

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «УССУРИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
(КГБ ПОУ «УССУРИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»)

УЧЕБНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ПОСОБИЕ
ПО МДК 01.01. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО
для студентов специальности 31.02.02 Акушерское дело

Уссурийск
2022

Учебно-информационное пособие по МДК 01.01 Физиологическое акушерство. - Уссурийск: КГБ ПОУ «Уссурийский медицинский колледж», 2022. – 72 с.

Пособие содержит обучающие материалы, алгоритмы манипуляций, которые позволят усвоить знания и освоить умения по курсу «Физиологическое акушерство».

Данное пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело, на основе рабочей программы ПМ. 01. Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

Материал изложен в логической последовательности, сгруппирован по темам практических занятий курса, содержит алгоритмы обследования беременных женщин и технику выполнения ряда манипуляций, предусмотренных программой обучения студентов.

Учебно-информационное пособие предназначено студентам 2 курса специальности 31.02.02 Акушерское дело и может использоваться при подготовке к практическим занятиям, занятиям учебной практики, экзамену (квалификационному).

Составитель:

Артамонова О.В., преподаватель высшей квалификационной категории КГБ ПОУ «Уссурийский медицинский колледж».

Методические рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании ЦМК №1.

Протокол № 5 от «18» январь 2022 г.

Председатель ЦМК №1 – Горюнова Е.В.

Подготовила к печати:

Перечкина Н.Г., методист высшей квалификационной категории КГБ ПОУ «Уссурийский медицинский колледж».

Оглавление

Введение	5
Тема 1. Изменения в организме женщины во время беременности. Режим, гигиена и питание беременной. Влияние вредных факторов на плод	7
План предгравидарной подготовки	7
Рекомендации по гигиене, режиму труда и отдыха беременной	8
Рекомендации по питанию во время беременности	12
Оценка величины прибавки массы тела в течение беременности	13
Тема 2. Женский таз с акушерской позиции. Плод как объект родов.	14
Исследование таза у беременной	14
Измерение крестцового ромба (ромба Михаэлиса).....	14
Тема 3. Методы обследования беременных на ранних и поздних сроках беременности. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.	16
Информационный материал «Определение срока беременности и родов»	16
Правила пользования тестом на беременность	18
Тезисы беседы «Предназначение обменно-уведомительной карты».....	19
Информационный материал «Лист нетрудоспособности по беременности и родам»	19
Информационный материал «Предназначение родового сертификата»	20
Правила измерения артериального давления беременной женщине	21
Информационный материал «Патронаж к беременной»	22
Тезисы беседы по теме: «Ведение здорового образа жизни – залог здоровья будущего ребенка»..	22
Тезисы индивидуальной беседы для супругов «О вреде табакокурения»	23
Тезисы беседы с беременной по вопросу партнерских родов.....	23
Информационный материал «Последовательность подготовки и проведения глюкозо-толерантного теста при беременности»	24
Правила сбора мочи для микробиологического исследования у беременной женщины	25
Алгоритм «Влагалищное исследование»	26
Алгоритм «Взятие биологического материала из урогенитального тракта на бактериоскопическое (микроскопическое) исследование»	29
Алгоритм «Взятие соскобов с экто- и эндоцервикса для цитологического метода исследования»	30
Алгоритм «Взятие биологического материала для бактериологического исследования»	32
Алгоритм «Взятие биологического материала для молекулярно-биологического исследования (диагностика с помощью полимеразной цепной реакции)»	34
Приемы наружного акушерского исследования Леопольда-Левицкого	37
Алгоритм «Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки»	38
Информационный материал «Определение предполагаемой массы плода»	39
Информационный материал «Ведение гравидограммы»	39
Алгоритм «Выслушивание сердечных тонов плода»	40
Информационный материал «Кардиотокография»	42
Тема 4. Ведение первого периода родов	45
Алгоритм «Прием роженицы в акушерское отделение»	45
Алгоритм «Ведение первого периода родов»	46
Алгоритм «Влагалищное исследование в родах»	48
Алгоритм «Измерение диагональной конъюгаты».....	49
Информационный материал «Методы определения истинной конъюгаты»	50

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания	51
Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания	52
Техника подсчета схваток и пауз	52
Информационный материал «Ведение партограммы»	53
Алгоритм «Достижение головки плода наружным приемом (метод Пискачека)	55
Тема 5. Ведение второго периода родов	56
Алгоритм «Ведение второго периода родов»	56
Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания плода.....	58
Акушерское пособие при заднем виде затылочного предлежания плода.....	60
Тема 6. Ведение третьего периода родов	63
Алгоритм «Ведение третьего периода родов»	63
Техника приема и осмотра последа	64
Тема 7. Ведение физиологического послеродового периода. Наблюдение и уход за роженицей	65
Послеродовый осмотр шейки матки, влагалища и промежности	65
Алгоритм «Ведение послеродового периода»	65
Тезисы беседы по вопросам гигиены в послеродовом периоде	66
Рекомендации по питанию в послеродовом периоде	67
Тезисы беседа по теме: «Преимущества грудного вскармливания»	69
Информационный материал «Профилактика лактостаза. Техника сцеживания молочной железы»	70
Рекомендуемая литература	72

Введение

Настоящее пособие является дополнением основных источников литературы по МДК 01.01 Физиологическое акушерство. Содержит сведения из действующих клинических рекомендаций и приказов в области акушерства и гинекологии.

Цель пособия – предоставить будущим акушеркам современный учебный материал по ведению всех этапов медицинской и медико-социальной помощи женщине при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

Учебный материал систематизирован по темам, отражающим логику преподавания МДК 01.01. Физиологическое акушерство.

Данное пособие включает тезисы беседы, рекомендации и правила для беременных, родильниц, информационный материал, алгоритмы манипуляций и тактику ведения женщины при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

Учебное пособие содержит материалы, призванные способствовать **формированию общих и профессиональных компетенций:**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК.3 Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК.4 Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК.5 Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Соблюдать правила охраны труда, противопожарной безопасности и техники безопасности

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 1.1. Проводить диспансеризацию и патронаж беременных и родильниц

ПК 1.3 Оказывать лечебно-диагностическую помощь при физиологической беременности, родах и в послеродовом периоде.

ПК 1.4. Оказывать акушерское пособие при физиологических родах.

ПК 1.6. Применять лекарственные средства по назначению врача.

При изучении содержания учебно-информационного пособия обучающийся **должен: уметь:**

- владеть манипуляционной техникой в акушерском деле;
- проводить диспансеризацию и патронаж беременной и родильницы;
- проводить уход, обследование беременных, рожениц, родильниц, новорожденных;

- оказать акушерское пособие при физиологических родах и проведения первичного туалета новорожденного;
- проводить санитарно-просветительскую работу с беременными, роженицами и родильницами;

знать:

- физиологию беременности, диагностику;
- антенатальную охрану плода;
- принципы ведения и методы обследования женщины во время беременности;
- роды, периоды родов;
- ведение родов и послеродового периода;
- принципы профилактики акушерских осложнений;
- основные принципы и преимущества грудного вскармливания;

Уважаемый студент!

Предлагаем вам самостоятельно изучить учебный материал по курсу «Физиологическое акушерство», подготовиться к выполнению алгоритмов манипуляций и отработке тактики ведения женщины при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода в симуляционном кабинете колледжа.

ТЕМА 1. ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. РЕЖИМ, ГИГИЕНА И ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ. ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НА ПЛОД

План предгравидарной подготовки

Предгравидарная подготовка – комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребенка.

Цель предгравидарного консультирования – мотивировать пару на осознанную подготовку к будущей беременности, отказ от вредных привычек и модификацию образа жизни.

Первичное обследование

- обследование у врача акушера-гинеколога с взятием мазков на микрофлору, АК;
- гормональное обследование по показаниям;
- трансвагинальное ультразвуковое обследование (УЗИ) органов малого таза на 5-7 день менструального цикла, УЗИ молочных желез – на 5-11 день менструального цикла. (пациенткам старше 40 лет показана маммография);
- определение группы крови и резус фактора; отрицательный резус фактор у женщины и положительный у мужчины может привести во время беременности к развитию резус - конфликта у плода и развитию гемолитической болезни;
- определение резус фактора у обоих партнеров. Во время беременности проводится профилактика резус конфликта путем введения иммуноглобулина человека антирезус Д;
- анализы крови; общий, биохимический;
- обследование супружеской пары на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, ИППП (гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз), TORCH комплекс: токсоплазмоз, ЦМВ, герпес, краснуха (в случае отсутствия антител – иммунизация, отложение наступления беременности на 3-4 месяца), по показаниям - консультация врача инфекциониста;
- определение концентрации ТТГ;
- определение концентрации в крови гомоцистеина (повышение показателя свидетельствует о критичных нарушениях фоллатного цикла и высоком риске формирования врожденных пороков развития и осложнений беременности (ПП, плацентарной недостаточности);
- определение в сыворотке крови уровня 25(ОН) Д с ИМТ 30 кг/м и более, с указанием на преэклампсию, гестационный сахарный диабет или невынашивание беременности в анамнезе
- медико-генетическое обследование (в медико-генетической консультации определяют, каков риск развития наследственного заболевания у планируемого ребенка, тяжесть заболевания;
- консультация специалистов при наличии заболеваний с последующим обследованием и рекомендациями (терапевт, стоматолог, окулист, хирург, эндокринолог и др.). Консультация уролога мужчине показана в следующих случаях (при необходимости с анализом спермограммы): в возрасте более 40 лет; при заболеваниях репродуктивной системы, ИППП (в настоящее время или в анамнезе); при наличии вредных условий труда (в настоящее время или в анамнезе), при обследовании пары с бесплодием.

Модификация образа жизни:

– курение, пассивное вдыхание табачного дыма, злоупотребление алкоголем, применение наркотических и психотропных средств отрицательно влияют на фертильность, вынашивание и исход беременности;

✓ злоупотребление женщиной до зачатия алкоголем и кофеинсодержащими напитками увеличивает риск выкидыша, а курение связано с повышением риска задержки роста плода, врожденного порока сердца;

✓ избыточное употребление пива оказывает неблагоприятное действие на мужскую фертильность (за счет эстрогеноподобных соединений)

– желательно снизить стрессовые нагрузки, нормализовать режим сна и бодрствования, обеспечить умеренную физическую нагрузку;

– сбалансированный рацион питания и нормализация массы тела повышают вероятность зачатия и нормального течения беременности;

✓ несбалансированное питание может стать причиной дефицита витаминов, микро и макронутриентов, повышающий перинатальный риск. Белковый компонент рациона должен составлять не менее 120 г в сутки. Не злоупотреблять фруктами (оптимально съедать два крупных плода в день). Целесообразно увеличить употребление рыбы и морепродуктов (более 350 г. в неделю)

✓ избыточная масса тела женщины ассоциирована с повышенным риском осложнений беременности и родов, а ИМТ менее 18,5 – с ВПС плода;

– воздействие ионизирующего и элетромагнитного излучения оказывает вредное влияние на фертильность;

– вероятность зачатия максимальна при частоте половых актов 3-4 раза в неделю

✓ воздержание более 5 дней может отрицательно влиять на количество сперматозоидов

Предгравидарная вакцинация (против дифтерии и столбняка – каждые 10 лет от момента последней ревакцинации; гепатита В – не привитых ранее; краснухи – женщин до 25 лет не болевших, не привитых; кори – женщин до 5 лет, а в возрасте 36 лет и старше – если относятся к группе риска, не болели, не привиты)

Дотация витаминов и микроэлементов

– *Дотация фолатов* (прием фолиевой кислоты 400 мкг в день в течение 3-х мес. до наступления беременности и во время первого триместра беременности для снижения частоты развития пороков нервной системы, частоты преждевременной отслойки плаценты, задержки развития плода. У мужчин прием 100мкг фолатов в день снижает долю аномальных сперматозоидов на 3,6%.

– *Профилактика железодефицита*. Если в течение последнего года пациентке не обследовали обмен железа, она не принимала препараты железа в дозах. Рекомендованных ВОЗ, ей необходимо назначить 30-60 мг элементарного железа в день в течение 3 месяцев до зачатия

– *Дотация йода*. В регионах эндемичных по дефициту йода, в течение 3 месяцев до зачатия рекомендовано назначать препараты йода (женщинам – в дозе 150 мкг/сут., мужчинам – 100 мкг/сут).

– *Дотация витамина Д*

✓ условно здоровым женщинам, которым не показано рутинное определение уровня 25 (ОН) Д в сыворотке крови (при ИМТ менее 30 кг/м, отсутствии в анамнезе указаний на ПЭ, ГСД и невынашивании беременности), рекомендован прием витамина Д в профилактической дозе 800-2000 МЕ/сут.

✓ при концентрации 25 (ОН) Д в сыворотке крови 20-30 нг/мл показан прием 4000МЕ/сут холекальциферола в течение 7 недель, а менее 20 нг/мл – 4000 МЕ/сут на протяжении 14 недель.

– *Дотация полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК)*. Женщине, планирующей беременность, рекомендовано включать в рацион жирную рыбу (1 раз в неделю) либо принимать препараты с ПНЖК.

Рекомендации по гигиене, режиму труда и отдыха беременной

1.Рациональное питание

– Особое внимание следует уделять рациональному питанию - полноценный набор разнообразных пищевых продуктов соответственно сроку беременности и правильное распределение рациона в течение дня. Рацион составляется индивидуально с учетом роста и массы тела беременной, величины плода, характера течения беременности, трудовой деятельности.

- Во время беременности вредным является недостаточное питание, также чрезмерное и несбалансированное. Избегать потребления непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза

- Рекомендуются отказ от вегетарианства (увеличивает риск ЗРП) и снижение потребления кофеина (более 300 мг/сут - увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей)

2. Вредные привычки

- Отказаться от курения, алкоголя, наркотиков (приводит к гипоксии и уродствам плода)

3. Лекарственные препараты.

- Категорически недопустим прием лекарственных препаратов во время беременности без назначения врача-акушера. Особенно I триместре беременности.

4. Стрессовые ситуации

- Избегать конфликтов, избытка негативной информации, продуманно выбирать литературу, телевизионные программы, контакты с окружающими и темы разговоров.

- В семье необходимо обеспечить благоприятный психологический климат.

5. Спорт и беременность

- Беременной пациентке с нормальным течением беременности рекомендована умеренная физическая нагрузка (20-30 минут в день).

- Прогулки пешком, нетрудная домашняя работа, плавание, йога, аэробика – ряд упражнений специально разработанных для беременных

- Дозированные физические нагрузки полезны для матери и ребенка при правильном их подборе.

- Необходимо исключить некоторые виды физической активности, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: катания на лошадях, водные лыжи, серфинг, прыжки в воду, подводное плавание, бег на скорость, горные лыжи, езда на велосипеде, командные игры.

- Физические нагрузки противопоказаны: женщинам, у которых уже были выкидыши, страдающим сердечными болями и кровотечениями.

6. Режим труда и отдыха

- С первых месяцев беременности следует чередовать труд с отдыхом через каждые 40-50 мин.

- Гулять несколько раз в день по 1- 1,5 часа. Перед сном прогулка обязательна.

- Сон беременной должен продолжаться не менее 8 ч. (22-23 ч. вечера до 7-8 ч. утра) в сутки, проходить в хорошо проветриваемом помещении.

- Домашний труд должен быть умеренным. Беременной можно заниматься домашней работой, но не переутомляться. Каждые час-полтора желательно устраивать маленькие перерывы. На кухне можно проводить не более 2 ч. равномерно распределенных в течение дня. Влажную уборку проводить без химических моющих средств. На время ремонта сменить место жительства

- При планировании отпуска следует предпочесть привычные климатические условия в осенний или весенний периоды года. Длительные перелеты и поездки опасны развитием венозного тромбоза (не допускают к авиаперелетам беременных со сроком 34-36 недель). Рекомендации по профилактике ТЭО: ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина, и ношение компрессионного трикотажа на время полета

7. Работа во время беременности

– Желательно, чтобы рабочий день беременной не превышал 6 ч. При свободном режиме работы, не связанном со срочностью задания.

– Согласно российскому законодательству предусмотрено освобождать женщину от сверхурочных работ, ночных смен, командировок, а также от работ связанных с подъемом и перемещением тяжестей, вибрацией, воздействием высокой температуры, радиации, ряда химических веществ и других агентов, способных оказать вредное влияние на организм матери и плода (своевременно перевести на легкий труд).

– Беременным противопоказана работа: связанная с поднятием предметов тяжелее 3 кг; на жаре; в условиях повышенной влажности; на высоте; требующая переходов по лестнице более чем на один пролет чаще 4 раз в день; связанная со стоянием на ногах более 4ч подряд; в вынужденной рабочей позе; предусматривающая наклоны ниже уровня колен более 10 раз в час; требующая значительного нервно-эмоционального напряжения, особенно связанная с опасностью аварии, взрыва, форс-мажорной ситуации; в условиях значительного дефицита времени; связанная с воздействием неблагоприятных физических факторов (высокие и низкие температуры, электромагнитные поля, воздействие рентгеновского излучения, длительное пребывание за компьютером и др.); связанная с вредным воздействием химических веществ на организм матери или плода; с веществами, обладающими неприятным запахом; с возбудителями инфекционных, паразитарных и грибковых заболеваний

– В течение рабочего дня беременной необходимо менять позу, избегая длительного стояния и сидения. Каждые час-полтора следует устраивать маленькие перерывы, во время которых можно выполнить несколько легких физических упражнений. В обеденный перерыв желательно несколько минут побыть на свежем воздухе.

Посещение магазинов, учреждений досуга и мест скопления людей

– Находится в магазине желательно не более 1 часа.

– Избегать походов в магазины в период эпидемии гриппа и других ОРВИ, поскольку сопротивляемость инфекционным заболеваниям у беременных понижена.

– Не следует беременным посещать ночные клубы и любые заведения, где допускают курение непосредственно в зале и повышен уровень шума.

– Желательно посещать выставки, театры, концерты классической музыки.

8. Уход за полостью рта и зубами

– Чистить зубы утром и вечером, полоскать рот после приема пищи. Целесообразно использовать зубную щетку с мягкой щетиной и зубную пасту, способствующую минерализации зубов, либо детскую зубную пасту.

– Посещение стоматолога.

9. Уход за кожей и косметические процедуры

– Ежедневный душ (не рекомендуют принимать ванны, особенно во второй половине беременности). Ежедневная смена нательного белья, еженедельная смена постельного белья, обмывание наружных половых органов теплой водой 2-3 раза в сутки.

– Использовать косметические средства по уходу за лицом и телом, на которых указана возможность применения в период беременности.

– В начале беременности следует удалить пирсинговые украшения из области сосков, пупка, наружных половых органов.

10. Уход за ногтями

– В течение первых 14 недель желательно отдавать предпочтение гигиеническому маникюру

без нанесения лака. Для снятия лака использовать жидкость, не содержащую ацетон. Противопоказано наращивание ногтей с использованием кислотного праймера. Безопасность геля на наращивания ногтей у беременных не изучена.

11. Уход за молочными железами

- Рекомендовано ежедневное обмывание молочных желез водой комнатной температуры с детским мылом во время приема душа.
- Показано ношение бюстгалтеров из натуральной ткани (льняной или хлопчатобумажной).
- Какой-либо специальной подготовки молочных желез и сосков не требуется.
- При появлении в конце беременности выделений из молочных желез следует использовать специальные впитывающие салфетки, помещаемые в чашечки бюстгалтера.

12. Окрашивание волос

- Применение косметики для волос и окрашивающих средств в 1 триместре должны быть исключено, а впоследствии сведено к минимуму. Можно применять натуральные красители: хну или басму.

13. Интимная гигиена

- Подмываться следует 2 раза в сутки, а также после мочеиспускания и дефекации.

14. Секс во время беременности

- Не противопоказан при нормальном течении беременности
- Половые отношения при беременности противопоказаны: если имел место выкидыш, была или есть угроза выкидыша, при угрозе преждевременных родов, при предлежании плаценты, при разрыве плодных оболочек, при несостоятельности шейки матки.

15. Одежда и обувь

- Одежда в период беременности должна соответствовать физиологическому состоянию организма. Платье не должно стеснять движений, должно быть легким, мягким, соответствовать сезону; бюстгалтер (из хлопчатобумажной ткани) не должен сдавливать грудь, плечи и размер его во время беременности меняется.
- Противопоказаны колготки, сильно утягивающие живот и ягодицы. Трусы и трико не должны иметь тугих резинок и сдавливать тело.
- Обувь должна быть свободной (не тесной) на низком или расширенном каблуке.
- Нельзя носить обувь тесную на неустойчивом и высоком каблуке во избежание осложнений и травматизма. Размер обуви во время беременности очень часто увеличивается.

16. Вождение автомобиля

- При передвижении в автомобиле разумно каждые час-полтора делать остановки для отдыха. При управлении автомобилем обязательно использовать трехточечный ремень безопасности, где первый ремень протягивается под животом по бедрам, второй ремень – через плечи, третий ремень – над животом между молочными железами.
- Беременная за рулем должна по возможности избегать движения по трассам с затрудненным движением, неукоснительно соблюдать правила дорожного движения и скоростной режим. Желательно проводить за рулем не более 1 ч подряд и не более 2,5 ч в день.
- Расположение водительского кресла. Необходимо отодвинуть водительское кресло не менее чем на 10 см, а спинку слегка отклонить. При болях в спине необходимы массажные накидки

на сиденьях, сплетенные из деревянных шариков или брезентовые с воздушной прослойкой, а также подлокотник.

– Отдых. Если женщина устала, необходимо остановиться и отдохнуть, расслабиться и снять напряжение. В салоне автомобиля всегда должны быть сок, минеральная вода или яблоко. Это поможет сделать длительное стояние в пробке менее утомительным и снять напряжение.

