**Алгоритмы выполнения акушерских манипуляций к темам№1№2**

**1. Методика выслушивания сердцебиения плода**

Показания:

- оценка состояния сердечной деятельности плода — частоты (в норме — 120-150 уд/мин), ритмичности, четкости, ясности;

- уточнение положения и предлежания плода.

Сердцебиение плода выслушивается (см. рис.8 ):

|  |  |
| --- | --- |
| • при головном предлежании — ниже пупка;  • при тазовом предлежании — выше пупка;  • при I позиции — слева;  • при II позиции — справа;  • при переднем виде — медиальнее;  • при заднем виде — латеральнее. | рис8 |

Алгоритм действий:

1) беременную уложить на кушетку, на спину;

2) акушерке встать справа от женщины;

3) стетоскоп зафиксировать между передней брюшной стенкой и ухом акушерки;

4) при первой позиции, головном предлежании стетоскоп установить слева ниже пупка, при второй позиции — справа ниже пупка;

справа или слева, в зависимости от позиции;

6) при поперечном положении сердцебиение прослушивается на уровне пупка, ближе к головке.

**2. Определение срока беременности, предполагаемого срока родов**

**и даты выдачи дородового декретного отпуска**

Показания:

- зафиксировать срок беременности при первой явке;

- способствовать социальной защите беременной;

- выявить критические сроки при патологии беременности;

- своевременно выдать дородовый декретный отпуск;

- диагностировать перенашивание.

***Определение срока беременности***

Осуществляется:

1) по дате последней менструации — выявить первый день последней менструации, прибавить две недели на зачатие и с данного срока по календарю считать по неделям до срока явки в женскую консультацию;

2) по дате первого шевеления плода — первобеременная ощущает первое шевеление на сроке 20 недель, повторнобеременная — в 18 недель;

3) по объективным данным:

а) определение размера матки при бимануальном исследовании во время первой явки в женскую консультацию,

б) измерение высоты стояния дна матки и окружности живота на поздних сроках беременности.

в) по размерам головки и длины плода.

Дополнительный метод — УЗИ.

***Определение предполагаемого срока родов***

Выяснить первый день последней менструации. От этого дня отсчитать назад три месяца и прибавить 7 дней.

Дородовый декретный отпуск выдается на сроке 30 недель.

**3. Определение предполагаемой массы плода**

**на поздних сроках беременности**

Показания:

- определить срок беременности;

- выявить задержку развития плода (исключить гипотрофию плода);

- определить соответствие между размерами таза и головки плода.

Алгоритм действий:

1) уложить беременную на кушетку в горизонтальном положении. Ноги слегка согнуть в коленных и тазобедренных суставах;

2) измерить сантиметровой лентой окружность живота и высоту стояния дна матки;

3) массу плода подсчитать:

- по формулам:

а) (окружность живота) х (высота дна матки),

б) (окружность живота) + (высота дна матки)/4 х 100;

- по результатам УЗИ.

**4.****Техника измерения артериального давления**

Показания:

- определение величины систолического и диастолического давления;

- фиксация исходного АД;

- определение разницы АД на левой и правой руке;

- выявление повышенного АД в родах;

- определение пульсового давления.

Алгоритм действий:

1) измерение проводить на обеих руках;

2) наложить манжету на верхнюю треть плеча и с помощью манометра определить АД.

Оценка величины артериального давления проводится с учетом исходной цифры, полученной при первой явке в женскую консультацию на ранних сроках беременности; разницы величин на обеих руках (более 10 мм.рт.ст. — признак прегестоза); величины диастолического давления, пульсовой волны и среднего артериального давления.

**5. Подсчет пульса**

Показания:

- определить состояние сердечной деятельности роженицы;

- выявить осложнение сердечной деятельности во время родов.

Алгоритм действий:

1) три пальца правой кисти наложить на внутреннюю поверхность предплечья в области лучезапястного сустава;

2) прижать левую лучевую артерию и определить частоту, ритмичность, ясность и силу сердечных сокращений.

В родах допускается небольшое учащение, так как роды — это стресс для организма роженицы, но ритм, полнота должны быть в норме.

**Алгоритмы выполнения акушерских манипуляций к теме№3**

**1.. Уход за швами и методика обработки швов промежности**

Цель:

- исключение инфицирования швов;

- способствование лучшему заживлению швов.

