

**АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ ПО  
АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ**

Методическое пособие

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	стр. 8
Алгоритм манипуляции № 1 .Санитарно-эпидемиологический режим акушерско-гинекологического стационара.	стр. 9-11
Алгоритм манипуляций № 5. Постановка микроклизмы.	стр. 15
Алгоритм манипуляции № 6. Оформление медицинской карты беременной и родильницы.	стр. 16
Алгоритм манипуляции № 7. Оформление паспортной части истории родов.	стр.17
Алгоритм манипуляции № 8. Оформление паспортной части истории болезни гинекологической больной.	стр. 18
Алгоритм манипуляции № 9. Санитарная обработка поступающих рожениц и беременных.	стр. 19-20
Алгоритм манипуляции №10. Обработка рук для приема родов.	стр. 21-22
Алгоритм манипуляции №11. Исследование при помощи зеркал.	стр. 23
Алгоритм манипуляции №12. Взятие мазков на степень чистоты влагалища.	стр. 24
Алгоритм манипуляции №13. Взятие мазков на гормональный статус.	стр. 25
Алгоритм манипуляции №14. Взятие мазков на онкоци-	

тологию.	стр. 26
Алгоритм манипуляции №15. Тазоизмерение.	стр. 27
Алгоритм манипуляции №16. Измерение диагональной конъюгаты.	стр. 28
Алгоритм манипуляции №17. Измерение боковой конъюгаты и косых размеров таза.	стр. 29
Алгоритм манипуляции №18. Измерение окружности живота и высоты дна матки.	стр.30-31
Алгоритм манипуляции №19. Наружное акушерское исследование.	стр.32-33
Алгоритм манипуляции №20. Выслушивание сердцебиения плода.	стр. 34
Алгоритм манипуляции №21. Волдырная проба Мак-Клюера-Олдрича.	стр.35
Алгоритм манипуляции №22. Определение группы крови стандартными сыворотками и моноклональными антителами.	стр.36-37
Алгоритм манипуляции №23. Подготовка стола для приема родов. Подготовка роженицы к родам.	стр.38-39
Алгоритм манипуляции №24. Акушерское пособие в родах.	стр.40-41
Алгоритм манипуляции № 25. Оказание пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании.	стр.42-43
Алгоритм манипуляции № 26. Оказание ручного пособия по Цовьянову при ножном предлежании плода	стр.44-45
Алгоритм манипуляции № 27. Определение признаков отделения плаценты.	стр. 46-47
Алгоритм манипуляции №28. Способы выделения последа наружными методами.	стр.48

Алгоритм манипуляции № 29. Ручное отделение плаценты и выделение последа.	стр.49-50
Алгоритм манипуляции № 30. Ручное обследование полости матки.	стр.51
Алгоритм манипуляции №31. Наружный массаж матки.	стр.52
Алгоритм манипуляции №32. Осмотр родовых путей после родов.	стр.53
Алгоритм манипуляции №33. Наложение швов на разрыв промежности 1 степени.	стр.54-55
Алгоритм манипуляции №34. Наложение швов на разрыв шейки матки 1 степени.	стр.56
Алгоритм манипуляции №35. Контроль за кровопотерей в раннем послеродовом периоде.	стр.57
Алгоритм манипуляции №36. Туалет родильницы, обработка швов.	стр.58
Алгоритм манипуляции №37. Прижатие брюшной аорты по Шмидту и Бирюкову.	стр.59
Алгоритм манипуляции №38. Уход за молочными железами.	стр.60
Алгоритм манипуляции №39. Профилактика и неотложная терапия при гипоксии плода.	стр.61
Алгоритм манипуляции №40. Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей новорожденного.	стр.62
Алгоритм манипуляции № 41. Первичный туалет новорожденного.	стр.63-65
Алгоритм манипуляции № 42. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.	стр.66-67
Алгоритм манипуляции № 43. Оценка состояния новорожденного по шкале Сильвермана.	стр.68-69

Алгоритм манипуляции № 44. Подготовка гинекологического инструментария.	стр.70-71
Алгоритм манипуляции №45. Взятие крови из вены для посева на стерильность.	стр. 72
Алгоритм манипуляции № 46. Постановка влагалищных ванночек.	стр 73
Алгоритм манипуляции № 47. Влагалищное спринцевание.	стр.74
Алгоритм манипуляции № 48. Влагалищные тампоны.	стр.75
Алгоритм манипуляции № 49. Введение во влагалище присыпок	стр. 76
Алгоритм манипуляции № 50. Бимануальное влагалищно-брюшно-стеночное исследование.	стр.77-78
Алгоритм манипуляции №51. Ассистенция на операции выскабливания эндометрия.	стр.79-80
Алгоритм манипуляции №52. Ассистенция на операции пункции Дугласова пространства через задний свод влагалища.	стр.81-82
Алгоритм манипуляции №53. Ассистенция при расширенной кольпоскопии.	стр.83
Алгоритм манипуляции № 54. Ассистенция при биопсии шейки матки.	стр.84
Алгоритм манипуляции № 55. Ассистиенция при гистероскопии.	стр.85-86
Литература	стр.87-88

## ВЕДЕНИЕ

Во все времена ценность медицинского работника определялась уровнем профессиональных знаний, умений и навыков, позволяющих успешно работать в пределах своей компетенции.

Неслучайно современная реформа сестринского образования нацелена главным образом на существенное улучшение теоретической подготовки выпускников средних медицинских учебных заведений. Достижению намеченных рубежей, безусловно, способствуют увеличение сроков обучения и принципиальная переработка учебных планов, программ, а также набирающие темпы фонды учебной и учебно-методической литературы.

В едином сестринском процессе такая специальность, как «Акушерство и гинекология» занимает достойное место в ряду ведущих клинических дисциплин. Опыт работы показывает, что определенные затруднения при изучении предмета представляют известная разобщенность, информационная насыщенность и недостаточная наглядность их, особенно, в доклинической части занятий. Между тем глубина и прочность усвоения этого материала серьезно складывается на понимании закономерностей, которые постигаются учащимися в последующем, т.е. непосредственно в клинике.

Предлагаемое читателю учебно-методическое пособие представляет собой методические рекомендации, касающиеся выполнения манипуляций по курсу акушерства и гинекологии. Оно включает 55 алгоритмов манипуляций, составленных по единому плану со схемой ООД. В каждом алгоритме манипуляции даны:

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

Ряд алгоритмов манипуляций содержит примечания, детализирующие важные уточняющие отдельные вопросы оснащения манипуляций.

Учебно-методическое пособие написано в соответствии с требованиями учебной программы и квалификационной характеристики выпускников медицинских колледжей, иллюстрировано рисунками, которые облегчают понимание текста и

способствуют использованию пособия для самообучения. Часть рисунков имеют оригинальный характер, остальные заимствованы из приведенных в списке литературных источников.

Пособие предназначено для учащихся медицинских колледжей и училищ.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 1

### САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**ЦЕЛЬ:** предупреждение гнойно-септических заболеваний у матери и новорожденного

**ПОКАЗАНИЯ:** систематически во всех родовспомогательных учреждениях

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** антисептические средства, дезинфицирующие и моющие

растворы, предметы ухода, инструментарий, биксы, простыни, салфетки, халаты, маски, перчатки, стерильная ветошь, инструкция по организации и проведению санитарно-гигиенических мероприятий в акушерско-гинекологических стационарах (приказ МЗРФ № 345 от 26 ноября 1997 г.)

#### ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛА К АВТОКЛОВИРОВАНИЮ

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

#### ПАКЕТ ДЛЯ РОЖЕНИЦЫ

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

#### ПАКЕТ ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ

- |                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| - халат для приема родов        | 1 шт. |
| - пеленки                       | 2 шт. |
| - шарики ватные                 | 4 шт. |
| - салфетка марлевая треугольная | 1 шт. |
| - палочки с ватой               | 2 шт. |
| - пинцет анатомический          | 1 шт. |
| - зажимы Кохера                 | 2 шт. |



- ножницы пупочные 1 шт.
- пипетки 2 шт.
- лоток почкообразный 1 шт.
- катетер для отсасывания слизи 1 шт.
- катетер для выведения мочи 1 шт.
- лоток для приема новорожденного 1 шт.
- 

### ПАКЕТ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ НОВОРОЖДЕННОГО

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

### АКУШЕРСКИЙ КОМПЛЕКТ ОДНОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЗ БУМАГИ (стерильный)

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

Биксы автоклавируют в централизованной стерилизационной.