– Беременная должна быть готова к неожиданностям и всегда иметь при себе паспорт, обменную карту, медицинский

Рекомендации по питанию во время беременности

1. Режим питания – 5-6 раз в день.
2. Принимать пищу по потребности (т.е. когда женщина проголодалась), а не по расписанию (лучше недоесть, чем переест)
3. Питание должно быть разнообразным
4. Последний прием пищи – за 2 часа до сна.
5. Прием свободной жидкости (вода, компот, чай, суп и др.) 1 – 1,2 литра в сутки. В третьем триместре – 0,7-0,8 л.
6. Поваренной соли в сутки употреблять в первую половину беременности до 10- 12 г., во вторую - 8г., снижая по 5г в сутки

Можно		Следует избегать
Хлеб из муки грубого помола, с отрубями, печенье сухое (крекеры и др.) несдобная выпечка	Хлеб и хлебобулочные изделия	Хлеб из муки высших сортов, слоеное и сдобное тесто
Супы из овощей на вторичном мясном бульоне, борщи, свекольники, щи из свежей капусты	Супы	Крепкие мясные и куриные бульоны
Нежирная отварная говядина, телятина, крольчатина, белое мясо птицы без кожи, паровые котлеты, фрикадельки, тефтели	Мясо и птица	Жирные сорта мяса, колбасы, сосиски, готовые пельмени, копчености, консервы
Нежирные сорта рыбы (хек, треска, навага и др.), предпочтительнее в отварном виде	Рыба	Жирные сорта, соленую, копченую рыбу, консервы, крабовые палочки
Каши – гречневая, рисовая, пшеничная, перловая, кукурузная, пшенная, овсяная. Фасоль, бобы	Крупы, злаки, бобовые	Исключить манную крупу Горох с осторожностью
1-2 яйца в день (варенные, омлет)	Яйца	Яйца жаренные Яйца сырые – исключить.
Молоко кипяченое, простокваша, кефир, ряженка, варенец, нежирный творог (запеканка, сырники), йогурт, нежирная сметана, сыр.	Молоко и молочные продукты	Острый сыр. Исключить - копченый сыр, употребление сырого молока.
Различные виды овощей и зелени в сыром или отварном виде. Фрукты, ягоды (особенно лесные - черника, клюква голубика), семечки, орехи. Все фрукты и ягоды лучше использовать в натуральном виде	Фрукты, овощи, ягоды	Из-за риска аллергических реакций, не злоупотреблять фруктами и овощами оранжевого, красного и черного цвета, цитрусовыми

Оливковое, кукурузное, подсолнечное масло, сливочное масло. Желе, джемы, десерты, сахар, конфеты – в умеренных количествах.	Жиры и сладости	Не злоупотреблять шоколадом. Исключить изделия с кремом, жевательные резинки
Салаты из сырых овощей, винегреты с растительным маслом, икра овощная, фруктовые салаты.	Закуски и приправы	Исключит - острые и жирные соусы, хрен, горчица, перец, уксус
Соки, кисели, компоты, морсы (клюквенный), зеленый и некрепкий черный чай, некрепкий кофе, отвар из шиповника	Напитки	Исключит - алкогольные напитки, крепкие черный чай и кофе, лимонад, Кока – Кола, Пепси – кола и другие сладкие газированные напитки

ОЦЕНКА ВЕЛИЧИНЫ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременным при 1-м визите в женскую консультацию необходимо измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг / рост в м ²), при всех последующих визитах беременной пациентки проводить контроль динамики прибавки массы тела.

Комментарий: Основное влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает прибавка массы тела во время беременности, а не ИМТ до беременности.

Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5 - 2 кг/неделю. Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации.

Таблица - Рекомендуемая еженедельная и общая прибавка веса в зависимости от ИМТ

Категория	ИМТ (кг/м ²)	Рекомендуемая прибавка массы тела	
		за всю беременность (кг)	еженедельная (кг/неделю) (во 2-м и 3-м триместре)
Недостаток массы тела	< 18,5	12,5 – 18	0,44 – 0,58
Нормальная масса тела	18,5 – 24,9	11,5 – 16	0,35 – 0,50
Избыток массы тела	25,0 – 29,9	7 – 11	0,23 – 0,33
Ожирение	≥30,0	5-9	0,17 – 0,27

ТЕМА 2. ЖЕНСКИЙ ТАЗ С АКУШЕРСКОЙ ПОЗИЦИИ. ПЛОД КАК ОБЪЕКТ РОДОВ

Исследование таза у беременной

1. Поздороваться, представиться, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
2. Обработать руки кожным антисептиком.
3. Постелить на кушетку одноразовую салфетку.
4. Предложить/помочь женщине лечь на кушетку, на спину, ноги выпрямить и сдвинуть вместе, обнажить живот и верхнюю треть бедер.
5. Встать справа от беременной лицом к ней.
6. Взять в руки ветви тазомера так, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговики, а шкала деления была обращена кверху.
7. Прощупать указательными пальцами передние верхние ости гребней подвздошных костей.
8. Прижать к ним пуговики развернутых ветвей тазомера.
9. Отметить по шкале величину данного размера. (Distantiaspinarum-остистая дистанция - расстояние между передневерхними остями подвздошных костей (25-26 см)).
10. Передвинуть пуговики тазомера с остей по наружному краю гребня подвздошных костей до тех пор, пока не определяется наибольшее расстояние (Distantiacristarum -гребневая дистанция - расстояние между наиболее удаленными точками гребней подвздошных костей (28-29 см)).
11. Указательными пальцами прощупать выдающиеся точки больших вертелов бедренных костей и прижать к ним пуговики тазомера (Distantiatrochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей (30-31 см)).
12. Предложить беременной лечь на левый бок, нижележащую ногу согнуть в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую ногу выпрямить.
13. Установить пуговку одной ветви тазомера на середину верхненаружного края симфиза, другой конец тазомера прижать к надкрестцовой ямке (Conjugateexterna- наружная конъюгата - прямой размер таза - расстояние от середины верхнего края симфиза до надкрестцовой ямки, т.е. верхнего угла крестцового ромба (20-21 см)).
14. Сообщить результаты измерения.
15. Обработать руки кожным антисептиком.
16. Сделать соответствующую запись в индивидуальную карту беременной.
17. Отработанный материал подлежит дезинфекции

Примечание: по величине наружной конъюгаты судят о размере истинной конъюгаты. Она равна величине наружной конъюгаты минус 9 см.

Измерение крестцового ромба (ромба Михаэлиса)

На основании формы, размеров ромба можно оценить строение костного таза, обнаружить его сужение, деформацию, что имеет большое значение в определении тактики ведения родов

Техника выполнения

1. Получить у пациентки информированное согласие на исследование.
2. Предложить беременной встать спиной, обнажить пояснично-крестцовую область.
3. Встать лицом к спине женщины с сантиметровой лентой или тазомером в руках.
4. Пальпировать надкрестцовую ямку (верхний угол ромба Михаэлиса) и зафиксировать начало сантиметровой ленты.
5. Измерить расстояние от надкрестцовой ямки до верхушки крестца (вертикальная диагональ).

6. Пальпировать задневерхние ости гребней подвздошных костей (боковые углы ромба) и измерить расстояние между ними (горизонтальная диагональ).

Информационный материал!

Крестцовый ромб (ромб Михаэлиса) - очертание в области крестца, имеющее контур ромбовидной площадки.

Крестцовый ромб имеет 4 угла. Верхний угол ромба соответствует надкрестцовой ямке (остистый отросток V поясничного позвонка), нижний угол - верхушке крестца (крестцово-копчиковое сочленение, место отхождения больших ягодичных мышц), боковые углы - задневерхним остям подвздошных костей.

Латеральные углы ромба хорошо контурируются в виде небольших округлых углублений непосредственно над задневерхними остями подвздошных костей. Верхний угол ромба соответствует углублению между остистыми отростками последнего поясничного и первого крестцового позвонков, называемому надкрестцовой ямкой.

Ромб не у всех хорошо выражен, поэтому для нахождения надкрестцовой ямки пользуются таким приемом: проводят горизонтальную линию, соединяющую верхние края гребней подвздошных костей обеих сторон; точка по средней линии, расположенная ниже проведенной линии на два поперечных пальца, и будет надкрестцовой ямкой. Нижний угол *ромба* - верхушка крестца - приблизительно соответствует началу ягодичной складки и легко определяется пальпаторно как наиболее выступающая кзади нижняя часть крестца.

Размеры ромба при нормальном тазе: горизонтальная диагональ 10-11 см, вертикальная диагональ 11 см.

По длиннику крестцового ромба (*distantia Tridondani*) с достаточной долей вероятности судят о величине истинной конъюгаты.

По Тридондани, длинник крестцового ромба (ромба Михаэлиса) соответствует истинной конъюгате. В норме длинник крестцового ромба равен 11 см, что соответствует величине истинной конъюгаты.

ТЕМА 3. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ. ДИАГНОСТИКА РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Определение срока беременности и родов

Нормальная беременность – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37-41,6 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

По дате последней менструации

При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле). Для облегчения этой задачи, применяют правило Негеле, согласно которому от даты первого дня последней менструации необходимо отнять 3 месяца и прибавить 7 дней

При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчет срока родов в сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле.

При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбриона).

По овуляции.

Определение даты овуляции по подъему базальной температуры, по дате искусственной инсеминации, при ультразвуковом слежении за ростом фолликула и его разрывом, по известной дате полового контакта (при редких половых контактах). Единственная ситуация, при которой можно совершенно точно знать гестационный срок, - беременность, наступившая в результате ЭКО.

При известной дате зачатия для определения даты родов следует от этого дня отнять 3 мес и 7 дней (модифицированное правило Негеле) или прибавить 266 дней (38 нед) к дате зачатия.

По первой явке в женскую консультацию. К дате определенного при первой явке срока беременности прибавляют по календарю недостающие недели до 40. Полученная дата будет соответствовать дате родов, а на момент подсчета - сроку беременности.

По дате первого шевеления. Для определения даты родов у первородящих к дате первого шевеления плода (20 нед) прибавляют 20 нед, у повторнородящих к дате первого шевеления (18 нед) прибавляют 22 нед.

По дате родового отпуска, который начинается в 30 нед беременности. К этой дате прибавляют 10 недель.

По данным ультразвуковых исследований. Более надежный метод определения срока беременности - определение диаметра плодного яйца при УЗИ, начиная с 4-4,5 нед менструального срока (что соответствует 1-4 дням задержки) до 10-11 нед (до этого срока плодное яйцо сохраняет обычно более или менее правильную овоидную форму). Еще точнее определение копчико-теменного размера эмбриона (КТР) с 6,5 и до 12 нед беременности. Далее точность значительно уменьшается из-за сгибания позвоночника и головки плода относительно туловища. После I триместра срок определяют, измеряя отдельные части тела плода.

По мере увеличения срока беременности точность определения гестационного возраста плода при УЗИ уменьшается. Наиболее достоверно определение гестационного возраста до 24 нед беременности.

Срок беременности определяют по совокупности всех доступных данных, хотя при недостатке клинических данных предпочтение отдают сроку, определенному при УЗИ в I и II триместрах беременности.

Метод определения срока беременности по размерам матки (менее точен, но также широко применяем) (рисунок 1).

В течение первых 12 нед беременности матка находится в полости малого таза и определяется только при бимануальном исследовании, в дальнейшем матка при пальпации определяется над лоном, что позволяет измерить высоту стояния ее дна.

Матку небеременной женщины по размеру можно сравнить со спичечным коробком, а по форме с небольшой грушей, уплощенной в переднезаднем направлении. Средние размеры матки составляют 7,5х5,5х3,5 см.

До 5 нед тело матки практически не увеличено.

В 8 нед матка увеличивается в 2 раза (величиной с женский кулак).

В 10 нед матка увеличивается в 3 раза.

В 12 нед - в 4 раза (величиной с головку новорожденного). Дно матки находится на уровне верхнего края лобкового сочленения или слегка выступает над ним.

До 5 недгестационного срока отличить по размерам беременную матку от небеременной практически невозможно.

Начиная с 13 нед, т.е. со II триместра беременности, размеры матки определяют по высоте стояния ее дна над лоном (ВДМ) по отношению к другим ориентирам: пупок, мечевидный отросток.

В 16 нед дно матки на 6 см выше лона, и оно приближается к середине расстояния между пупком и лобком.

В 20 нед. беременности дно матки находится на 12 см выше лобка или на 2 поперечных пальца ниже пупка

В 24 нед дно матки находится на уровне пупка и оно находится выше лобкового сочленения на 18-20 см.

Далее на практике легко применить правило, согласно которому ВДМ в сантиметрах соответствует сроку беременности, определяемому в неделях

В 28 нед беременности дно матки пальпируется на 24-26 см. выше лобка или на 2 поперечных пальца выше пупка.

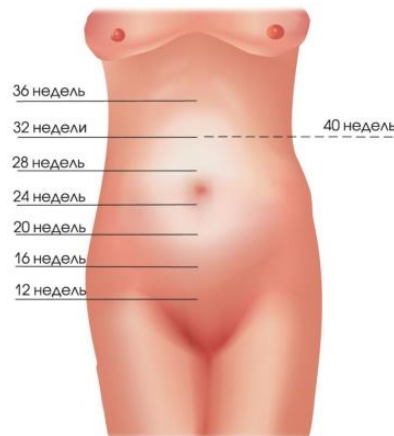


Рисунок 1 – ВСДМ при различных сроках беременности

В 32 нед дно матки расположено на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, а ВСДМ равна 28-30 см.

В 36 нед дно матки стоит на 34-36 см над лонным сочленением, поднимается до мечевидного отростка и реберных дуг - это наивысший уровень стояния дна беременной матки. Окружность живота в среднем равна 90 см. Пупок сглажен.

В 40 нед дно матки опускается до уровня, на котором оно находилось в 32 нед, т.е. до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком (высота стояния – 37-38 см).

Окружность живота составляет 95-98 см, головка плода у первородящих опускается и прижимается ко входу в малый таз или стоит малым сегментом во входе. Пупок выпячивается.

Таблица – Отличия поздних сроков беременности

Признаки	Беременность 32 недель	Беременность 40 недель
Окружность живота	80-85	90 см и более (95 – 98 см)
Высота стояния дна матки	28-30 см	37-38 см
Состояние пупка беременной	Несколько сглажен	выпячен
Расположение головки плода	Высоко над входом в малый таз	Прижата или фиксирована во входе в малый таз малым сегментом

Определение срока беременности по измерению ВДМ - не самый точный метод. На ВДМ значительно влияют конституция женщины, ее рост, задержка роста плода, крупный плод, неправильные положения и неправильные предлежания плода, количество околоплодных вод (маловодие, многоводие), многоплодие и другие особенности течения беременности (ожирение, отеки и т.д.).

Информационный материал!

Продолжительность беременности и срок родов генетически детерминированы, т.е. индивидуальны для каждой женщины. Несмотря на давно известный факт, что оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом возможно только после овуляции (высвобождение яйцеклетки из фолликула), которая имеет место через 14 дней после начала очередного менструального цикла, началом беременности принято считать первый день последней менструации, так как точные сроки овуляции, время зачатия и оплодотворения установить сложно.

Срок беременности, высчитываемый от первого дня последней менструации, называют *акушерским (менструальным, гестационным) сроком*.

Срок, высчитываемый от зачатия (*овуляционный, эмбриональный срок*) применяют только в эмбриологии.

Таким образом, беременность продолжается 280 дней, или 10 лунных месяцев, или 9 календарных месяцев от первого дня последней менструации.

Истинная продолжительность развития беременности (от зачатия) составляет не 280 дней, а 266 дней.

На следующий день после зачатия *гестационный срок* (срок беременности) уже составляет 2 нед и 1 день.

Правила пользования тестом на беременность

Тесты различных производителей и конструкций объединяет один принцип – они определяют наличие гормона ХГЧ в моче. Этот гормон вырабатывается хорионом (будущей плацентой) плодного яйца и появляется в моче в очень низких дозах через 7-8 дней после зачатия.

Как работают? На исследуемую поверхность теста нанесен специальный реактив, состоящий из антител к ХГЧ и имеются 2 зоны диагностическая (тестовая, Т (test)) и контрольная (С (control)).

Если беременность есть, то при соприкосновении с мочой женщины антитела вступают в реакцию с ХГЧ, и таким образом в диагностической зоне появляется полоска от розового до ярко-красного цвета. Если же беременности нет, то полоска отсутствует. Для дополнительной проверки результата на тесте имеется контрольная зона. Если тест качественный, в этой зоне при взаимодействии с мочой всегда появится контрольная полоска.

Таким образом, при наличии беременности на тесте присутствует 2 полоски, при отсутствии одна полоска.

Необходимо внимательно читать инструкцию. Принцип один, но есть различия в мелочах. Тестирование проводят в любое время суток. Однако концентрация гормона ХГЧ в утренней моче

максимальна. Перед проведением теста избегать чрезмерного приема жидкости и мочегонных препаратов.

Средства экспресс выявления беременности можно разбить

1. Тест – полоски – относятся к первому поколению тестов. Необходимо собрать мочу в чистую емкость и опустить полоску до максимальной линии погружения.

Преимущества: низкая стоимость, большой выбор в любой аптеке.

Недостатки: чувствительность полоски ограничена по сравнению с другими вариантами тестов - 25 Мме/Мл (международных единиц на миллилитр); требует сбора мочи в емкость: носителем реактива является бумажная/матерчатая полоска, которая не позволяет выдержать его точную концентрацию и может привести к ошибочному результату; при неправильном использовании теста, результат может быть не корректным (передержать полоску – реагент может смыться/полоска недостаточно пропиталась мочой)

2. Планшетный тесты, более чувствительны на раннем сроке. Каплю мочи помещают в специальное окошечко. Капли жидкости растекаются по ткани, вложенной в планшет, как по промокашке, доходят до невидимой глазу полоски реактива и вступает с ним в химическую реакцию.

3. Струйные тесты. Более сложное устройство и высокочувствительны, могут распознавать беременность даже с небольшим уровнем ХГЧ (10 Мме/Мл). По волокнистому стержню тест-системы, состоящему из множества микроскопических канальцев, жидкость быстро поднимается к тестовой части, где находится реактив. Внутри тест-системы имеется слой латексных частиц с антителами, к которым прочно прикрепляется гормон ХГЧ, если он присутствует в моче/

Тезисы беседы по теме: «Предназначение обменно-уведомительной карты»

Обменная карта – официальный документ, который в течение всего срока беременности является главным сопроводительным документом беременной женщины.

Обменная карта предназначена для взаимной информации женской консультации и акушерского стационара о характере течения беременности и родов.

Медицинский персонал, оперируя данными обменной карты, может оказать своевременную и квалифицированную помощь, как во время беременности, так и во время родов.

Обменная карта заводится при постановке на учет по беременности в ж/к или частной клинике. Ее выдают на втором приеме при посещении врача акушер-гинеколога в ж/к.

Законодательством не предусмотрен единый образец внешней формы обменной карты.

Состоит из 3 частей.

1. «Сведения женской консультации о беременной» – отражает данные анамнеза, исследования, динамическое наблюдение за течением беременности.

2. «Сведения родильного дома/акушерского отделения больницы о родильнице» – вписываются сведения (число, время, пол ребенка, вес, диагноз для передачи в женскую консультацию).

3. «Сведения родильного дома, акушерского отделения больницы о новорожденном» - перед выпиской новорожденного для передачи в детскую поликлинику.

Информационный материал по теме: «Лист нетрудоспособности по беременности и родам»

Выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам при одноплодной беременности производится с 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается единовременно с 28 недель беременности продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

В случае неиспользования по каким-либо причинам права на своевременное получение отпуска

по беременности и родам или при наступлении преждевременных родов листок нетрудоспособности выдается на весь период отпуска по беременности и родам.

При родах, наступивших в период с 28 до 30 недель беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается женской консультацией на основании выписки из родильного дома (отделения), где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 суток после родов (168 часов) - на 86 календарных дней; при временном выезде женщины с места постоянного жительства - родильным домом (отделением), где произошли роды.

При осложненных родах листок нетрудоспособности дополнительно на 16 календарных дней может выдаваться родильным домом (отделением) или женской консультацией по месту жительства на основании документов из лечебно-профилактического учреждения, в котором произошли роды. Перечень заболеваний и состояний, при которых роды считаются осложненными, определен «Инструкцией о порядке предоставления послеродового отпуска при осложненных родах» Минздрава России.

При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки «Листок нетрудоспособности» выдается с периода подсадки эмбриона до установления факта беременности и далее по показаниям.

Листки нетрудоспособности регистрируются в «Книге регистрации листков нетрудоспособности».

Информационный материал по теме: «Предназначение родового сертификата»

С января 2006 г. в рамках национального проекта «Здоровье» внедрена новая программа, направленная на улучшение качества помощи беременным и роженицам. Цель программы заключается в том. Чтобы женщина почувствовала, что наряду с ней в рождении здорового ребенка заинтересовано государство. Один из компонентов программы – родовый сертификат. Каждая беременная вместе с обменной картой получает этот документ.

Для чего нужен родовый сертификат?

Он позволяет повысить качество медицинской помощи беременным. Важно, что с родовым сертификатом женщина получает право выбора: теперь она сама решает, в какую женскую консультацию стать на учет и в каком родильном доме рожать ребенка. С одной стороны, это ведет к здоровой конкуренции среди государственных медицинских организаций, где пребывают женщины во время родов. С другой стороны, при оказании качественной медицинской помощи лечебное учреждение получает дополнительные средства. Эти деньги позволяют повысить оплату труда работников женских консультаций и родильных домов, приобрести новое, современное оборудование, медицинскую мебель, изделия медицинского назначения.

Что представляет родовый сертификат?

Состоит из 6 частей.

Первая часть – корешок родового сертификата, предназначенный для подтверждения выдачи родового сертификата. Он остается в ж/к или другом медицинском учреждении, в котором выдан сертификат.

Вторая часть - талон №1 родового сертификата, предназначенный для оплаты услуг, предоставленных женщине в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе. Его заполняют в ж/к и предъявляют для оплаты в региональное отделение Фонда социального страхования РФ.

Третья часть - талон № 2 родового сертификата, необходимый для оплаты медицинской помощи, оказанной беременной во время родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах. Его заполняют сначала в ж/к, а затем в родильном доме и предъявляют для оплаты в региональное отделение Фонда социального страхования РФ.