Оснащение: пинцеты, корнцанги, ватные шарики, 5% раствор перманганата калия,раствор фурацилина

Алгоритм действий:

1) уложить родильницу на кушетку, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах и развести;

2) наружные половые органы и ткани промежности обмыть сверху-вниз раствором антисептика;

3) просушить марлевыми стерильными салфетками;

4) обработать швы 5% раствором перманганата калия.

**2. Методика снятия швов с промежности**

Показание: наличие шелковых швов.

Швы с промежности снимаются на 5-6 сутки после родов.

Оснащение: пинцеты, корнцанги, ватные шарики.

Алгоритм действий:

1) уложить родильницу на кресло;

2) ноги в коленных и тазобедренных суставах согнуть, развести;

3) швы обработать 70% спиртом;

4) потянуть хирургическим пинцетом за один кончик узла и срезать белый участок шва, взяться за второй кончик узла и вытянуть шов;

5) обработать рубец по всей длине 5% спиртовым раствором йода;

6) залить инструменты дезинфицирующим раствором;

7) дать родильнице советы по уходу за половыми органами.

**3. Оказание помощи родильнице при лактостазе**

Показание: лактостаз (застой молока в молочных железах).

Алгоритм действий:

1) усадить родильницу;

2) вымыть руки теплой водой;

3) провести массаж тканей железы;

4) сцеживать, потягивая за сосок или использовать молокоотсос;

5) ограничить прием жидкости;

6) чередование молочных желез при кормлении с последующим сцеживанием.

) инструмент положить в таз с дезинфицирующим раствором.

**4. Уход за родильницей после кесарева сечения**

Цель: своевременное выявление послеоперационных осложнений.

Алгоритм действий:

1) следить за восстановлением дыхательной функции после выхода из состояния наркоза, т.к. при выходе из наркоза может возникнуть рвота, аспирация рвотными массами и как следствие удушье;

2) следить за признаками внутреннего кровотечения т.к. возможно соскальзывание лигатуры с сосудов в глубине операционной раны;

3) следить за температурной реакцией (при неосложненном течении температура должна на 5-ые сутки нормализоваться);

4) режим постельный: через 12 часов повернуть на бок. Через сутки — можно ходить. Прикладывать к груди новорожденного — индивидуально (на 2-3 сутки);

5) следить:

• за диетой:

- в 1е сутки — только питье;

- 2 сутки — бульон;

- 3 сутки — каша, творог;

- 4 сутки — бульон, каша, творог, сухари;

- 5-6 сутки — общий стол;

• за функцией мочевого пузыря,

• за функцией кишечника:

- на 3-4 сутки поставить гипертоническую клизму;

- на 5-6 сутки — очистительную клизму;

• за состоянием раны:

- контрольная перевязка на 3 сутки,

- на 7 сутки — снимают через шов,

- на 9 сутки — снимают все швы,

**5. Рекомендации родильнице при выписке**

Цель: способствование нормальному течению послеродового периода.

При выписке домой родильнице необходимо дать следующие рекомендации:

1) не заниматься тяжелым физическим трудом до окончания послеродового периода (до 6-8 недель). Легкий труд и активный режим способствуют нормальному сокращению матки, восстановлению эндометрия, нормальной функции всех органов и систем;

2) не вступать в половые контакты до окончания послеродового периода;

3) Диета должна быть полноценной, насыщенной полноценными белками и витаминами;

4) Исключить из пищевых продуктов горечи, экстрактивные раздражители, ограничить углеводы, с осторожностью употреблять цитрусовые, исключить алкоголь, никотин;

5) Ночной сон должен быть не менее 7-8 часов. Желателен дневной сон 1-2 часа;

6) Режим кормления ребенка свободный. При кормлении необходимо чередовать молочные железы и после кормления — грудь сцедить до конца каждый раз;

7) Душ принять можно сразу же в день выписки, не рекомендуется принимать ванну;

8) Через 8 недель посетить обязательно женскую консультацию;

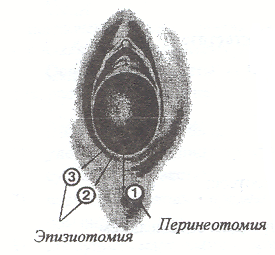
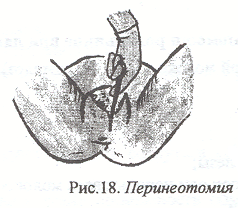
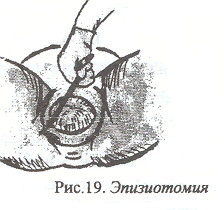
9) С целью предупреждения беременности лучше использовать презервативы.