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** обработать палату

**2. Как делать:**

- После выписки родильниц освободить палату от мягкого инвентаря; грязное белье сложить в клеенчатые мешки и доставить в помещение для хранения, предназначенное для этой цели; подушки, матрацы, одеяла отправить в дезинфекционную камеру.
- Залить палату (стены, кровати, пол) 5% раствором хлорамина на 1 час. Палату закрыть.
- Проветрить палату до исчезновения запаха
- Вымыть палату стерильной ветошью, 2% моющим раствором (100,0 соды + 100,0 мыла и до 10 л. воды), надев стерильную спец. одежду и перчатки.
- Включить УФ - облучатель на 30 минут.
- Палату вымыть теплой проточной водой
- Внести постельные принадлежности, прошедшие камерную обработку.
- При закрытых окнах включить бактерицидную лампу на 30 минут.
- Проветрить палату 20 минут.

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

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

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

- предупреждение гнойно-септических заболеваний у матери и новорожденного проводится в соответствии с требованиями приказа МЗРФ № 345 от 26 ноября 1997 г.

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

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

**5. Конечный результат:** снижение уровня послеродовых гнойно-септических заболеваний у матери и новорожденного.

- биксы и мешок с подкладными клеенками отправить для автоклавирования

**1. Чем пользоваться:** дез. средствами.

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 5 ПОСТАНОВКА МИКРОКЛИЗМЫ

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

**ПОКАЗАНИЯ:** угроза прерывания беременности, обезболивание при острых воспалениях женских половых органов, лучевой проктит, спаечный процесс в малом тазу.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** опухоли прямой кишки, геморрой.

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

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО:** уложить больную на левый бок и опорожнить прямую кишку с помощью очистительной клизмы.

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** поставить микро клизму

**2. Как делать:**

- сделать больной очистительную клизму
- обмыть наружные половые органы, область ануса и ягодиц раствором перманганата калия 1: 6000.
- больную, находящуюся в постели, уложить на левый бок
- лекарственное средство 50 мл. набрать в баллончик

- наконечник резинового баллона для микроклизмы смазать стерильным вазелином
- осторожно ввести наконечник в прямую кишку на глубину 5 см. и выдавить лекарственное средство
- не разжимая баллончик, извлечь его из прямой кишки.
- использованные наконечники и баллончик погрузить в 3% раствор хлорамина (смотри алгоритм манипуляции №3)

**3. Чем пользоваться:** лекарственные средства, резиновый баллончик для микроклизм.

**4. Средства контроля:** визуально

**5. Конечный результат:** лечебный

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** травма прямой кишки, аллергическая реакция

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

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 6 ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ

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

**ПОКАЗАНИЯ:** взятие беременной на диспансерный учет

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** индивидуальная карта беременной (форма № 111-1/у –97)

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ:** не требуется

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** заполнить индивидуальную карту беременной

**2. Как делать:**

- титульный лист индивидуальной карты беременной заполняется согласно паспортным данным по графам с соблюдением требований, предъявляемых к документации;
- фамилия, имя, отчество, место работы и телефон мужа беременной вносят в индивидуальную карту для экстренного сообщения ему в случае срочной госпитализации жены в родильный дом или клинику другого профиля;
- тщательно заполняются все пункты индивидуальной карты;
- собрать общий анамнез по обычной схеме с выяснением индивидуальной чувствительности к лекарственным средствам и гемотрансфузионный анамнез;
- выяснить данные о менструальном цикле, его особенностях, дате последних месячных;

- установить начало половой жизни, количество браков, беременностей, их исход;
- уточнить данные о перенесенных гинекологических заболеваниях, методах их лечения (амбулаторное, стационарное), оперативных вмешательствах.

### **3. Чем пользоваться:**

- образец медицинской карты беременной и родильницы;
- инструкция по заполнению медицинской карты беременной и родильницы;
- методикой сбора анамнеза.

### **4. Средства контроля:** визуально

### **5. Конечный результат:** заполнение медицинской карты беременной и родильницы

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 7

### **ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТНОЙ ЧАСТИ И АНАМНЕЗА ИСТОРИИ РОДОВ**

**ЦЕЛЬ:** знать правила оформления и уметь заполнить историю родов.

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** история родов (форма № 096/у)

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ:** не требуется

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)

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

### **2. Как делать:**

- титульный лист истории родов заполнить согласно паспортным данным по графам с соблюдением требований, предъявляемым к документации;
- фамилия, имя, отчество, место работы и телефон мужа беременной;
- тщательно заполнить все пункты истории родов;
- собрать общий анамнез по обычной схеме с выяснением эпид. анамнеза, индивидуальной чувствительности к лекарственным средствам, гемотрансфузионный анамнез;
- выяснить данные о менструальном цикле, его особенностях, дате последних месячных;

- установить начало половой жизни, количество браков, беременностей, их исход;
- уточнить данные о гинекологических заболеваниях;
- выяснить анамнез течения данной беременности по триместрам.

**3. Чем пользоваться:** - образец истории родов;

- инструкция по заполнению истории родов

**4. Средства контроля:** визуально

**5. Конечный результат:** заполнение истории родов

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 8

### ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТНОЙ ЧАСТИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ

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

**ПОКАЗАНИЯ:** поступление в гинекологический стационар.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** бланк истории болезни гинекологической больной (форма № 3)

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ:** не требуется

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** заполнить паспортную часть истории болезни гинекологической больной
- 2. Как делать:** паспортную часть истории болезни заполнить по графам соответственно паспортным данным и предъявленным требованиям к документации.

**3. Чем пользоваться:**

- образец истории болезни;
- инструкция по заполнению истории болезни

**4. Средства контроля:** визуально

**5. Конечный результат:** заполнение истории болезни гинекологической больной.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 9

### САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПОСТУПАЮЩИХ РОЖЕНИЦ И БЕРЕМЕННЫХ

**ЦЕЛЬ:** соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в роддоме.

**ПОКАЗАНИЯ:** поступление в роддом

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** стерильное белье, клеенки, корнцанги, лоточки, стерильный пинцет, ножницы, кружка Эсмарха, наконечники для клизм, одноразовое мыло, металлический станок бритвы, одноразовые лезвия, жидкое мыло, обеззараженные мочалки, дезинфицирующие растворы.

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ:** - в комнате – фильтре приемного покоя, для поступающих рожениц и беременных, пациентка снимает верхнюю одежду, получает обеззараженные или свои тапочки (кожаные, резиновые).

- у поступающей беременной осматривают кожу, измеряют температуру тела, осматривают зев, ноги, проверяют на педикулез.

-

## ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** провести санитарную обработку поступающей роженицы и беременной:

- намылить подмышечные области и лобок стерильным жидким мылом при помощи ватного тампона на корнцанге.

-

**2. Как делать:**

- сбрить волосы в подмышечных областях одноразовым лезвием (2 шт. для каждой подмышке отдельное лезвие).
- сбрить волосы на лобке, сменив лезвие бритвы
- поставить очистительную клизму (методика выполнения манипуляции описана в руководстве по сестринскому делу).
- после опорожнения кишечника пациентка остригает ногти на руках и ногах, принимает душ, используя твердое мыло в одноразовой упаковке (или свое ранее не использовавшееся мыло) и обеззараженную мочалку, вытирает тело простыней и смазывает ногти рук и ног йодопирином.
- надевает стерильную рубашку, халат, тапочки

Примечание: очистительная клизма противопоказана роженицам в конце 1 периода родов и во 2 периоде, беременным с рубцом на матке, с подозрением на предлежание плаценты, тяжелыми токсикозами беременности, а так же при угрозе прерывания беременности.

**3. Чем пользоваться:** инструкцией по санитарной обработке роженицы.

**4. Средства контроля:** визуально

**5. Конечный результат:** санитарная обработка поступающих рожениц и беременных

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: проводить роженицу в родильный блок, беременную в отделение патологии беременных.



## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 10

### ОБРАБОТКА РУК ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ

#### ЦЕЛЬ МАНИПУЛЯЦИИ:

Знать: современные способы обработки рук для приема родов и проведения акушерских операций.

Уметь: обработать руки перед родами одним из современных способов.

ПОКАЗАНИЯ: прием родов, акушерская операция.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет

ОСНАЩЕНИЕ: раковина с краном проточной воды; дез. средства (первомур, хлоргексидин биклюгонат 0,5 % спиртовой раствор, дегмин 1% р-р, иодопирон 0,1% р-р); медицинская щетка или губка, мыло, стерильные ватные шарики, перчатки, эмалированный таз.

ПОДГОТОВКА: надеть медицинскую шапочку, маску, клеенчатый стерильный фартук.

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** вымыть руки, обработать одним из дезинфицирующих растворов.

**2. Как делать:** руки вымыть проточной водой щеткой или губкой с мылом в течение 1 минуты. После этого насухо вытереть сухой стерильной салфеткой и обработать дез. средством:

- Первомур (рецептура С-4) - готовят из перекиси водорода и муравьиной

кислоты, которые смешивают в стеклянной посуде, помещают в холодную

воду на 1 – 1,5 часа, периодически встряхивают. Полученный раствор хранят

не более суток в стеклянной посуде с герметической пробкой в прохладном

месте. Раствор готовят и используют только в день операции. Для обработки

рук используют 2,4% р-р рецептуры – С.

Для приготовления 1 литра первомура необходимо 30 – 33 % перекись

водорода 17,1 мл., муравьиная кислота 100% 6,9 мл, 85% - 8,1 мл воды до 1

литра.

- руки обрабатывают в течение 1 минуты, полностью погружая их в раствор первомура 2,4% , налитого в эмалированный таз. Затем руки вытирают стерильной салфеткой и надевают стерильные перчатки.

- Хлоргексидина биглюконата - выпускается в виде 20% раствора. Для обработки рук используют 0,5% спиртовой раствор препарата. Обработку рук производят ватным тампоном, смоченным 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина в течение 5 минут.

- Дегмин - твердое воскообразное вещество, хорошо растворимое в воде.

- Дегмицид – жидкость, содержит 30% дегмина. Дегмин и дегмицид

используют в 1% концентрации для обработки рук. Руки обрабатывают

двумя тампонами, обильно смоченными раствором препарата, по 3 минуты

каждую. При повторной обработке руки протирают 1 тампоном 2-3 мин.

- Иодопирон – иодофор 0,1%, которым в течение 4 мин моют руки стерильной салфеткой в эмалированном тазу, после чего руки вытирают стерильной марлевой салфеткой.

**3. Чем пользоваться:** инструкцией по обработке рук.

**4. Средства контроля:** визуально, бак. посев смывов с обработанных рук.

**5. Конечный результат:** готовность рук к приему родов, оперативным вмешательствам.

**ОСЛОЖНЕНИЯ** :аллергическая реакция, недостаточная стерильность рук.

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** смазывание рук смягчающими кремами.

**Примечание:** при аллергии сменить дезинфицирующее средство

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 11

### ОСМОТР В ЗЕРКАЛАХ

Манипуляция проводится с целью осмотра влагалища и шейки матки.

**ПОКАЗАНИЯ:** а) диагностика заболевания;  
б) проведение лечебных и диагностических манипуляций

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТОВ:** гинекологические зеркала, ватные шарики, пинцет.

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

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** осмотреть в зеркалах влагалище и шейку матки.  
**2. Как делать:** введение зеркала Куско проводится следующим образом:

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

3. **Чем пользоваться:** зеркало Куско, пинцет, шарики
4. **Средства контроля:** визуальный осмотр.
5. **Конечный результат:** формулировка диагноза.

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** травма влагалища у пожилых женщин.

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 12

### **ВЗЯТИЕ МАЗКОВ НА СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА**

**ЦЕЛЬ:** определение степени чистоты влагалища.

**ПОКАЗАНИЯ:** диагностика заболевания.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет.

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

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

### **ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)**

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

**2. Как делать:**

- забор материала из уретры проводится следующим образом: указательный палец правой руки ввести во влагалище, сделать массаж уретры, стерильным тампоном снять слизь с наружного отверстия мочеиспускательного канала, ложечкой Фолькмана взять материал из уретры с глубины 1-1,5 см., нанести на край предметного стекла в виде кружка;
- забор материала из цервикального канала проводится следующим образом: левой рукой большим и указательным пальцами развести малые половые губы. Зеркало Куско в сложенном виде ввести во влагалище, продвигая вглубь его с одновременным поворотом так, чтобы одна створка была обращена кпереди, другая кзади. Сближая рукоятки, зеркало раскрыть, обнажить шейку матки, снять слизь с наружного зева стерильным

тампоном, другим концом ложечки Фолькмана взять содержимое цервикального канала с глубины 1,5 см., нанести на среднюю часть предметного стекла в продольном направлении;

- забор материала из заднего свода влагалища: пинцетом взять содержимое заднего свода, нанести на свободный край предметного стекла в поперечном направлении;
- заполнить бланк направления на исследование мазка на степень чистоты влагалища: указать отделение (участок в ж/к), Ф.И.О., диагноз, дату взятия мазка, роспись лица, делавшего забор мазка.

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

**4. Средства контроля:** визуально, микроскопия мазка.

**5. Конечный результат:** формулировка диагноза.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требует

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 13

## ВЗЯТИЕ МАЗКОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

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

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** кольпит, 3-4 степень чистоты влагалища.

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

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ:** уложить на гинекологическое кресло в обычное положение.

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** взять мазок на гормональный статус.

**2. Как делать:**

- шейку матки обнажить зеркалами Симпсона;
- ложки раздвинуть, чтобы хорошо обнажить переднебоковые своды влагалища;
- ложечкой Фолькмана сделать соскоб с переднебокового свода влагалища;

- соскоб нанести на предметное стекло одним мазком, чтобы не повредить клетки эпителия;
  - высушить мазок;
  - написать направление, указать Ф.И.О., отделение, диагноз, дату забора мазка, дополнительные сведения;
  - отправить мазок в лабораторию.
- 3. Чем пользоваться:** зеркала Симпсона, ложечка Фолькмана, предметные стекла.
- 4. Средства контроля:** визуально
- 5. Конечный результат:** определение гормонального статуса

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 14 ВЗЯТИЕ МАЗКОВ НА ОНКОЦИТОЛОГИЮ

ЦЕЛЬ: ранняя диагностика рака половых органов.

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: 3-4 степень чистоты влагалища.

ОСНАЩЕНИЕ: зеркала Симпсона, шпатель Эйра, ложечка Фолькмана, предметные стекла.

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 3. Что делать:** взять мазок с шейки матки и цервикального канала на онкоцитологию.
- 2. Как делать:**
- шейку матки обнажить зеркалами Симпсона, сначала ввести ложку, затем подъемник;
  - шпатель Эйра приложить к шейке матки так, чтобы более длинный угол находился в цервикальном канале;
  - шпатель повернуть вокруг оси цервикального канала, чтобы он коснулся всей поверхности шейки матки;
  - содержимое нанести на предметное стекло;

- ложечкой Фолькмана взять мазок из цервикального канала с глубины 2 см., нанести на предметное стекло;
- высушить стекла и отправить на цитологическое исследование с направлением, в котором указывают: дату взятия мазка, Ф.И.О., возраст, домашний адрес, номер истории болезни, диагноз, дополнительные введения.

**3. Чем пользоваться:** зеркала Симпсона, шпатель Эйра, ложечка Фолькмана, предметные стекла, стандартные направления

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

**5. Конечный результат:** выявление онкологических заболеваний

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 15

### ТАЗОИЗМЕРЕНИЕ

ЦЕЛЬ: определение размеров таза.

ПОКАЗАНИЯ: всем беременным и родильницам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет

ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТОВ: пуговицы тазомера протереть дезинфицирующим средством.

