

	"Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань"
3. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції.	1. Підготуйтеся для прийняття пологів відповідно вимогам. 2. Сядьте на стілець між ніг роділлі справа біля неї або безпосередньо перед нею.
4. Виконання маніпуляції. ПРИМІТКА: Ознаки повного відкриття маткового зів: - сильні часті потуги - контракційне кільце на 4-5 поперечних пальців вище верхнього краю симфізу - зяяння анусу - випинання промежини - зяяння статевої щілини - ніжки неможливо утримати протидією (стопи плода виходять з-під долоні).  	1. З моменту опускання ніжок плода у піхву візьміть стерильну пелюшку і покладіть її на зовнішні статеві органи роділлі.  2. Лікоть та передпліччя правої руки покладіть на нижній кінець ліжка Рахманова, долоню правої руки на статеву щілину роділлі. 3. Щільно притискаючи рукою вульву особливо під час перейм, протидійте передчасному народженню незігнутих в колінних суглобах ніжок плода. 4. З моменту появи ознак повного відкриття маткового зів припиніть протидію, приберіть пелюшку з вульви - допомога за методом Цов'янова II закінчилася. 5. Притримуйте плід, який не зустрічаючи перешкоди при наступній переймі, швидко просувається пологовыми шляхами. 6. При народженні плода до пупкового кільця і захопіть його так, щоб великі пальці обох рук знаходилися на сідницях та крижах плода, а чотири інших пальці розташовувалися у ділянці стегон спереду, по-можливості так, щоб фіксувати два суглоба: колінний та кульшовий. 6. Народіть плід до нижнього кута передньої лопатки (плічки плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі площини виходу з малого таза). 7. Тулуб відхилить донизу (дозаду) – із-під симфізу самостійно народжується передня ручка. 8. Підніміть сідниці плода догори, щоб дати можливість самостійно народитися задній ручці. 9. У разі неможливості самостійного народження ручок плода, це розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги при тазових передлежаннях.
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Класична ручна допомога при тазовому передлежанні плода»

Мета: Виведення ручок та голівки плода, який народжується у змішаному сідничному



передлежанні.

Класичну ручну допомогу починають після народження плода до нижнього кута передньої лопатки. Ручки плода звільняють одноименною рукою акушера. Першою завжди звільняють задню ручку. Під час здійснення допомоги акушер постійно регулює потуги.

Допомога поділяється на 4 моменти:

1. Звільнення задньої ручки.
2. Переведення передньої ручки у задню.
3. Звільнення другої ручки.
4. Звільнення послідувочої голівки плода.

Виведення голівки плода полегшується, коли помічник натискає на неї зверху, через передню черевну стінку.

Обладнання відповідає оснащенню індивідуального пологового зала для ведення ускладнених пологів (наказ МОЗ України від 22.05.2007р. № 234 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняної інфекції в акушерських стаціонарах»).

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, лялька.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Класична ручна допомога при тазовому передлежанні плода»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до маніпуляції. ПРИМІТКА: Під час приймання пологів акушерка відкриває столик, піднімаючи верхню частину простирадла.	1. Приготуйте пологове ліжко до пологів відповідно вимогам. 2. Приготуйте інструментальний пересувний столик відповідно вимогам. 3. Приготуйте все необхідне для проведення реанімації новонародженого
2. Підготовка та положення роділлі до маніпуляції	1. Роділля лежить на ліжку-трансформері (Рахманова) на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Руками роділля тримає віжки, які тягне на себе під час перейм. Нижній кінець ліжка засунутий, а головний – піднятий. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань"
3. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції.	1. Підготуйтеся для прийняття пологів відповідно вимогам. 2. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлею (між ніг жінки)

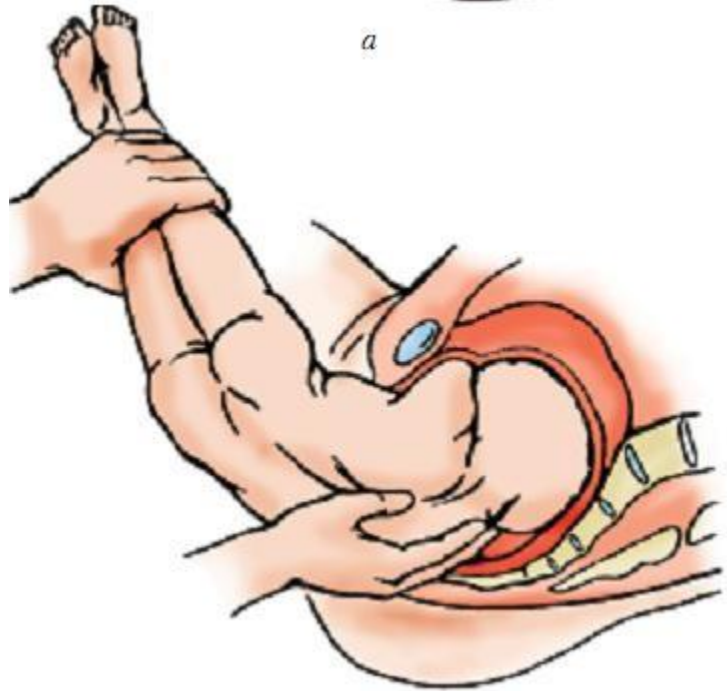
4. Виконання маніпуляції.

А) Звільнення ручок

ПРИМІТКА: Відповідно до наказу МОЗ України № 899 від 27.12.2006 року «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода» для переведення передньої ручки в задню плід захоплюють так, щоб великі пальці обох рук знаходилися на сідницях та крижах плода, а чотири інших пальці розташовувалися у ділянці стегон спереду (не торкаючись живота плода) і повертають його на 180°С, спинка плода при цьому проходить під симфізом.



1. Захопіть рукою (відповідно позиції плода, при I – лівою, при II – правою) обидві ніжки плода за гомілки у нижній третині і відведіть їх догори і в сторону пахового згину матері протилежно спинці плода (при I позиції до правого стегна).



При цьому задня ручка може народитися самостійно.

2. Якщо задня ручка не народилася сама, вказівний і середній палець вільної руки введіть в пологові шляхи з боку тій половини крижової западини, куди обернута спинка плода.

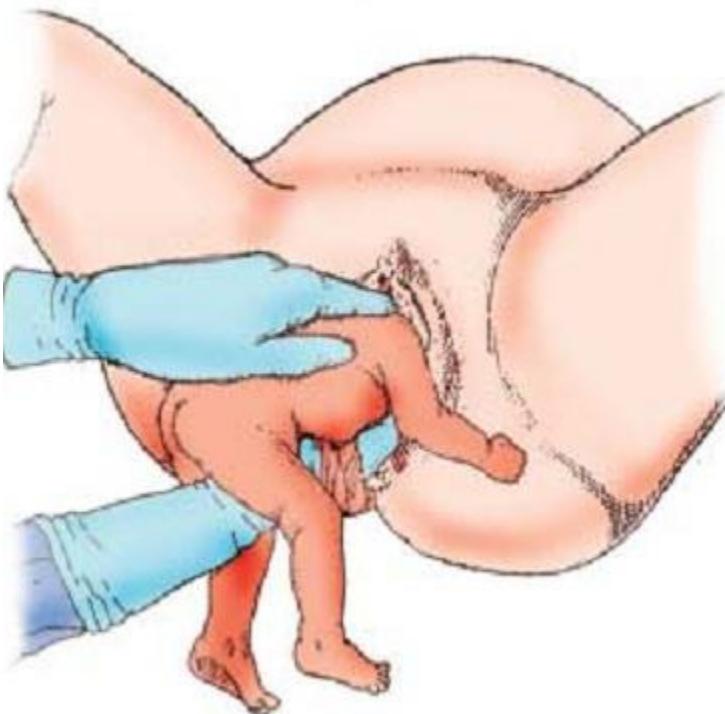
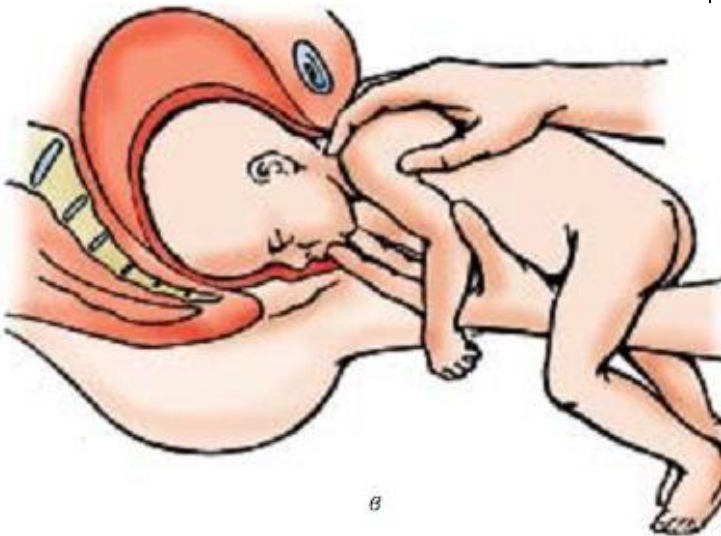
3. Просуньте пальці по спинці плода, далі по плечика, дійдіть до ліктьового згину і без насилля, обережно згинаючи ручку плода у ліктьовому суглобі, виведіть її із пологових шляхів, не відводячи від тулуба. Ручка ковзає по личку (якщо вона закинута) і грудній клітці, роблячи "вмивальний рух".

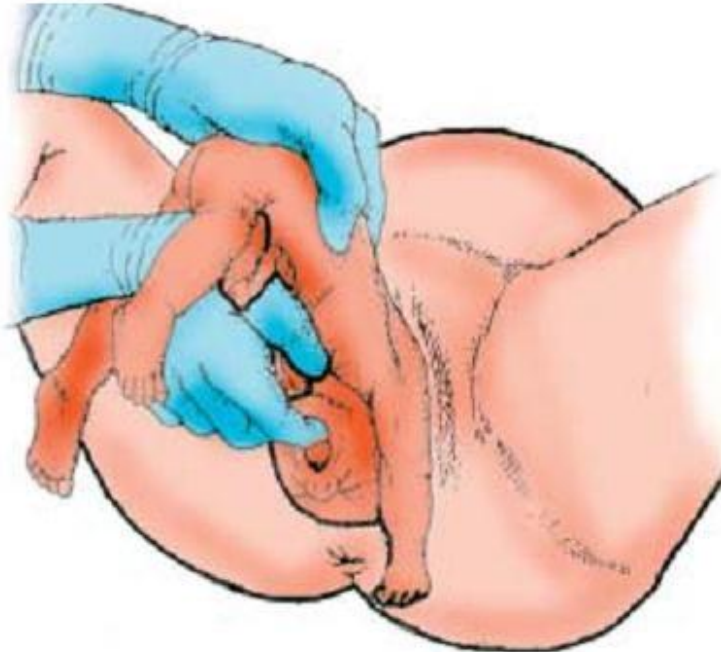
4. Захопіть обома руками плід таким чином, щоб великі пальці розмістилися уздовж хребта, а інші – на передній поверхні грудної клітки.

5. Ручку, що народилася притисніть своєю долонею до бокової стінки грудної клітини для попередження її травмування.

6. Поверніть плід на 180° навколо його повздовжньої вісі, так щоб потилиця пройшла під симфізом. Повертаючи плід, не можна його відтягувати донизу, навпаки, необхідно ніби "підштовхувати" його у глибину таза. Поворот закінчіть, коли спинка плода повернулася до другого стегна матері.

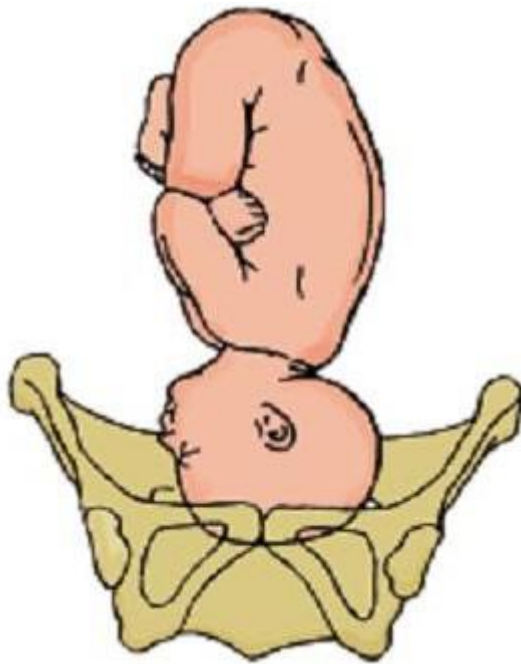
7. Знову захопіть рукою (відповідно позиції плода, при I – лівою, при II – правою) обидві ніжки плода за гомілки і відведіть тулуб догори і до другого пахового згину матері.