**Алгоритмы выполнения акушерских манипуляций к теме№8**

**1. Подготовка инструментов и проведение перинеотомии, эпизиотомии**

*Перинеотомия —* это срединный разрез промежности.

*Элизиотомия —* это боковой разрез промежности.

Показания:

- угрожающий разрыв промежности;

- необходимость в срочном родоразрешении;

- при акушерских операциях: вакуум-экстракции плода, наложении акушерских щипцов;

- преждевременные роды.

Оснащение: стерильные ножницы; новокаин или лидокаин для обезболивания, йод, корнцанг с ватным шариком для обработки промежности.

Алгоритм действий:

1) место разреза обработать йодом затем обезболить;

2) указательный палец левой руки ввести между головкой и тканью промежности на высоте потуги и при высокой промежности провести срединный разрез — перинеотомию, при низкой промежности боковой разрез — эпизиотомию, глубина разреза не менее 2 см.

По окончании родов на разрез накладываются швы.

**2.. Подготовка инструментов и проведение амниотомии**

Амниотомия — это вскрытие оболочек плодного яйца (хориона и амниона). При этом изливаются околоплодные воды.

Показания:

- запоздалый разрыв оболочек вследствие плотности оболочек;

- плоский околоплодный пузырь, который не выполняет свою функцию;

- многоводие;

- искусственное родовызывание.

Оснащение: судно, браншу от пулевых щипцов или пинцет.

Алгоритм действий:

1) роженицу уложить на родильный стол;

2) тщательно обработать наружные половые органы антисептиком и подложить судно;

3) руки обработать, надеть стерильные перчатки;

4) левую руку ввести во влагалище и пропальпировать плодный пузырь;

5) под контролем левой руки ввести правой рукой инструмент и на высоте схватки провести вскрытие;

6) далее края разреза расширить, выпустить воды;

7) при многоводии вскрывать пузырь нужно вне схватки, воды выпускать медленно, не извлекая руки из влагалища, для профилактики выпадения пуповины.

8) инструмент положить в таз с дезинфицирующим раствором.

**Методы диагностики активности матки и состояния плода**

**КТГ** – кардиотогография – совершенно безопасный метод отслеживания состояния будущего малыша. Без всякого дискомфорта для ребенка, можно получить необходимую информацию о его сердечном ритме и сокращениях матки мамы.  
  
КТГ обычно назначают после 26 недели беременности, так как до этого сложно однозначно расшифровать полученные данные. В обязательном порядке Вас направят на КТГ дважды в третьем триместре беременности. Если же врача что-нибудь насторожит – назначит повторное (или дополнительное) исследование КТГ.

**Как происходит процедура КТГ:**

Процедура занимает достаточно продолжительное время – 40-60 минут. Маму укладывают на кушетку (иногда предлагают удобное кресло), на животе крепят датчик, который отправляет информацию о биении сердца и сокращениях матки в электронный блок. Все данные графически отображаются на кривой, которую затем изучает врач.  
Как оценивают результаты: баллы КТГ  
  
После исследования врач изучает ленту с показаниями (кривыми) и пишет заключение.  
**При КТГ оценивают:**  
**Базальный ритм** (БЧСС или ЧСС) – средняя частота сокращений сердца. **Норма**: 110-160 ударов в минуту в спокойном состоянии плода (130-190 при шевелении).  
**Вариабельность ритма** – средняя высота отклонений от ЧСС. **Норма**: высота отклонений – 5-25 уд/мин.  
**Акцелерации** (акселерации) – ускорение ЧСС (на графике выглядят как высокие зубчики). **Норма**: 2 и более акселерации за 10 минут.  
**Децелерации** (деселерации) – замедление ЧСС (на графике выглядят как существенные впадины). **Норма:** отсутствуют или неглубокие и очень короткие.  
**Токограмма** – маточная активность. **Норма**: маточных сокращение не более 15% от БЧСС, длительность – от 30 сек.  
  
Для расшифровки КТГ используют 10-бальную систему, где каждый из шести критериев (базальный ритм, вариабельность (амплитуда), вариабельность (количество), акцелерации, децелерации, шевеление плода) оценивается от 0 до 2 баллов.  
**Оценка состояние плода по баллам**:  
 **от 9 до 12 баллов**  
– состояние плода нормальное, рекомендуется дальнейшее наблюдение;  
**от 6 до 8 баллов** – кислородное голодание (гипоксия) без экстренный **угроз, необходим повтор процедуры КТГ;  
5 баллов и менее** – выраженное кислородного голодание, необходимо экстренное родоразрешение