Четвертая часть - родовой сертификат, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов учреждениями здравоохранения. Он остается у женщины.

Пятая часть - талон № 3-1 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениями здравоохранения услуг за первые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка.

Шестая часть – талон № 3-2 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка. Обе части талона № 3 заполняют сотрудники ж/к, родильного дома и детской поликлиники и направляют в региональные отделение Фонда социального страхования РФ для оплаты.

Талоны № 1-3 действительны только в том случае, если заверены подписью руководителя и печатью женской консультации. Факт выдачи родового сертификата подтверждают записью в обменной и амбулаторных картах. Талоны № 2-3 и родовой сертификат заполняется в родильном доме после успешных родов. Родовой сертификат женщина получает при выписке из родильного дома. Он подтверждает, что ей оказана учреждениями здравоохранения медицинская помощь в период беременности и родов. Талон № 2 предоставляется родильным домом в региональное отделение Фонда социального страхования РФ для оплаты.

Кто имеет право на получение родового сертификата?

Родовой сертификат выдают всем гражданкам РФ без исключения, и он действует на всей территории РФ. При этом родовой сертификат должен быть предоставлен в любом лечебном учреждении вне зависимости от места регистрации беременной.

На получение сертификата имеют право также:

- иностранные гражданки, при наличии страхового полиса обязательного медицинского страхования;
- женщины, не достигшие 14 лет, при предъявлении свидетельства о рождении.

Для получения родового сертификата женщине необходимо иметь: паспорт, страховое свидетельство государственного пенсионного страхования; страховой полис обязательного медицинского страхования

Кто и где выдает родовой сертификат?

Беременная получает родовой сертификат в женской консультации или в другом учреждении, где ее наблюдали. Родовой сертификат выдают лечебные учреждения, имеющие лицензию: муниципальные и некоторые ведомственные лечебные учреждения. Коммерческие учреждения в данной программе не принимают. Родовой сертификат получают беременные на сроке 30 недель и более (при одноплодной беременности). Если двойня – 28 недель. Главное условие – непрерывное наблюдение в условиях женской консультации в течение 12 недель. В случае потери или порчи документ замене не подлежит.

Правила измерения артериального давления беременной женщине

Важным моментом является контроль уровня АД на обеих руках не менее 2 раз в сутки (утром и вечером). На обеих руках давление нужно измерять потому, что регистрация разных значений АД (отличающихся на 5-10 мм рт. ст.) свидетельствует о нарушении регуляции сосудистого тонуса и является одним из ранних признаков развития преэклампсии.

Во втором триместре АД, как правило, снижается (систолическое – на 10-15 мм рт.ст., диастолическое – на 5-15 мм рт.ст.), (самое низкое систолическое АД отмечается при сроке беременности 28 нед.), что обусловлено действием основного гормона беременности – прогестерона. Он оказывает на сосуды расслабляющее действие, что является необходимым условием для благоприятного роста и развития плода. По мере увеличения срока беременности (III триместр) нагрузка на сердечно-сосудистую систему возрастает, так как повышается объем циркулирующей крови (примерно на 40% от исходного: в организме будущей мамы циркулирует на 2-2,5 л крови

больше, чем до наступления беременности), увеличивается частота сердечных сокращений (в среднем на 15-20 уд/мин), нарастает продукция плацентарных гормонов, значительно увеличивается масса тела. Это приводит к некоторому повышению *уровня артериального давления*, и оно становится таким, как было до беременности.

Считается, что среднестатистическим АД, которое можно считать оптимальным (то есть необходимым для жизнеобеспечения организма при минимальном риске развития сердечно-сосудистых осложнений), является уровень систолического АД 110-120 мм рт.ст., а диастолического – 70-80 мм рт.ст.

Пограничными значениями являются 130/85-139/89 мм рт. ст. Если величина артериального давления составляет 140/90 и выше, то данное состояние расценивается как артериальная гипертензия (патологически высокое артериальное давление).

Среди молодых женщин нередко встречаются те, для которых обычным давлением до беременности является АД 90/60-100/70 мм рт. ст. В этих случаях правильнее ориентироваться не на абсолютные значения артериального давления, а на прирост показателей: если значения систолического давления во время беременности увеличились на 30 мм рт. ст., а диастолического – на 15 мм рт. ст., то у будущей мамы повышенное артериальное давление.

Информационный материал: «Патронаж к беременной»

1. Если женщина является в женскую консультацию нерегулярно или не посещает врача в назначенный срок, особенно при наличии патологии беременности, акушерка осуществляет патронаж, т.е. навещает ее дома, выясняет причину неявки, измеряет АД и приглашает на прием к врачу.

При посещении беременной на дому врач и акушерка дают рекомендации по питанию, личной гигиене, участию женщины в домашней работе, исходя из условий жизни семьи и здоровья женщины.

2. Для проведения осмотра на дому акушерка должна иметь тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп, тест на определение белка в моче.

Записи о результатах патронажного посещения акушеркой заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и фиксируются в «Тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)».

В наиболее сложных случаях патронаж на дому проводится врачом акушером-гинекологом.

Тезисы беседы по теме: «Ведение здорового образа жизни – залог здоровья будущего ребенка»

- Отказаться от вредных привычек: алкоголя, курения.
- Соблюдать правильный режим труда и отдыха.
- Спать не менее 8 часов в сутки. В состоянии здорового нормального сна правильно восстанавливается силы нашего организма.
- Подобрать для себя определенные физические нагрузки. Делать по утрам зарядку. Посещать бассейн. Совершать пешие прогулки не менее 40 минут каждый день.
- Чаще бывать на свежем воздухе, за городом. Совершать прогулки на велосипеде или лыжах в зависимости от времени года.
- Рацион питания должен быть разнообразным. Блюда из нежирной говядины и рыбы, молочные продукты, яйца, каши из цельных круп.
- Как можно больше свежих овощей и фруктов, зелени и ягод.
- Постараться свести к минимуму консерванты, копчености и соленья, также исключить блюда

пережаренные, излишне острые соленые, чрезмерно сладкие, продукты быстрого питания.

Тезисы индивидуальной беседы для супругов «О вреде табакокурения»

1. Обращение к супругам.
2. Влияние табакокурения на плод, на развитие беременности.
3. Как вредная привычка родителей может отразиться в будущем на их ребенке.
4. Табакокурение и его влияние на здоровье человека
5. Вывод: необходимость отказа от курения.

Ребенок, родившийся у курящих родителей, уже заранее обречен на самые разнообразные проблемы в репродуктивной системе.

У курившей во время беременности женщины ребенок рождается уже никотинзависимым.

Иногда от курения страдает напрямую плацента, что приводит к выкидышу или внутриутробной смерти плода.

Курящие матери чаще рожают недоношенных детей, а у тех, кто родился вовремя, зачастую оказывается ощутимо снижен вес (гипотрофия).

Дети матерей, которые курили во время беременности, часто рождаются с различной патологией и дефектами развития

Комментарии: Курение во время беременности ассоциировано с такими осложнениями как задержка развития плода, преждевременные роды (ПР), предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотиреоз у матери, преждевременное излитие околоплодных вод, низкая масса тела при рождении, перинатальная смертность и эктопическая беременность. Примерно 5-8% ПР, 13-19% родов в срок ребенком с низкой массой тела, 23-34% случаев внезапной детской смерти и 5-7% смертей в детском возрасте по причинам, связанным с патологическим течением пренатального периода, могут быть ассоциированы с курением матери во время беременности. Дети, рожденные от курящих матерей, имеют повышенный риск заболеваемости бронхиальной астмой, кишечными коликами и ожирением

Тезисы беседы с беременной по вопросу партнерских родов

В настоящее время законодательно закреплено, что роды в присутствии родных не могут быть платной услугой.

В ст.51 ФЗ об основах здоровья граждан сказано, что «отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний. Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи».

Правда, как видно из сказанного, близкие могут участвовать в родах только при наличии индивидуальных родовых залов, а такие условия есть далеко не во всех роддомах.

Методическое письмо Минздравсоцразвития России №15-4/10/2-6796 от 13 июля 2011 г. «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий» говорит о том, что роддома обязаны «предусмотреть свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку» до и после родов

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тест проводят однократно у беременных пациенток группы низкого риска ГСД в 24-28 недель беременности, если не было выявлено нарушение углеводного обмена (однократно при 1-м визите в случае визита в 3-м триместре)

Тест проводят однократно в первом триместре у беременных пациенток группы высокого риска ГСД (ИМТ \geq 30 кг/м, в анамнезе роды плодом с массой тела \geq 4,5 кг или ГСД, отягощенный семейный анамнез по СД) при 1-м визите в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена (однократно при 1-м визите в случаях 1-го визита во 2-м/ в 3-м триместрах)

Подготовка

Шаг 1. По рецепту покупают в аптеке (выдают в ж/к) 75 грамм сухой глюкозы (срок годности 10 суток).

Шаг 2. В день забора крови утром приготовить 300 мл.теплой воды + выжатый сок половины лимона.

Шаг 3. Натощак в процедурном кабинете сдать кровь из вены. Первый забор крови – 8.00

Шаг 4. Сразу после забора крови в приготовленную воду с соком лимона высыпать сухую глюкозу, взболтать. Выпить этот раствор.

Шаг 5. В этот же день в 10.00 повторно сдать кровь из вены в процедурном кабинете.

Примечание: в промежутке между двумя анализами не принимать пищу, не пить каких-либо напитков. Разрешается только чистая вода.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ!

Полное название теста - пероральный глюкозотолерантный тест при беременности (ПГТТ). Проводится он путем забора крови из вены.

Цель - определение нарушения углеводного обмена веществ у матери (выявить патологию усвоения глюкозы в организме), профилактировать осложненное течение беременности и развитие СД.

Тест показывает, насколько организм женщины способен контролировать уровень сахара в плазме крови. Если показатель будет превышать норму, то женщине ставят диагноз – гестационный сахарный диабет.

Данное заболевание может развиваться у беременных. Вынашивание ребенка провоцирует много изменений: нарушение метаболизма, гормональную перестройку в организме. Беременность может спровоцировать нарушение работы надпочечников - органа, который отвечает за выработку инсулина. Поскольку гестационный диабет протекает без симптомов, то тест необходим для выявления заболевания, иначе могут начаться осложнения.

Результат, нормы, расшифровка

Этап теста	Норма	Гестационный СД	Манифестный СД
1-й (натощак)	до 5,1 ммоль/л	5,1-6,9 ммоль/л	свыше 7,0 ммоль/л
2-й (через 1 час после нагрузки)	до 10,0 ммоль/л	более до 10,0 ммоль/л	
3-й через 2 часа после нагрузки	до 8, 5 ммоль/л	8,5 – 11,0 ммоль	свыше 11,1 ммоль/л

ПРАВИЛА СБОРА МОЧИ ДЛЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Забор мочи необходимо производить в специально предназначенную для этого стерильную одноразовую емкость, которую можно приобрести в аптечной сети. Не допускается забор мочи в нестерильные, ранее бывшие в употреблении контейнеры, баночки или бутылки;

По возможности забор мочи должен производиться до начала приема антибактериальных препаратов или в интервалах между лекарственными курсами, для исключения искажения полученной информации (в случае приема антибиотиков – указать об этом в направлении)

Наиболее достоверно исследование средней утренней порции мочи – после ночного сна и до завтрака;

Этапы самостоятельного сбора исследуемого материала.

1. Тщательно вымыть руки мыльной водой, насухо вытереть их чистым (желательно одноразовым) полотенцем;

2. Произвести туалет наружных половых органов с использованием теплой мыльной воды (тщательно промыть отверстие мочеиспускательного канала и область преддверия влагалища, а также промежность и область заднего прохода) без использования кожных антисептиков, обмыть теплой кипяченой водой, просушить паховую область стерильной марлевой салфеткой/проглаженным полотенцем/ чистой одноразовой салфеткой

3. Открыть заранее подготовленный стерильный контейнер, избегая дотрагиваться пальцами до его внутренних поверхностей;

4. Наружные половые губы держите на расстоянии друг от друга в процессе мочеиспускания. Выпустить первую порцию мочи в унитаз, остановить мочеиспускание;

5. Следующую (среднюю) порцию мочи (10-20 мл.) собрать в подготовленный стерильный контейнер, не касаясь емкостью кожных покровов в паховой области;

6. Завершить мочеиспускание в унитаз;

7. Плотно закрыть крышку заполненного контейнера, подписать, прикрепить к контейнеру направление на анализ тонкой резинкой, доставить его в лабораторию.

8. Мочу доставить в лабораторию не позднее 2-х часов от времени сбора.

Примечание: в холодное время года не подвергать мочу переохлаждению
Отдать лично в руки лаборанту до 9.00 утра. Крышку не открывать

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ!

Исследование средней порции мочи на бактериальные патогены проводят однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите в первом триместре (однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м/ в 3-м триместрах)

Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий ≥ 10 в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, преждевременных родов (ПР) и задержки роста плода (ЗРП).

Бактериологический посев (бакпосев или бактериологическое исследование мочи) на наличие патологической микрофлоры – высокоточный микробиологический анализ, позволяющий не только выделить и идентифицировать возбудителя мочевого инфекционного заболевания, но и определить его точную концентрацию (степень бактериурии), а также степень чувствительности к важнейшим группам антибактериальных средств.

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Подготовка пациентки к влагалищному исследованию

1. Перед исследованием женщине необходимо опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку (полный мочевой пузырь создает дискомфорт и смещает внутренние половые органы кзади).
2. Предварительная беседа с пациенткой с пациенткой устраняет страх перед исследованием и создает доверительную атмосферу.
3. Пациентке необходимо разъяснить проведение влагалищного исследования, проинформировать об объеме планируемого клиничко-лабораторного обследования. Получить информационное согласие.
4. Предложить женщине раздеться за ширмой в непосредственной близости от гинекологического кресла, где должны находиться стул и вешалка для одежды.
5. Предложить женщине надеть одноразовые носки/бахилы

Осмотр наружных половых органов

Оценивается:

- развитие наружных половых органов;
- характер оволосения;
- состояние кожных покровов и слизистых оболочек;
- состояние перианальной области;
- характер выделений

Осмотр шейки матки и слизистой оболочки влагалища в зеркалах

1. Поздороваться, представиться, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
2. Застелить гинекологическое кресло одноразовой салфеткой.
3. Вымыть руки на гигиеническом уровне, осушить, надеть перчатки.
4. Предложить пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, зафиксировать ноги в ногодержателях.

Осмотр створчатым зеркалом Куско

5. Взять створчатое зеркало в правую руку, чтобы створки находились между II и III пальцами (будет препятствовать его раскрытию при введении).
6. Развести указательным и большим пальцем левой руки половые губы.
7. Створчатое зеркало ввести сомкнутым в прямом размере до середины влагалища.
8. Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов.

При корректном введении ш/м в зеркалах должны хорошо визуализироваться передняя и задняя губы ш/м, наружный зев.

9. Раскрыть створки.
10. Зафиксировать зеркало винтом.
11. Осмотреть:
 - *емкость влагалища* - свободное (у рожавших)) или сужено, наличие рубцов, перегородок
 - *состояние стенок влагалища* (складчатость выражена, не выражена, есть ли опущение стенок)
 - *окраска и состояние слизистой оболочки влагалища* (бледно-розовой окраски, гиперемирована (у беременных), изъязвлена)
 - *характер выделений* (слизистые, молочные, с примесью крови, гноя, с творожистыми включениями), их количество (умеренные, обильные), запах (без запаха, с резким неприятным запахом)

Шейку матки:

для лучшей визуализации ш/м протирают стерильным марлевым тампоном – удаляют влагалищные выделения и цервикальную слизь.

Состояние ш./м описывают по плану:

- *расположение по проводной оси малого таза* (отклонена кзади, центрирована. Отклонена

кпереди), есть ли латеральное отклонение (отклонена вправо, влево);

- *размеры* (гипоплазирована, элонгирована (ш./м длиной более 3,5 см.), гипертрофирована, обычных размеров);
- *форма* (цилиндрическая, коническая);
- *деформация* (не деформирована, рубцово изменена), при наличии деформаций уточняют их локализацию (например, рубцовая деформация по передней губе ш/м на 12 ч. условного циферблата);
- *окраска ш/м* (бледно-розовой окраски. гиперемия, цианотична);

Состояние наружного зева:

- *визуализация* (визуализируется, не визуализируется);
- *деформации* (правильный, рубцово изменен);
- *форма* (округлая, щелевидная, точечная);
- *содержимое щ/к* (в просвете слизистая пробка, геморрагическое содержимое, гнойное отделяемое);
- *состояние переходной зоны* – зоны стыка многослойного плоского и цилиндрического эпителия (соответствует н/з, смещена на эктоцервикс), при наличии эктопии описывают ее локализацию (по передней/задней губе ш/м, по обеим губам вокруг наружного зева);
- *дополнительные образования*: истинная эрозия, гиперкератоз, папиллома, кровоточащие сосуды и т.д.)

На данном этапе обследования возможно взятие биологического материала для лабораторных методов исследования и дополнительные диагностические манипуляции (например, кольпоскопия),

12. Развинтить замок.

13. Зеркало извлекают в открытом состоянии до тех пор, пока створки не окажутся за пределами н/з ш/м, после чего зеркало складывают. При удалении зеркало следует повернуть на 90 градусов.

Осмотр ложкообразным зеркалом Симса

- Взять ложкообразное зеркало в правую руку
- Развести указательным и большим пальцами левой руки половые губы
- Ввести ложкообразное зеркало в половую щель ребром по заднебоковой стенке влагалища до середины влагалища.
- Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до заднего свода. Слегка надавливая им на заднюю стенку влагалища по направлению к крестцу
- Взять подъемник Отта
- Ввести подъемник во влагалище по ложкообразному зеркалу до середины в прямом размере, затем перевести в поперечный размер.
- Продвинуть подъемник до конца переднего свода, слегка надавливая на переднюю стенку влагалища
- Развести зеркала
- Осмотреть шейку матки и стенки влагалища
- Извлечь из влагалища сначала подъемник, затем ложкообразное зеркало.

Осмотр наружных половых органов

Большим и указательным пальцами левой руки раздвигают половые губы, осматривают остатки девственной плевы, половую щель, клитор, наружное отверстие уретры, состояние бартолиновых желез, преддверия влагалища.

✓ Пальпацию области проекции больших желез преддверия влагалища проводят путем введения в преддверие одного пальца на глубину 2-3 см, далее совершают легкую компрессию большой половой губы в области ее средней трети. Пальпацию проводят с двух сторон. Отмечают наличие уплотнения, болезненности, напряжения, асимметрии

Двуручное влагалищно-абдоминальное (бимануальное) обследование

14. Развести левой рукой половые губы.

15. Ввести во влагалище средний и указательный палец правой руки, надавливая на заднюю спайку, большой палец отвести кверху, безымянный и мизинец прижать к ладони.

Продвигая оба пальца во влагалище, определяют его ширину, растяжимость, складчатость. Наличие стриктур, перегородок, уплотнений, выраженность и болезненность сводов, наличие костных экзостозов.

16. Расположить пальцы правой руки в одном из сводов (заднем) влагалища.

17. Положить левую руку по средней линии живота над лобком так, чтобы подушечка среднего пальца находилась на середине расстояния между пупком и лоном. Пальпацию проводят исключительно подушечками пальцев.

18. Сблизить пальцы обеих рук, найти матку. Матка с шейкой несколько подается вверх по направлению к верхней руке.

19. Определить *положение* (антефлексию, ретрофлексию), есть ли латеральное отклонение (вправо, влево), *форму* (грушевидная, шаровидная, ассиметричная), *величину* (при увеличении матки принято указывать ее размер в соответствии неделям беременности), *подвижность* (подвижная, ограниченно подвижная, неподвижная), *болезненность* (безболезненно, чувствительно, резко болезненно). *Осуществить тракции* (свободу ее движения, болезненность) за шейку (выполняют нижней рукой в горизонтальной и вертикальной плоскостях путем размещения ш/м между указательным и средним пальцами.)

При беременности в раннем сроке:

– *увеличение тела матки на 7-8 недель до размеров гусиного яйца;*

– *асимметрия матки, выпячивание одного из углов, где произошла имплантация – признак Пискачека (определяется с 7 по 12 неделю);*

– *размягчение матки, особенно в области перешейка и кончики пальцев обеих рук легко сближаются - признак Хегара;*

– *перегиб матки кпереди (hyperanteflexio), в результате сильного размягчения перешейка – признак Гентера.*

– *легкая смещаемость шейки матки во всех направлениях, не передающаяся на тело матки – признак Гауса;*

– *уплотнение мягкой беременной матки при ее пальпации - признак Снегерева;*

20. Переместить пальцы внутренней руки в правый боковой свод влагалища.

21. Переместить пальцы наружной руки в правую повздошную область.

22. Определить состояние придатков справа.

23. Переместить пальцы внутренней руки в левый боковой свод влагалища.

24. Переместить пальцы наружной руки в левую повздошную область.

25. Определить состояние придатков слева.

Неизменные маточные трубы пальпаторно не определяются. Яичники хорошо пальпируются у женщин с тонкой брюшной стенкой. При пальпации яичников отмечают следующие показатели: расположение (на уровне угла матки, по ребру матки, за маткой, на уровне дна матки), размеры, подвижность, болезненность.

26. Извлечь пальцы правой руки из влагалища.

Исследование наружных половых органов. *Статус в норме:* Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Уретра, парауретральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища без особенностей. Половая щель сомкнута.

Осмотр в зеркалах. *Описание в норме:* влагалище рожавшей (нерожавшей), слизистая бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической (конической) формы, чистая, наружный зев щелевидный (точечный), закрыт. Выделения светлые, слизистые.

Бимануальное (влагалищное) исследование. *Описание данных влагалищного исследования в норме:*

влагалище рожавшей, свободное. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, подвижная. Наружный зев закрыт. Движения за шейку матки безболезненные. Матка в положении anteflexio - anteversio, нормальных размеров, с четкими контурами, обычной консистенции, умеренно подвижная, безболезненная, грушевидной формы. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Влагалищные своды глубокие, безболезненные.