	8. Звільніть другу ручку плода так само, як і першу.
В) Виведення голівки плода за методом Морісо-Левре-Лашапель ПРИМІТКА: Голівку треба народити швидко за 2-3 потуги, щоб попередити асфіксію плода. ПРИМІТКА: В цей момент асистент натискає над лобком роділлі і підсилює згинання голівки.	1. На руці, яка останньою виводила ручку плода, розмістіть плід верхи (у позі "вершника") з перекинутими по обидві сторони руки ніжками, тулуб плода розташуйте зверху вашої долоні і передпліччя.  2. Вказівний та безіменний пальці тієї ж самої руки розташуйте на скулових кістках обличчя плода, а середній палець введіть в рот плода. 3. Однойменні пальці другої (зовнішньої) руки встановіть вилоподібно по бокам шиї, не натискаючи на ключиці, а середній палець - на потилицю, долоню щільно притисніть до спинки плода.  4. Пальцем, введеним у рот плода, обережно натисніть на нижню щелепу вниз і наблизьте її до грудей плода. 5. Середнім пальцем верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до грудини, доки

	прикладений знизу тиск на щелепу не призведе до появи межі волосистої лінії голівки плода. 6. Здійснить тракцію на себе (донизу). 7. Коли утворилася точка фіксації – підпотилична ямка підійшла під нижній край симфізу, здійньть тракції допереду (догори – ніби на живіт до матері). Над промежиною викочуються рот, ніс, лоб, потилиця – голівка народилася. 8. Закінчить пологи.  9. Новонародженого викладіть на живіт до матері (якщо немає протипоказань). 10. Здійснить відокремлення дитини від матері і проведіть медичний догляд за новонародженим відповідно наказам. 11. Закінчить пологи.
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при передньоголовному передлежанні»**

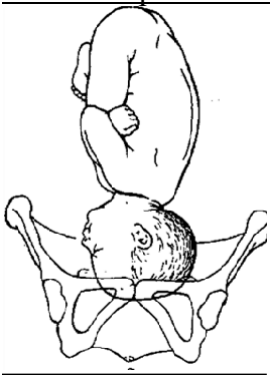
Мета: знати біомеханізм пологів для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

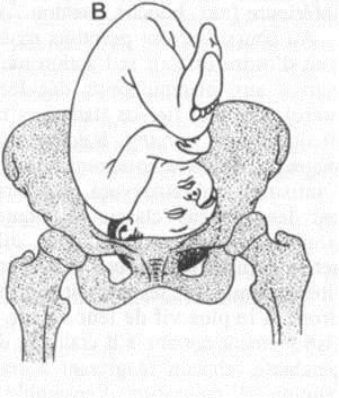


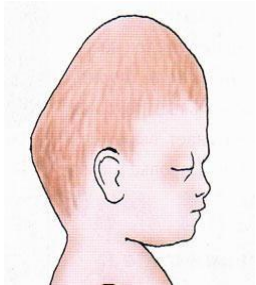
Передньоголове передлежання є різновидом розгинальних передлежань голівки плода і відноситься до першого найбільш легкого ступеню розгинання, при якому підборіддя відходить від грудної клітини і частиною, яка під час пологів йде попереду, стає тім'я.

Біомеханізм пологів при передньоголовному передлежанні має 5 моментів.
Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при передньоголовному передлежанні»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Демонстрація I моменту: <u>Незначне розгинання голівки плода</u>  - велике тім'ячко розташовується нижче малого і стає провідною точкою; - стріловидний шов в поперечному або злегка косому розмірі входу у малий таз; - в такому положенні голівка опускається в порожнину малого тазу.	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, трохи розігніть її голівку і встановіть стріловидний шов в поперечному (або злегка косому) розмірі входу малого тазу так, щоб велике тім'ячко було найнижчою точкою голівки.
2. Демонстрація II моменту: <u>Внутрішній поворот голівки плода</u>	1. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого тазу, так щоб її провідна точка опинилася на межі широкої і вузької частини порожнини малого тазу. 2. Поступово повертаючи голівку ляльки в порожнині малого тазу доможіться, щоб її стрілоподібний шов опинився в прямому розмірі

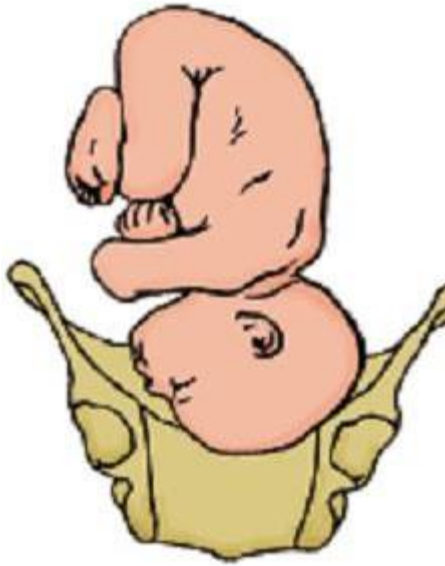
 В - поворот починається на межі широкої і вузької частини малого таза, закінчується на тазовому дні; - стріловидний шов із косого розміру порожнини малого таза стає в прямий розмір виходу з малого таза; - голівка потилицею повертається до крижів.	площини виходу з малого таза, потилиця повернулася до крижів.
3. <u>Демонстрація III моменту: Згинання голівки</u>  В - під час прорізування із статевої щілини з'являється тім'яна частина голівки з великим тім'ячком, потім лоб; - утворюється I точка фіксації – надперенісся підходить під нижній край симфізу, навколо якого відбувається згинання голівки доти, поки потиличний горб не підійде до куприка.	1. Трохи виведіть голівку ляльки із пологових шляхів, акцентувавши увагу на народженні відповідних її частин. 2. Підведіть голівку ляльки під лобковий кут так, щоб утворилася точка фіксації між переніссям і нижнім краєм симфізу.
4. <u>Демонстрація IV моменту: Розгинання голівки</u>	1. Утворіть II точку фіксації, підвівши потиличний бугор голівки ляльки до крижово-куприкового зчленування 2. Розігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на її народження.

	
- утворюється друга точка фіксації – потиличний бугор упирається в крижово-куприкове зчленування і навколо цієї точки відбувається розгинання голівки плода, під час якого із-під лона виходить личко плода, голівка повністю народжується.	5. <u>Демонстрація У моменту: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки</u> відбувається відповідно біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання. 1. Поверніть ляльку так, щоб її плічка стали в прямий розмір виходу з малого таза, голівка при цьому повернеться самостійно. 2. Зауважте, що голівка повертається потилицею до внутрішньої поверхні стегна роділлі відповідно позиції. 3. Продемонструйте народження плічок плода, утворивши точку фіксації між плечем (місце прикріплення дельтоподібного м'яза) та нижнім краєм симфізу скелетованого таза. 4. Першим звільніть заднє плече, потім переднє. 5. Продемонструйте народження тулуба по провідній вісі таза.
Висновки : 1. При передньоголовному передлежанні голівка прорізується прямим розміром – 12, обвід – 34 см. 2. Провідна точка – велике тім'ячко. 3. Ведуча лінія – стрілоподібний шов. 4. Точки фіксації – I – надперенісся; II – потиличний бугор. 5. Конфігурація – брахіоцефалічна, тобто баштоподібна, витягнута доверху тім'яною ділянкою, внаслідок зменшення у прямому та лобно-потиличному розмірі. 6. Родова пухлина утворюється в ділянці великого тім'ячка.	

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Демонстрація біомеханізму пологів при лобному передлежанні»

Мета: знати біомеханізм пологів для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.

Лобне передлежання є різновидом розгинальних передлежань голівки плода і відноситься до другого ступеню розгинання, яке характеризується більш значним розгинанням голівки, при цьому найбільш низько розташованою частиною стає лоб. Лобне передлежання є перехідним від передньоголового до лицьового.



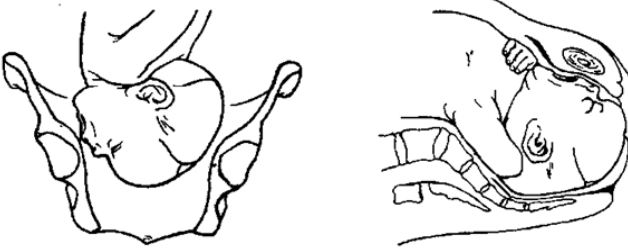
При виявленні лобного передлежання акушерка негайно викликає лікаря, який вирішує питання про спосіб розродження (кесарів розтин, плодоруйнівна операція). Пологи при лобному передлежанні можливі тільки тоді, коли жінка має широкий таз і плід малої ваги (менше 2500 г) в задньому виді.

Біомеханізм пологів при лобному передлежанні має 5 моментів.

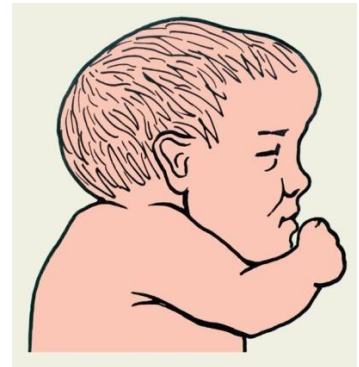
Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички «Демонстрація біомеханізму пологів при лобному передлежанні»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Демонстрація I моменту: <u>Розгинання голівки плода</u>  - лоб (середина лобного шва) стає провідною точкою; - лобний шов знаходиться в поперечному або злегка косому розмірі входу у малий таз; - в такому положенні голівка опускається на тазове дно.	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, розігніть її голівку так, щоб лоб був найнижчою точкою, і встановіть лобний шов в поперечному (або злегка косому) розмірі входу малого таза голівки.
3. Демонстрація II моменту: <u>Внутрішній поворот голівки плода</u>	1. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого таза, так щоб її провідна точка опинилася на виході з малого таза. 2. Поступово повертаючи голівку ляльки доможіться, щоб її лобний шов опинився в

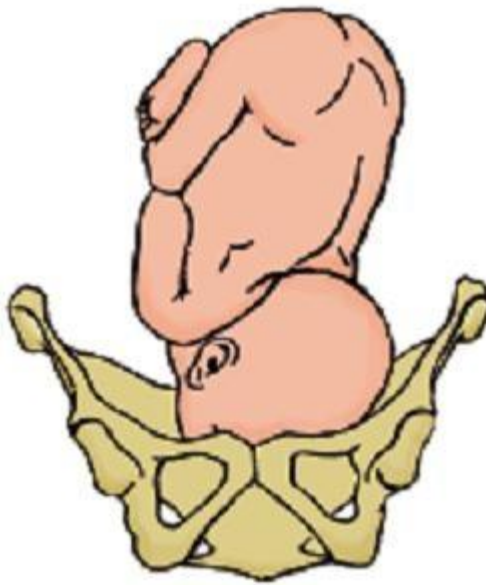
	прямому розмірі площини виходу з малого таза, потилиця повернулася до крижів.
- поступово опускаючись в порожнині малого таза голівка повертається тільки на тазовому дні; - лобний шов із косого розміру входу та порожнини малого таза стає в прямий розмір виходу з малого тазу; - голівка потилицею повертається до крижів.	
4. <u>Демонстрація III моменту: Згинання голівки</u>  - під час прорізування із статевої щілини з'являється лоб, корінь носа і частина тімені; - утворюється I точка фіксації – верхня щелепа підходить під нижній край симфізу, навколо якого відбувається згинання голівки доти, поки потиличний горб не підійде до куприка; - під час згинання голівки над промежиною викочується тім'я і потилиця.	1. Трохи виведіть голівку ляльки ізпологових шляхів, акцентувавши увагу на народженні відповідних її частин. 2. Підведіть голівку ляльки під лобковий кут так, щоб утворилася точка фіксації між верхньою щелепою і нижнім краєм симфізу. 3. Зігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на народженні відповідних її частин.
4. <u>Демонстрація IV моменту: Розгинання голівки</u> 	1. Утворіть II точку фіксації, підвівши потиличний бугор голівки ляльки до крижово-куприкового зчленування 2. Розігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на її народження.
- утворюється друга точка фіксації – потиличний бугор упирається в крижово-куприкове зчленування і навколо цієї точки відбувається розгинання голівки плода, під час якого із-під лона виходить рот,	