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** измерить D. Spinarum, D. Cristarum, D. Trochanterica, C. Externa.
- 2. Как делать:** беременную уложить на спину с согнутыми ногами в тазобедренных и коленных суставах:
  - измерение D. Spinarum: пуговицы тазомера поставить на передневерхние ости подвздошных костей, в норме расстояние между ними составляет 25-26 см.;
  - измерение D. Cristarum: пуговицы тазомера перенести на наиболее отдаленные друг от друга точки гребней подвздошных костей в норме расстояние между ними составляет 28-29 см.;
  - измерение D. Trochanterica: предложить женщине подвигать ногами в тазобедренных суставах, пропальпировать большие вертелы бедренных костей, поставить на них пуговицы тазомера, в норме расстояние между ними 31-32 см.;

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

**3. Чем пользоваться:** тазомером

**4. Средства контроля:** визуально

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

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 16 ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЬЮГАТЫ

**ЦЕЛЬ:** измерение диагональной конъюгаты

**ПОКАЗАНИЯ:** всем беременным и роженицам.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет.

**ОСНАЩЕНИЕ:** тазомер, перчатки, пинцет, стерильный материал.

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** измерить диагональную конъюгату.

**2. Как делать:**

- левой рукой развести малые половые губы;
- средний и указательный палец правой руки ввести во влагалище;
- концевой фалангой среднего пальца достичь наиболее выдающуюся точку крестцового мыса;
- левой рукой отметить на правой руке уровень нижненаружного края симфиза;
- извлечь правую руку из влагалища;
- тазомером измерить расстояние от верхушки среднего пальца до отметки нижненаружного края симфиза. Это величина диагональной конъюгаты.

Ее величина в среднем равняется 12,5-13 см.

**3. Чем пользоваться:** тазомером



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

$$C. vera = C. Diag - 1,5-2\text{см}$$

$$C. vera = 13\text{ см} - 2\text{ см} = 11\text{ см.}$$

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

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 17

### ИЗМЕРЕНИЕ БОКОВОЙ КОНЬЮГАТЫ И КОСЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА

ЦЕЛЬ: диагностировать аномалии костного таза.

ПОКАЗАНИЯ: плоский и кососмещенный таз.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: нет

ОСНАЩЕНИЕ: тазомер

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ: не требуется

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** измерить боковую и косую конъюгату
2. **Как делать:** Для измерения боковой конъюгаты пуговку тазомера поставить на передневерхнюю ость подвздошной кости, а вторую пуговку тазомера поставить на задневерхнюю ость (боковая точка ромба Михаэлиса) подвздошной кости. При нормальном тазе латеральная конъюгата равна 15 см и больше. Для выявления ассиметрии таза измеряют следующие косые размеры:
  - расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны и наоборот;
  - расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задневерхних остей;

- расстояние от надкрестцовой ямки до правой и левой передневерхних остей.

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

**3. Чем пользоваться:** тазомером

**4. Средства контроля:** визуально

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

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 18

### ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА И ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ

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

**ПОКАЗАНИЯ:** всем беременным во второй половине беременности, роженицам

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТОВ:** сантиметровая лента, тазомер.

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

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** измерить окружность живота и высоту стояния дна матки, размеры плода в матке.
- 2. Как делать:** при измерении окружности живота сантиметровая лента проходит спереди на уровне пупка, сзади на уровне поясничной области. При измерении высоты стояния дна матки

сантиметровая лента расположена на передней стенке живота от верхнего края симфиза до наиболее выступающей точки дна матки.

Высота стояния дна матки в различные сроки беременности :

- 12 недель – верхний край лона
- 16 недель - 6 см выше лона
- 20 недель – 12 см выше лона
- 24 недели - 20-22 см выше лона
- 28 недель – 26 см выше лона
- 32 недели – 30 см выше лона
- 36 недель – 34 см выше лона
- 40 недель - 32 см выше лона.

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

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

– 11 см, в 40 недель – 12 см.

3. **Чем пользоваться:**сантиметровой лентой, тазомером
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** определение окружности живота, высоты стояния дна матки , размеров внутриутробного плода. Зная эти размеры, можно определить срок беременности и предполагаемую массу плода.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 19

### **НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА – ЛЕВИЦКОГО**

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

**ПОКАЗАНИЯ:** проводят всем беременным и роженицам.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** кушетка, фантом, кукла.

**ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ:** мочевой пузырь должен быть опорожнен, уложить женщину на спину, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

**1. Что делать:** провести наружное акушерское исследование

**2. Как делать :** встать справа лицом к беременной.

Первый прием Леопольда – Левицкого - ладони обеих рук положить на дно матки, пальцы рук смыкаются, определить высоту стояния дна матки по отношению к верхнему краю симфиза, пупку,

мечевидному отростку, определяют часть плода, находящуюся в дне матки. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности:

12 недель – верхний край симфиза

16 недель – середина между пупком и симфизом

20 недель – 2 поперечных пальца ниже пупка

24 недели – на уровне пупка

28 недель – 2 поперечных пальца выше пупка

32 недели – на середине между пупком и мечевидным отростком

36 недель – у мечевидного отростка

40 недель – на середине между пупком и мечевидным отростком.

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

- продольное – продольная ось плода совпадает с продольной осью матки;
- поперечное положение – продольная ось плода расположенная перпендикулярно продольной оси матки;
- косое положение – продольная ось плода расположена под острым углом к продольной оси матки.

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

1 позиция – спинка плода обращена к левому ребру матки;

2 позиция – спинка плода обращена к правому ребру матки

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

Передний вид – спинка плода обращена к передней стенке матки;

задний вид – спинка плода обращена к задней стенке матки

Третий прием Леопольда – Левицкого : правую руку расположить на низ живота выше лонного сочленения так, чтобы большой палец находился справа, а четыре остальных пальца слева. Медленным, осторожным движением пальцы погружают вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном.

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

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

Четвертый прием Леопольда – Левицкого – вспомогательный к третьему приему. Встать лицом к ногам беременной, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при

этом концы пальцев достигают симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно скользнуть вглубь, по направлению к полости таза, уточняя характер предлежащей части плода и высоту ее стояния.

**3. Чем пользоваться:** руками

**4. Средства контроля:** визуально

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

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД :** не требуется

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 20 ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА

**ЦЕЛЬ:** выслушать сердцебиение плода.

**ПОКАЗАНИЯ:** проводят всем беременным во II половине беременности.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** секундомер, акушерский стетоскоп, кушетка.

**ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ:** лежит на спине, ноги выпрямлены.

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** провести наружное акушерское исследование для определения, предлежания, позиции и вида позиции плода, затем произвести аускультацию сердечных тонов плода.
- 2. Как делать:** встать справа от беременной. Акушерский стетоскоп плотно прижать к брюшной стенке, передвигать стетоскоп, чтобы найти место наилучшего прослушивания сердцебиения плода. Сердцебиение плода при головном предлежании выслушивается ниже пупка, при тазовом – выше пупка, при первой позиции – слева, при второй позиции справа, при переднем виде ближе к срединной линии живота, при заднем виде – латеральнее. При поперечных положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка, ближе к головке. При многоплодной беременности сердцебиения плодов выслушиваются отчетливо в разных отделах матки. Во время родов при опускании головки плода в полость таза сердцебиение лучше прослушивается ближе к симфизу, почти по

средней линии живота. Сердечные тоны плода выслушиваются в виде ритмичных двойных ударов, повторяющихся 120 – 160 ударов в минуту. Рекомендуется выслушивать сердцебиение плода в течение 15 секунд, полученное число сердечных ударов плода умножить на четыре. Через пять минут вновь провести подсчет сердцебиения плода, разница не должна составлять более 10 – 12 ударов. Разница более 12 ударов в минуту расценивается как аритмия. Замедление до 110 – 100 ударов и учащение до 160 ударов в минуту и более указывает на гипоксию плода.