Взятие мазка из мочеполового тракта на микробную флору на бактериоскопическое (микроскопическое) исследование

Показания: скрининговая оценка степени чистоты влагалища при беременности и плановых гинекологических осмотрах. Лабораторное подтверждение вульвовагинальной инфекции. Планируемые манипуляции на матке, шейке матки, влагалище.

Оснащение: стерильные перчатки, створчатое зеркало, желобоватый зонд (шпатель Эйра), мягкий урогенитальный зонд, сухое предметное стекло (разграниченное на 3 части U C V), пинцет, 4-6 стерильных марлевых тампонов/палочка-тампон в упаковке, емкости с дезрастворами.

Алгоритм:

1. Поздороваться, представиться, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
2. Оформить направление на бактериоскопическое исследование.
3. Постелить на гинекологическое кресло одноразовую салфетку.
4. Предложить пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, зафиксировать ноги в ногодержателях.
5. Обработать руки кожным антисептиком, надеть перчатки.
6. Двумя марлевыми тампонами обнажить уретру.
7. Ввести во влагалище указательный палец правой руки и слегка помассировать уретру через переднюю стенку влагалища (2-3 массирующих движения к наружному отверстию уретры по уретральному килю влагалища).
8. Снять марлевым тампоном первую порцию выделений из уретры, сбросить в емкость для отработанного материала.
9. Ввести в уретру мягкий урогенитальный зонд на глубину не более 1,5 см, повернуть 2-3 раза по часовой стрелке.
10. Нанести материал в виде кружочка на предметное стекло с отметкой "U».
11. Ввести створчатое зеркало во влагалище.
12. Обнажить шейку матки, раскрыв створки зеркала, зафиксировать зеркало винтом.
13. Взять пинцетом тампон, протереть шейку матки.
14. Ввести в цервикальный канал узкий конец урогенитального шпателя на 1,5-2 см, повернуть 2-3 раза по часовой стрелке.
15. Нанести материал тонким слоем в виде штриха на предметное стекло с отметкой «С».
16. Взять материал другим концом (широким) урогенитального шпателя из заднебокового свода влагалища.
17. Нанести материал тонким слоем в виде штриха на предметное стекло с отметкой «V».
18. Развинтить замок.
19. Извлечь зеркало из влагалища.
20. Отработанный материал подлежит дезинфекции.
21. Снять перчатки, вымыть руки, осушить

Примечание: предметное стекло должно быть промаркировано: сбоку по короткому краю стекла указать Фамилию пациентки, дату взятия мазка, локусы (U C V) (при взятии мазка, подписанное предметное стекло перевернуть надписью вниз).

Приготовленный мазок высушить на воздухе, после полного высыхания предметное стекло поместить в пенал. Хранить мазки при комнатной температуре не более суток (не класть в холодильник).



Рисунок 2 - Контейнер для транспортировки предметных стёкл

Алгоритм «Взятия соскобов с экто- и эндоцервикса для цитологического метода исследования»
Алгоритм «Взятие биологического материала для бактериологического исследования»
Алгоритм «Взятие биологического материала для молекулярно-биологического исследования (диагностика с помощью полимеразной цепной реакции)»
Приемы наружного акушерского исследования Леопольда-Левицкого
Алгоритм «Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки»
Информационный материал «Определение предполагаемой массы плода»
Информационный материал «Ведение гравидограммы»
Алгоритм «Выслушивание сердечных тонов плода»
Информационный материал «Кардиотокография»

Взятие соскобов с экто- и эндоцервикса для цитологического метода исследования»

Цель: проведения цитологических исследований, в том числе жидкостной цитологии; выявление дисплазий, преинвазивной карциномы

Мазок не следует брать: ранее 48 часов после полового контакта; во время менструации; в период лечения генитальных инфекций; после вагинального исследования или спринцевания; ранее 48 часов после расширенной кольпоскопии, УЗИ; после использования lubricants, spermicides.

Оснащение: кресло гинекологическое, стерильные перчатки, створчатое зеркало, пинцет/зажим, стерильные ватные тампоны/палочка-тампон в упаковке, CervexBrush с эндоцервикальным компонентом/цитощетка «метелка» и эндоцервикальная щетка, сухие предметные стекла (обезжиренные), карандаш для маркировки, одноразовые салфетки, направление на онкоцитологию (форма 44 б/у), лоток для подсушивания мазков/ контейнер для транспортировки стекол, емкости для отходов класса А, Б.

Алгоритм:

- 1.Поздороваться, представиться, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
- 2.Оформить направление на цитологическое исследование, на стекле и направлении поставить идентификационный номер.
- 2.Постелить на гинекологическое кресло одноразовую салфетку.
- 3.Предложить пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, зафиксировать ноги в ногодержателях.
- 4.Обработать руки кожным антисептиком, надеть перчатки.

5. Взять створчатое зеркало в правую руку.
6. Развести большим и указательным пальцами левой руки половые губы.
7. Ввести створчатое зеркало во влагалище сомкнутым в прямом размере до середины влагалища.
8. Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов.
9. Раскрыть створки.
10. Обнажить шейку матки, зафиксировать зеркало винтом.
11. Протереть шейку матки ватным тампоном без грубого давления во избежание утраты эпителия
12. Вскрыть упаковку (и) CervexBrush с эндоцервикальным компонентом/цитощетку «метелка» и эндоцервикальную щетку.
13. Ввести CervexBrush с эндоцервикальным компонентом во влагалище под контролем глаза, ее конус направить в цервикальный канал. Щеточку прижать к поверхности шейки и повернуть не менее 3-х раз на 360° по часовой стрелке/ цитощетки «метелка» - повернуть 5 раз по часовой стрелке на 360° и эндоцервикальную щетку - повернуть не менее 3-х раз на 360° против часовой стрелки
- *Необходимо получить материал в виде скарификата до «красной росы», чтобы был получен информативный цервикальный образец максимально богатый клетками всех слоев эпителиального пласта.*
15. Щеточку удалить из влагалища.
16. Полученный материал с CervexBrush с эндоцервикальным компонентом/ цитощетки «метелка» распределить равномерно тонким слоем вдоль обезжиренного сухого стекла на 2/3 его поверхности.
- Полученный материал с эндоцервикальной щетки нанести перекатывающими линейными движениями вдоль стекла (2-3 стекла).
- Для жидкостной цитологии - съемную головку щетки вместе с собранным материалом помещают в виалу (флакон с крышкой) со стабилизирующим раствором.
17. Щеточку (и) сбросить в емкость для отработанного материала.
17. Развинтить замок.
18. Извлечь зеркало из влагалища.
19. Отработанный материал подлежит дезинфекции.
20. Снять перчатки, вымыть руки, осушить.

Примечание: мазки должны быть маркированы: на обороте стекла (матовая часть) препарата сбоку по короткому краю указывают Фамилию пациентки, локализацию забора (экто-эндоцервикс) и регистрационный номер исследования.

Мазки высушиваются на воздухе; предметные стекла доставляются в цитологическую лабораторию в транспортировочном контейнере, направления отдельно от стекол.

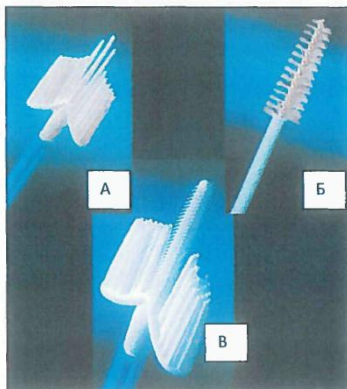


Рисунок 3 - Вид рабочей части щеток для получения адекватного материала как с экто-, так и из эндоцервикса. Материал должен быть получен либо двумя щетками (А, Б), либо комбинированной щеткой с эндоцервикальным компонентом (В)



Рисунок 4 - Правила забора материала для цитологического исследования цитощеткой и техника приготовления мазка

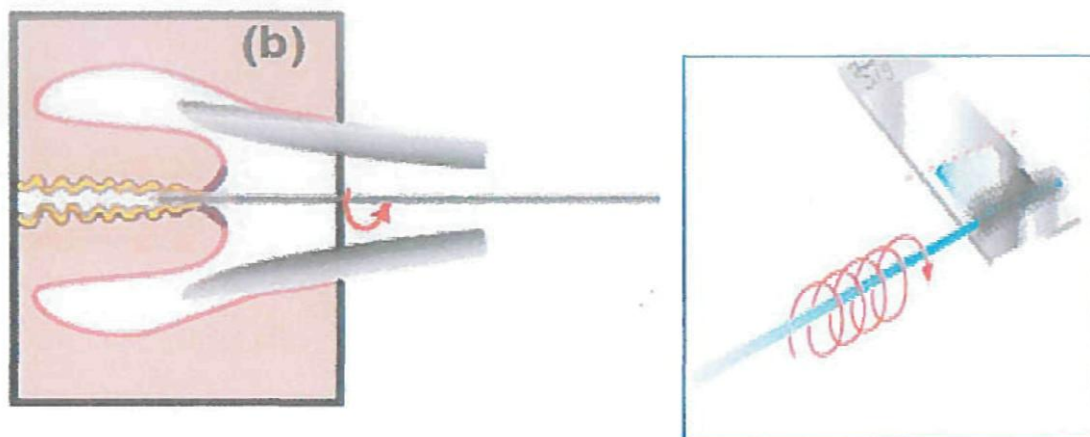


Рисунок 5 - Правила забора материала для цитологического исследования эндоцервикальной щеткой и техника приготовления мазка (обязательно: щетка совершает вращательные движения)

Взятие биологического материала для бактериологического исследования

Показание: вульвовагинальная инфекция в акушерстве и гинекологии

Цель: выявление патогенов при клинических формах бактериальной и грибковой инфекции. Полноценная оценка биоценоза влагалища – системы взаимодействия микробных популяций с описанием качественной и количественной характеристик микробной составляющей. Подбор антибактериальной терапии на основе спектра бактериальной чувствительности и резистентности. Выявление при беременности бессимптомного бактериального носительства во влагалище ряда условно-патогенных микроорганизмов (например, β -гемолитического стрептококка группы В)

Правила преаналитики:

- взятие материала осуществляется только после начала половой жизни;
- за 48 часов воздержаться от половых контактов;
- за 48 часов не применять тампоны, спринцеваться;
- накануне исследования не проводить гигиену н.п.о. с использованием мыла и других ионных детергентов;
- за 24 часа запрещены любые гинекологические процедуры (взятие мазков, осмотр гинеколога, УЗИ с использованием вагинального датчика, кольпоскопия и др.);

- прекратить прием химиопрепаратов (антибактериальных и т.д.) и лечебных процедур за 10-14 дней (спринцевания, влагалищные свечи);
- перед взятием материала воздержаться от мочеиспускания в течение 2 часов (по возможности);
- материал для исследования необходимо брать в первую фазу менструального цикла

Оснащение: стерильные перчатки, маска, створчатое зеркало, необходимого размера, тупфер (сваб)/транспортная система (зонд-тампон в комплекте с пробиркой и с транспортной средой), пинцет, 4-6 стерильных марлевых тампонов/палочка-тампон в упаковке, емкости для отходов класса А, Б

Алгоритм:

1. Поздороваться, представиться.
2. Уточнить ФИО и сверить с ФИО на направлении.
3. Объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
4. Уточнить соблюдение правил преаналитики.
5. Уточнить, ведет ли пациентка половую жизнь
6. Предупредить, что после проведения манипуляции по взятию биологического материала из урогенитального тракта возможны в течение нескольких дней ощущение дискомфорта, жжения, незначительные кровянистые выделения.
7. Подготовить необходимый расходный материал
8. Проверить сохранность упаковки и сроки годности стерильного расходного материала
9. Расположить на рабочем столе расходный материал для проведения процедуры взятия биоматериала из урогенитального тракта;
10. Промаркируйте тупфер на специальном стикере (ФИО, локализацию)
11. Постелить на гинекологическое кресло одноразовую салфетку.
12. Попросить пациентку раздеться ниже пояса, сложить личные вещи на специальный стул
13. Предложить пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, зафиксировать ноги в ногодержателях.
14. Обработать руки кожным антисептиком, надеть маску, перчатки,
15. Взять створчатое зеркало в правую руку.
16. Развести большим и указательным пальцами левой руки половые губы
17. Ввести створчатое зеркало во влагалище сомкнутым в прямом размере до середины влагалища.
18. Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов.
19. Раскрыть створки.
20. Обнажить шейку матки, зафиксировать зеркало винтом.
21. Извлечь стерильный ватный тампон из индивидуальной стерильной упаковки, поместить упаковку в контейнер для отходов класса А
22. Удалить слизь из цервикального канала стерильным ватным тампоном
23. Поместить использованный ватный тампон в контейнер для отходов класса Б
24. Вскрыть одноразовую стерильную упаковку тупфера/транспортной системы. Упаковку поместить в отходы класса А.
25. Взять зонд тампон в правую руку /открыть крышку тупфера и зонд, прикрепленный к внутренней стороне крышки взять в правую руку
26. Ввести зонд в цервикальный канал, повернуть по и против часовой стрелки по 3 раза.
27. Извлечь зонд из цервикального канала избегая касания стенок влагалища
28. Открыть крышку пробирки с транспортной средой, ввести зонд тампон, не касаясь стенок пробирки, плотно закрыть крышку/ввести зонд, плотно закрыть крышку тупфера.
29. Поместить крышку пробирки с транспортной средой в отходы класса А.

30. Снять фиксацию створок гинекологического зеркала с помощью замка, сомкнуть створки зеркала, поверните его на 90 градусов (в обратном направлении), извлечь зеркало из влагалища.

31. Поместить использованное гинекологическое зеркало в контейнер для отходов класса Б

32. Попросить пациентку встать с гинекологического кресла, одеться

33. Поместить одноразовую пеленку с кресла в контейнер для отходов класса Б

34. Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса Б

Примечание: тупферы с биоматериалом хранятся в вертикальном положении в штативе при комнатной температуре вдали от источников тепла и солнечного света.

На пробирке и в сопроводительных документах необходимо указать, из какого биотопа взят материал. В сопроводительном документе необходимо указать: пол, ФИО, возраст, диагноз, день МЦ, дату взятия пробы.

Наличие в соскобе примеси крови, слизи, гноя – может привести к искажению результатов исследования

Тупфер для транспортировки проб без среды применяется в тех случаях, когда время хранения и транспортировки пробы от взятия биоматериала до аналитического этапа не более 5 часов.

Тупфер для транспортировки проб со средой (угольной, гелевой) применяется в тех случаях, когда время хранения и транспортировки пробы от взятия биоматериала до аналитического этапа 5 часов и более.

Важно! Решение о выборе места взятия материала на исследование (заднебоковой свод влагалища, уретра, цервикальный канал) принимает лечащий врач на основании совокупности жалоб пациента и клинической картины.

Важно! В соответствии с клиническими рекомендациями «Нормальная беременность» (от 2021 г.) - определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала у беременных проводят однократно в 35-37 недель беременности.

Взятие биологического материала для молекулярно-биологического исследования (диагностика с помощью полимеразной цепной реакции)

Показание: урогенитальная инфекция в акушерстве и гинекологии

Цель: выявление наличия генетического материала микроорганизмов путем амплификации нуклеиновых кислот. Данный метод используют в диагностике микроорганизмов, не культивируемых на стандартных питательных средах, при клинических формах инфекции или бессимптомном носительстве.

Правила преанализики:

- взятие материала осуществляется только после начала половой жизни;
- за 48 часов воздержаться от половых контактов;
- за 48 часов не применять тампоны, спринцеваться;
- накануне исследования не проводить гигиену н.п.о. с использованием мыла и других ионных детергентов;
- за 24 часа запрещены любые гинекологические процедуры (взятие мазков, осмотр гинеколога, УЗИ с использованием вагинального датчика, кольпоскопия и др.);
- прекратить прием химиопрепаратов (антибактериальных и т.д.) и лечебных процедур за 10-14 дней;
- перед взятием материала воздержаться от мочеиспускания в течение 2 часов (по возможности);
- материал для исследования необходимо брать перед менструацией/через 1-2 дня после ее окончания.

Оснащение: стерильные перчатки, маска, створчатое зеркало, необходимого размера, одноразовые урогенитальные зонды типа А (3 шт.), пробирка Эппендорф с транспортной средой, пинцет, 4-6 стерильных марлевых тампонов/палочка-тампон в упаковке (2 шт.), емкости для отходов класса А, Б.

Алгоритм:

35. Поздороваться, представиться.
36. Уточнить ФИО и сверить с ФИО на направлении.
37. Объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
38. Уточнить соблюдение правил преаналитики.
39. Уточнить, ведет ли пациентка половую жизнь
40. Предупредить, что после проведения манипуляции по взятию биологического материала из урогенитального тракта возможны в течение нескольких дней ощущение дискомфорта, жжения, незначительные кровянистые выделения.
41. Подготовить необходимый расходный материал
42. Проверить сохранность упаковки и сроки годности стерильного расходного материала
43. Расположить на рабочем столе расходный материал для проведения процедуры взятия биоматериала из урогенитального тракта;
44. Постелить на гинекологическое кресло одноразовую салфетку.
45. Попросить пациентку раздеться ниже пояса, сложить личные вещи на специальный стул
46. Предложить пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, зафиксировать ноги в ногодержателях.
47. Обработать руки кожным антисептиком, надеть перчатки.
48. Взять створчатое зеркало в правую руку.
49. Развести большим и указательным пальцами левой руки половые губы
50. Ввести створчатое зеркало во влагалище сомкнутым в прямом размере до середины влагалища.
51. Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов.
52. Раскрыть створки.
53. Обнажить шейку матки, зафиксировать зеркало винтом.
54. Извлечь первый стерильный ватный тампон из индивидуальной стерильной упаковки, утилизировать упаковку в контейнер для отходов класса А
55. Удалить слизь из цервикального канала и заднебокового свода влагалища стерильным ватным тампоном
56. Поместить использованный ватный тампон в контейнер для отходов класса Б
57. Извлечь первый урогенитальный зонд типа А из индивидуальной стерильной упаковки, поместить упаковку в контейнер для отходов класса А
58. Ввести первый урогенитальный зонд в цервикальный канал шейки матки на 1-1, 5 см, проверить по часовой стрелке 3 раза
59. Аккуратно извлечь урогенитальный зонд, избегая касания стенок влагалища
60. Перенести зонд с биоматериалом в Эппендорф с транспортной средой. Погрузить рабочую часть зонда в раствор, вращать зонд в течение 10 секунд, избегая разбрызгивания раствора
61. Отжать избыток жидкости, прижимая зонд к стенке эппендорфа, извлечь зонд из эппендорфа.
62. Поместить первый использованный урогенитальный зонд типа А в контейнер для отходов класса Б.
63. Извлечь второй урогенитальный зонд типа А, провести по заднебоковому своду влагалища.
64. Аккуратно извлечь урогенитальный зонд.

65. Перенести второй зонд с биоматериалом в тот же Эппендорф с транспортной средой. Погрузить рабочую часть зонда в раствор, вращать зонд в течение 10 секунд, избегая разбрызгивания раствора.

66. Отжать избыток жидкости, прижимая зонд к стенке Эппендорфа, извлечь зонд из Эппендорфа.

67. Поместить второй использованный урогенитальный зонд типа А в контейнер для отходов класса Б.

68. Снять фиксацию створок гинекологического зеркала с помощью замка, сомкнуть створки зеркала, поверните его на 90 градусов (в обратном направлении), извлечь зеркало из влагиалища.

69. Поместить использованное гинекологическое зеркало в контейнер для отходов класса Б

70. Извлечь второй стерильный ватный тампон из индивидуальной стерильной упаковки, поместить упаковку в контейнер для отходов класса А.

71. Извлечь третий урогенитальный зонд типа А из индивидуальной стерильной упаковки, поместить упаковку в контейнер для отходов класса А.

72. Взять в правую руку стерильный ватный тампон, указательным и большим левой руки, раздвинуть половые губы пациентки, удалить слизь из уретры стерильным ватным тампоном.

73. Поместить использованный ватный тампон в контейнер для отходов класса Б.

74. Ввести в уретру пациентки на 0,5-1 см, провернуть по часовой стрелке 3 раза третий урогенитальный зонд.

75. Аккуратно извлечь зонд из уретры пациентки.

76. Перенести третий зонд с биоматериалом в тот же Эппендорф с транспортной средой. Погрузить рабочую часть зонда в раствор, вращать зонд в течение 10 секунд, избегая разбрызгивания раствора.

77. Отжать избыток жидкости, прижимая зонд к стенке Эппендорфа, извлечь зонд из Эппендорфа.

78. Закрыть Эппендорф до щелчка.

79. Поместить в контейнер для отходов класса Б третий использованный урогенитальный зонд типа А.

80. Попросить пациентку встать с гинекологического кресла, одеться.

81. Поместить одноразовую пеленку с кресла в контейнер для отходов класса Б.

82. Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса Б.

Примечание: взятый биоматериал хранится при комнатной температуре, если время доставки в лабораторию составляет менее 2-х часов. При времени доставки в лабораторию от 2-х часов до суток Эппендорф с взятым биоматериалом необходимо хранить и доставлять в лабораторию при температуре бытового холодильника (+4 - +10 градусов), не замораживая.

Важно! У детей материал для исследования берут только с преддверия влагиалища (взятие биоматериала осуществляет врач). Наличие в соскобе примеси крови, слизи, гноя – может ингибировать (подавить) ПЦР и привести к искажению результатов анализа

Важно! Решение о выборе места взятия материала на исследование (заднебоковой свод влагиалища, уретра, цервикальный канал) принимает лечащий врач на основании совокупности жалоб пациента и клинической картины (промаркировать эппендорф вертикально по боковой поверхности, указать ФИО и локализацию взятия биоматериала)

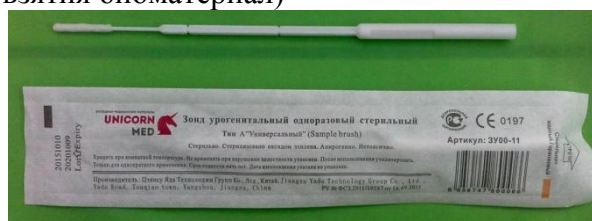


Рисунок 6 - Урогенитальный зонд типа А

Приемы наружного акушерского исследования Леопольда-Левицкого

Техника выполнения

1. Получить у пациентки информированное согласие на исследование.
2. Обработать руки на гигиеническом уровне
3. Кушетку покрыть стерильной пеленкой
4. Предложить женщине лечь на кушетку на спину, выпрямить ноги. Для расслабления мышц живота можно предложить слегка согнуть ноги в тазобедренных и коленных суставах.
5. Встать справа от пациентки лицом к ней

Первый прием наружного акушерского исследования

Цель - определить высоту стояния дна матки по отношению к лону, пупку или мечевидному отростку, ее форму и часть плода, располагающуюся в дне матки.