підборіддя плода, голівка повністю народжується.	
5. <u>Демонстрація У моменту: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки</u> відбувається відповідно біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.	1. Поверніть ляльку так, щоб її плічка стали в прямий розмір виходу з малого таза, голівка при цьому повернеться самостійно. 2. Зауважте, що голівка повертається потилицею до внутрішньої поверхні стегна роділлі відповідно позиції. 3. Продемонструйте народження плічок плода, утворивши точку фіксації між плечем (місце прикріплення дельтоподібного м'яза) та нижнім краєм симфізу скелетованого таза. 4. Першим звільніть заднє плече, потім переднє. 5. Продемонструйте народження тулуба по провідній вісі таза.
Висновки : 1. При лобному передлежанні голівка прорізується своїм верхньочелюстно-париетальним розміром – 12,5 см, обвід – 36 см. 2. Провідна точка – лоб (середина лобного шва). 3. Ведуча лінія – лобний шов. 4. Точки фіксації – I – верхня щелепа II – потиличний бугор. 5. Конфігурація – голівка витягнута у напрямку лоба, зовнішній вид голівки нагадує піраміду, а в профіль має форму трикутника. 6. Велика родова пухлина утворюється в ділянці лоба, може займати ділянку від верхньої щелепи до великого тім'ячка.	



**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при лицьовому передлежанні»**

Мета: знати біомеханізм пологів для надання раціональної акушерської допомоги під час пологів.



Лицьове передлежання є різновидом розгинальних передлежань голівки плода і відноситься до третього ступеню розгинання, яке характеризується максимальним розгинанням голівки, при цьому нижче всього опускається лицьова частина голівки, провідною точкою стає підборіддя.

Лицьове передлежання зустрічається набагато частіше, ніж лобне, особливо у повторнороділь.

Біомеханізм пологів при лицьовому передлежанні має 4 моменти.

Для демонстрації практичної навички використовуються скелетований таз, лялька.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Демонстрація біомеханізму пологів при лобному передлежанні»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Демонстрація I моменту: <u>Розгинання голівки плода</u>  - Підборіддя стає провідною точкою; - Лицьова лінія (є продовженням лобного шва, далі йде по спинці носа до підборіддя) знаходиться в поперечному або злегка косому розмірі входу у малий таз; - в такому положенні голівка опускається на тазове дно.	1. Покладіть скелетований таз на стіл догори симфізом. 2. Візьміть ляльку, розігніть її голівку так, щоб підборіддя було найнижчою точкою, і встановіть лицьову лінію в поперечному (або злегка косому) розмірі входу малого таза голівки. 3. Просуньте голівку ляльки в порожнину малого таза, так щоб її провідна точка опинилася на виході з малого таза.
2. Демонстрація II моменту:	Поступово повертаючи голівку ляльки

Внутрішній поворот голівки плода



- поступово опускаючись в порожнині малого таза голівка повертається тільки на тазовому дні;
- лицьова лінія із косого розміру входу та порожнини малого таза стає в прямий розмір виходу з малого таза;
- голівка потилицею повертається до крижів.

доможіться, щоб її лицьова лінія опинився в прямому розмірі площини виходу з малого таза, потилиця повернулася до крижів.

3. Демонстрація III моменту: Згинання голівки



- при сильних потугах із статевої щілини з'являється підборіддя, ділянка під'язикової кістки упирається в лобкову дугу, утворюється точка фіксації, навколо якого відбувається згинання голівки;
- під час згинання голівки над промежиною викочується личко, тім'я і потилиця, голівка повністю народжується.

1. Трохи виведіть голівку ляльки із пологових шляхів, акцентувавши увагу на народженні відповідних її частин.
2. Підведіть голівку ляльки під лобковий кут так, щоб утворилася точка фіксації між під'язиковою кісткою і нижнім краєм симфізу.
3. Зігніть голівку ляльки, акцентувавши увагу на народженні відповідних її частин.

4. Демонстрація IV моменту: Внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки відбувається відповідно біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.

1. Поверніть ляльку так, щоб її плічка стали в прямий розмір виходу з малого таза, голівка при цьому повернеться самостійно.
2. Зауважте, що голівка повертається потилицею до внутрішньої поверхні стегна роділлі відповідно позиції.
3. Продемонструйте народження плічок плода, утворивши точку фіксації між плечем (місце прикріплення дельтоподібного м'яза) та нижнім краєм симфізу скелетованого таза.

- | | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">4. Першим звільніть заднє плече, потім переднє.5. Продемонструйте народження тулуба по провідній вісі таза. |
|--|--|

Висновки :

1. При лицьовому передлежанні голівка прорізується своїм вертикальним розміром – 9,5-10 см, обвід – 32-33 см.
2. Провідна точка – підборіддя.
3. Ведуча лінія – лицьова лінія.
4. Точка фіксації – під'язикова кістка. Конфігурація – голівка різко відігнута назад, має доліхоцефалічну форму.
5. Родова пухлина розташовується на обличчі, воно синьо-багряне, набрякле, особливо у ділянці губ, повік. набряк обличчя часто розповсюджується на шию, іноді набрякає навіть язик (проблеми із смоктанням у перші дні).



Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Проведення проби Мак Клюра-Олдріча»

Мета: діагностувати прегестоз, тобто визначати доклінічні ознаки пізнього гестозу і попередити його ускладнення.

Прегестоз – комплекс патологічних змін в організмі вагітної, який передуює клінічній картині пізнього гестозу і виявляється лише спеціальними методами дослідження.

На даний час розроблені і добре себе зарекомендували в повсякденній акушерській практиці достатньо прості скринінгові тести діагностики прегестозу, які регулярно застосовуються при кожному огляді вагітних групи ризику щодо розвитку пізнього гестозу.

До таких тестів належить і проба Мак Клюра-Олдріча, мета якої виявити приховані набряки шляхом визначення часу, за який розсмоктується внутрішньошкірно введений фізіологічний розчин. В нормі це відбувається на протязі 60 хвилин. При схильності до набряків папула, яка утворюється після введення фізіологічного розчину зникає менше ніж за 40 хвилин за рахунок підвищеної гідрофільності тканин внаслідок збільшення капілярного тиску.

Обладнання: Стерильні одноразові інсуліновий або шприц ємкістю 1-2 мл, стерильні ватні кульки, 70% розчин етилового спирту, 0,9% розчину натрію хлориду в ампулі, кушетка.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується фантом руки.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Проведення проби Мак Клюра-Олдріча»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції.	Підготуйте руки за загальноприйнятими правилами.
2. Підготовка всього необхідного до маніпуляції.	Відповідно загальноприйнятим правилам підготуйте шприц та наберіть в нього 0,2 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.
3. Підготовка та положення пацієнтки до маніпуляції.	1. Психологічно підготуйте пацієнтку та запропонуйте їй сісти на кушетку. 2. Попросіть пацієнтку оголити передпліччя одної руки.
4. Проведення маніпуляції. 	1. Відповідно до алгоритму виконання внутрішньошкірної ін'єкції у внутрішню (долонну) поверхню передпліччя введіть 0,2 мл фізіологічного розчину. 2. Спостерігайте за пацієнткою на протязі 60 хвилин. 3. Зареєструйте час, за який повністю візуально і пальпаторно розсмоктується папула. 4. Запропонуйте пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження. 5. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
Примітка. При правильному введенні на місці ін'єкції утвориться білуватого кольору папула, яка нагадує лимонну кірку.	
5. Оформлення документації	Дані занесіть у медичну документацію
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Підготовка набору для надання невідкладної допомоги при тяжких формах пізнього гестозу»

Мета: Підготувати все необхідне для надання невідкладної допомоги у разі екламптичного нападу або його попередження.

Показання: еклампсія, прееклампсія тяжкого ступеню.

Прееклампсія – це ускладнення вагітності, при якому спостерігається гіпертензія, протеїнурія та набряки виражені в залежності від ступеню тяжкості. Для прееклампсії тяжкого ступеню характерне значне підвищення артеріального тиску, виражені набряки, протеїнурія, і крім вищевказаного, з'являється церебральна симптоматика.

Еклампсія – найнебезпечніше ускладнення пізнього гестозу, яке проявляється нападом судом із втратою свідомості.

Медичний персонал ФАП, жіночій консультації, пологового будинку повинен бути готовим у будь-який час надати невідкладну допомогу вагітній, роділлі, породіллі при виникненні нападу еклампсії.

Обладнання: 2 великих знезаражених лотка, ниркоподібний лоток, набір інструментів, апарат "Трилан", одноразова система, апарат для вимірювання А/Т, стерильні серветки у достатній кількості, фармакологічні засоби.

В стаціонарі де є анестезіолог, до набору додають ларингоскоп з клинками – прямим та зігнутим, набір ендотрахеальних трубок різних розмірів, дихальну і наркозну апаратуру, а також в стаціонарних умовах необхідно мати: електровідсмоктувач і набір стерильних катетерів, апарат Вальдмана для вимірювання ЦВТ, набори для пункції підключичної вени, веносекції, трахеостомії, катетеризації периферичних вен, набір для перидуральної анестезії, катетери для катетеризації сечового міхура.

Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Підготовка для надання невідкладної допомоги при екламптичному нападі»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до маніпуляції	1. Підготуйте на одному великому лотку набір інструментів: роторозширювач  або шпатель, язикоутримувач



повітрявід

, корнцанг,



а типу , Амбу



, гумовий катетер



маску Есмарха ,
накриту марлевою серветкою, складеною у 4
шари (у разі надання ефірно-маскового наркозу),
апарат "Трилан", .

2. Підготуйте на другому великому лотку
необхідний набір лікувальних засобів в ампулах і
флаконах: *седативні*: 2% розчин промедолу, 0,5%
розчин сибазону (седуксен, реланіум, діазепам),
0,25% розчин дроперидолу, 2,5% розчин
дипразину; *гіпотензивні*: гангліоблокатори (5%
розчин пентаміну або 2,5% розчин
бензогексонію, 2,5% розчин аміназину, 1%
розчин дібазолу, 2% розчин папаверину
гідрохлориду, 25% розчин сульфату магнію,
лабеталол 10 мг, коринфар 5 мг, 0,01% розчин
клонітідину 1,0, гідралазин – 20 мг, 5% розчин
нітропрусиду натрію для керованої гіпотензії;
сечогінні: 1% розчин фуросеміду, 15% розчин

	манітолу, лазикс, маніт, сечовина; розчини для інфузійної терапії (кристалоїди, свіжозаморожена плазма тощо); знеболюючі, спазмолітичні, серцеві препарати та засоби для покращення плацентарного кровообігу: 2,4% розчин еуфіліну , 40% розчин глюкози; 1-2% розчин сигетину, 5% розчин аскорбінової кислоти , 100мг кокарбоксилази, 0,5% розчин курантила, реополіглюкін 400мл або гемодез, 4% розчин натрію гідрокарбонату 200мл, 70% розчин етилового спирту, фторотан (наркотан, трилен) або ефір у флаконах; водний розчин фурациліну 1:5000; одноразову систему в упаковці. 3. Підготуйте ниркоподібний лоток з стерильними серветками, просоченими фурациліном або 0,9% розчином натрію хлориду та зігнутих корнцангом. 4. Перевірте апарат «Трилан». 5. Окремо приготуйте апарат для вимірювання артеріального тиску і стетофонендоскоп.
--	---

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Ручне відшарування плаценти та видалення посліду»

Показання:

- Кровотеча у послідовому періоді, якщо плацента не відокремила або послід не вдається видалити зовнішніми методами
- Тривалість послідового періоду більше 30 хвилин навіть при відсутності патологічної кровотечі
- Тривала затримка посліду у матці, якщо його не можна виділити зовнішніми способами.
- Після акушерських операцій (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, екстракція плода за тазовий кінець).