3. **Чем пользоваться:** акушерским стетоскопом, секундомером.
4. **Средства контроля:** визуально, аурикулярно.
5. **Конечный результат:** выслушивание сердечных тонов плода с целью оценки его внутриутробного состояния.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: НЕТ

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД : не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 21

### **ПРОВЕДЕНИЕ ВОЛДЫРНОЙ ПРОБЫ МАК – КЛЮРА – ОЛДРИЧА**

**ЦЕЛЬ:** выявить склонность беременной к отекам.

**ПОКАЗАНИЯ:** скрытые отеки.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

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

**ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ:** не требуется

#### **ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)**

1. **Что делать :** ввести 0,2 мл изотонического раствора хлорида натрия
2. **Как делать:** кожу средней трети внутренней поверхности предплечья дважды продезинфицировать 76 % спиртом. Ампулу с раствором 0,9% хлорида натрия продезинфицировать шариком, смоченным 76 % спиртом, ампулу вскрыть, 2мл раствора набрать в шприц. Ввести внутривенно 0,2 мл этого раствора. Оценивать состояние папулы каждые 5 мин.

На коже образуется папула, которая не рассасывается в течение 30 минут у беременных, не имеющих отеков. Если папула рассасывается раньше, следовательно ткани беременной гидрофильны, у нее имеются скрытые отеки.

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

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

5. **Конечный результат:** диагностика скрытых отеков

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 22

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ

**ЦЕЛЬ:** определить группу крови донора или реципиента.

**ПОКАЗАНИЯ:** всем беременным

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

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

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** определить группу крови
2. **Как делать:** кровь, полученную из прокола пальца, или из пробирки, или из флакона, нанести на тарелочку или чашку Петри.

Стандартные сыворотки системы АВО двух различных серий каждой группы нанести на пластинку под соответствующим обозначением таким образом, чтобы получилось два ряда по три большие капли(0,1 мл) в следующем порядке слева направо:



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

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

4. **Средства контроля:** визуально

5. **Конечный результат:** его оценка

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

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

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

Результат оценивается в зависимости от реакции со стандартными сыворотками группы  $O_{\alpha\beta}$  (I), A(II), B(III). В тех случаях, когда положительный результат получен с сывороткой всех трех групп, для исключения неспецифической агглютинации производится контрольное исследование со стандартной сывороткой группы AB(IV), не содержащей групповых

агглютининов. Лишь отсутствие агглютинации в этой контрольной пробе позволяет учесть положительный результат с сыворотками группы  $O_{\alpha\beta}$  (I),  $A_{\beta}$  (II),  $B_{\alpha}$  (III) как истинный, т.е. принадлежность исследуемой крови к группе АВ(IV).

Группы крови системы АВО моноклинальными антителами: целиклоны анти – А и анти – В наносят на планшет или пластинку по одной большой капле (0,1 мл) под соответствующими надписями: » анти – А» или «анти – В». Рядом с каплями антител наносят исследуемую кровь по одной маленькой капле (0,01 мл). После смешивания реагентов и крови за реакцией агглютинации наблюдают в течение 2,5 мин.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 23

#### **ПОДГОТОВКА СТОЛА ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ. ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ К РОДАМ**

**ЦЕЛЬ:** профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний

**ПОКАЗАНИЯ:** второй период родов

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

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

**ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ:** лежит на кровати в предродовой.

#### **ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)**

- 1. Что делать:** подготовить роженицу и стол к приему родов
- 2. Как делать:** в предродовой палате под роженицу подставить судно. В правую руку взять корнцанг со стерильным шариком, в левую руку взять кувшин с бледно-розовым раствором перманганата калия, обмыть кожу наружных половых органов,

внутренних поверхностей бедер и промежности, в последнюю очередь обмыть область ануса. Кожу осушить стерильными шариками в той же последовательности. Перевести роженицу на каталке в родзал. Заправить родовой стол следующим образом: на стол постелить медицинскую клеенку, а сверху стерильную пеленку. Положить роженицу на кровать для родов, надеть ей стерильную рубашку, косынку и бахилы, ногами роженица упирается в подставки, головной конец кровати Рахманова поднять, руками роженица держится за специальные ручки. Для дезинфекции наружных половых органов корнцангом берут стерильные ватные шарики, смоченные 1% раствором иодоната и обрабатывают в следующей последовательности: лобок, большие половые губы, внутренняя поверхность бедер, промежность, в последнюю очередь анус.

На обеззараженный лоток для приема новорожденного акушерка кладет 2 развернутые стерильные пеленки, металлический катетер ( для матери) , пластиковый катетер для отсасывания слизи у новорожденного. Достает из бикса 1 стерильный пакет для первичной обработки новорожденного (его развернуть, когда родится ребенок). Все это вместе с 5% перманганатом кальция, 96 % этиловым спиртом и 30% раствором сульфацила натрия расположить на инструментальном акушерском столике.

3. **Чем пользоваться:** наборами для приема родов.
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** условия для приема родов.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** акушерское пособие в родах

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 24

### АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ В РОДАХ

**ЦЕЛЬ:** 1. Защита промежности от повреждений.

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

**ПОКАЗАНИЯ:** во втором периоде родов проводят всем роженицам.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** кровать Рахманова , набор для приема родов.

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

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

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

А) Регулирование продвижения прорезывающейся головки. Во время потуги мякотью трех пальцев правой руки задержать быстрое продвижение головки и предупредить ее преждевременное разгибание. Можно помочь левой рукой. Для этого кисть левой руки расположить на лобке, концевыми фалангами осторожно надавливать на головку, сгибая ее к промежности и сдерживая ее стремительное продвижение.

В паузах между потугами произвести заем тканей: правой рукой ткань клитора и малых половых губ спускать с рождающегося затылка, кроме того, менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца низвести по возможности к промежности, тем устраняя ее избыточное растяжение. С началом новой потуги, « заем тканей» прекратить и вновь задерживать быстрое прорезывание и преждевременное разгибание головки.

Б) Выведение головки. Когда затылок родится и образуется точка фиксации, запретить роженице тужиться. Осторожно освободить теменные бугры, снимая с них боковые края вульварного кольца. Затем головку захватить левой рукой, и постепенно осторожно ее разогнуть, одновременно правой рукой сводить с головки ткани промежности. Если возникает угроза разрыва промежности, произвести перинео – или эпизиотомию. После рождения головки проверить, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода. Если имеется пуповина, ее снять с головки или рассечь ножницами.

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

Г) Рождение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками обхватить осторожно грудную клетку плода и

направить туловище кверху; при этом без труда рождается нижняя часть туловища.

3. **Чем пользоваться:** набором для приема родов
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** освоение техники защиты промежности

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** травматизм роженицы и новорожденного

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** туалет, ведение последового периода.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 25

### **ОКАЗАНИЕ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА**

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

**ПОКАЗАНИЯ:** I I период родов, чисто ягодичное предлежание.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** глубокая недоношенность плода

**ОСНАЩЕНИЕ:** набор для приема родов, раствор антисептика.

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

### **ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)**

1. **Что делать:** оказать ручное пособие по Цовьянову

2. **Как делать:** как только прорезались ягодицы, их захватить руками так, что большие пальцы располагались на прижатых к животу ножках, а остальные пальцы обеих рук – вдоль крестца. Рождающееся туловище направлять вверх, по продолжению оси родового канала. По мере рождения туловища плода руки перемещать по направлению к половой щели роженицы, прижимая вытянутые ножки к животу. Надо стремиться к тому, чтобы ножки не выпали раньше рождения плечевого пояса. При прорезывании плечевого пояса ручки обычно выпадают сами. Если ручки самостоятельно не рождаются, их освобождают. Не меняя положения рук, установить плечевой пояс в прямом размере таза и отклонить туловище плода книзу. При этом передняя ручка выходит из – под лобковой дуги. Затем туловище поднять кверху и над промежностью родится задняя ручка. Одновременно с задней ручкой выпадают ножки плода. При сильных потугах головка рождается самостоятельно, туловище плода следует направить кверху. Если рождение головки задерживается, ее освобождают приемом Марисо – Левре.
3. **Чем пользоваться:** стерильными пеленками
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** рождение плода

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

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

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 26

### **ОКАЗАНИЕ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА**

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

**ПОКАЗАНИЯ:** I I период родов, ножное предлежание.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** глубокая недоношенность плода.

**ОСНАЩЕНИЕ:** набор для приема родов, хлоргексидиновый спирт

**ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ:** положение на кровати Рахманова,  
стол

задвинут. Ноги стоят на подставках, согнуты в коленных и  
тазобедренных

суставах, разведены. Промежность, внутреннюю поверхность  
бедер, область

ануса обработать хлоргексидиновым спиртом или другим  
антисептиком.