Техника: ладонные поверхности обеих рук располагают на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно, а ногтевые фаланги пальцев были обращены друг к другу.

Осторожным надавливанием вниз определяют высоту стояния дна матки, по которой определяют срок беременности

Крупная часть плода в дне матки позволяет определить продольное положение плода и предлежащую часть (если в дне матки ягодицы, то предлежащей частью будет головка плода).

Пример: «Определяю крупную часть плода, расположенную в дне матки. Головка плода – округлая, плотная, баллотирует. Тазовый конец неправильной формы, мягковатый, не баллотирует»

Второй прием наружного акушерского исследования

Цель - определение положения плода в матке, позиции и вида позиции.

Техника: обе руки со дна матки перемещают книзу до уровня пупка и располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят попеременно правой и левой рукой. Ладонную поверхность левой руки располагают на правой боковой стенке матки, пальцы правой руки скользят по левой боковой стенке матки и ощупывают части плода, обращенные к левой стенке матки. Затем ладонь правой кисти располагают на левой боковой стенке матки, а левой рукой пальпируют части плода, обращенные к правой стенке матки.

Спинку плода прощупывают в виде равномерной площадке (широкой и изогнутой поверхности), с другой - мелкие части плода (ручки, ножки) в виде мелких подвижных бугров (небольшие выступы).

При пальпации, оказывая физическое раздражение, определяют возбудимость матки, ее болезненность, а также флюктуацию в матке при многоводии.

Пример: «Определяю положение плода (продольное, косое, поперечное), позицию плода (I, II) и вид плода (передний, задний)». «Определяю с одной стороны спинку плода с широкой поверхностью, с другой — мелкие части плода (ручки, ножки) в виде мелких подвижных бугров».

При первой позиции спинка плода обращена к левой стенке матки, при второй позиции – к правой стенке матки. При переднем виде большая часть спинки обращена кпереди, при заднем виде – кзади.

Третий прием наружного акушерского исследования

Цель - определение предлежащей части плода и ее отношение ко входу в малый таз.

Техника: одной рукой охватывают предлежащую часть со стороны лона, пальпируют ее и осторожно производят движения этой рукой вправо и влево; головка плода определяется как плотное округлое образование, имеющее отчетливые контуры, способной к баллотированию, а тазовый конец – менее объемный (меньшего размера), менее плотный, неправильной формы, не баллотирует.

При поперечных и косых положениях плода предлежащую его часть не определяют.

Можно определить подвижность предлежащей части (симптом баллотирования для головки). Если она подвижна, то находится над входом в малый таз, если неподвижна, то прижата ко входу в

малый таз или находится в более глубоких отделах малого таза.

Пример: «Определяю предлежащую часть плода - головное, тазовое предлежание». «Головка плода – округлая, плотная, баллотирует. Тазовый конец неправильной формы, мягковатый, не баллотирует»

Четвертый прием наружного акушерского исследования

Это дополнение и продолжение третьего приема, позволяющее определить не только характер предлежащей части, но и местонахождение ее по отношению к входу в малый таз. Этот прием используют во время родов

Техника: для выполнения этого приема становятся лицом к ногам обследуемой, ладони е рук располагаются справа и слева от предлежащей части, кончики пальцев касаются симфиза. Пальцами осторожно проникают вглубь в сторону полости малого таза, пытаясь продвинуть их между предлежащей частью и стенками таза, а затем пальцы скользят по головке вверх. Если при этом кисти рук сходятся, головка стоит большим сегментом во входе малого таза или опустилась глубже. Если пальцы исследующих рук расходятся – головка располагается во входе малым сегментом. Если головка опустилась в полость таза, наружными приемами ее невозможно определить. При высоком стоянии головки под нее можно подвести пальцы рук

Пример: «Определяю отношение предлежащей части плода к полости таза - над входом, малым сегментом, большим сегментом во входе в малый таз, в полости и в выходе малого таза»

Примечание:

Когда предлежащая часть находится над входом в малый таз, пальцы обеих рук целиком подводятся под нее, головку можно отодвинуть от входа. Когда головка полностью опустилась в полость малого таза, то наружными приемами пальпировать ее не удастся.

Определение положения и предлежащей части плода проводят при каждом визите после 34-36 недель

Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки

1. Поздороваться, представиться, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
2. Обработать руки кожным антисептиком.
3. Постелить на кушетку одноразовую салфетку.
4. Предложить/помочь женщине лечь на кушетку, на спину, ноги выпрямить и сдвинуть вместе, обнажить живот и верхнюю треть бедер.
5. Встать справа от беременной лицом к ней.
6. Подводят сантиметровую ленту под поясницу женщины.
7. Фиксируют сантиметровую ленту сзади - на уровне верхнего угла крестцового ромба, спереди - на уровне пупка.
8. Определить ОЖ в сантиметрах. Сообщить результаты измерения.
9. Фиксировать начало ленты у середины верхнего края лонного сочленения одной рукой и располагают сантиметровую ленту по средней линии живота пациентки
10. Отметить ребром ладони второй руки наиболее выступающий уровень дна матки (на сантиметровой ленте)
11. Определить высоту дна матки в сантиметрах.
12. Сообщить результаты измерения.
13. Обработать руки кожным антисептиком.
14. Сделать соответствующую запись в индивидуальной карте беременной.
15. Отработанный материал подлежит дезинфекции.

Примечание: предупредить беременную о необходимости опорожнения мочевого пузыря.

Информационный материал!

Рекомендовано измерять окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности.

Таблица - Соответствие ВДМ сроку беременности

Срок беременности	ВДМ
20-21 неделя	18-24 см
22-23 неделя	21-25 см
24-25 неделя	23-27 см
26-27 неделя	25-28 см
28-29 неделя	26-31 см
30-31 неделя	29-32 см
32-33 неделя	31-33 см
34-35 неделя	32-33 см
36-37 неделя	32-37 см
38-39 неделя	35-38 см
40-42 неделя	34-35 см

Определение предполагаемой массы тела плода

Существует ряд формул для вычисления предполагаемой массы плода.

В данных формулах используются следующие обозначения:

ОЖ – окружность живота беременной.

ВДМ – высота стояния дна матки

По И.Ф. Жордания:

ОЖ (см) x ВДМ (см)

По З.Ф. Якубовой :

(ОЖ+ВДМ) : 4 x100 (при доношенной беременности)

(ОЖ+ВДМ) : 6 x100 (при недоношенной беременности)

По А.В. Ланковицу:

[ОЖ (см) + ВДМ (см) + рост беременной (см) + масса тела беременной (кг)] x10

Ведение гравидограммы

Для своевременной оценки отклонений в течение беременности и развитии плода необходимо использовать *гравидограмму (графическое отображение динамики изменений беременной женщины)*, в которой регистрируются *основные показатели обязательного клинического и лабораторного обследования беременных*.

Показатели, указанные в первых графах гравидограммы, записываются в их числовом выражении.

В графе «Артериальное давление» жирными линиями отмечены границы допустимой нормы систолического и диастолического давления. При каждом посещении беременной и измерении АД точками отмечается уровень систолического и диастолического давления, которые соединяются между собой, образуя 2 отдельные линии систолического и диастолического давления, отражающие динамику АД в течение беременности.

Особое внимание обращается на *регистрацию высоты стояния дна матки*, представленной на гравидограмме двумя линиями, характерными для нормального увеличения объема матки в течение

беременности. При каждом измерении высоты стояния дна матки ее величина отмечается точкой, соединяясь между собой линией. *Линия, вышедшая за пределы верхней границы нормы* (выше 90-й перцентили), в большинстве случаев указывает на крупный плод, многоводие, многоплодие, а *вышедшая за пределы нижней границы* (ниже 10-й перцентили) - на внутриутробную задержку роста плода, маловодие, что требует проведения других методов обследования (УЗИ, доплерометрия, КТГ и др.- для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод,

6. Определить положение, вид, позицию плода, осторожно пальпируя боковые поверхности матки
7. Определить крупную часть плода, предлежащую ко входу в малый таз, баллотирующим движением правой руки
8. Установить акушерский стетоскоп расширенным раструбом плотно прижать к передней брюшной стенке в области проекции спинки плода. Ухо приложить к стетоскопу и, систематически в определенном порядке передвигать его (одновременно считая пульс пациентки), определяя место наилучшего выслушивания сердцебиения плода.
9. Выслушивать сердцебиение плода в течение 1 минуты
10. Оценить громкость, ритмичность, частоту сердечных тонов.
11. Сообщить результаты измерения.
12. Помочь беременной встать с кушетки.
13. Обработать широкий раструб стетоскопа дезраствором
14. Обработать кушетку дезраствором
15. Обработать руки кожным антисептиком.
16. Сделать соответствующую запись в индивидуальную карту беременной.
17. Отработанный материал подлежит дезинфекции.

Примечание: предупредить беременную о необходимости опорожнения мочевого пузыря.

Информационный материал!

Определение ЧСС плода с помощью стетоскопа или фетального доплера проводят при каждом визите после 20 недель при помощи акушерского стетоскопа или после 12 недель при помощи фетального доплера

Сердцебиение плода в норме: 110-160 ударов (в среднем 130- 140) в минуту, ясное, ритмичное (ЧСС плода должна быть в 2 раза больше, чем ЧСС матери).

При головном предлежании стетоскоп устанавливается ниже пупка: при первой позиции – слева, при второй позиции – справа.

При тазовом предлежании сердцебиение плода выслушивается выше пупка: при первой позиции – слева, при второй позиции – справа

При поперечном положении сердцебиение выслушивается на уровне пупка ближе к головке: при первой позиции – слева, при второй позиции – справа

При переднем виде головных и тазовых предлежаниях сердцебиение лучше прослушивать ближе к средней линии живота, при заднем – дальше от средней линии сбоку живота (рисунок 7).

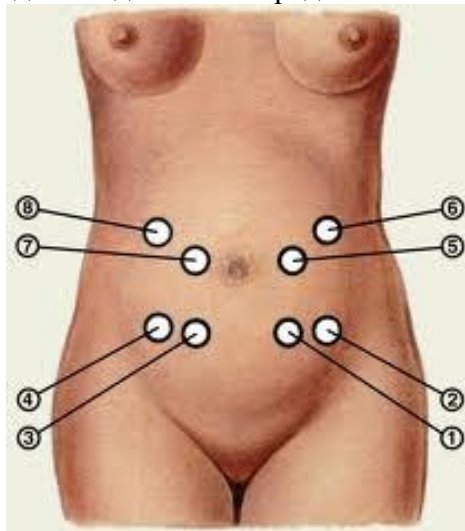


Рисунок 7 – Фокусы сердечных тонов плода при типичном его членорасположении

При многоплодной беременности сердцебиение плода обычно выслушивают отчетливо в разных отделах матки. Этот признак достоверен, если между этими точками существует участок (зона молчания), где сердечные тоны не прослушивают или сердцебиение в двух точках имеет разную частоту (разница 10 ударов в минуту).

КАРДИОТОКОГРАФИЯ

КТГ – синхронная электронная запись сердечного ритма плода и маточных сокращений. Графически это отображается двумя кривыми, совмещенными во времени.

Регистрация данных КТГ происходит при помощи датчиков, размещаемых на передней брюшной стенке беременной с помощью эластичного ремня.

КТГ проводят с 33 недель (с кратностью 1 раз в 2 недели), что связано с достаточной зрелостью систем плода. У плода к этому сроку устанавливается цикл «активность-сон», стабилизируется миокардиальный рефлекс (шевеление плода вызывает четкое учащение сердечных тонов), что позволяет регистрировать стабильную сердечную деятельность плода.

Подготовка к регистрации данных кардиотокографии

Подготовка беременной:

- Исследование проводят натощак или через 2 часа после приема пищи;
- Исследование проводят в положении беременной на левом боку или полубоку (во избежании синдрома сдавления нижней полой вены)

Подготовка фетального монитора

- Убедиться в наличии достаточного количества ленты в фетальном мониторе
- Проверить правильность установки даты, времени и скорости лентопротяжного механизма; если они не выводятся автоматически, написать от руки
- Указать на ленте монитора ФИО беременной, срок беременности

Расположение датчиков

- С помощью наружных акушерских приемов определить положение, предлежание, позицию и вид плода.
- Датчики фиксируют в положении беременной на спине
- Датчик, регистрирующий сердечную деятельность плода, с предварительно нанесенным на него гелем накладывают на предполагаемую область расположения спинки плода – места наилучшего выслушивания сердцебиения
- Токодатчик, регистрирующий сократительную активность матки, располагают в области правого угла или дна матки по средней линии без нанесения геля.

Порядок регистрации данных кардиотокографии

- Перевести беременную в положение на левый бок или полубок
- Расположить кардиодатчик таким образом, чтобы получаемый сигнал на мониторе имел наивысшее значение (световой, цифровой, звуковой)
- Провести запись кардиотокограммы, длительность исследования (30-45-60 минут) определяется активностью плода: в случае его сна длительность исследования соответственно увеличивают;
- Закончив исследование, снимают датчики, удаляют остатки геля с кардиотокодатчика, проводят антисептическую обработку обоих датчиков и выключают фетальный монитор.

Основные характеристики данных кардиотокографии

Базальная ЧСС - средняя ЧСС плода, сохраняющаяся неизменно на протяжении не менее 10 мин (без учета акцелераций и децелераций), выраженная в ударах в минуту. Согласно рекомендациям

При неосложненном течении родов базальная ЧСС равна 110-160 в минуту. Тахикардия - повышение базальной ЧСС выше 160 в минуту, брадикардия - понижение базальной ЧСС менее 110 в

минуту.

Если женщина находится в родах, то для подсчета базального ритма используют промежуток между схватками

Вариабельности ЧСС - ЧСС плода в норме имеет мгновенные изменения от удара к удару. Мгновенные изменения ЧСС используют для определения variability ЧСС. Variability предоставляет информацию о состоянии автономной центральной нервной системы и ее способности координировать функцию сердечно-сосудистой системы. В норме в родах variability ЧСС составляет 5-25 в минуту. Сальтаторной называют variability более 25 в минуту. Сниженная - variability менее 5 в минуту. Снижение variability ЧСС свидетельствует о развитии гипоксии центров головного мозга. Отсутствие variability отражает претерминальное состояние плода при отсутствии реакции сердечно-сосудистой системы на центральную стимуляцию.

Акцелерации (моторно-кардиальный рефлекс) - периодическое повышение ЧСС плода более чем на 15 в минуту, которое продолжается более 15 с. Наличие акцелераций свидетельствует о достаточном уровне оксигенации тканей плода для поддержания анаэробного метаболизма. Моторно-кардиальный рефлекс отражает реактивность сердечного ритма - способность сердечно-сосудистой системы плода отвечать на внешние воздействия. Периодические акцелерации - повторяющиеся эпизоды выраженного повышения ЧСС в ответ на сокращение матки. При реактивной КТГ необходимы по крайней мере 2 акцелерации в течение 20-30 мин.

Децелерации - снижение ЧСС плода более чем на 15 в минуту продолжительностью более 15 с. Появление децелераций связано с сокращением матки и развитием гипоксии. Существуют 2 типа децелераций:

- **униформные децелерации** - связанное с сокращениями матки постепенное снижение ЧСС плода и постепенный ее возврат к исходным значениям;
- **вариабельные децелерации** - быстрое снижение ЧСС, которое может продолжаться до следующей схватки. При variability децелерации обычно отмечают выраженное снижение ЧСС

Оценка маточной активности

По данным наружной токографии можно судить о частоте схваток, их амплитуде, правильности их формы. В родах нормальная амплитуда схваток составляет 30-50 мм.рт.ст, частота – 4,0-4,5 схватки за 100 минут (минимум 3 схватки за 10 мин.), базальный тонус матки – 8-10 мм.рт.ст..

При слабости родовой деятельности, при нормальном тонусе наблюдают схватки с амплитудой менее 30 мм. Рт.ст. и частотой 1-2 за 10 мин.

При чрезмерно сильной родовой деятельности амплитуда схваток, превышает 50 мм.рт.ст, а частота составляет 5 и более за 10 мин. Тонус матки обычно превышает 12 мм.рт.ст.

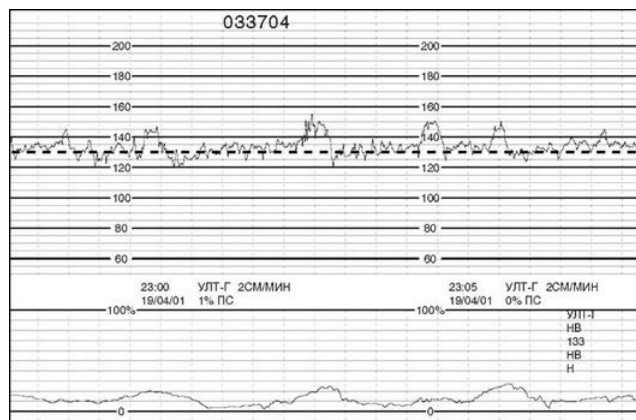


Рисунок 8 - Нормальное значение базальной частоты сердечных сокращений плода находится в пределах 110-160 в минуту

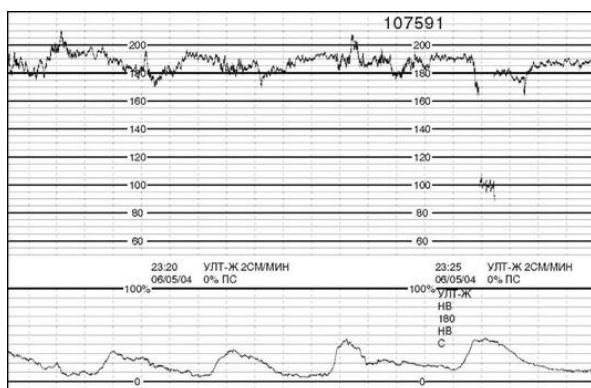


Рисунок 9 - Тахикардия (базальная частота сердечных сокращений плода - 190 в минуту)

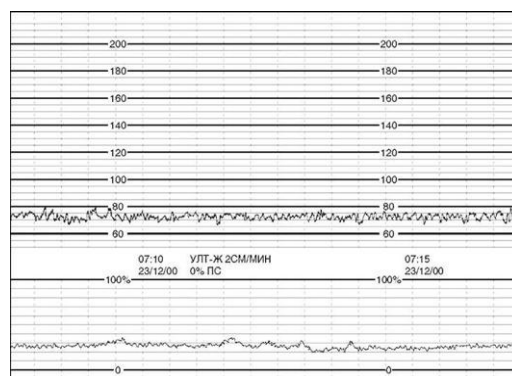


Рисунок 10 - Брадикардия (базальная частота сердечных сокращений плода - 65 в минуту)

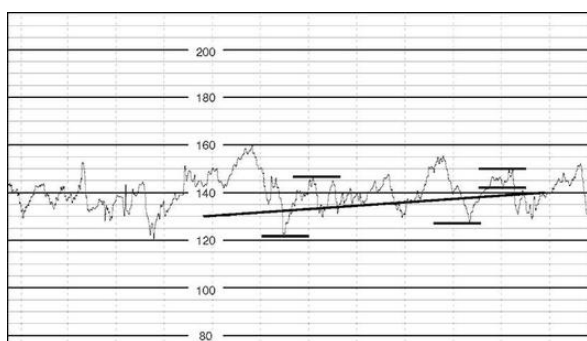


Рисунок 11 - Нормальная величина variability сердечного ритма находится в пределах 5-25 в минуту

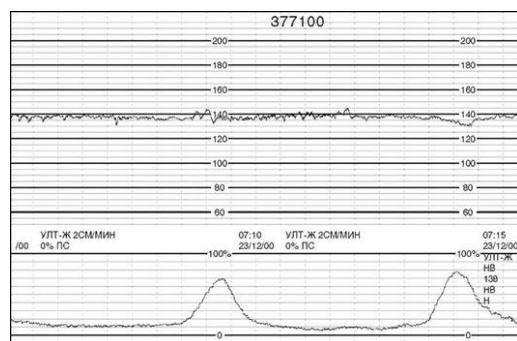


Рисунок 12 - Патологическое снижение величины variability частоты сердечных сокращений (>5 в минуту)

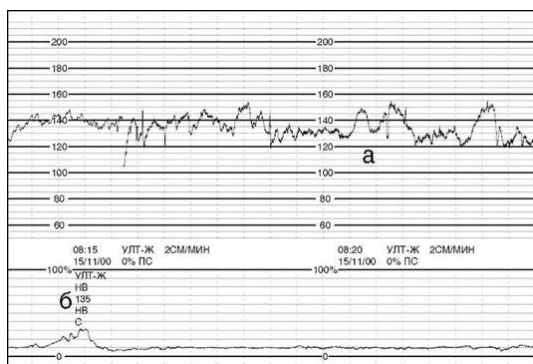


Рисунок 13 - Моторно-кардиальный рефлекс (акцелерации) - увеличение частоты сердечных сокращений (а) более чем на 15 в минуту, продолжающееся более 15 с, в ответ на шевеление плода, зарегистрированное при помощи актографии (б)

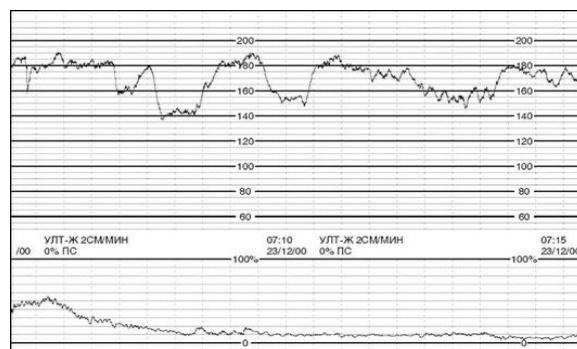


Рисунок 14 - Вариабельные децелерации на фоне увеличения базальной частоты сердечных сокращений

ТЕМА 4. ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Прием роженицы в акушерское отделение

Вспомни!