Ручне відшарування плаценти та видалення посліду відноситься до операцій, які застосовують у послідовому періоді.

Операція проводиться із суворим дотриманням правил асептики, під знеболюванням (при наявності анестезіолога – загальний внутрішньовенний наркоз, при його відсутності вводяться внутрішньовенно 2 мл 50% розчину анальгіну, 1 мл 1% розчином димедролу, 1 мл 1% розчину промедолу).

Під час проведення операції, щоб помилково не прийняти набряклий зів за край плаценти, руку в піхву і далі в матку вводять, тримаючи пуповину. Після витягання з порожнини матки послід одразу оглядається асистентом.

Одразу після видалення посліду з порожнини матки проводиться її ревізія і зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці, вводяться скорочуючі засоби.

Обладнання: Ліжко Рахманова та інструментальний пересувний столик, приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, муляж післяпологової матки.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Ручне відшарування плаценти та видалення посліду»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до операції.	1. На інструментальному пересувному столику приготовлені стерильні: корнцанг, гумові довгі рукавички, ватні кульки, серветки у достатній кількості, пелюшка, гумовий катетер, антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. Під час проведення операції акушерка використовує все необхідне, піднімаючи верхню пелюшку. 3. Окремо приготуйте знеболюючі та скорочуючі засоби в ампулах, флакони з розчинами для інфузії, одноразові стерильні шприци з голками і одноразову стерильну систему, незаражений ниркоподібний лоток.
2. Підготовка та положення роділлі до операції. ПРИМІТКИ: У випадку відсутності лікаря-анестезіолога введіть внутрішньовенно 2 мл 50% розчину анальгіну, 1 мл 1% розчином димедролу, 1 мл 1% розчину промедолу.	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Головний кінець ліжка опущений, а ніжний засунутий під головний. 2. Психологічно підготуйте роділлю. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або

	внутрішніх акушерських втручань". 4. Випустіть сечу катетером. 5. Покладіть стерильну пелюшку на живіт роділлі.
3. Підготовка медичного персоналу до операції. ПРИМІТКА. Якщо операцію проводить акушерка, яка вела пологи, вона повторно проводить гігієнічну антисептику рук.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть хірургічну антисептику рук. 3. Одягніть стерильний халат. 4. Одягніть стерильні довгі гумові рукавички і обробіть їх спиртом. 5. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлем (між ніг жінки)
4. Виконання операції. 	1. Великим і вказівним пальцями лівої руки широко розведіть статеві губи роділлі. 2. Праву руку складіть у вигляді конуса, захопіть материнській залишок пуповини при вході в піхву. 3. Переміщаючись по пуповині введіть руку у піхву, обернувши її тильну поверхню до крижів. 4. В момент введення правої руки у матковий зів ліву руку перенесіть на дно матки і допомагайте внутрішній руці, обережно натискаючи на дно матки. 5. Правою рукою досягніть місця прикріплення пуповини до плаценти. 6. Відшукайте край плаценти, який може вже бути відшарований. 7. Руку введіть між плацентою і стінкою матки так, щоб долонна поверхня руки була повернута до плаценти, а тильна – до стінки матки. 8. Пилоподібними рухами ліктьового краю долоні поступово відокремте всю плаценту. 9. Після відокремлення послід зведіть до нижнього сегменту матки, не витягаючи руки із порожнини матки. 10. Потягуванням лівою (зовнішньою) рукою за пуповину видаліть послід. 11. Після проведення ревізії матки та зовнішньо-внутрішній масажу матки на кулаці витягніть руку з пологових шляхів. 12. Проведіть ранній післяпологовий період відповідно вимогам.
5. Оформлення документації	Дані про проведення операції занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Ручна ревізія стінок порожнини матки»

Показання:

- Кровотеча у ранньому післяпологовому періоді
- Затримка частин посліду (дольок плаценти чи 2/3 оболонок)
- Сумнів щодо цілості плаценти
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- Після акушерських операцій (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, екстракція плода за тазовий кінець)
- Гестоз вагітних
- Кесарів розтин або перфорація матки у минулому.

Ручна ревізія стінок порожнини матки відноситься до операцій, які застосовуються у ранньому післяпологовому періоді. Операція проводиться як самостійно, так і після ручного відшарування та видалення посліду, із суворим дотриманням правил асептики, під знеболюванням - при наявності анестезіолога – загальний внутрішньовенний наркоз.

Якщо необхідно, в кінці операції під контролем внутрішньої руки через передню черевну стінку вводиться утеротонічний засіб.

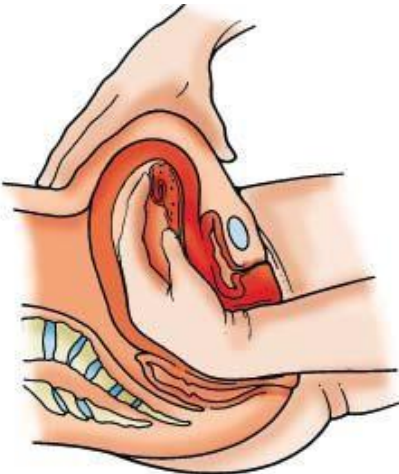
Зазвичай, операція ревізії стінок порожнини матки не викликає труднощів, але інколи, внаслідок спазму внутрішнього зіву неможливо ввести у матку руку. Тоді застосовується інструментальна ревізія стінок матки, яка здійснюється тільки лікарем. Акушерка повинна підготувати необхідний набір інструментів, а до прибуття лікаря може провести зовнішній масаж матки, покласти міхур з льодом на низ живота, підключити одноразову систему із фізіологічним розчином для поповнення ОЦК, ввести скорочуючі засоби.

Обладнання: Ліжко Рахманова та інструментальний пересувний столик, приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, муляж післяпологової матки.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Ручна ревізія стінок порожнини матки»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до операції.	1. На інструментальному пересувному столику приготовлені стерильні: корнцанг, гумові довгі рукавички, ватні кульки, серветки у достатній кількості, пелюшка, гумовий катетер, антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. Під час проведення операції акушерка використовує все необхідне, піднімаючи верхню пелюшку. 3. Окремо приготуйте знеболюючі, кровоспинні та скорочуючі засоби в ампулах, флакони з розчинами для інфузії, одноразові стерильні шприци з голками і одноразову стерильну систему, знезаражений ниркоподібний лоток, міхур з льодом, тягар.
2. Підготовка та положення породіллі до операції. ПРИМІТКИ: У випадку відсутності лікаря-анестезіолога введіть внутрішньовенно 2 мл 50% розчину анальгіну, 1 мл 1% розчином димедролу, 1 мл 1%	1. Породілля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Головний кінець ліжка опущений, а ніжний засунутий під головний. 2. Психологічно підготуйте роділлю.

розчину промедолу	3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань". 4. Випустіть сечу катетером. 5. Покладіть стерильну пелюшку на живіт роділлі.
3. Підготовка медичного персоналу до операції. ПРИМІТКА. Якщо операцію проводить акушерка, яка вела пологи, вона повторно проводить гігієнічну антисептику рук.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть хірургічну антисептику рук. 3. Одягніть стерильний халат. 4. Одягніть стерильні довгі гумові рукавички і обробіть їх спиртом. 5. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлею (між ніг жінки)
4. Виконання операції. 	1.  пальцями лівої руки розділіть. 2.  вигляді конуса, 3. 4. введіть у піхву, обернувши тильною поверхнею до крижів. 5. В момент введення правої руки у матковий зів ліву руку перенесіть на дно матки і допомагайте внутрішній руці, обережно натискаючи на дно матки. 6. Правою рукою поступово обстежте всю внутрішню поверхню матки, враховуючи що стінки матки гладенькі, а залишки плаценти шорсткі. 7. Якщо при обстеженні намацали залишки плаценти, оболонок, відокремте їх. 8. Переконайтеся у цілості стінок матки. 9. Після цього внутрішню руку складіть в кулак і обережно обома руками проведіть зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці. 10. Коли відчуєте, що матка скоротилася (вона починає ніби охоплювати внутрішню руку), праву руку витягніть з пологових шляхів. 11. Роздивіться вміст, що отримали під час ручної ревізії.

	12. Обробіть піхву і шийку матки антисептичним розчином за допомогою стерильної серветки, затиснутої на корнцангу. 13. На низ живота покладіть міхур з льодом, тягар, внутрішньовенно введіть утеротонічний засіб. 14. Проведіть ранній післяпологовий період відповідно правилам.
5. Оформлення документації	Дані про проведення операції занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці»**

Показання:

- Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді.
- Після проведення ручного відокремлення плаценти та видалення посліду, ручної ревізії стінок порожнини матки

Зовнішньо-внутрішній масаж матки відноситься до операцій, які застосовуються у ранньому післяпологовому періоді. Операція проводиться як самостійно, так і після вище вказаних операцій із суворим дотриманням правил асептики, під знеболюванням - при наявності анестезіолога – загальний внутрішньовенний наркоз.

Якщо необхідно, в кінці операції під контролем внутрішньої руки через передню черевну стінку вводиться утеротонічний засіб.

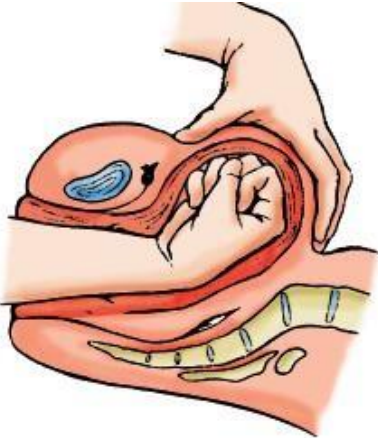
У зв'язку із проведеною операцією, декретна відпустка, пов'язана з вагітністю і пологами, яка за умов нормального перебігу пологів складає 126 діб, подовжується на 14 діб і становить 140 діб.

Обладнання: Ліжко Рахманова та інструментальний пересувний столик, приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, муляж післяпологової матки.

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до операції.	1. На інструментальному пересувному столику приготовлені стерильні: корнцанг, гумові довгі рукавички, ватні кульки, серветки у достатній кількості, пелюшка, гумовий катетер, антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. Під час проведення операції акушерка використовує все необхідне, піднімаючи верхню пелюшку. 3. Окремо приготуйте знеболюючі, кровоспинні та скорочуючі засоби в ампулах, флакони з розчинами для інфузії, одноразові стерильні шприци з голками і одноразову стерильну систему, знезаражений ниркоподібний лоток, міхур з льодом, тягар.
2. Підготовка та положення породіллі до операції. ПРИМІТКИ: У випадку відсутності лікаря-анестезіолога введіть внутрішньовенно 2 мл 50% розчину анальгіну, 1 мл 1% розчином димедролу, 1 мл 1% розчину промедолу	1. Породілля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Головний кінець ліжка опущений, а ніжний засунутий під головний. 2. Психологічно підготуйте роділлю. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань". 4. Випустіть сечу катетером. 5. Покладіть стерильну пелюшку на живіт роділлі.
3. Підготовка медичного персоналу до операції.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть хірургічну антисептику рук.

ПРИМІТКА. Якщо операцію проводить акушерка, яка вела пологи, вона повторно проводить гігієнічну антисептику рук.	3. Одягніть стерильний халат. 4. Одягніть стерильні довгі гумові рукавички і обробіть їх спиртом. 5. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлем (між ніг жінки)
4. Виконання операції.  ПРИМІТКА: Грубе, із застосуванням сили масажування матки не допустиме, тому що може викликати множинні крововиливи у м'яз матки.	1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи роділлі. 2. Праву руку складіть у вигляді конуса, введіть у піхву, обернувши тильною поверхнею до крижів. 3. В момент введення правої руки у матковий зів ліву руку перенесіть на дно матки. 4. Складіть праву (внутрішню) руку в кулак. 5. Обережно лівою рукою масажуйте дно матки через передню черевну стінку на кулаці правої руки, який стикається з дном внутрішньої поверхні матки. 6. Коли відчуєте, що матка скоротилася (вона починає охоплювати внутрішню руку), праву руку витягніть з пологових шляхів. 7. Обробіть піхву і шийку матки антисептичним розчином за допомогою стерильної серветки, затиснутої на корнцангу. 8. На низ живота покладіть міхур з льодом, тягар, внутрішньовенно введіть утеротонічний засіб. 9. Проведіть ранній післяпологовий період відповідно правилам.
5. Оформлення документації	Дані про проведення операції занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички

«Введення тампону з ефіром у заднє склепіння піхви»

Мета: викликати рефлексорне скорочення м'язу матки.