### **ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)**

**1.Что делать :** оказать ручное пособие по Цовьянову



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

**3.Чем пользоваться:** стерильной салфеткой

**4.Средства контроля:** визуально

**5.Конечный результат:** рождение плода

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

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

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 27

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ**

**ЦЕЛЬ:** определить, отделилась ли плацента от стенки матки

**ПОКАЗАНИЯ:** признаки отделения плаценты определяют всем роженицам в последовом периоде

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** катетер для выведения мочи , судно, лоток

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

### **ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)**

- 1. Что делать:** а) вывести мочу катетером; б) определить признаки отделения плаценты
- 2. Как делать:** а) катетеризация мочевого пузыря.левой рукой раздвинуть малые половые губы. Уретру трижды протереть ватными шариками, смоченными фурациллином, ввести катетер и держать до полного излития мочи, затем катетер извлечь;

- б) определение признаков отделения плаценты.
- **Признак Шредера.** Изменение формы и высоты стояния дна матки . Дно матки поднимается кверху, матка уплощается, становится более узкой, отклоняется вправо.
  - **Признак Альфельда.** Удлинение наружного отрезка пуповины на 10-12 см. Зажим, наложенный на пуповину у половой щели, опускается на 10-12 см.
  - **Выпячивание над симфизом.** Отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки, образуя выпячивание над симфизом
  - **Признак Микулича.** Позыв на потуги ,так как отделившаяся плацента опускается во влагалище, вызывая раздражение нижнего сегмента, вызывает потугу.
  - **Признак Клейна.** При натуживании роженицы конец пуповины, выступающей из половой щели, удлиняется и после потуги назад не втягивается
  - **Признак Чукалова – Кюстнера.** При надавливании ребром ладони над симфизом, пуповина не втягивается при отделившейся плаценте.
- 3. Чем пользоваться:** катетер, ватные шарики, фурациллин, лоток для сбора мочи.
- 4. Средства контроля:** визуально
- 5. Конечный результат:** роженица тужится, послед рождается

#### ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- а) признаки отделения плаценты отсутствуют, кровотечения нет – ждать 30 минут;
- б) признаки отделения плаценты отсутствуют, кровопотеря 250 мл и продолжается – операция «ручное отделение плаценты» и удаление последа;
- в) признаки отделения плаценты имеются, но потуги не эффективны – выделить отделившийся послед наружными методами.

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** выделение последа, тщательный осмотр родившегося последа.

**АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 28**  
**СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА НАРУЖНЫМИ**  
**МЕТОДАМИ**

**ЦЕЛЬ:** выделить послед наружными приемами из полости матки.

**ПОКАЗАНИЯ:** задержка отделившегося последа в полости матки

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** отсутствуют признаки отделения  
последа

**ОСНАЩЕНИЕ:** катетер, подкладное судно, ватные шарики,  
фурациллин

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

**ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)**

**1. Что делать:** выделить послед наружными методами

**2. Как делать:**

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

- способ Гентера – попросить женщину расслабиться, руки, сжатые в кулаки, расположить на дне матки в области трубных углов и медленно надавить внутрь и книзу;
- способ Креде-Лазаревича – менее щадящий прием; его применяют при безуспешности других способов. Охватить дно матки, располагая большой палец на передней поверхности, а остальные на задней . Сжать матку в переднезаднем размере. Надавить на ее дно вниз и кпереди (по проводной оси родового канала), выжать послед.

**3. Чем пользоваться:** металлический катетер

**4. Средства контроля:** визуально

**5. Конечный результат:** выделение последа

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** послед не выделяется

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

**АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 29**

## **РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА**

**ЦЕЛЬ:** отделить плаценту от стенки матки и выделить послед

**ПОКАЗАНИЯ:** кровотечение при неотделившемся последи, частичное плотное прикрепление плаценты, ущемление последа в трубном углу или в области внутреннего зева.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** отсутствуют

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

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

**ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:** внутривенный наркоз

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать :** отделить плаценту от стенки матки и выделить послед.
- 2. Как делать:** надеть маску, клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов , надеть халат, перчатки.левой рукой взять пуповину, слегка натянуть ее, правую руку ввести в полость матки по пуповине до места прикрепления плаценты. Проникнув в матку, левую руку перенести на переднюю брюшную стенку и через пленку захватить и фиксировать дно матки. Правой рукой проникнуть между плацентой и стенкой матки вне околоплодных оболочек, отделять плаценту пилообразными движениями пальцев. Наружная рука помогает внутренней, надавливая на дно матки. Когда плацента отделена, захватить ее всей рукой, направляя наружу, левой рукой потягивать за пуповину до полного ее удаления из полости матки. После удаления последа правая рука остается в матке для того, чтобы проконтролировать, вся ли плацента удалена. Надо иметь в виду, что не вся внутренняя поверхность матки гладкая. Плацентарная площадка представляет собой возвышение с шероховатой поверхностью вследствие оставшихся обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки.
- 3. Чем пользоваться:** стерильными перчатками, пленками, дез. средствами.
- 4. Средства контроля:** визуально, сенсорно
- 5. Конечный результат:** опорожнение матки, остановка кровотечения, восстановление тонуса матки.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** болевой шок, послеродовые септические заболевания

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

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 30 РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

**ЦЕЛЬ:** убедиться в целостности матки и в том, что она полностью опорожнена

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

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

**ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ:** так же, как в алгоритме №33

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** ручное обследование полости матки
- 2. Как делать:** надеть маску, клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов, надеть стерильный халат, перчатки. Правую руку ввести в полость матки, левой рукой через пеленку захватить дно матки и фиксировать его. Тщательно проверить стенки матки, особенно ее переднюю поверхность в области нижнего сегмента слева при рубце после кесарева сечения, при этом правую руку необходимо повернуть кнаружи. Область плацентарной площадки не травмировать рукой, так как можно выдавить тромбы из сосудов, что может

привести к кровотечению. Сгустки крови, оболочки, обрывки плаценты удалить из матки. Убедившись в том, что матка пуста, тонус ее хороший, руку извлечь из матки.

3. **Чем пользоваться:** стерильными перчатками, пеленками, дез. средствами.
4. **Средства контроля:** визуально, сенсорно
5. **Конечный результат:** матка опорожнена, тонус ее хороший.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** болевой шок. Послеродовые септические заболевания.

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

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 31

### **НАРУЖНЫЙ МАССАЖ МАТКИ**

**ЦЕЛЬ:** восстановление тонуса матки и гемостаза.

**ПОКАЗАНИЯ:** всем роженицам в раннем послеродовом периоде

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** перчатки, лоток для сбора крови

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** наружный массаж матки
2. **Как делать:** правше встать слева от роженицы, левше - справа. Массаж производить через переднюю брюшную стенку. Следует иметь в виду, что при атонии матки дно ее бывает настолько размягчено, что вначале с трудом прощупывается. Положить руку на дно матки и делать легкие массирующие движения. Ни в коем случае не следует чересчур энергично расширять матку: это мало помогает.



Нежные круговые поглаживания скорее и легче достигают цели. Массаж должен быть прерывистым по 2 минуты с промежутками 120 минут. Как только матка стала твердой, постараться выжать из нее сгустки крови.

3. **Чем пользоваться:** руками, лоток для сбора крови
4. **Средства контроля:** визуально, сенсорно
5. **Конечный результат:** хороший тонус матки

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

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** наблюдение в послеродовом периоде.

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 32 ОСМОТР РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ

**ЦЕЛЬ:** выявление травм мягких тканей родовых путей

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

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

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

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

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

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

**3. Чем пользоваться:** послеродовыми зеркалами, окончательными зажимами

**4. Средства контроля:** визуально

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

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** кровотечение

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** если имеются разрывы, ушить их.

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 33

#### **НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ I СТЕПЕНИ**

**ЦЕЛЬ:** восстановить целостность промежности.

**ПОКАЗАНИЯ:** разрыв промежности 1 степени.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** стерильные перчатки, иглодержатель, 2 иглы, 2 зажима Кохера, шовный материал (кетгут, шёлк), 0,5 % раствор хлоргексидинового спирта, 5% раствор перманганата калия, хирургический пинцет, фурациллин 1:5000, 0,25 % раствор новокаина, шприц 20,0.