Своевременные роды - роды в 37° - 416 недель беременности.

Нормальные роды - своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Последовательность:

1. Поздороваться, представиться, объяснить свою роль, получить информированное согласие.
2. Взять у поступающей на госпитализацию в акушерское отделение: направление на госпитализацию, обменную карту, паспорт, страховой полис, СНИЛС, родовой сертификат
3. Занести данные о роженице в журнал учета приема беременных, рожениц, родильниц
4. Заполнить паспортную часть истории родов. Вносить сведения (жалобы, анамнез, результаты осмотра) в историю родов.
5. *Собрать жалобы и анамнез:*
 - опросить пациентку на предмет наличия схваток (их силы, частоты и продолжительности), наличия и характера выделений их влагалища, шевелений плода в последние 24 часа с целью оценки наличия родовой деятельности и вероятности акушерских осложнений
 - определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально - УЗИ в 1-м триместре беременности) с целью определения тактики ведения родов
 - собрать акушерский и соматический анамнез с целью оценки вероятности успешных родов и акушерских осложнений
6. *Провести физикальное обследование*
 - измерить артериальное давление (АД) с целью диагностики гипертензивных осложнений беременности
 - измерить температуру тела с целью диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний
 - провести осмотр: на педикулез, на гнойничковые заболевания (осмотреть кожные покровы), на грибковые заболевания (ногти на руках, ногах), полость рта, зев (одноразовым шпателем) на воспалительные заболевания)
 - пропальпировать доступные пальпации лимфатические узлы
 - осмотреть молочные железы
 - провести антропометрию (рост, массу тела)
 - провести аускультацию, перкуссию легких, сердца; пальпацию живота, пальпацию, перкуссию печени, определить симптом Пастернацкого.
 - определить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз с целью определения тактики ведения родов
 - измерить высоту дна матки (ВДМ), окружность живота (ОЖ) с целью оценки предполагаемой массы плода и определения тактики ведения родов
 - оценить продолжительность, частоту и регулярность маточных сокращений с целью оценки наличия и характера родовой деятельности, периода и фазы родов и определения тактики ведения родов
 - определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (провести аускультацию плода) при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки
 - провести влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе

костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов

****Бритье промежности и лобка, и очистительную клизму в нормальных родах рутинно не производят и выполняют только по желанию пациентки**

7. Провести лабораторные диагностические исследования

–перечень лабораторных диагностических исследований перед родами должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность».

–при отсутствии исследований, которые необходимо выполнить в 3-м триместре беременности, их выполняют при поступлении пациентки в стационар.

8. Провести инструментальные диагностические исследования

–измерение размеров таза (пельвиометрия) с помощью тазомера с целью определения тактики ведения родов

****Рост ≤ 150 см, поперечный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 9,5$ см, продольный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 10,5$, отношение рост/ВДМ $\leq 4,7$ могут свидетельствовать о формировании клинически узкого таза**

–при неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров ВДМ и ОЖ сроку беременности рекомендовано УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии (крупный плод) плода, а также локализации плаценты.

9. Решить вопрос в приемном отделении о госпитализации роженицы в физиологическое или наблюдательное отделение

10. Выдать роженице комплект стерильного одноразового белья

11. Провести роженицу в родильный зал.

Ведение первого периода родов

Вспомни!

Объективными и признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы - уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа.

Первый период родов состоит из латентной и активной фазы.

Латентная фаза характеризуется сокращениями матки (нередко болезненными), сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до 5 см.

Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия.

Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин. Максимальная продолжительность латентной фазы у *первородящих* не более 20 часов, у повторнородящих - 14 часов.

Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах.

Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет >1 см/час, но может быть более медленной. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу - 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих.

Рекомендовано ведение *партограммы* в родах с целью динамической оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности

При поступлении роженицы в родильный блок

В латентной фазе первого периода родов проводить:

- измерение *пульса, АД* каждые 4 часа,
- измерение *температуры тела* каждые 4 часа,
- учет *мочеотделения* каждые 4 часа,
- оценку *тонуса матки, силы и частоты схваток* каждые 4 часа,
- оценку характера выделений из половых путей каждые 4 часа,
- *аускультацию* плода (в течение 1 минуты) после схватки - каждый час

В активной фазе первого периода родов:

– установить *венозный катетер* (с началом активной фазы родов, с целью своевременного начала интенсивной терапии при возникновении критической ситуации в родах и раннем послеродовом периоде)

– исследовать *пульс* каждые 30 минут,

– измерять *температуру тела* каждые 2 часа,

– измерять *АД* каждые 4 часа,

– оценивать *мочеиспускание* каждые 4 часа - самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет). При отсутствии самостоятельного мочеиспускания - выведение мочи катетером.

– проводить *аускультация* плода в течение 1 минуты после схватки каждые 15- 30 минут, ЧСС плода сверяется с ЧСС роженицы.

****если** выслушивается ускорение или замедление ритма плода, то аускультация продолжается в течение, как минимум, 3-х маточных сокращений. При этом оцениваются вероятные причины, которые могут влиять на изменение ЧСС плода (например, положение роженицы, гиповолемия). Если ускорение или замедление ритма плода не исчезает, то проводится КТГ плода. Если в течение 20 минут при КТГ плода не выявлено признаков нарушения состояния плода, то проводится периодическая аускультация плода.

– проводить контроль *маточных сокращений* с целью своевременной диагностики слабости или бурной родовой деятельности для определения тактики ведения родов

Важно! Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут. Тахисистолия определяется как >5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут

– проводить *влагалищное исследование* каждые 4 часа с целью оценки динамики родов

****рекомендовано** проводить влагалищное исследование *после излития околоплодных вод* (с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины), *при выявлении нарушений ЧСС* плода с целью своевременной диагностики акушерских осложнений, приводящих к данным нарушениям (выпадение петель пуповины, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), *при ухудшении состояния роженицы* или другом изменении клинической ситуации с целью своевременной оценки акушерской ситуации

- Полученные результаты отразить в партограмме
- Помочь роженице лечь на рахмановскую кровать,
- Надеть роженице бахилы, по таз подложить гигроскопическую пеленку.
- Подготовить стерильный стол для родов.
- Применить акушерское пособие в родах

Психологическая помощь роженице

1. Установить доверительный контакт.
2. Обращаться по имени.

3. Употреблять подбадривающие слова, вселять уверенность в себя.
4. Предоставить роженице возможность свободного положения в родах.
5. Обучит роженицу технике правильного дыхания в родах.
6. Вселить уверенность в успешном окончании родов.

Поведение и дыхание роженицы в схватках.

- ✓ Один из главных принципов обезболивания – не напрягаться.
- ✓ Плач (крик) – вызывает напряжение в теле роженицы, инстинктивно задерживается дыхание.
- ✓ Правильное дыхание насыщает кровь кислородом и препятствует возникновению гипоксии у ребенка. Концентрация на ритме дыхания отвлекает от боли.
- ✓ Предложить женщине закрыть глаза (абстрагирование от внешних визуальных раздражителей головного мозга, вызывающих напряжение)
- ✓ Расслабить лоб, рот (мышцы лица дублируют работу мышц промежности)
- ✓ Спокойный, глубокий вдох через нос.
- ✓ Максимально расслабив губы, медленный растягивающий выдох через рот. (выдох длиннее вдоха)

В перерывах между схватками – дремать. Дыхание естественное

Правильное дыхание роженицы в период ложных потуг.

Позывы к потугам возникают до полного раскрытия шейки матки, связано это с тем, что головка плода находится низко и давит на прямую кишку. Если потужиться – это толчок для продвижения ребенка вперед. Ребенок своим движением разрывает шейку матки.

Можно встать на четвереньки – механически уменьшить движения ребенка на шейку матки и передышать «по-собачьи» (дыхание частое, прерывистое, вдох и выдох делать ртом / носом) пока есть позыв. Таким образом, выключается из работы диафрагма и брюшной пресс, работа матки не усиливается не диафрагмой, ни брюшным прессом.

Информационный материал!

Рекомендовано предлагать роженице *подвижность и свободное положение в родах*

При излитии околоплодных вод при неприжатой головке рекомендуется положение на боку.

****Ходьба и вертикальное положение** (на коленях, сидя на корточках, на четвереньках) сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии

Рекомендовано *применение немедикаментозных методов обезболивания родов* с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки

****Наличие партнера в родах** приветствуется и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении.

Рекомендован *прием жидкости во время родов* с целью профилактики обезвоживания и кетоза

****Прием пищи** должен быть ограничен. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен в латентной фазе родов при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению.

Влагалищное исследование в родах

1. Поздороваться представиться, обозначить свою роль
2. Идентифицировать пациентку (попросить представиться)
3. Сверить ФИО пациентки с историей родов
4. Объяснить цель и ход процедуры, получить согласие («Вам предстоит процедура влагалищного исследования, с целью выяснения акушерской ситуации в родах»)
5. Постелить на кушетку одноразовую салфетку

6. Предложить/помочь женщине занять удобное положение – лежа на спине, на родовой кровати (если в родах)/гинекологическом кресле
7. Обработать наружные половые органы роженицы раствором антисептика (марлевым тампоном, взятым на корнцанг, производят концентрические дугообразные движения с увеличением радиуса (от области вульварного кольца по направлению к бедрам) строго сверху вниз, последним движением обрабатывают анус)
8. Обработать руки хирургическим способом.
9. Надеть стерильные перчатки
10. Осмотреть наружные половые органы на наличие патологических изменений («Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, воспалительных и рубцовых изменений нет»)
11. I и II пальцами левой руки развести малые половые губы (происходит растяжение вульварного кольца в горизонтальном направлении)
12. Произвести надавливание ногтевой фалангой среднего пальца правой руки на заднюю спайку влагалища (растягивается вульварное кольцо в вертикальном направлении); средний палец находится в преддверии влагалища
13. Ввести по среднему пальцу указательный палец в преддверье влагалища. Средний и указательный пальцы правой руки вводят во влагалище, при этом I палец противопоставлен, IV - V - согнуты
14. Определить пальпаторно: состояние стенок влагалища, шейки матки, плодного пузыря, предлежащую часть плода, наличие костных экзостозов, достижимость крестцового мыса, характер выделений из половых путей («Влагалище узкое/емкое, шейка матки сглажена, края тонкие легко растяжимые, раскрытие маточного зева 4-10 см, плодный пузырь есть/нет, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз, костных экзостозов нет, крестцовый мыс недостижим»)
15. Извлечь из влагалища пальцы правой руки
16. Сеять перчатки
17. Поместить перчатки в емкость с дезраствором
18. Вымыть руки, осушить

Измерение диагональной конъюгаты

По величине диагональной конъюгаты определяют величину прямого размера входа в малый таз (истинная конъюгата).

Техника выполнения

1. Получить у пациентки информированное согласие на исследование.
2. Покрыть стерильной пленкой гинекологическое кресло
3. Предложить/помочь пациентке лечь на гинекологическое кресло на спину, фиксируя ноги в ногодержателях.
4. Обработать руки антисептиком.
5. Надеть стерильные перчатки.
6. Обработать наружные половые органы антисептиком.
7. Развести указательным и большим пальцами левой руки половые губы.
8. Ввести указательный и средний пальцы *правой руки* во влагалище и кончиком III пальца попытаться достичь мыса крестца, упираясь ребром II пальца в середину нижнего края симфиза. (легкая доступность мыса свидетельствует об уменьшении истинной конъюгаты)
- Если средний палец достигает мысы крестца:
9. Отметить указательным пальцем *левой руки* место соприкосновения ребра II пальца правой руки с нижним краем симфиза
10. Извлечь правую руку из влагалища и, не отнимая указательный палец левой руки от отмеченной точки, просят помощника измерить тазомером расстояние от кончика среднего пальца

правой руки до точки соприкосновения с нижним краем симфиза.

Информационный материал!

Диагональная конъюгата - расстояние между нижним краем симфиза и выдающейся точкой крестцового мыса. Измерение диагональной конъюгаты - заключительный этап влагалищного исследования в родах. В норме она равна 12,5-13 см. В этих случаях мыс недостижим. Если же мыс достижим, диагональная конъюгата оказывается 12,5 и менее.

Для суждения о толщине костей таза имеет значение измерение сантиметровой лентой окружности лучезапястного сустава (индекс Соловьева). Средняя ее величина равна 14-16 см. Чем тоньше кости, тем меньше индекс, и тем больше емкость таза. Если индекс больше, то кости таза массивнее, и размеры его полости меньше.

По диагональной конъюгате, используя величину индекса Соловьева, можно определить величину акушерской конъюгаты.

Истинная конъюгата = диагональная конъюгата – индекс Соловьева (1,5-2 см.)

*Если индекс Соловьева равен 14-16 см, из диагональной конъюгаты вычитают 1,5 см. Если индекс Соловьева более 16 см, из диагональной конъюгаты вычитают 2 см.

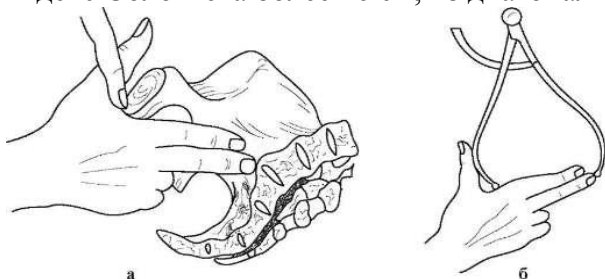


Рисунок 15 - Измерение диагональной конъюгаты
а - диагональная конъюгата;
б - истинная конъюгата

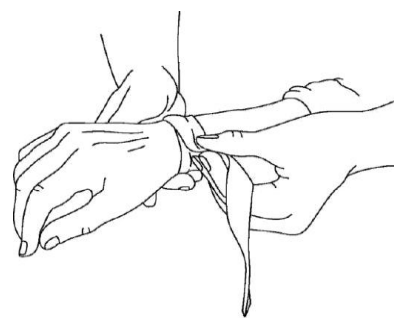


Рисунок 16 - Измерение окружности запястья в области лучезапястного сустава

Методы определения истинной конъюгаты

Вычисление истинной конъюгаты по наружной конъюгате

- При индексе Соловьева, равном 1,45 – 1,50, из величины наружной конъюгаты вычитаем 9 см.
- При индексе Соловьева равен 1,5 и более, из величины наружной конъюгаты вычитаем 10 см.
- При индексе Соловьева равен 1,4 или меньше, из величины наружной конъюгаты вычитаем 8 см.

Вспомни! Индекс Соловьева - это 1/10 окружности лучезапястного сустава, измеренной сантиметровой лентой.

Вычисление истинной конъюгаты по ромбу Михаэлиса

О величине истинной конъюгате с достаточной долей вероятности можно судить по длиннику (вертикальному размеру) ромба Михаэлиса. В норме длинник ромба равен 11 см, что соответствует величине истинной конъюгате.

Вычисление истинной конъюгаты по диагональной конъюгате

Из величины диагональной конъюгаты вычесть индекс Соловьева.

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания

С момента полного или почти полного раскрытия шейки матки начинается поступательное движение плода по родовому каналу. *Биомеханизм родов* - это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Первый момент - сгибание головки

Шейная часть позвоночника сгибается, подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз, а лоб задерживается над входом в малый таз. По мере опускания затылка малый родничок устанавливается ниже большого таким образом, что ведущей точкой (самая низко расположенная точка на головке, которая находится на проводной срединной линии таза) становится точка на стреловидном шве ближе к малому родничку. При переднем виде затылочного предлежания головка сгибается до малого косого размера (9,5 см, длина окружности - 32 см) и проходит им во вход в малый таз. Следовательно, головка плода вставляется во вход в малый таз в состоянии *умеренного сгибания* в одном из косых размеров входа в малый таз.

Второй момент - внутренний поворот головки

На своем протяжении родовой канал имеет различную пространственную форму (плоскость входа имеет поперечно-овальную форму, плоскость широкой части - круглую, плоскость узкой части и выхода - продольно-овальную).

Эта особенность вместе с формой головки плода (при виде сверху - продольно-овальная) приводит к тому, что последняя по мере продвижения встречает противодействие и начинает поворачиваться вокруг своей продольной оси.

Поворот головки начинается при ее переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. При этом затылок, скользя по боковой стенке таза, приближается к лонному сочленению, а лицевой отдел головки поворачивается к крестцу. Стреловидный шов из одного из косых размеров переходит в прямой размер выхода из малого таза. Опускаясь на тазовое дно, головка плода большей своей частью упирается в ткани промежности, которые направляют ее кпереди, и она упирается областью *подзатылочной ямки (точка фиксации) в нижний край лонного сочленения (точка опоры)*.

Третий момент - разгибание головки

Головка плода продолжает продвигаться по родовому каналу. Разгибание при физиологических родах происходит в плоскости выхода из малого таза. Подзатылочная ямка (точка фиксации) упирается в нижний край лонного сочленения (точка опоры), и в течение нескольких потуг головка полностью разгибается вокруг точки опоры. Рождение головки через вульварное кольцо происходит ее малым косым размером (9,5 см). Последовательно рождаются затылок, темя, лоб, лицо и подбородок.

Четвертый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

Во время разгибания головки плечики плода уже встали в поперечный размер входа в малый таз или в один из косых его размеров. По мере прохождения по родовому каналу плечики совершают винтообразное движение. При этом они своим поперечным размером переходят из косого в прямой размер плоскости выхода малого таза. Этот поворот происходит при переходе плечевого пояса плода через плоскость узкой части полости малого таза и передается родившейся головке, которая совершает наружный поворот: затылок плода поворачивается в сторону позиции плода (к левому бедру матери при первой позиции, к правому - при второй). Переднее плечико подходит под лонную дугу. Между передним плечиком *в месте прикрепления на нем дельтовидной мышцы и нижним краем лонного сочленения* образуется *вторая точка фиксации и опоры*, затем заднее плечико, выпячивая промежность, рождается над задней спайкой за счет бокового сгибания туловища вокруг точки опоры. После чего из-под лонной дуги рождается и переднее плечико.

Благодаря хорошей подготовленности родовых путей родившейся головкой, после рождения плечиков остальная часть туловища легко освобождается. Головка плода, родившегося в переднем

виде затылочного предлежания, имеет долихоцефалическую форму за счет конфигурации и родовой опухоли, расположенной в области ведущей точки.

Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания

Первый момент - сгибание головки плода

При заднем виде затылочного предлежания стреловидный шов устанавливается в одном из косых размеров таза, в левом (первая позиция) или в правом (вторая позиция), а малый родничок обращен влево и кзади к крестцу (первая позиция) или вправо и кзади к крестцу (вторая позиция). Сгибание головки происходит таким образом, что она проходит через плоскость входа и широкую часть полости малого таза своим *средним косым размером* (10 см, окружность - 33 см). Ведущей является точка на стреловидном шве, расположенная ближе к большому родничку.

Второй момент - внутренний «неправильный» поворот головки

Поворот происходит так, что малый родничок оказывается сзади у крестца, а большой спереди у лона. Внутренний поворот происходит при переходе через плоскость узкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода малого таза, когда стреловидный шов устанавливается в прямом размере.

Третий момент - дальнейшее (максимальное) сгибание головки

Когда головка подходит границей волосистой части лба (точка фиксации) под нижний край лонного сочленения (точка опоры), происходит ее фиксация, и головка претерпевает дальнейшее максимальное сгибание, в результате чего рождается ее затылок до подзатылочной ямки

Четвертый момент - разгибание головки

После рождения затылка образуются вторая *точка опоры* (верхушка копчика) и вторая *точка фиксации* (подзатылочная ямка). Под действием родовых сил головка плода делает разгибание вокруг точки опоры, и из-под лона появляется сначала лоб, а затем лицо, обращенное к лону.

Пятый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

В дальнейшем механизм родов совершается так же, как и при переднем виде затылочного предлежания.

Техника подсчета схваток и пауз

Цель: оценка характера родовой деятельности

1. Поздороваться, представиться, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие.
2. Обработать руки кожным антисептиком.
3. Постелить на кушетку индивидуальную салфетку
4. Предложить/помочь пациентке лечь на кушетку на спину, ноги выпрямить и обнажить живот.
5. Встать справа от пациентки.
6. Расположить ладонную поверхность руки на область дна матки (правый трубный угол матки с переходом на тело матки)
7. Дождаться наибольшего напряжения матки.
8. Отметить по секундомеру продолжительность напряжения матки до полного ее расслабления (продолжительность схватки)
9. Не снимая руки с матки, отметить время от момента полного расслабления до следующего наивысшего напряжения матки (паузу между схватками).
10. Сообщить пациентке результаты.
11. Вымыть руки, осушить.
12. Сделать отметку в партограмме.

Информационный материал!

Каждая схватка развивается в определенной последовательности. Сокращения матки

постепенно возрастают, достигая наивысшей степени, затем происходит расслабление мускулатуры матки, переходящее в паузу

При исследовании рукой легко улавливается, как матка уплотняется, становится твердой, потом постепенно расслабляется

Волна сокращений начинаются в области дна с правого трубного угла, затем распространяется на левый трубный угол, затем переходит на область тела матки, потом захватывает нижний маточный сегмент

В начале первого периода родов схватки длятся 10-15 с. возникают через 10-15 мин, в середине первого периода родов – в среднем 30-35 с.; в конце первого периода – 50 с.

Во втором периоде родов схватки длятся 60 с, возникают через 1 – 2 минуты

Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут.

Ведение партограммы

Партограмма - метод графического ведения родов, отражающий динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода

Правила заполнения

Информация о пациентке: полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод.

ЧСС плода: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) - отмечается точкой каждые 30 минут - •

Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечается каждый час.