Показання: Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді

Дана маніпуляція застосовується у ранньому післяпологовому періоді в комплексі з іншими засобами боротьби з гіпотонією матки, якщо немає розривів м'яких тканин пологових шляхів.

Обладнання: Ліжко Рахманова та інструментальний пересувний столик, приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам, набір для проведення даної маніпуляції.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, муляж післяпологової матки.

Професійний алгоритм виконання практичної навички

«Введення тампону з ефіром у заднє склепіння піхви».

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до маніпуляції.	1. На інструментальному пересувному столику приготовлені стерильні: 2 корнцанга, широкі післяпологові піхвові дзеркала, 2 вікончастих затискача, гумові рукавички, ватні кульки, серветки у достатній кількості, ватно-марлевий тампон-лялька, антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. Під час проведення операції акушерка використовує все необхідне, піднімаючи верхню пелюшку. 3. Окремо приготуйте флакон ефіру для наркозу.
2. Підготовка та положення породіллі до маніпуляції.	1. Породілля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Головний кінець ліжка опущений, а ніжний засунутий під головний. 2. Психологічно підготуйте роділлю. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань".
3. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції. ПРИМІТКА. Якщо операцію проводить акушерка, яка вела пологи, вона повторно проводить гігієнічну антисептику рук.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 3. Одягніть стерильний халат. 4. Одягніть стерильні гумові рукавички і обробіть їх спиртом. 5. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлею (між ніг жінки)
4. Виконання маніпуляції. ПРИМІТКА: Якщо кровотеча продовжується застосуйте інші лікувальні заходи.	1. Огляньте шийку матки та стінки піхви на наявність розривів відповідно алгоритму "Огляд пологових шляхів після пологів" і переконайтеся у їх відсутності (якщо дана маніпуляція не була проведена раніше). 2. Залиште піхвові дзеркала у піхві і передайте їх асистенту. 3. Обробіть шийку матки та стінки піхви

	антисептичним засобом, за допомогою ватної кульки або серветки, затиснутої на корнцангу. 4. Візьміть корнцангом тампон-ляльку і добре просочити його наркозним ефіром. 5. Захопіть задню губу шийки матки двома вікончастими затискачами і відведіть її догори. 6. Виведіть піхвові дзеркала. 7. Уведіть тампон в заднє склепіння піхви і залиште його на 20-30 хвилин (тампон можна залишити з корнцангом). 8. За умов зупинки кровотечі проведіть ранній післяпологовий період відповідно правилам.
5. Оформлення документації	Дані про проведення маніпуляції занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Притискання черевної аорти кулаком»

Мета: зменшити або тимчасово перекрити приток крові до матки для її знекровлення, що сприяє її скороченню і зменшенню крововтрати.

Показання: Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді.

Дана маніпуляція застосовується у ранньому післяпологовому періоді в комплексі з іншими засобами боротьби з гіпотонією матки, а також як тимчасовий метою зменшення крововтрати при підготовці до оперативного лікування. Метод притискання аорти проводити як можна раніше, з самого початку гіпотонічної кровотечі, щоб одразу викликати рефлекторне скорочення м'язів матки з метою зупинки кровотечі.

Обладнання: Ліжко Рахманова.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, муляж післяпологової матки.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Притискання черевної аорти кулаком»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка та положення породіллі до маніпуляції.	1. Породілля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Головний кінець ліжка опущений, а ніжний засунутий під головний. 2. Психологічно підготуйте роділлю.
2. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції. ПРИМІТКА. Акушерка, яка веде пологи, проводить інші лікувальні заходи для зупинки кровотечі. Притискання черевної аорти може здійснити і інший медичний працівник.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть гігієнічне миття або антисептику рук. 3. Станьте у ліжка Рахманова з лівого боку від роділлі.
3. Виконання маніпуляції. 	1. Тильною поверхнею основних фаланг стиснутої в кулак правої руки притисніть черевну аорту до хребта через передню черевну стінку. 2. Якщо рука втомлюється, то допоможіть лівою рукою, захопивши нею праву руку вище променево-зап'ясткового суглобу. 3. Притискання здійснюйте протягом 15-20 хвилин доти, поки не зникне пульс на стегновій артерії.
4. Оформлення документації	Дані про проведення маніпуляції занесіть в історію пологів.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Ушивання розриву промежини»

Мета: відновити цілісність розірваних тканин.

Розриви промежини виникають у результаті перерозтягнення тканин у періоді зганняння плода і належать до найчастіших видів акушерської патології.

Розрив I ступеню характеризується порушенням задньої спайки та невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см) і стінки піхви. М'язи промежини залишаються не ушкодженими.



Розрив II ступеню характеризується ушкодженням шкіри промежини, стінок піхви та м'язів промежини. Сфінктер і пряма кишка залишаються цілими.

При розриві III ступеню крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (неповний розрив III ступеню), у разі розриву слизової оболонки прямої кишки – повний розрив III ступеню.

Зашивання розриву здійснюють під відповідним знеболюванням, I та II ступінь частіше під місцевою інфільтраційною пудендальною анестезією, III – під загальним наркозом.

Ушивання розриву проводиться з дотриманням усіх правил асептики та загальної хірургічних правил ушивання ран (не залишати сліпих кишень, перший шов накладається на здорову тканину, зіставляються однорідні тканини). Підготовку операційного поля і рук медперсоналу, який здійснює ушивання, проводять відповідно вимогам.

Акушерка може зашивати розрив промежини I – II ступеню.

Ушивання розриву промежини проводять після огляду шийки матки та піхви. Якщо виявлені розриви на шийці і окремі розриви піхви, їх негайно ушивають. Після цього ушивають розрив промежини. Перед ушиванням розриву необхідно висікти розчавлені та некротизовані тканини.

При розриві промежини I ступеню спочатку зашивають стінку піхви, використовуючи кетгутові нитки, а потім промежину шляхом накладання окремих вузлуватих шовкових швів. Перший шов накладають на стінку піхви на 1 см вище кута рани, щоб ушити обірвану судину, яка може знаходитися у товщі тканин вище кута рани, і для кращого зіставлення країв рани. Шви накладають на відстані до 1 см один від одного, захоплюючи тканини на всю глибину рани. Зав'язуючи шви, стежити, щоб краї рани щільно прилягли один до одного. Особливо ретельно зіставляють тканини у ділянці переходу слизової оболонки піхви у шкіру промежини. При ушиванні промежини можна використовувати шви по Донаті.

У разі розриву промежини II ступеню спочатку накладають шов на верхній кут рани, потім кількома заглибленими кетгутовими швами з'єднують розірвані м'язи промежини, не захоплюючи ні шкіру, ні слизову оболонку піхви. Після цього накладають кетгутові шви на слизову оболонку піхви до задньої спайки. Кінці лігатур зрізають, крім шва, накладеного на задню спайку статевих губ. Його підтягують угору, щоб зіставити краї рани і створити умови для зашивання шкіри промежини. На шкіру промежини шви накладають, так само, як і при ушиванні розриву I ступеню.

Післяопераційний догляд у разі розриву промежини зводиться до забезпечення стерильності швів.

Обладнання: Ліжко Рахманова та інструментальний пересувний столик, приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам, набір для ушивання розривів.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, додатковий матеріал – поролон.

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Ушивання розриву промежини»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до маніпуляції. ПРИМІТКА: У випадку проведення місцевої анестезії, окремо приготуйте одноразовий шприц 20,0 з голкою, 0,5% розчин новокаїну.	1. На інструментальному пересувному столику приготовлені стерильні: 2 корнцанга, гумові рукавички, ватні кульки, серветки у достатній кількості, ватно-марлевий тампон-лялька; антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 5% розчин калію перманганату, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. При наявності розривів промежини на стіл додають: широке післяпологове пластинчасте дзеркало, широкий підймач Отта, голкотримач, хірургічні голки, 2 затискачі Кохера, 2 хірургічних пінцета – довгий і короткий, тупокінцеві ножиці (прямі та зігнуті); шовний матеріал (кетгут, шовк або полігліколева нитка). 3. Під час проведення маніпуляції акушерка використовує все необхідне, піднімаючи верхню пелюшку.
2. Положення та підготовка роділлі до маніпуляції	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Головний кінець ліжка опущений, а нижній засунутий під головний. 2. Психологічно підготуйте роділлю. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань".
3. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції ПРИМІТКА: Зазвичай дану маніпуляцію виконує акушерка, яка приймала пологи і підготовлена відповідно вимогам.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть хірургічну антисептику рук. 3. Одягніть стерильний халат. 4. Одягніть стерильні гумові рукавички і обробіть їх спиртом. 5. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлею (між ніг жінки)
4. Проведення маніпуляції ПРИМІТКА. Якщо потреби у піхвових дзеркалах немає виведіть їх з піхви. ПРИМІТКА: З метою більш кращого зіставлення країв рани промежини лігатуру шва,	1. За допомогою широких піхвових дзеркал розкрийте рану на стінці піхви, просушіть ватними кульками на корнцангу ділянку розриву і ретельно визначте характер ушкодження. 2. Запросіть помічника тримати піхвові

накладеного на задню спайку статевих губ не обрізають, а підтягують її угору, що створює більш сприятливі умови для зашивання шкіри промежини.	дзеркала. 3. В голкотримач заведіть кетгутову нитку. 4. Відповідно правилам накладання окремих вузлових швів накладіть перший шов на 1 см вище від кута піхвової рани. 5. Захопіть кінці ниток затискачем Кохера. 6. Підтягуючи за нитки першого шва, зіставте краї рани і на відстані 1 см від першого накладіть другий шов. 7. Захопіть обидві нитки затискачем і накладіть необхідну кількість швів на стінку піхви. 8. Накладаючи останній шов в ділянці задньої спайки, ретельно зіставте краї рани у місті переходу слизової оболонки піхви у шкіру промежини. 9. За допомогою тупокінцевих ножиців вкоротіть лігатури до 1 см. 10. В голкотримач заведіть шовкову нитку. 11. Накладіть перший шов на промежину, захоплюючи краї рани за допомогою хірургічного пінцету. 12. Накладіть необхідну кількість швів в залежності від довжини розриву. 13. Вкоротіть довжину ниток до 1 см. 14. За допомогою корнцангу правою рукою візьміть ватно-марлевий тампон, просочіть його 1% розчином йодонату і обробіть стінки піхви і промежину. 15. Шви на промежині обробіть (припекіть) 5% розчином калію перманганату за допомогою ватної кульки або серветки, затиснутої на корнцангу. 16. Поміняйте підкладну пелюшку під породіллем. 17. Зніміть гумові рукавички і покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 18. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 19. Далі відповідно вимогам проведіть ранній післяпологовий період.
5. Оформлення документації	Дані про наявність розривів та їх ушивання занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Ушивання розривів шийки матки»

Мета: Відновити цілісність розірваних тканин.

Під час патологічних пологів нерідко виникають розриви шийки матки, які супроводжуються значною кровотечею, що починається одразу після народження плода і може набутися загрозливого характеру. Діагноз уточнюється при огляді шийки матки в дзеркалах, виявляється дефект, розрив тканин шийки матки. Розрізняють розриви трьох ступенів:

I ступінь – розрив шийки матки з одного або двох боків довжиною не більше 2 см;

II ступінь – розрив довжиною більше 2 см, який не доходить до склепіння піхви;

III ступінь – розрив шийки матки і склепіння піхви, або який переходить на верхній відділ піхви.

Лікування полягає у негайному зашиванні виявлених розривів, бо незашиті розриви інфікуються (утворюється післяпологова виразка), в процесі загоєння розриву утворюються рубці, що спричиняють вивороту шийки (ерозований ектропіон), виникає хронічне запалення слизової оболонки цервікального каналу.

Акушерка має право ушивати розриви I – II ступеню.

Правила ушивання розривів шийки матки:

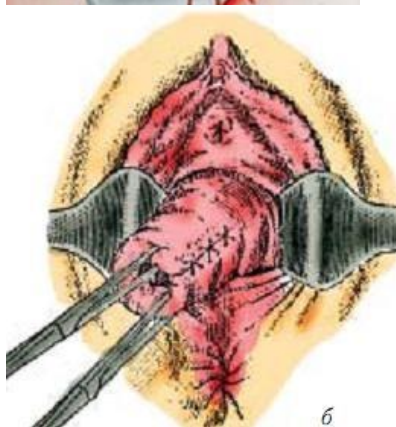
1. Ушивається шийка матки шляхом накладання окремих вузлових кетгутових швів. (За наказом МОЗ України № 582 від 15.12.2003 року "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги" найбільш ефективними вважаються шви у 2 поверхи: I- слизово-м'язевий із занурюванням у цервікальний канал, II – слизово – м'язевий вузлуватий, що звернений у вагіну).



2. Шви починають накладати, починаючи з верхнього кута розриву, рухаючись по напрямку до краю зів.

3. Перший шов накладається дещо вище місця розриву.

4. Послідуючі шви накладаються на відстані 0,7 – 1 см в залежності від довжини розриву.



5. Розчавлені краї рани попередньо висікають, що забезпечує краще загоєння рани.

6. Слизова оболонка цервікального каналу не проколюється, щоб не виник ендометріоз.

7. Шви сильно не затягуються, щоб не виникло некрозу тканин.

8. Ретельно формується зовнішній зів шийки матки.

У післяпологовому періоді проводиться санація піхви антисептиками. На 6-7 добу після накладання швів обережно оглядають шийку матки за допомогою піхвових дзеркал.

Обладнання: Ліжко Рахманова та інструментальний пересувний столик, приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам, набори для огляду пологових шляхів та ушивання розривів.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовуються акушерський фантом, муляж післяпологової матки, додатковий матеріал – поролон.

Професійний алгоритм виконання практичної навички

«Ушивання розривів шийки матки»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до маніпуляції	1. На інструментальному пересувному столику приготовлені стерильні: гумові рукавички, ватні кульки, серветки у достатній кількості, інструменти: 2 корнцанга, широке післяпологове пластинчасте дзеркало, широкий підйимач Отта, 2 вікончатих затискача, антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. При наявності розривів шийки матки на стіл додають: голкотримач, хірургічні голки, 2 затискачі Кохера, тупокінцеві ножиці (прямі та зігнуті); шовний матеріал (кетгут). 3. Під час проведення маніпуляції акушерка використовує все необхідне, піднімаючи верхню пелюшку.
2. Положення та підготовка роділлі до маніпуляції	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Головний кінець ліжка опущений, а ніжний засунутий під головний. 2. Психологічно підготуйте пацієнтку. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань"
3. Підготовка медичного персоналу до маніпуляції ПРИМІТКА: Зазвичай дану маніпуляцію виконує акушерка, яка приймала пологи і підготовлена відповідно вимогам.	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть хірургічну антисептику рук. 3. Одягніть стерильний халат. 4. Одягніть стерильні гумові рукавички і обробіть їх спиртом. 5. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлем (між ніг жінки)
4. Проведення маніпуляції	1. Введіть широке післяпологове дзеркало у піхву і оголіть шийку матки. 2. Дзеркала передайте помічнику. 3. За допомогою вікончатих затискачів огляньте шийку матки на цілісність. 4. У разі виявлення розриву, затискачі накладіть так, щоб вони знаходилися на краях рани. 5. Обома вікончатими затискачами підтягніть шийку матки до виходу з піхви і відведіть у бік, протилежний розриву. 6. Затискачі перекладіть в ліву руку, а в праву руку візьміть корнцанг із затиснутою ватною кулькою або серветкою, просушіть рану і розвівши затискачі, визначте глибину ушкодження. 7. Відпустивши затискачі, в голку,

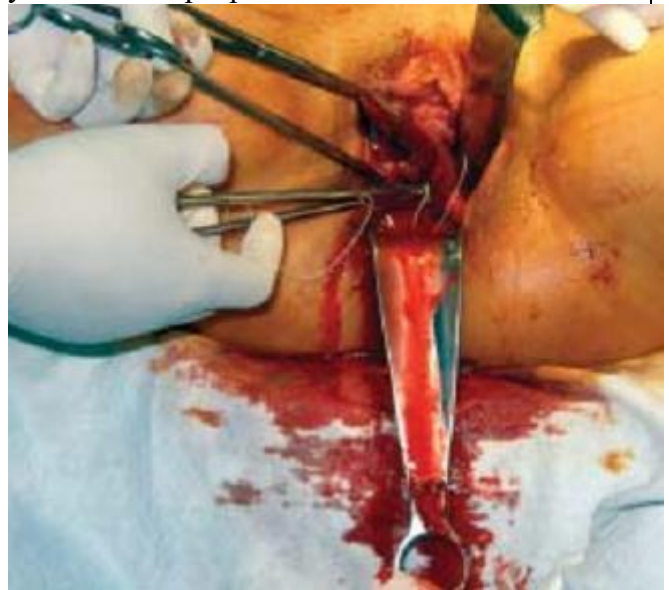
затиснуту голкотримачем, заведіть кетгутову лігатуру.

8. Знову підтягнувши затискачами шийку матки до виходу з піхви, накладіть перший шов на 0,5-0,7 см вище кута рани.



9. Відступивши на 0,7 - 1 см нижче від першого шва, накладіть другий.

10. Рухаючись по напрямку згори до низу, ушийте весь розрив.



11. Якщо не вдається накласти перший шов на вершину розриву, накладіть його там, де можна розвернутися голкою.

12. Зав'яжіть його, кінці не зрізайте.

13. Захопивши затискачем Кохера кінці лігатури, потягніть шийку матки по напрямку до входу з піхви і ушийте розрив по напрямку до кута розриву.

14. Після ушивання верхньої частини розриву, ушийте нижню частину розриву, рухаючись по напрямку до краю отвору шийки матки.

15. При накладанні шва на краї розриву,

	з'єднайте їх так, щоб добре сформувати зовнішній зів шийки матки. 16. Ушивши розрив, продовжить оглядати шийку матки далі. 17. При виявленні другого розриву, ушийте його . 18. Після відновлення цілості шийки матки, затискачі зніміть. 19. Після огляду піхви виведіть піхвові дзеркала. 20. Якщо немає розривів промежини, за допомогою корнцангу візьміть ватно-марлевий тампон, просочіть його 1% розчином йодонату і обережно обробіть шийку матки, стінки піхви, промежину. 21. Поміняйте підкладну пелюшку під породіллю. 22. Зніміть гумові рукавички і покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 23. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 24. Далі відповідно вимогам проведіть ранній післяпологовий період.
5. Оформлення документації	Дані про наявність розривів та їх ушивання занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Проведення розтину промежини»

Мета: запобігти розриву промежини, травматизації голівки плода, розширити пологові шляхи, а також скоротити другий період пологів.

Показання:

- Ускладнені вагінальні пологи (при тазових передлежаннях, дисточії плечиків, при накладанні акушерських щипців, вакуум-екстракції);
 - Дистрес плода;
 - Рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перепорою для народження дитини
- (наказ № 624



Застосовуються два способи розтину промежини – епізіотомія та перінеотомія. Перінеотомія – це прямий розріз промежини від задньої спайки у напрямі до анусу не більше 2-3 см. Більш довший розріз може перейти у розрив промежини III ступеню.

Епізіотомія – це боковий або серединно-латеральний розтин промежини. При виконанні бокового розтину промежини розріз роблять, відступивши на 2-3 см вище від задньої спайки, у напрямку до сідничного горба.

В сучасному акушерстві найчастіше використовується серединно-латеральний, тобто розтин промежини в ділянці задньої спайки статевих губ по напрямку до сідничного горба. Переваги серединно-латерального розрізу – краще кровопостачання цієї ділянки сприяє швидкому загоєнню (в протилежність перінеотомії), а також не ушкоджується нерве сплетіння (при боковому розрізі).

Рішення про застосування операції приймається лікарем, але здійснюється переважно акушеркою.

Перед проведенням розрізу проводять пудендальну анестезію або застосовують загальне знеболення.

Після розтину промежини необхідно ретельно здійснюють "захист промежини" для того, щоб голівка "прорізувалася" не надто швидко.

Після закінчення пологів і огляду пологових шляхів розріз обов'язково ушивається.

Обладнання: Ліжко Рахманова та інструментальний пересувний столик, приготовлені для прийняття пологів відповідно вимогам, набір для проведення даної операції.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, додатковий матеріал (поролон).

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Проведення розтину промежини»

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до операції. ПРИМІТКА: У випадку проведення місцевої анестезії, окремо приготуйте одноразовий шприц 20,0 з голкою, 0,5% розчин новокаїну.	1. На інструментальному пересувному столику приготовлені стерильні: 2 корнцанга, тупокінцеві ножиці, гумові рукавички, ватні кульки, серветки у достатній кількості, антисептичні засоби: 70% розчин етилового спирту, 1% розчин йодонату у мензурках. 2. Під час проведення операції акушерка використовує все необхідне, піднімаючи верхню пелюшку.
2. Підготовка та положення роділлі до операції.	1. Роділля лежить на ліжку Рахманова на спині, ноги зігнуті у кульшових та колінних

ПРИМІТКА: У випадку проведення місцевої анестезії, зробіть пудендальну анестезію.



суглобах, максимально розведені, стопи упираються у ноготримачі, таз роділлі на краю ліжка. Ніжний кінець ліжка засунутий під головний.

2. Психологічно підготуйте пацієнтку.
3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань".

3. Підготовка медичного персоналу до операції.

ПРИМІТКА: Зазвичай дану маніпуляцію виконує акушерка, яка приймала пологи і підготовлена відповідно вимогам.

1. Одягніть стерильну маску.
2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
3. Одягніть стерильний халат.
4. Одягніть стерильні гумові рукавички і обробіть їх спиртом.
5. Станьте у ніжного кінця ліжка Рахманова перед роділлею (між ніг жінки)

4. Проведення операції

ПРИМІТКА: Промежина повинна бути достатньо розтягнута і напружена, тому розріз роблять при "прорізуванні" голівки плода.



Перінеотомія

1. Вказівний і середній пальці лівої руки введіть у піхву поза потугою і розмістіть їх між голівкою плода і задньою спайкою статевих губ.
2. Обережно розтягніть між пальцями промежину у ділянці задньої спайки статевих губ.
3. У праву руку візьміть тупокінцеві ножиці і поза потугою між передлеглою частиною плода та промежиною введіть одну паличку між пальцями лівої руки.



- 4.
5. Виведіть пальці з піхви.
6. На висоті однієї із потуг зробіть розріз від задньої спайки статевих губ по напрямку до сідничного горба довжиною 3-4 см (у випадку проведення серединно-латерального розрізу), або зробіть прямий розріз по середній лінії промежини (від задньої спайки у напрямку до анусу) довжиною 2-3 см.

	 7. 8. Видаліть з піхви ножиці. 9. Продовжить приймати пологи.
4. Оформлення документації	Дані про проведення операції занесіть в історію пологів.
5. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку.

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Проведення амніотомії»**

Амніотомія –це штучний розрив оболонок плодового міхура інструментальним або пальцевим методом.

Показання :

- Плоский плодовий міхур
- Запізнілий розрив плодового міхура
- Неповне передлежання плаценти
- Багатоводдя
- Багатопліддя(розрив плодового міхура другого плода)
- Еклампсія
- Під час родостимуляції

При напруженому плодовому міхурі достатньо натиснути на нього пальцем, щоб він розірвався. При щільних оболонках або плоскому міхурі останній розривають браншею кульових щипців або корнцангом тощо. При багатоводді міхур необхідно розривати не в центрі, а по-можливості вище і збоку, щоб попередити занадто швидке виливання навколоплідних вод і випадіння дрібних частин або пуповини. Операція проводиться у малій операційній.

Обладнання: Стерильні: інструменти, гумові рукавички, ватні кульки, 2 пелюшки, клейонка, підкладна пелюшка (для пацієнтки);

Інші: Гінекологічне крісло, антисептичні засоби, ниркоподібний лоток.