I - плодный пузырь цел

C - околоплодные воды светлые, чистые

M - воды с меконием (любая интенсивность окраски)

B - примесь крови в водах

A - отсутствие вод/выделений

Конфигурация головки: отмечается при влагалищном исследовании.

O - конфигурации нет

+ - швы легко разъединяются

++ - швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании

+++ - швы находят друг на друга и не разделяются

Раскрытие шейки матки: оценивается при каждом влагалищном исследовании и отмечается крестиком (х).

Линия бдительности: линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 5 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

Линия действия: проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

Опускание головки: оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:

5/5 - головка на 5 пальцев выше лона - над входом в малый таз

4/5 - на 4 пальца выше лона - прижата ко входу в малый таз

3/5 - на 3 пальца выше лона - прощупывается большая часть головки над лоном

2/5 - на 2 пальца выше лона - над лоном прощупывается меньшая часть головки




1/5 - головка в полости малого таза

Время: отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин, например, 13:00 или 13:30.

Сокращения матки: наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение за 10 минут.

Различная интенсивность штриховки отражает силу и длительность схваток.

На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:

-  - точки: слабые схватки, продолжительностью до 20 секунд
-  - косая штриховка: умеренные схватки, продолжительностью 20-40 секунд
-  - сплошная штриховка - сильные схватки, продолжительностью более 40 секунд

Окситоцин: при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту каждые 30 минут.

Назначения лекарств: фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

Пульс: каждые 30 минут отмечается точкой - •

Артериальное давление: фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

Температура тела: фиксируется каждые 2 часа.

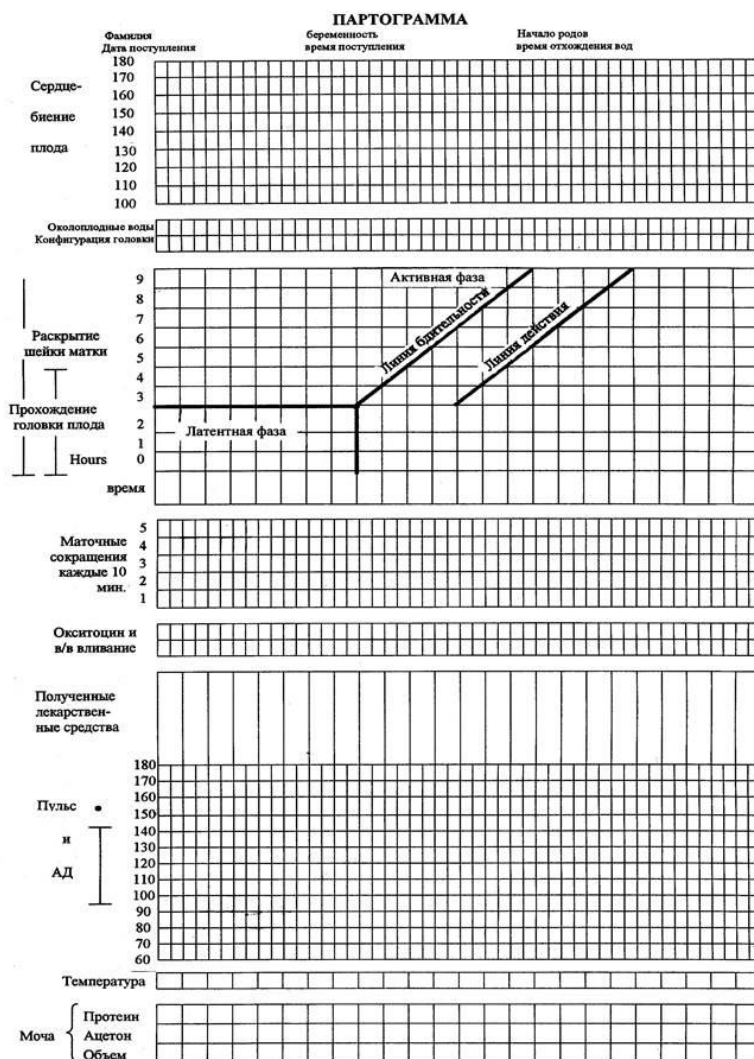


Рисунок 17 -Партограмма

Достижение головки плода наружным приемом (метод пискачека)

Цель: представление о продвижении головки плода во время родов

Техника выполнения

1. Получить у роженицы информированное согласие на исследование.
2. Предложить роженице лечь на спину на предродовой кровати, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, развести.
3. Встать справа от роженицы.
4. Обернуть II-III пальцы руки стерильной пленкой
5. Расположить кончики II-III пальцев по боковому краю нижней трети правой большой половой губы; во время потуги давить вглубь параллельно влагалищной трубке до соприкосновения с головкой плода

Примечание: необходимо следить за тем, чтобы пальцы не проникали в просвет влагалища.

Информационный материал!

Метод применяют во II периоде родов при возникновении у роженицы желания тужиться.

Пальцы достигают головки в том случае, если она находится в узкой части полости малого таза или на тазовом дне (метод Пискачека положительный). Головка, стоящая малым сегментом во входе, при использовании данного метода не достигается

Использование данного приема снижает частоту проведения влагалищных исследований.



Рисунок 18 - Метод Пискачека

ТЕМА 5. ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Ведение второго периода родов

Вспомни!

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода. *Продолжительность* второго периода при первых родах обычно не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток.

Во втором периоде головка плода находится в одной плоскости у первородящих в среднем 30-40 мин, 20-30 мин у повторнородящих. Скорость продвижения головки по родовым путям в среднем составляет: у первородящих – 1 см/ч, у повторнородящих – 2 см/ч.

Важно! Обеспечить комплекс мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного для профилактики гипотермии (исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24°C. После рождения необходимо немедленно обернуть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

Во втором периоде родов необходимо:

- Регистрировать результаты в партограмме.
- Оценивать общее состояние роженицы: выяснять жалобы, справляться о самочувствии, оценивать состояния кожных покровов, измерять АД, ЧСС роженицы 1 раз в час;
- Определять характер родовой деятельности (частоту, силу, продолжительность схваток, потуг) каждые 30 минут;
- Проводить контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час;
- Проводить аускультацию плода каждые 5 минут, или после каждой потуги или путем непрерывного мониторинга (КТГ) с целью оценки состояния плода.
- Проводить влагалищное исследование каждый час с целью оценки продвижения головки плода по родовому каналу:
 - ✓ Если предлежащая часть на 1 см выше седалищных остей, степень ее вставления обозначают как «-1»
 - ✓ Если на 2 см ниже — как «+2».
 - ✓ Если степень вставления предлежащей части более «-3», то предлежащая часть подвижна над входом в малый таз.
 - ✓ Если степень вставления «+3», то предлежащая часть располагается на тазовом дне и во время потуги появляется в половой щели.

Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным

- Подготовить место для принятия родов (разложить чистые пеленки/ одноразовый пакет для приема родов для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного), необходимого оборудования и места для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка)
- Помочь роженице принять наиболее удобное положение в родах - полусидя;
- Применить акушерское пособие в родах;

- После рождения (если состояние ребенка удовлетворительное) новорожденного обсушить кожу теплой стерильной пеленкой и положить на живот и грудь матери для контакта «кожа – к – коже» (для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания) с последующим прикладыванием к груди;
- Провести профилактику офтальмобленнореи, первичную и вторичную обработку пуповины.

Психологическая помощь

- Употреблять подбадривающие слова, вселять уверенность в себя.
- Вселить уверенность в успешном окончании родов.
- Рассказать о правильном положении на родовой кровати
(при ощущении приближения потуги, необходимо ногами упереться в ногодержатели, руками обхватить ручки («возжси») и максимально натянуть их на себя, сгруппироваться (немного приподнять плечевой пояс, прижать подбородок к груди, смотреть на пупок);
- Обучить роженицу правильному дыханию в период потуг.
(При потуге важна глубина вдоха и плавность выдоха. При ощущении приближения потуги набрать полную грудь воздуха (сделать быстро глубокий вдох ртом), задержать дыхание и с открытым ртом на счет 1,2,3,-7 потужиться на тазовое дно сделать плавный выдох через рот (тогда малыши «закрепляется на занятых позициях», при резком выдохе голова ребенка возвращается на исходное положение до потуги)/ набрать полную грудь воздуха и медленно выдыхая тужиться на промежность. За одну потугу необходимо провести 3 дыхательных цикла. При «выведении головки», для преодоления потуги - «дышать по собачьи» (дыхание частое, прерывистое (вдох и выдох ртом/носом)

Первичная обработка пуповины

1. Положить новорожденного на живот матери, укрыть теплой пеленкой (подогретой предварительно) с головой (для сохранения тепловой цепочки, профилактики переохлаждения (ребенок мокрый)).
2. Наложить на пуповину (после прекращения пульсации (1-3 мин)) три зажима Кохера, один на расстоянии 10 см от пупочного кольца, второй как можно ближе к наружным половым органам роженицы, третий на 2 см кнаружи от первого.
3. Участок пуповины между первым и третьим зажимами Кохера протереть марлевым шариком, смоченным 95% раствором этилового спирта, пересечь стерильными ножницами.
4. Новорожденного перенести на пеленальный стол под лучистое тепло (лучистое тепло включить за 30 минут до предполагаемого момента родоразрешения).

Вторичная обработка пуповины

Наложить на пупочный остаток одноразовый пластмассовый зажим, оптимальное расстояние от кожи живота до зажима составляет 1 см.

После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровь.

Уход за кожей новорожденного в родильном зале

Первородную смазку в родильном зале снимать не рекомендуется. Если кожа ребенка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным теплой водой.

Уход за глазами.

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорожденного рекомендуется использовать глазную мазь эритромицина фосфата 10.000 ЕД/г.

Необходимо:

- каждое веко протереть стерильной медицинской салфеткой в направлении от наружного угла глаза к внутреннему;
- оттянув нижнее веко, поместить мазь в каждый нижний конъюнктивальный мешок в виде

полосы длиной 1 см.;

– осторожно сомкнуть веко, провести легкий массаж век, удалить избыток мази через одну минуту.

Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания плода

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

1. Поздороваться, представиться, обозначить свою роль.
2. Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться) («Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к вам обращаться?»)
3. Сверить ФИО пациентки с историей родов («Пациентка идентифицирована»)
4. Назвать предстоящую процедуру, объяснить ее цель («Я буду оказывать Вам акушерское пособие. Цель пособия - помощь в родах, профилактика родового травматизма»)
5. Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру
6. Подготовить родовую кровать («Родовая кровать предварительно обработана дез.раствором, покрыта стерильной простыней, пеленкой одноразовой медицинской стерильной»)
7. Подготовить роженицу («На роженицу надеты стерильная рубашка, одноразовая шапочка, бахилы»)
8. Надеть шапочку медицинскую одноразовую, маску для лица одноразовую нестерильную, очки/защитный щиток,
9. Предложить/помочь пациентки занять удобное положение – лежа на спине, на родовой кровати (руками держаться за специальные держатели, ноги расположить на опорах) («Держитесь, пожалуйста, за специальные держатели, ноги расположите на опорах»)
10. Обработать половые органы роженицы 1% водным раствором йодоната/йодопирона (при реакции на йодсодержащие 70% спиртом/ спиртосодержащим кожным антисептиком) в следующей последовательности: лобок, половые губы, внутренняя поверхность бедер, ягодицы и одним движением промежность и заднепроходное отверстие сверху вниз.
стерильный халат, клеенчатый фартук, стерильные перчатки
11. Обработать руки хирургическим способом.
12. Надеть фартук стерильный одноразовый.
13. Надеть халат медицинский одноразовый стерильный.
14. Надеть перчатки медицинские одноразовые стерильные.
15. Встать у ножного конца кровати справа.

Начать оказывать пособие с момента прорезывания головки

Первый момент: предупреждение преждевременного разгибания головки (проводить во время потуги)

16. Положить ладонь левой руки на лобковое сочленение, 5,4,3,2 пальцы (плотно прижатые друг к другу) плашмя расположить на головке плода, а большой палец справа (один способ), или ладонные поверхности 1,2,3 пальцев расположить на головке плода (второй способ) и, во время потуги, придерживая головку плода, не надавливая, бережно сдерживать ее стремительное продвижение.

Второй момент: уменьшение напряжения промежности («защита промежности» (проводить во время потуги)

17. Положить правую руку на промежность через стерильную пеленку для защиты промежности так, чтобы 2,3,4,5 пальцы плотно прилегали к области левой большой половой губы, большой палец – к области правой большой половой губы, складка между большим и указательным пальцами располагалась над ладьевидной ямкой, а ладонь проецировалась на переднюю акушерскую промежность.

18. Сдерживать при потугах левой рукой преждевременное разгибание головки плода,

направляя ее вниз.

19. Низводить правой рукой во время потуги ткани книзу по направлению к промежности, расположенные кнаружи и вдоль больших половых губ.

(Предупреждение преждевременного разгибания головки и защиту промежности производить одновременно)

Третий момент: выведение головки плода из половой щели вне потуг:

20. По окончании потуги правой рукой проводим «заем тканей», устраняем растяжение тканей вульварного кольца в заднебоковых его отделах.

*Мягкие ткани осторожно всеми пальцами перемещают по направлению к промежности, создавая запас тканей («заем тканей») и этим уменьшая напряжение промежности (восстанавливает кровообращение и предотвращает ее разрыв)

21. Прекратить растягивать вульварное кольцо при начале следующей потуги, препятствовать разгибанию головки, проводить «защиту промежности».

Повторять до тех пор, пока, пока головка не подойдет теменными буграми к половой щели.

Четвертый момент: регулирование потуг (выключение и ослабление/удлинение и усиление)

22. Когда головка плода установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подойдет под нижний край симфиза, запретить роженице тужиться (глубоко и ритмично дышать ртом).

23. Освободить левой рукой теменные бугры головки плода от тканей вульварного кольца (сдвигаем ткань клитора, малых половых губ с рождающегося затылка, менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца сводят кзади, в сторону промежности), защищая правой рукой ткани промежности.

24. Взять левой рукой головку плода в области височных костей, способствуя разгибанию головки, а правой рукой вне потуги осторожно снимать ткани промежности с рождающегося личика плода кзади таким образом, что она соскальзывает с личика, левой рукой медленно приподнимают головку кпереди и разгибает ее.

25. Проверить, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода.

Пятый момент: освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода.

26. Предложить роженице потужиться (при этом происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков (при первой позиции головка поворачивается затылком к левому бедру матери, а второй позиции – к правому).

Если внутренний поворот плечиков задержан

27. Расположить ладони после рождения головки плода в щечно-височной области

28. Следуя за биомеханизмом родов направлять головку вниз, поворачивая ее к бедру матери, противоположному позиции плода.

29. Головку легко и осторожно направить книзу и кзади, пока под лонное сочленение не подойдет переднее плечико

Если затруднено приближение переднего плечика, под лобковое сочленение

30. Направлять головку кзади, книзу от проводной оси таза, пока под лобное сочленение не подойдет переднее плечико.

Бережно направлять головку плода кверху и кпереди.

Если заднее плечико плода плотно охвачено тканями акушерской промежности

31. Придерживать левой рукой головку плода, а правой через пеленку осторожно снимать ткани промежности (для ее защиты) с заднего плечика плода.

32. После рождения плечевого пояса ввести указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, осторожно обхватить грудную клетку плода, направить туловище кверху, к матери на живот (метод «кенкуру»)

33. Выложить новорожденного на живот матери, обсушить и укрыть теплой стерильной пеленкой

34. Снять перчатки
35. Поместить в емкость с дез.раствором
36. Вымыть руки осушить, обработать кожным антисептиком.

Акушерское пособие при заднем виде затылочного предлежания плода

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

1. Поздороваться, представиться, обозначить свою роль.
2. Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться) («Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к вам обращаться?»)
3. Сверить ФИО пациентки с историей родов («Пациентка идентифицирована»)
4. Назвать предстоящую процедуру, объяснить ее цель («Я буду оказывать Вам акушерское пособие. Цель пособия - помощь в родах, профилактика родового травматизма»)
5. Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру
6. Подготовить родовую кровать («Родовая кровать предварительно обработана дез.раствором, покрыта стерильной простыней, пеленкой одноразовой медицинской стерильной»)
7. Подготовить роженицу («На роженицу надеты стерильная рубашка, одноразовая шапочка, бахилы»)
8. Надеть шапочку медицинскую одноразовую, маску для лица одноразовую нестерильную, очки/защитный щиток,
9. Предложить/помочь пациентки занять удобное положение – лежа на спине, на родовой кровати (руками держаться за специальные держатели, ноги расположить на опорах) («Держитесь, пожалуйста, за специальные держатели, ноги расположите на опорах»)
10. Обработать половые органы роженицы 1% водным раствором йодоната/йодопирона (при реакции на йодсодержащие 70% спиртом/ спиртосодержащим кожным антисептиком) в следующей последовательности: лобок, половые губы, внутренняя поверхность бедер, ягодицы и одним движением промежность и заднепроходное отверстие сверху вниз.
стерильный халат, клеенчатый фартук, стерильные перчатки
11. Обработать руки хирургическим способом
12. Надеть фартук стерильный одноразовый
13. Надеть халат медицинский одноразовый стерильный
14. Надеть перчатки медицинские одноразовые стерильные
15. Встать у ножного конца кровати справа

Начать оказывать пособие с момента прорезывания головки

Первый момент: предупреждение преждевременного разгибания головки

16. Положить ладонь левой руки на лобковое сочленение, 5,4,3,2 пальцы (плотно прижатые друг к другу) плашмя расположить на головке плода, а большой палец справа (один способ), или ладонные поверхности 1,2,3 пальцев расположить на головке плода (второй способ) и, во время потуги, придерживая головку плода, не надавливая, бережно сдерживать ее стремительное продвижение

Второй момент: уменьшение напряжения промежности («защита промежности»)

17. Положить правую руку на промежность через стерильную пеленку для защиты промежности так, чтобы 2,3,4,5 пальцы плотно прилегали к области левой большой половой губы, большой палец – к области правой большой половой губы, складка между большим и указательным пальцами располагалась над ладьевидной ямкой, а ладонь проецировалась на переднюю акушерскую промежность.

18. Сдерживать при потугах левой рукой преждевременное разгибание головки плода, направляя ее вниз.

19. Низводить правой рукой во время потуги ткани книзу по направлению к промежности,

расположенные снаружи и вдоль больших половых губ.

(Предупреждение преждевременного разгибания головки и защиту промежности производить одновременно)

Третий момент: выведение головки плода из половой щели вне потуг:

20. По окончании потуги правой рукой проводим «заем тканей», устраняем растяжение тканей вульварного кольца в заднебоковых его отделах.

*Мягкие ткани осторожно всеми пальцами перемещают по направлению к промежности, создавая запас тканей («заем тканей») и этим уменьшая напряжение промежности (восстанавливает кровообращение и предотвращает ее разрыв)

21. Прекратить растягивать вульварное кольцо при начале следующей потуги, препятствовать разгибанию головки, проводить «защиту промежности».

Повторять до тех пор, пока, пока волосистая часть лба не подойдет под лобковую дугу.

20. Как только волосистая часть лба подходит под лобковую дугу, освободить теменные бугры от тканей вульварного кольца и направить головку плода кпереди и кверху.

21. Расположить левую руку на головке плода так, чтобы большой палец находился на одной стороне, остальные 4 – на другой стороне головки. Одновременно правой рукой (для защиты промежности) через пеленку снимать ткани промежности с рождающегося затылочного бугра.

Четвертый момент: регулирование потуг (рождение головки плода)

22. Ладонные поверхности 4-х пальцев обеих рук располагают на теменных буграх, направляя их к ушкам, подбородку плода, пытаюсь расположить руки на головке плода бипариетально.

23. Как только область подзатылочной ямки плода подойдет к крестцово-копчиковому сочленению, запретить роженице тужиться (глубоко и ритмично дышать ртом).

24. Направлять бережно головку плода книзу и кзади, следуя за биомеханизмом родов

25. Проверить, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода.

Пятый момент: освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода.

26. Предложить роженице потужиться (при этом происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков (при первой позиции головка поворачивается затылком к левому бедру матери, а второй позиции – к правому).

Если внутренний поворот плечиков задержан

27. Расположить ладони после рождения головки плода в щечно-височной области

28. Следуя за биомеханизмом родов направлять головку вниз, поворачивая ее к бедру матери, противоположному позиции плода.

29. Головку легко и осторожно направить книзу и кзади, пока под лонное сочленение не подойдет переднее плечико

Если затруднено приближение переднего плечика, под лобковое сочленение

30. Направлять головку кзади, книзу от проводной оси таза, пока под лобное сочленение не подойдет переднее плечико.

Бережно направлять головку плода кверху и кпереди.

Если заднее плечико плода плотно охвачено тканями акушерской промежности

31. Придерживать левой рукой головку плода, а правой через пеленку осторожно снимать ткани промежности (для ее защиты) с заднего плечика плода.

32. После рождения плечевого пояса ввести указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, осторожно обхватить грудную клетку плода, направить туловище кверху, к матери на живот (метод «кенкуру»)

33. Выложить новорожденного на живот матери, обсушить и укрыть теплой стерильной пеленкой

34. Снять перчатки

35. Поместить в емкость с дез.раствором

36. Вымыть руки осушить, обработать кожным антисептиком

Информационный материал! Не следует в родах форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при не тугом — ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги.

ТЕМА 6. ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

Ведение третьего периода родов

Третий период родов - время от рождения плода до рождения последа.

1. Ведут активно-выжидательно (*третий период длится 5- 7 мин, в среднем 10-15 минут, но не более 30 минут*)
2. Следить за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов (*не должны быть бледными*), видимых слизистых оболочек, считать пульс (*не более 100 уд/мин*), измерять АД, справляться о самочувствии.
3. Провести катетеризацию мочевого пузыря (*мочевой пузырь необходимо опорожнить сразу после рождения плода, так как его переполнение препятствует сокращению матки и нарушает нормальное отслойки плаценты*)
4. Ввести родильнице (с целью профилактики кровотечения) в первую минуту после рождения плода *окситоцин 2 мл (10 ЕД) в/м* (в боковую поверхность бедра)/ *в/в 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида/ декстрозы/ в/в в дозе 5 ЕД в 50 мл раствора натрия хлорида со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора.*
5. Следить за кровопотерей (учитывать количество крови - под таз роженице подложить впитывающую пеленку/ почкообразный лоток)
6. Определить наличие/ отсутствие признаков отделения плаценты (*признак Шредера – дно матки поднимается вверх выше пупка, отклоняется вправо, нижний сегмент выпячивается над лоном; признак Альфельда – зажим или лигатура, наложенная на культю пуповины у половой щели, при отделившейся плаценте опускается на 10 см и более; признак Кюстнера-Чукалова – при надавливании ребром кисти над лоном матка поднимается вверх: если плацента отделилась, пуповина не втягивается во влагалище.*).
7. Наблюдать за изменением расположения дна матки. После родов дно матки находится на уровне пупка. После полного отделения плаценты от плацентарной площадки дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо.
8. Принять послед. Осмотреть послед с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях
9. Оценить тонус матки путем ее пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки. После рождения последа матка становится плотной, округлой, располагается по средней линии, дно ее находится между пупком и лоном.

Информационный материал!

• Рекомендовано с целью снижения риска послеродового кровотечения применять *активное ведение 3 периода родов* (введение утеротоников), пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут).

Комментарий. Послед может быть выделен путем контролируемых тракций за пуповину, которые должен выполнять только обученный медицинский персонал, принимающий роды. При отсутствии навыков у медицинского персонала необходимо дождаться признаков отделения плаценты и извлечь послед наружными методами. Проведение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск задержки последа и ручного удаления плаценты.

Психологическая помощь родильнице

1. Позитивная поддержка, разделение радости рождения малыша, поздравления.
2. Настроить пациентку на продолжение родов.
3. Предоставить возможность самой женщине сообщить родственникам о рождении ребенка (при желании).

4. Помочь приложить ребенка к груди, обратить внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди)

Техника приема и осмотра последа

1. Попросить роженицу потужиться (при наличии признаков отделения плаценты)
2. Придерживать пуповину с лигатурой и одновременно подтягивать, перемещая ее кзади и по родовой оси таза слегка кпереди. При рождении плаценты захватить ее обеими руками и медленно вращать в одном направлении (происходит скручивание оболочек, что способствует постепенному их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва)
3. Разложить плаценту на лотке материнской поверхностью кверху.
4. Удалить сгустки крови 2 марлевыми тампонами.
5. Осмотреть последовательно все дольки, сопоставляя их края, для исключения дефекта плаценты (края ее гладкие, не имеют отходящих от них оборванных сосудов).
6. Перевернуть плаценту материнской стороной вниз, плодовой – кверху и осмотреть плодовую поверхность.
7. Приподнять послед на зажиме и осмотреть оболочки. Расправить пальцами края разрыва оболочек. Обратит внимание на целостность водной и ворсистой оболочек, выяснить, нет ли между оболочками оборванных сосудов, отходящих от края плаценты.
8. Определить место разрыва оболочек (чем ближе к краю плаценты расположено место разрыва оболочек, тем ниже она была прикреплена к стенке матки).
9. Осмотреть пуповину, определить её длину, наличие истинных и ложных узлов, прикрепление пуповины к плаценте.
10. Взвесить послед, измерить её диаметр, толщину, данные занести в историю родов. Направить послед на гистологическое исследование при диагностировании у женщины экстрагенитальной и (или) акушерской патологии.

ТЕМА 7. ВЕДЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ

Послеродовой осмотр шейки матки, влагалища и промежности

После родов у всех родильниц осматривают шейку матки, влагалище и промежность для обнаружения и устранения разрывов мягких тканей родовых путей.

Техника выполнения

1. Получают у родильницы информированное согласие на исследование.
2. Обрабатывают руки.
3. Надевают стерильные перчатки.
4. Обрабатывают лобок, половые губы, верхнюю треть внутренней поверхности бедер, ягодицы, промежность и анальное отверстие одним движением сверху вниз 1% раствором йодоната или йодопирона; при реакции на йодсодержащие препараты наружные половые органы обрабатывают по общепринятой методике 70% этиловым спиртом или спиртосодержащим кожным антисептиком.
5. В правую руку берут ложкообразное зеркало для послеродового осмотра шейки матки.
6. Указательным и большим пальцами левой руки разводят половые губы.
7. Ложкообразное зеркало вводят в половую щель ребром по заднебоковой стенке влагалища до его середины.
8. Зеркало переводят в поперечный размер и продвигают до заднего свода, слегка надавливая им на промежность.
9. Берут подъемник для послеродового осмотра шейки матки и вводят во влагалище по ложкообразному зеркалу до середины в прямом размере, затем переводят в поперечный размер.
10. Продвигают подъемник до конца переднего свода, слегка надавливая на переднюю стенку влагалища.
11. Разводят зеркала.
12. Стерильной марлевой салфеткой на корнцанге осушают шейку матки, влагалище.
13. Окончатый зажим фиксируют на передней губе шейки матки на 12 ч условного циферблата, второй окончатый зажим - на 14 ч.
14. Окончатыми зажимами подтягивают шейку матки на себя, разводят их в противоположные стороны и осматривают участок наружного зева.
15. Первый зажим с 12 ч перекладывают на 16 ч и осматривают участок наружного зева.
16. Перекладывая окончатые зажимы поочередно, обходят весь зев и осматривают каждый его участок.
17. Снимают окончатые зажимы.
18. Извлекают зеркала из влагалища, сначала подъемник, затем ложкообразное зеркало, осматривая стенки влагалища.
19. Осматривают промежность.

Ведение послеродового периода

Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов:

1. Провести оценку объема кровопотери:
 - использовать гравиметрический метод - прямой сбор крови в градуированные мерные емкости совместно со взвешиванием пропитанных кровью мягких материалов;
 - физиологическая кровопотеря в родах через естественные родовые пути составляет $\leq 10\%$ объема циркулирующей крови или $\leq 0,5-0,7$ от массы тела $\leq 0,5$ мл/кг (≤ 500 мл).
2. Провести осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов и провести зашивание разрывов
3. Проводить контроль состояния пациентки каждые 15 минут в течение первых двух часов

после родов: АД, пульс, тонус матки (матка должна хорошо сократиться (не расслабляется, не становится мягкой)), объем кровянистых выделений из влагалища.

Наблюдение за состоянием матери в послеродовый период:

1. Оценивать общее состояние родильницы
2. Измерять температуру тела - 2 раза в сутки
3. Измерять пульс, АД – 2 раза в сутки,
4. Проводить осмотр и пальпацию молочных желез (определять их форму, состояние сосков, наличие на них трещин, наличие/отсутствие нагрубания) - ежедневно
5. Определять пальпаторно высоту стояния дна матки**, конфигурацию и консистенцию, ее болезненность (норма - плотная, безболезненная) - ежедневно
6. Следить за функцией мочевого пузыря и характером выделений из половых путей
7. Осматривать наружные половые органы и промежность, обращая внимание на наличие отека, гиперемии. Осуществлять контроль за состоянием швов на промежности.

**К концу первых суток после родов, дно матки достигает уровня пупка., в дальнейшем ВДМ ежедневно уменьшается на 2 см. (на 1 поперечный палец)

Информационный материал!

В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных,

Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов - 3 суток.

Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребенка в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введен антирезус иммуноглобулин.

При выписке родильницы лечащим даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.

После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

Перед выпиской, по желанию женщины ей выполняется УЗИ органов малого таза

Тезисы беседы по вопросам гигиены и контрацепции в послеродовом периоде

- Дважды в сутки принимать душ.
- Ежедневно менять нательное белье.
- Гигиенические прокладки каждые 4 часа, тампонами не пользоваться.
- Не менее 4-5 раз в день проводить обмывание наружных половых органов водой с мылом с последующим обязательным просушиванием (после каждого посещения туалета)*
- Половой покой в течение 8 недель.
- Обмывать грудь, только после кормления ребенка.
- Через 10 дней на прием к участковому акушер-гинекологу.
- Для профилактики опущения и выпадения половых органов, а также недержания мочи всем родильницам рекомендовано с 1-х суток после родов практиковать упражнения Кегеля**

**Это комплекс упражнений для восстановления тонуса мышц тазового дна, заключающийся в произвольном их сокращении. Основная сложность этих упражнений заключается в том, чтобы обнаружить необходимые мышцы, почувствовать их. Сделать это можно, попытавшись остановить струю мочи. Мышцы, используемые для этого, и есть промежностные мышцы.

Упражнения состоят из трех частей:

- медленные сжатия (напрячь мышцы, как для остановки мочеиспускания, медленно

сосчитать до трех, расслабиться);

- сокращения (напрячь и расслабить эти же мышцы как можно быстрее);
- выталкивания (потужиться, как при дефекации или родах).

Начинать тренировки необходимо с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний по 5 раз в день. Через неделю добавлять к каждому подходу по пять упражнений, продолжая выполнять их 5 раз в день. В дальнейшем каждую неделю добавлять по пять упражнений, пока их число не достигнет тридцати

Послеродовая контрацепция методом лактационная аменорея

МЛА – естественный метод контрацепции, основанный на грудном вскармливании.

Лактационная аменорея основана на способности грудного вскармливания подавлять овуляцию. В период грудного вскармливания поддерживается постоянная высокая секреция пролактина, который подавляет функцию яичников, вызывая ановуляцию и лактационную аменорею.

Для обеспечения высокой эффективности МЛА необходимо соблюдение 3 условий:

1. кормление ребенка исключительно грудью «по первому требованию», но не реже, чем каждые 3 часа днем и не реже 1 раза ночью;
2. отсутствие менструаций;
3. период после родов не более 6 месяцев.

Индекс Перля при соблюдении этих условий составляет меньше 1.

При несоблюдении хотя бы одного условия снижается надежность МЛА. Необходимо использовать дополнительные методы контрацепции.

Рекомендации по питанию в послеродовом периоде

Частота питания 5-6 раз в сутки

Используемые способы приготовления пищи - на пару, отваривание, запекание.

Исключить фаст-фуды.

Допускаются	Группы продуктов	Ограничить	Следует избегать
Пшеничный, ржано-пшеничный; хлеб с отрубями; сушки; сухари	хлеб и хлебобулочные изделия	сдобные хлебобулочные изделия; бисквиты (не чаще 2 раз в неделю)	
Телятина, крольчатина, индейка, паровые котлеты, фрикадельки, тефтели	Мясо и птица	колбасы вареные; мясные деликатесы; сосиски; сардельки (не чаще 2 раз в неделю); говядина; мясо цыплят, курицы	Сыро - и варено-копченые колбасы; закусочные консервы
Нежирные сорта рыбы (хек, треска, навага и др.), предпочтительнее в отварном виде	Рыба и рыбопродукты	жирные сорта рыбы (камбала, палтус) (не чаще 1 раза в неделю)	Копченую, соленую рыбу, консервы, раки, морепродукты (крабы, креветки)
Каши – гречневая, рисовая, пшеничная, перловая, кукурузная, пшенная, овсяная, макароны	Крупы, макаронные изделия	манную крупу (не чаще 2-х раз в неделю).	
До 2-х штук в неделю (вареное, омлет) без	Яйца		яйца сырые, жареные

желтка			
Молоко кипяченое, простокваша, кефир, ряженка, варенец, нежирный творог (запеканка, сырники), йогурт, сметана 10%, неострый сыр.	Молоко и молочные продукты		копченый, острый сыр.употребление сырого молока, жирной сметаны, сливки, кисломолочные продукты с ароматизаторами и фруктовыми наполнителями, глазированные сырки.
Картофель, морковь, тыква, кабачки, патиссоны, баклажаны, сладкий перец, брюква. Щавель, шпинат, салат. Яблоки зеленые, груши.	Фрукты, овощи, ягоды Вводить постепенно через три недели по 10-15 гр/сут фрукты (300 г./сут.)	Первые три недели – ограничить: сырые фрукты и овощи (капусту в любом виде).абрикосы; дыня; вишня; сливы; персики; черешня; смородина	Бананы, цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны), клубнику, малину, виноград, семечки, орехи. Репчатый и зеленый лук, в сыром виде.
Рафинированные растительные масла — 20 г./сут.: подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое; сливочное масло — 20-25 г./сут.	Пищевые жиры	Маргарин сливочный	Майонез; кулинарные жиры
Галеты; печенье (несдобное); зефир; пастила.	Сахар (40-60 г./сут.) и кондитерские изделия (20 г./сут.)	Сахар (до 40 г./сут.); повидло; джемы из яблок, груш	торты; пирожные с кремом; шоколад; шоколадные конфеты; мед; варенье; джемы; повидло из клубники, цитрусовых, тропических фруктов, винограда, сгущенное/консервированное молоко,
Икра овощная, фруктовые салаты Вводить постепенно через три недели по 10-15 гр/сут	Закуски и приправы		Исключить: острые и жирные соусы, хрен, горчица, уксус. Перец, чеснок (придают молоку специфический привкус).

натуральные, предпочтительно яблочный и грушевый сок — 150 мл./сут.; фруктовые напитки; чай — 1 г./сут.; питьевая бутилированная вода	Соки и напитки	соки и нектары: абrikосовый, персиковый, сливовый, вишневый крепкий кофе, какао.	соки: томатный и апельсиновый, виноградный, из тропических фруктов, клубники и малины; безалкогольные газированные и негазированные прохладительные напитки; какао; пиво (в том числе безалкогольное); алкогольные напитки
---	----------------	--	--

Тезисы беседы по теме: «Преимущества грудного вскармливания»

Грудное вскармливание создает самые лучшие условия для сохранения здоровья, роста и развития ребенка.

Преимущества для ребенка

- Грудное молоко содержит все, что необходимо Вашему малышу: белки, жиры, лактозу, витамины, железо, минералы, воду и ферменты, — причем именно в тех количествах, которые необходимы для оптимального роста и развития.
- Дети, вскормленные грудным молоком, более здоровы. В грудном молоке содержатся вещества, которые предотвращают развитие в кишечнике патогенных бактерий, вызывающих желудочно-кишечные заболевания и диарею.
- Дети, получавшие грудное молоко, не так часто страдают от ушных и респираторных инфекций; кроме того, у них снижается вероятность развития аллергии, рака, детского диабета и ожирения.
- Дети, вскормленные грудью, в меньшей степени подвержены риску возникновения синдрома внезапной смерти младенцев (СВСМ).
- Грудное молоко стерильно, не заражено бактериями и обладает противомикробными свойствами.
- Грудное молоко имеет правильную температуру, и не нуждается ни в какой подготовке. Оно всегда доступно для Вашего ребенка.
- Люди, находившиеся на грудном вскармливании, на протяжении всей жизни менее склонны к диабету, сердечно-сосудистым заболеваниям, экземе, астме и другим расстройствам аллергического характера.
- Грудное вскармливание стимулирует развитие мозга. Исследования показали, что у детей, питавшихся материнским молоком, лучше развиты визуальная память и зрение.
- Грудное вскармливание — это больше чем просто питание. Оно укрепляет эмоциональную взаимосвязь между ребенком и матерью, дарит любовь и тепло, создает чувство близости. Тесные узы матери и младенца — предпосылка того, что у ребенка впоследствии будут хорошие отношения с другими людьми. Это даёт ему возможность нормально развиваться.

Преимущества для матери

- Грудное вскармливание уменьшает послеродовое кровотечение и снижает риск развития анемии.
- Кормление грудью помогает матери восстановить свою фигуру.
- Грудное вскармливание позволяет отсрочить наступление новой беременности.
- Грудное вскармливание обеспечивает защиту от нескольких типов рака груди, рака яичников

и остеопороза.

- У матерей, кормящих грудью, часто повышается самооценка. Кроме того, они лучше понимают своих детей.
- Грудное молоко всегда доступно и позволяет экономить силы, время и деньги.
- Дети, получающие грудное молоко, реже болеют, поэтому их мамам не так часто приходится отсутствовать на рабочем месте.

Информационный материал «Профилактика лактостаза. Техника сцеживания молочной железы»

Лактостаз (от лат. *lac* «молоко» + др.-греч. *στάσις* «стояние; неподвижность») — состояние лактирующих женщин, связанное с застоем молока в протоках молочных желез, вследствие нарушения его эвакуации из молочной железы.

Лактостаз чаще возникает у женщин первородящих и не имеющих опыта грудного вскармливания.

Причины и факторы, приводящие к застою молока:

- неправильное прикладывание ребёнка к груди;
- нерегулярные и редкие кормления;
- частое механическое воздействие (сцеживание);
- слабая сосательная активность малыша;
- отказ матери от грудного вскармливания ребенка (нежелания, боли) и переход на искусственное вскармливание при сохранении выработки молока, необоснованное смешенное вскармливание ребенка;
- ношение тесного белья, передавливающего млечные протоки; сон на животе;
- индивидуальные физиологические особенности молочной железы (плоский сосок, узкие протоки молочных желез, чрезмерная выработка грудного молока молочной железой, провисающая нижняя часть груди);
- травмы и ушибы груди (например, при толкании малыша в грудь ножками);
- переохлаждение молочных желез.

Клинические признаки:

- болезненные ощущения в одной /нескольких долей молочной железе при прикосновении, кормлении и сцеживании;
- при прощупывании болезненных участков ощущаются уплотнения и комочки;
- повышенная температура (сначала может не быть)
- ощущение тяжести в груди даже после кормления и сцеживания;
- покраснение участков кожи на молочной железе в местах уплотнения (иногда).

Рекомендации женщине при лактостазе

Цель помощи: удаление «молочной пробки» из протоков груди, мешающей оттоку молока.

1. Более часто прикладывать ребенка к проблемной груди.
2. Сцедить молочную железу перед кормлением затем приложить к ней ребенка обратив внимание на его положение при кормлении (его нижняя губа должна «смотреть в сторону» проблемного участка, а подбородок упираться в грудь).
3. Для облегчения выделения молока перед кормлением ребенка/сцеживанием можно:
 - приложить теплое полотенце/пеленку на болезненный участок груди; принять теплый душ (естественное тепло помогает расширить протоки);
 - немного помассировать грудь мягкими и плавными движениями от периферии к соску (нельзя сильно сдавливать ткани).

4. После кормления:
 - пропальпировать грудь мягкими движениями (контроль уплотнений);
 - приложить к месту отека холод на 5 - 7 минут (уменьшит отёк, боль и воспаление);
 - создать возвышенное положение «больной» груди (подложить валик в бюстгальтер под грудь на период лечения лактостаза)
5. Ограничить горячее питье на период лечения лактостаза
6. Круглосуточное ношения бюстгальтера

Техника сцеживания молочной железы

1. Тщательно вымойте руки.
 2. Разместитесь удобно, поднесите стерильную емкость к грудной железе.
 3. Слегка приподнимите молочную железу на ладони, установите большой палец сверху по краю ареолы, указательный напротив снизу. Остальными пальцами поддерживайте грудь.
 4. Сцеживание проводить сжимающими движениями большого и указательного пальцев, сдавления направлены вглубь ареолы. Движения пальцев должны быть скользящими (не отрывать от груди) от ареолы вглубь по направлению к грудной клетки и обратно к ареоле.
 5. Нажимать и отпускать, нажимать и отпускать. Не должно быть ощущения боли в молочной железе (правильность действий).
 6. Подобными движениями нажимать на околососковый кружок с боков, чтобы убедиться, что молоко сцежено из всех сегментов молочной железы.
- Избегать трения кожи пальцами и сжимания сосков.

Примечание:

- Нельзя давать взрослым членам семьи высасывать молоко. Так как у взрослых людей содержится огромное количество патогенных микроорганизмов, которые могут увеличить риск развития инфекционных трещин. Техника сосания у взрослых сильно отличается.
- При лактостазе для размягчения уплотнений в м/ж можно использовать народные средства в виде компрессов: медовые лепешки, капустный лист, свекла с медом и др.
- При отсутствии эффективности проводимых действий по лечению лактостаза (сохраняется болезненность в м/ж, повышенная температуры тела) в течение 3 дней, необходимо обратиться за консультацией к врачу акушер-гинекологу (на участок в ж/к), акушерке/фельдшеру (ФАПа)

Длительно сохраняющийся лактостаз заканчивается маститом – воспалением молочной железы.

Профилактика

- 1.Обратить внимание на правильность прикладывания малыша к груди.
 - *Ребенок должен захватить ртом не только грудной сосок, но и ареолу (губы ребенка вывернуты наружу в виде «присоски»). Чередовать позы при кормлении ребенка таким образом, чтобы в течение суток носик и подбородок малыша побывали над всеми долями молочной железы (*три основные позы: лежа, из подмышки, «в колыбельке»*)
- 2.Кормить ребенка по требованию, сокращать интервалы между кормлениями, отсутствие какого-либо докорма.
- 3.После кормления легкими массажными движениями проверять грудь на наличие уплотнений, при необходимости сцеживать.
- 4.Не использовать тесное белье.

Рекомендуемая литература

1. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерства и гинекологии: Приказ МЗ РФ от 20.10.2020 №1130н. - Режим доступа: <https://primorsky.ru/>
2. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде: клинические рекомендации (протокол лечения) Министерство здравоохранение РФ, 2014. - Режим доступа: <https://primorsky.ru/>
3. Предгравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2,0 / [Коллектив авторов]. – М.: Редакция журнала StatusPratesens, 2020.-128 с.
4. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)», клинические рекомендации (протокол лечения) / Министерство здравоохранение РФ, 2021. - Режим доступа: <https://primorsky.ru/>
5. Нормальная беременность: клинические рекомендации Министерство здравоохранение РФ , 2020. - <https://primorsky.ru/>
6. Дзигуа, М.В. Акушерство: руководство к практическим занятиям: учебное пособие // М.В.Дзигуа, А.А.Скрибушевская.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 344 с.
7. Дзигуа, М.В. Физиологическое акушерство: учебник / М.В.Дзигуа.- 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с.
8. Радзинский, В.Е Акушерство / под ред. проф. В.Е.Радзинского. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2019. - 912 с.: ил.