Для демонстрації методики виконання практичної навички використовується акушерський фантом, муляжі посліду та післяпологової матки.

**Професійний алгоритм щодо виконання практичної навички
«Проведення амніотомії»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка всього необхідного до операції.	1. Стерильним пінцетом дістаньте з бікса стерильну пелюшку, покладіть її на столик біля гінекологічного крісла і розгорніть. 2. Дотримуючись правил асептики на пелюшці розмістіть стерильні: корнцанг, браншу від кульових щипців (або корнцанг, або кровозупинний затискач), ватні кульки у достатній кількості, гумові рукавички. 3. На гінекологічне крісло застеліть клейонку та другу стерильну пелюшку. 4. Окремо приготуйте антисептичні засоби (70% розчин етилового спирту або 2% розчин йоду або 1% розчин йодонату, розчин фурациліну 1:10000). 5. У ємкість під гінекологічним кріслом поставте ниркоподібний лоток.
2. Підготовка пацієнтки до операції ПРИМІТКА: Перед проведенням процедури жінка повинна спорожнити сечовий міхур	1. Психологічно підготуйте пацієнтку. 2. Допоможіть пацієнтці лягти на гінекологічне крісло на спину, так щоб її таз був на краю гінекологічного крісла, ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, підколінні ямки лежали на ноготримачах. 3. Обробіть зовнішні статеві органи роділлі антисептичним засобом відповідно до алгоритму "Проведення підготовки роділлі до пологів або внутрішніх акушерських втручань".
3. Підготовка медичного персоналу до операції	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть хірургічну антисептику рук. 3. Одягніть стерильний халат.

	4. Одягніть стерильні гумові рукавички і обробіть їх спиртом. 5. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте біля ніг жінки.
4. Проведення операції ПРИМІТКА: Оцініть кількість, колір навколоплідних вод, наявність домішок меконію тощо.	1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи роділлі. 2. Праву руку складіть у вигляді "руки акушера" і уведіть у піхву вказівний і середній пальці правої руки. 3. Проведіть одноручне піхвове дослідження, з'ясувавши передлежання плода, ступінь розкриття шийки матки, пропальпуйте плодовий міхур і захопіть його між двох пальців. 4. Під час перейми спробуйте розірвати плодовий міхур пальцями. 5. Якщо це не вдається, лівою рукою візьміть браншу кульових щипців і введіть її у піхву, проводячи гострий кінець між двома пальцями правої руки.  6. Зачепивши гострим кінцем інструменту плодовий міхур, який знаходиться між пальцями, на висоті перейми розірвіть його.



7. Обережно видаліть інструмент з піхви.
8. Пальці з піхви одразу не виймайте, щоб навколоплідні води виливалися повільно (запобігання випадінню пуповини і дрібних частин плода).
9. Після злиття навколоплідних вод, введіть пальці правої руки в отвір у плодовому міхурі, розширте його і обережно зніміть оболонки з передлеглої частини.



10. Виведіть пальці з піхви.
11. Обробіть піхву розчином фурациліну за допомогою ватних кульок, затиснутих на корнцангу.
12. Зніміть гумові рукавички, покладіть їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу.
13. Допоможіть жінці підвестися і видайте стерильну підкладну пелюшку.
14. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

5. Оформлення документації	Дані про проведення операції занесіть в історію пологів.
6. Дезінфекція обладнання	Продезінфікуйте використане обладнання відповідно з режимами дезінфекції об'єктів пологового будинку .

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Асистування під час проведення декапітації»

Декапітація – це плодоруйнівна операція, під час якої відділяється голівка від тулуба плода і плід вилучається частинами.

Показання: запущене поперечне положення плода.

Умови: мертвий плід, повне відкриття маткового зіву, відсутність плодового міхура, не абсолютно вузький таз, можливість досягти шиї плода

Після операції обов'язково проводиться ручне відокремлення та видалення посліду, ручна ревізія порожнини матки та зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці.

Операція виконується лікарем і проводиться під загальним наркозом.

До обов'язків акушерки входить: підготовка роділлі, інструментів та іншого обладнання, асистування лікарю під час проведення операції.

Обладнання: Стерильний пересувний столик, підготовлений для прийняття пологів відповідно вимогам, набір інструментів для декапітації, стерильний великий лоток, застелений стерильною пелюшкою (при необхідності).

Професійний алгоритм виконання практичної навички «Асистування під час проведення декапітації».

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка акушерки до операції	11. Одягніть стерильну маску. 12. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 13. Одягніть стерильні гумові рукавички.
2. Підготовка всього необхідного до операції	1. Суворо дотримуючись правил асептики із бікса (або стерилізатора), в якому знаходиться інструментарій для плодоруйнівної операції, дістаньте відповідні інструменти і на стерильному пересувному столику або окремо на великому лотку, застеленому стерильною пелюшкою, викладіть необхідний набір: - Корнцанг; - Широке післяпологове дзеркало; - Широкий підіймач Отта; - Декапітаційний гачок Брауна;  - Тупокінцеві довгі ножиці Феноменова або зігнуті Зібольда; - Кульові щипці Брауна (2) або Мюзо; - Стерильні пелюшки. 2. Під час проведення операції виконуйте усі розпорядження лікаря. 3. Після вилучення, частини плода покладіть у ємкість, накрийте пелюшкою і винесіть з пологової зали. 4. Зніміть гумові рукавички і викиньте їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 5. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
6. Дезінфекція обладнання.	Після закінчення пологів продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Асистування під час проведення краніотомії»**

Краніотомія – це плодоруїнівна операція, під час якої зменшують розмір та об'єм передлеглої або послідууючої голівки плода шляхом її перфорації, руйнування і видалення мозку для послідууючого витягування плода через природні пологові шляхи.

Показання: клінічно вузький таз, загроза розриву матки, неможливість народження послідууючої голівки при тазових передлежаннях (гідроцефалія плода), антенатальна та інтранатальна гибель плода (з метою прискорення пологів).

Умови: мертвий плід, повне відкриття маткового зіву або не менш ніж на 6 см, відсутність плодового міхура, не абсолютно вузький таз, голівка, фіксована до входу в малий таз (наприклад, асистентом оператора)

Перед операцією здійснюється епізіотомія. Після операції обов'язково проводиться ручне відокремлення та видалення посліду, ручна ревізія порожнини матки та зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці та ушивання епізіотомної рани.

Операція виконується лікарем і проводиться під загальним наркозом.

До обов'язків акушерки входить: підготовка роділлі, інструментів та іншого обладнання, асистування лікарю під час проведення операції.

Обладнання: Стерильний пересувний столик, підготовлений для прийняття пологів відповідно вимогам, набір інструментів для краніотомії.

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Асистування під час проведення краніотомії»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка акушерки до операції	- Одягніть стерильну маску. - Здійсніть гігієнічну антисептику рук. - Одягніть стерильні гумові рукавички.
2. Підготовка всього необхідного до операції	- Суворо дотримуючись правил асептики із бікса (або стерилізатора), в якому знаходиться інструментарій для плодоруївної операції, дістаньте відповідні інструменти і на стерильному пересувному столику або окремо на великому лотку, застеленому стерильною пелюшкою, викладіть необхідний набір: - Корнцанг; - Широке післяпологове дзеркало та підіймач Отта; - Перфоратор Бло (або Феноменова); - Краніокласт Брауна; - Ложечка, або кюретка для видалення мозку; - Скальпель; - Кульові щипці Брауна (2) або Мюзю; - Гумовий балончик - Стерильні пелюшки.

	 2. Під час проведення операції виконуйте усі розпорядження лікаря. 3. Після вилучення, плід покладіть у ємкість, накрийте пелюшкою і винесіть з пологової зали. 4. Зніміть гумові рукавички і викиньте їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 5. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
3. Дезінфекція обладнання.	Після закінчення пологів продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах

**Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички
«Асистування під час накладання акушерських щипців»**

Акушерські щипці – це інструмент, який застосовується для витягання живого доношеного плода із пологових шляхів за голівку. У сучасному акушерстві найчастіше користуються щипцями Сімпсона у модифікації Феноменова.



Показання: з боку плода - дистрес плода;

з боку матері: - вторинна слабкість пологової діяльності;

- необхідність виключення потуг при тяжких формах пізнього гестозу, захворюваннях серцево-судинної системи у стадії декомпенсації, тяжких захворюваннях дихальної системи, міопії високого ступеню, тяжких захворюваннях нирок.

Перед операцією здійснюється епісіотомію.

Після операції обов'язково проводиться ручне відокремлення та видалення посліду, ручна ревізія порожнини матки та зовнішньо-внутрішній масаж матки на кулаці.

Операцію виконує лікар! Операція проводиться під загальним наркозом або пудендальною анестезією.

До обов'язків акушерки входить: підготовка роділлі, інструментів та іншого обладнання, асистування лікарю під час проведення операції.

Обладнання: Пересувний столик, підготовлений для прийняття пологів відповідно вимогам, набір для накладання акушерських щипців, стерильна вазелінова олія у флаконі, стерильний великий лоток, застелений стерильною пелюшкою (при необхідності).

**Професійний алгоритм виконання практичної навички
«Асистування під час накладання акушерських щипців»**

Етапи виконання	Послідовність дій
1. Підготовка акушерки до операції	1. Одягніть стерильну маску. 2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук. 3. Одягніть стерильні гумові рукавички.
2. Підготовка всього необхідного до операції	1. Суворо дотримуючись правил асептики із стерилізатора (або бікса), в якому знаходиться акушерський інструментарій, дістаньте корнцанг, акушерські щипці і викладіть їх на стерильний пересувний столик або окремо на великий лоток, застелений стерильною пелюшкою. 2. Дотримуючись правил асептики, підготуйте акушерські щипці до роботи (склавши, перевірте їх парність і покладіть першою ліву ложку). 3. Окремо підготуйте стерильну вазелінову олію. 4. Під час проведення операції виконуйте усі розпорядження лікаря. 5. Після закінчення операції зніміть гумові рукавички і викиньте їх у ємкість для відпрацьованого матеріалу. 6. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.
7. Дезінфекція обладнання.	Після закінчення пологів продезінфікуйте використане обладнання згідно з режимами дезінфекції об'єктів в акушерських стаціонарах

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Використання роторозширювача та язикотримача»

Мета маніпуляції; попередити западання язика та асфіксію жінки під час нападу еклампсії, забезпечити прохідність дихальних шляхів.

Необхідне обладнання та інструментарій; роторозширювач, язикотримач, стерильні марлеві серветки, ватні кульки, пінцет.

Послідовність дій:

1. Роторозширювач, обладнаний гумовими трубками, вводиться між передніми верхніми та нижніми зубами;
2. Обережно переміщується у напрямку кутніх зубів вправо або вліво;
3. Повільними рухами роторозширювач розкривається та фіксується;
4. Якщо через судоми ввести роторозширювач не вдається, між зубами спочатку вводять металевий шпатель (черенок столової ложки), а потім -роторозширювач;
5. На язик накладають стерильну марлеву серветку, потім його захоплюють язикотримачем;
6. Язик обережно відводять допереду і відводять в бік, де знаходиться роторозширювач;
7. Язикотримач при необхідності фіксується;
8. Пінцетом з ватними кульками видаляють слину та слиз, забезпечуючи прохідність дихальних шляхів.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Зовнішній масаж матки»

Мета маніпуляції: один із прийомів, що використовуються при механічній зупинці кровотечі з приводу гіпотонії матки. Використовують виключно в комплексі з іншими способами зупинки кровотечі.

1. Зовнішній масаж матки. Проводиться через черевну стінку.

Права рука кладеться на дно матки, м'язи якого легенько масуються.

Періодично дно матки здавлюється для видалення згортків крові.

2. Спосіб Гентера. Через передню черевну стінку нижній сегмент матки захоплюють великим і вказівним пальцями, сильно здавлюючи його і притискаючи до хребта. В такому положенні матку утримують до 5 хвилин.

3. Комбінований масаж матки. Права рука вводиться в порожнину матки, береться в кулак. Ліва рука зовні масує дно матки через черевну стінку.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Оцінювання стану новонародженого за шкалою Апгар, Сільвермана-Андерсена»

Алгоритм практичної навички « Оцінювання стану новонародженого за шкалою Апгар, Сільвермана-Андерсена.»

Мета: оцінювання за шкалою Апгар є загальноприйнятим і зручним методом для звітування про стан немовляти відразу після народження і про відповідь на реанімацію, якщо вона знадобилася.

Показання: оцінку за шкалою Апгар проводять кожній дитині в кінці 1-ї і 5-ї хвилини після народження незалежно від терміну гестації, маси тіла і стану при народженні. Діагностики і оцінка тяжкості синдрому дихальних розладів у недоношених новонароджених запропонована шкала Сільвермана-Андерсена. Оцінка за допомогою цієї шкали проводиться в динаміці кожні 6 год після народження протягом 1-2 днів

Шкала Апгар

Показники	0 балів	1 бал	2 бали
Частота серцевих скорочень	Відсутня	Менше 100 в хвилину	100 в хвилину і більше
Дихання	Відсутнє	Слабкі, неритмічні дихальні рухи	Адекватне, гучний крик
М'язовий тонус	Відсутній	Знижений, деяке згинання кінцівок	Активні рухи, кінцівки зігнуті
Рефлекторна реакція на відсмоктування з верхніх дихальних шляхів або тактильну стимуляцію	Відсутня	Гримаса	Крик, кашель або чхання
Колір шкіри	Різка блідість або центральний ціаноз	Тулуб рожевий, акроціаноз	Рожеве забарвлення всього тіла і кінцівок

Стан новонародженого вважається задовільним, якщо загальна оцінка в кінці першої хвилини становить 7 балів і більше. Дитина, що отримала 5 балів, потребує більш пильного спостереження, ніж дитина, що отримала від 7 до 10 балів. При цьому, дитина, що отримала за шкалою 5-6 балів на першій хвилині, і 7-9 балів на п'ятій вимагає меншої уваги з боку медичного персоналу, ніж дитина, що почала життя з 5-ма балами і отримала ту ж оцінку через 5 хвилин після народження. Оцінка за шкалою Апгар 10/10 балів практично не зустрічається.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Активне ведення III періоду пологів»

Мета:

- видалити послід із порожнини матки,
- зменшити об'єм післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.
- знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки.

Показання: активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

Ускладнення: виворіт матки, обрив пуповини.

Оснащення: великий лоток, гумові рукавички, шприц 2 мл та голки для в/м ін'єкцій, окситоцин 5-10 МО (1-2 ампули).

Місце проведення: пологовий зал.

Підготовка акушерки:

- проведіть гігієнічну антисептику рук,
- одягніть стерильні гумові рукавички.

Підготовка роділлі:

- поінформуйте роділлю про активне ведення III періоду пологів, препарати та можливі побічні ефекти, роділля надає добровільну письмову згоду - запропонуйте роділлі спорожнити сечовий міхур або проведіть катетеризацію.

Стандартні компоненти активного ведення III періоду:

- введення утеротоніків:
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку:
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Примітка:

Відсутність одного з компонентів виключає активне ведення III періоду пологів.

Методика проведення:

- протягом першої хвилини після народження дитини пропальпуйте матку для виключення наявності в ній другого плода,
- введіть 10 ОД окситоцину в/м або ергометрину 0,2 мг в/м (протипоказання: артеріальна гіпертензія, преєклампсія).

Примітка:

При відсутності утеротоніків не використовуйте активне ведення, ведіть III період очікувально.

- накладіть на пуповину затискач ближче до промежини,

- захопіть пуповину за затискачі утримуйте її у стані легкого натягнення, покладіть другу руку над лобком і утримуйте матку відводячи її від лона, дочекавшись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину) запропонуйте роділлі потужитись і дуже обережно потягніть (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти,
- під час тракції другою рукою відштовхуйте матку від лона (контртракція) у протилежному напрямку.

Примітка:

Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину в стані легкого натягнення.

Примітка:

Ніколи не проводьте тракцію за пуповину без застосування контртракції добре скороченої матки над лоном! Може призвести до вивороту матки.

- якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупиніть тракцію, але продовжуйте обережно утримувати пуповину в стані легкого натягнення, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку.
- з наступним сильним скороченням матки повторіть тракцію,
- під час народження плаценти утримуйте її двома руками і обережно обертайте, щоб скрутити оболонки, повільно підтягніть плаценту вниз.

Примітка:

У разі обриву оболонок, обережно обстежте піхву і шийку матки в стерильних рукавичках та видаліть їх валики.

- уважно огляньте плаценту за переконайтесь в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, проведіть ручне обстеження стінок порожнини матки,
- при відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода під адекватним знеболенням проведіть ручне відділення плаценти і виділення посліду.

Примітка:

У разі виникнення кровотечі ручне відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

- після народження посліду відразу проведіть масаж матки через передню черевну стінку, доки вона не стане щільною.
 - в подальшому масаж матки проводьте кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб бути впевненому в тому, що матка не розслабляється, в залишається щільною.
- Обережно проведіть огляд нижніх відділів пологових шляхів проводять за допомогою тампонів після пологів.

Примітка:

Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів, або пологів поза лікарняним закладом.

- Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть гумові рукавички, проведіть гігієнічне миття та антисептику рук. «Проведіть відповідні записи про виконані маніпуляції в медичну документацію»

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Діагностика неправильних положень плода»

Мета:

- діагностувати поперечне та косе положення плода,
- попередити розвиток заваженого поперечного положення плода,
- скласти відповідний положенню плода план ведення вагітності та пологів.

Місце проведення:

- жіноча консультація, ФАП, пологове відділення.

Оснащення: кушетка, індивідуальна пелюшка.

1. Пенхологічно підготуйте пацієнтку і запропонуйте застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.

Примітка:

Обов'язково попередьте пацієнтку, щоб вона перед дослідженням звільнила сечовий міхур.

2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

Примітка: Руки повинні бути сухі, чисті та теплі.

3. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину і попросіть оголити живіт, ноги трохи зігнути у кульшових та колінних суглобах, руки покласти вздовж тулуба.

4. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.

5. Проведіть огляд живота. При огляді привертає увагу незвичайна форма живота він не має характерного вигляду овоїду, а розтягнутий упоперек.

6. Проведіть вимірювання висоти дна матки. При вимірюванні висоти дна матки отримують нижчі показники, ніж ті, яких очікують у цьому терміні вагітності при поздовжньому положенні плода.

7. Виконайте прийоми Леопольда-Левицького

1 прийом - дно матки розміщене нижче, ніж зазвичай у такому терміні вагітності, в дні матки не вдається визначити якусь із частин плода;

2 прийом - пальпується тазовий кінець і голівка плода. Позиція плода в цих випадках визначається за розташуванням голівки якщо вона ліворуч - перша позиція, праворуч друга.

Вид, як і при поздовжніх положеннях, визначають за спинкою: якщо вона обернена наперед передній вид, якщо назад задній.

3 прийом - передлеглу частину пропальпувати не вдається.

8. Вислухайте серцебиття плода. При поперечному положенні вислуховується на рівні пупка: при 1 позиції ліворуч, при другій позиції праворуч.

9. УЗД. В деяких випадках (ожиріння, багатоводдя, багатоплідність, напружена матка) діагностувати неправильне положення можна лише за допомогою ультразвукового дослідження

10. Вагінальне дослідження. Неправильні положення вагінальним дослідженням можна діагностувати лише під час пологів, при відкритті маткового вічка не менше 4 см. Пальпують ребра плода, міжреберні проміжки, лопатку, пахову западину, іноді ручку. Дослідження слід проводити дуже обережно, щоб не пошкодити плодові оболонки.

11. Допоможіть пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження.

12. Прозерезинфікуйте використане обладнання.

13. Проведіть гігієнічну антисептику рук.

14. Зробіть запис у медичній документації.

Методичні рекомендації щодо виконання практичної навички «Проведення піхвового дослідження на фантомі та діагностика розгинальних вставлень»

«Бімануальне піхове дослідження»

Підготовка та положення пацієнтки: перед проведенням маніпуляції запропонуйте жінці спорожнити сечовий міхур та пряму кишку.

- запропонуйте зайти за ширму і роздягнутися нижче пояса, лягти на гінекологічне крісло застелене індивідуальною пелюшкою,
- пацієнтка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами;
- при необхідності проведіть туалет зовнішніх статевих органів.

Підготовка акушерки:

- проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук;
- одягніть стерильні гумові рукавички.

Послідовність дій:

- великим та вказівними пальцями лівої руки розведіть статеві губи у нижній третині, - середній та вказівний пальці правої руки введіть у піхву, безіменний палець та мізинець притисніть до долоні, великий поверніть до лобка,
- натисніть на задню злуку промежини вказівним та середнім пальцями правої руки, введіть пальці правої руки спочатку в заднє склепіння визначте його стан (болючість, нависання, сплюснення),
- пропальпуйте шийку матки (величина, консистенція, болючість при зміщенні, її рухомість та прохідність цервікального каналу),
- перемістіть пальці в переднє склепіння, шийку матки відтисніть назад, уникаючи тиску на чутливу лонну дугу.

Примітка: якщо матка відхилена назад, то внутрішні пальці розміщують у задньому склепінні.

- натисніть обережно всією долонною поверхнею пальців лівої руки на передню черевну стінку в напрямі до порожнини малого таза, назустріч пальцям правої руки, таким чином матка буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук, та пропальпуйте матку (визначте: величину, форму, консистенцію, болючість, рухомість, характер поверхні, положення в малому тазі),
- перемістіть пальці правої руки в праве та ліве бокові склепіння (пропальпуйте придатки матки: труби в нормі не пальпуються, яєчники вдається пропальпувати у вигляді еластичних не болючих утворів, зв'язки матки та яєчників в нормі не визначаються, параметрії не болючі, оцініть стан м'язів тазового дна).

Пальпуючи властивості стінок піхви визначте: ширину, довжину, особливості стінок, складчастість, болючість склепінь, наявність пухлин.

Дезінфекція обладнання

1. Усі використані інструменти, матеріал та рукавички покладіть у дезінфікуючий розчин.
2. Пелюшку покладіть у мішок з брудною білизною.
3. Гінекологічне крісло протріть дезінфікуючим розчином.

Проведіть відповідний запис у медичну документацію про отримані дані

Діагностика розгинальних вставлень

I. Підготовчий етап:

1. Привітатись з пацієнткою.
2. Назвати себе.
3. Запитати, як звертатись до неї.
4. Пояснити доцільність проведення маніпуляції.
5. Запевнити, що виникнення ускладнень під час виконання маніпуляції неможливе,
6. Отримати згоду на проведення маніпуляції.
7. Одягнути стерильні гумові рукавички.

II. Основний етап.

1. Передньоголовне передлежання. При піхвовому обстеженні в період розкриття маткового вічка обидва тім'ячка розміщені на одному рівні, а в період зганяння велике тім'ячко опускається нижче і стає провідною точкою, малого тім'ячка досягти дуже важко, іноді вдається промацати верхній кінець лобового шва. Таким чином. найнижче розміщеною ділянкою є тім'я з великим тім'ячком.
2. Лобне передлежання. При проведенні піхвового акушерського обстеження під час пологів, коли голівка притиснута до входу в малий таз і маткове вічко розкрите, можна промацати лоб з лобовим швом, корінь носа і надбрівні дуги з одного боку визначається передній кут великого тім'ячка. Іноді при зовнішньому

обстеженні прийомами Леопольда визначають з одного боку гострий виступ (підборіддя), з другого кут між спинкою і потилицею,

3. Лицьове передлежання. При лицьовому передлежанні зовнішнім акушерським обстеженням можна виявити характерні дані: заглибину між спинкою і закинutoю голівкою; найчіткіше серцебиття плода прослуховується не з боку грудної клітки (де промацують дрібні частини). При піхвовому обстеженні промацують: лоб (з лобовим швом), надбрівні дуги, ніс, рот і підборіддя плода.

III. Заключний етап.

1. Оцініть результати проведення піхвового дослідження.
2. Визначіть подальшу тактику ведення пологів.
3. Продезінфікуйте використане обладнання.
4. Гумові рукавички зніміть та занурте в дезінфікуючий розчин.

Примітка. 1. Обробку рук проводять згідно наказу № 798 від 21.09.10р.