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

## ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)

- 1. Что делать:** ушить разрыв промежности
- 2. Как делать:** надеть клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов, надеть стерильный халат, перчатки. Кожу промежности обработать 0,5% раствором хлоргексидинового спирта. На верхний угол раны, который находится во влагалище, наложить кетгутовый шов, вкол и выкол сделать на 0,5-1 см в стороны от средней линии разрыва, захватить нить зажимом и передать помощнику. Затем наложить 2 зажима на края раны в углы, на место перехода разрыва слизистой оболочки влагалища на кожу промежности. С помощью этих двух зажимов хорошо ориентироваться в топографии разрыва. Растянув рану, можно убедиться, что она имеет форму ромба, в глубь ткани рана идет в форме клина ( см. рисунок). Осушить рану тупфером, наложить глубокие швы из кетгута, которые не должны захватывать ни слизистой оболочки, ни кожи. Когда наложены глубокие швы, рана больше не зияет, разрыв представляется в виде линейной раны, исходящий из влагалища на кожу промежности. Теперь необходимо натянуть верхний угловой шов во влагалище и сблизить оба зажима, лежащих на краях раны, затем края раны слизистой оболочки влагалища ушить узловыми кетгутовыми швами сверху к задней спайке. Влагалищные швы, кроме последнего, лежащего на уздечке, коротко обрезать. Необрезанную нить захватить зажимами и передать помощнику. Зажимы, фиксирующие края раны, снять. Наложить шелковый шов на нижний угол раны, взять на зажим, передать помощнику. Растянув обе нити, наложить шелковые швы на кожу. Все швы, кетгутовые и шелковые, накладывать друг от друга на расстоянии 0,8-1 см, на расстоянии 0,5-0,8 см от края разрыва. Швы обработать 5% раствором перманганата калия.
- 3. Чем пользоваться:** иглодержатель, пинцет, зажимы, 2 зажима Кохера, 2 хирургические иглы, шовный материал.
- 4. Средства контроля:** визуально
- 5. Конечный результат:** восстановление целостности промежности

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** кровотечение, расхождение швов, нагноение раны.

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** туалет наружных половых органов после каждого акта мочеиспускания, дефекации. Прижигание швов 5%

раствором перманганата калия, снять швы на 5 сутки, не садиться до снятия швов.

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 34 НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ 1 СТЕПЕНИ

**ЦЕЛЬ:** восстановление целости шейки матки

**ПОКАЗАНИЯ:** разрыв шейки матки 1 степени

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** как в алгоритме № 33, 2 широких длинных зеркала. 2 пулевых щипцов.

**ПОДГОТОВКА РОДИЛЬНИЦЫ:** роженица лежит на родильном столе. Подготовка проводится так же, как в алгоритме № 33. Обезболивание не требуется.

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)

- 1. Что делать:** ушить разрыв шейки матки 1 степени тяжести.
- 2. Как делать:** надеть клеенчатый фартук, обработать руки одним из способов, надеть халат, перчатки. Кожу промежности обработать 0,5% раствором хлоргексидинового спирта. Обнажить влагалищную часть шейки матки широкими зеркалами и осторожно захватить пулевыми щипцами переднюю и заднюю губу маточного зева. Шейку матки отвести в сторону, противоположную разрыву, для лучшего обзора травмы. Отдельные кетгутовые швы накладывать от верхнего угла разрыва по направлению к наружному зеву, первую лигатуру (провизорную) – несколько выше места разрыва. Это дает возможность низводить поврежденную

шейку матки при необходимости. Чтобы края разорванной шейки матки при зашивании правильно прилегали друг к другу, вкол иглы надо делать непосредственно у края, а выкол - на 0,5 см отступа от него. На противоположном краю разрыва иглу вкалывать на 0,5 см, отступя от него, а выкалывать непосредственно у края. Швы накладывать на расстоянии 0,5 см друг от друга. Швы при таком наложении не могут прорезываться, так как прокладкой служит толща шейки матки. После сращения линия швов представляет собой тонкий, ровный, почти не заметный рубец.

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

**4. Средства контроля:** визуально

**5. Конечный результат:** восстановление целостности шейки матки

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** прорезывание швов, кровотечение

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** наблюдение

**АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 35**

## **КОНТРОЛЬ ЗА КРОВОПОТЕРЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

**ЦЕЛЬ:** более точно определить объем кровопотери в родах

**ПОКАЗАНИЯ:** всем родильницам в раннем послеродовом периоде

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

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

**ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ:** не требуется

### **ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)**

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

2. **Как делать:** кровь, истекающую из половых путей, собрать в лоток, вылить в градуированную посуду. Взвесить сухое и окровавленное белье, разница в весе белья покажет количество излившейся крови. Сумма собранной и излившейся на белье крови покажет истинную кровопотерю. О степени кровопотери можно судить по удельному весу крови и ее сыворотки.
3. **Чем пользоваться:** лотком для сбора крови, градуированной посудой, весами.
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** определение кровопотери в родах

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 36

### ТУАЛЕТ РОДИЛЬНИЦЫ, ОБРАБОТКА ШВОВ

**ЦЕЛЬ:** профилактика послеродовых септических заболеваний

**ПОКАЗАНИЯ:** всем родильницам в послеродовом периоде.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

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

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

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

2. **Как делать:** в кружку Эсмарха налить теплый раствор фурациллина, взять корнцанг и стерильными ватными шариками обмыть наружные половые органы, внутреннюю поверхность бедер, область ануса в последнюю очередь. Марлевыми шариками промокательными движениями осушить область швов и обработать 5 % раствором перманганата калия. Дать женщине стерильную подкладную пеленку.
3. **Чем пользоваться:** корнцангом, ватными и марлевыми шариками.
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** заживление раны

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

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** повторно туалет промежности и снятие швов.

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 37 **ПРИЖАТИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПО ШМИДТУ И БИРЮКОВУ**

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

**ПОКАЗАНИЯ:** гипотония матки

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** ожирение 3-4 степени

**ОСНАЩЕНИЕ:** перчатки

**ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ:** горизонтальное положение на родовом столе.

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** прижать брюшную аорту к позвоночному столбу по Шмидту или Бирюкову.
2. **Как делать:** а) Способ Шмидта – ручное прижатие аорты кулаком – встать слева от роженицы на подставку, кисть правой руки сжать в кулак, расположить выше пупка вертикально на живот женщины и прижать тыльной стороной основных фаланг пальцев аорту к позвоночнику (до исчезновения пульса в бедренной артерии). Для усиления

давления и «поддержки» правой руки, её охватить левой рукой в области лучезапястного сустава.

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

3. **Чем пользоваться:** руками
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** сокращение матки при прижатии аорты пальцами происходит рефлекторно и связано с раздражением рецепторов и брюшно-аортального сплетения. Влияние анемии на нервно-мышечный аппарат матки так же вызывает ее сокращения.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** неэффективная остановка гипотонического кровотечения.

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** наблюдение за выделениями из половых путей

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 38 УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ

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

**ПОКАЗАНИЯ:** грудное вскармливание младенца

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** туберкулез. ВИЧ – инфекция, мастит.

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

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)

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



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

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

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

**4. Средства контроля:** визуально

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

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** контроль за состоянием молочных желез.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 39

### **ПРОФИЛАКТИКА И НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГИПОКСИИ ПЛОДА**

**ЦЕЛЬ :** провести мероприятия, направленные на профилактику и неотложную терапию гипоксии плода.

**ПОКАЗАНИЯ:** острая гипоксия плода

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** система для подачи кислорода, стерильные одноразовые шприцы, медикаментозные средства ( 40% раствор глюкозы- 40,0, 1% раствор сибегина 4,0, кордиамин 10% -2,0, 5% раствор аскорбиновой кислоты 5,0, трентал 5,0, кокарбоксилаза), стерильные ватные шарики, 76% спирт.

**ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ:** уложить на кушетку, область локтевой вены продезинфицировать ватными шариками, смоченными 76% спиртом.

## ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** провести неотложную терапию гипоксии плода.  
**ПРИМЕЧАНИЕ:** диагностика гипоксии плода проводится в присутствии врача и базируется на данных аускультации, фонокардиографии, ЭКГ, двигательной активности плода.
- 2. Как делать:** наладить подачу кислорода беременной (роженице) специальной стерильной системой. Внутривенно ввести 40 мл 40% раствора глюкозы, 2 мл 10% кардиомина, 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 4 мл 1% сибетина, 5 мл трентала, 100 мг кокарбоксилазы, разведенной 4 мл дистиллированной воды.
- 3. Чем пользоваться:** резиновым жгутом, стерильными шприцами, стерильными ватными шариками, 76% спиртом, медикаментами.
- 4. Средства контроля:** визуально, аускультативно, ФКГ, ЭКГ.
- 5. Конечный результат:** лечебный

ОСЛОЖНЕНИЯ: аллергическая реакция

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется.

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 40

## ОТСАСЫВАНИЕ СЛИЗИ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

**ЦЕЛЬ:** удаление слизи и околоплодных вод из дыхательных путей новорожденного.

**ПОКАЗАНИЯ:** проводят всем новорожденным, начинают отсасывать слизь сразу после рождения головки и заканчивают после рождения туловища плода.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** специальный стерильный эластический катетер, электроотсос, кислородный аппарат, лицевые маски двух размеров, оральные воздуховоды, источник кислорода.

**ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННОГО:** специальной подготовки не требуется.

## ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

- 1. Что делать:** отсосать слизь и околоплодные воды из дыхательных путей новорожденного.

2. **Как делать:** отсосать сначала содержимое ротовой полости, затем носовых ходов, сразу после рождения головки. После полного рождения в трахею новорожденного осторожно ввести эластический катетер, стараясь не повредить слизистую оболочку. Соединить катетер, введенный в трахею, с трубкой электроотсоса и отсосать слизь. При необходимости к лицу новорожденного приложить лицевую маску нужного размера, соединенную с аппаратом для подведения к младенцу увлажненного кислорода.
3. **Чем пользоваться:** эластическим катетером, электроотсосом, лицевой маской, кислородным аппаратом.
4. **Средства контроля:** визуально, сенсорно.
5. **Конечный результат:** дыхательные пути освобождены от слизи и околоплодных вод.

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** травмы слизистой оболочки

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** первичный туалет новорожденного, наблюдение.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 41

### **ПЕРВЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО**

**ЦЕЛЬ:** профилактика послеродовых септических заболеваний новорожденного.

**ПОКАЗАНИЯ:** рождение новорожденного

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** катетер пластиковый для отсасывания слизи, электроотсос, обеззараженный лоток, стерильная пеленка, пакет для первичной обработки новорожденного (2 пеленки, ватные шарики, 2 зажима Кохера, пупочные ножницы, 2 металлические скобки Роговина, зажим Роговина, шелковая лигатура длиной 10 см, повязка для покрытия культи пуповины, деревянные палочки с ватой, 2-3 ватных шарика, лента для измерения новорожденного, 3 пеленки тонких, 1 фланелевая пеленка).

ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННОГО: первый этап проводится на кровати Рахманова, второй этап обработки совершается на пеленальном столике, куда новорожденного переносят после отделения от матери.

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** провести первичный туалет новорожденного в два этапа.
2. **Как делать:** Первый этап. После рождения головки ребенка отсасывают слизь из верхних дыхательных путей новорожденного с помощью пластикового катетера и электроотсоса (резинового баллона). Родившегося ребенка уложить на лоток, покрытый стерильной пленкой, поставленный у ног матери. До отделения ребенка от матери взять из развернутого пакета для первичной обработки новорожденного пипетку и с помощью ватных тампонов (для каждого глаза отдельный), придерживая веки ребенка, закапать в глаза, а девочкам и на наружные половые органы по 2-3 капли раствора сульфацила натрия 30%. Затем наложить один зажим Кохера на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца. второй зажим на расстоянии 8 см от пупочного кольца и третий зажим как можно ближе к наружным половым органам женщины. Участок пуповины между первым и вторым зажимами Кохера обработать спиртом и пересечь ножницами. Срез культи пуповины смазать 5 % раствором перманганата калия. Показать ребенка матери, обращая внимание на пол ребенка и врожденные аномалии развития, если они имеются. Новорожденного перенести на пеленальный столик.  
ВТОРОЙ ЭТАП. Перед вторым этапом вымыть руки под проточной водой щеткой с мылом, обработать их одним из кожных антисептиков. Вторичная обработка пуповины методом Роговина: стерильной марлевой салфеткой отжать пуповинный остаток от основания к периферии и протереть его марлевым тампоном с этиловым спиртом 96%. На пуповинный остаток надвинуть раскрытый зажим с предварительно вложенной в него скобкой так, чтобы край скобки находился на расстоянии 5-8мм от кожного края пупочного кольца, зажим сомкнуть до полного защелкивания, вновь приоткрыв, снять. Стерильными ножницами пуповину отсечь на расстоянии 5 мм от края скобки. Поверхность среза, основание пуповины и кожу вокруг пупочного остатка

обработать палочкой с ватой, смоченной 5% раствором перманганата калия, наложить стерильную марлевую повязку –треугольник.

При резус – отрицательной крови у матери, изосенсибилизации матери по системе АВО, объемной сочной пуповине, когда трудно наложить скобу, а также недоношенным, маловесным детям, новорожденным в тяжелом состоянии, когда сосуды пуповины могут понадобиться для проведения инфузионно – трансфузионной терапии, на пуповину следует накладывать не скобку Роговина, а шелковую лигатуру на расстоянии 3-4 см от пупочного кольца. В этом случае пуповину отсекают на расстоянии 8 мм выше лигатуры. После обработки пуповины производят первичную обработку кожи: стерильными ватными тампонами, смоченными стерильным растительным или вазелиновым маслом из индивидуального флакона, открытого перед обработкой новорожденного, легкими движениями удалить с головы и тела ребенка кровь, первородную смазку, слизь, меконий. Если ребенок сильно загрязнен меконием, его следует обмыть под проточной теплой водой с детским мылом и ополоснуть струей теплого раствора перманганата калия 1:10 000 (слабо розового цвета). Кожу осушить стерильной пеленкой. Ребенка взвесить, измерить рост от затылка до пяточных бугров, окружность головы измерить по линии, проходящей через лобные бугры и затылок в области малого родничка, грудь – по линии сосков и подмышечных впадин. Соблюдая стерильность, заполнить 4 браслета. Отметить фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, массу, рост, час и дату рождения. Помыть руки, привязать к ручкам ребенка браслетки, запеленать его, используя одну пеленку как подгузник, вторую – как косынку с заходом концов по бокам грудной клетки, третью – как пододеяльник, сверху - фланелевую пеленку, сверху третий браслет. Четвертый браслет на руку матери. Ребенок в течение 2 часов находится в детской комнате родблока. Через 2 часа после рождения ребенку провести повторно профилактику гонобленореи.

3. **Чем пользоваться:** пакетом для первичной обработки новорожденного
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** освоена техника первичного туалета новорожденного.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** прорезывание пуповины скобкой Роговина

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** в отделении новорожденных.

#### **АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 42**

### **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР**

**ЦЕЛЬ:** определить степень тяжести асфиксии и эффективность реанимационных мероприятий.

**ПОКАЗАНИЯ:** проводят всем новорожденным в конце 1-й и 5-й минут жизни. При реанимационных мероприятиях повторяют оценку каждые 5 минут до 20-й минуты жизни.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** специального оснащения не требуется

**ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННОГО:** специальной подготовки не требуется

## ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** оценить состояние новорожденного по шкале Апгар.
2. **Как делать:** посчитать сердцебиение новорожденного в течение 1 минуты, оценить дыхание, мышечный тонус, рефлексы, цвет кожи новорожденного.
3. **Чем пользоваться:** шкалой Апгар.

### *ШКАЛА АПГАР ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО (В БАЛЛАХ)*

Баллы	Частота сердцебиения в 1 мин	Дыхание	Мышечный тонус	Рефлексы (реакция на введение носового катетера)	Цвет кожи
0	Сердечных тонов нет	Нет	отсутствует	нет	Общая бледность или цианоз
1	Менее 100	Медленное нерегулярное, отдельные судорожные вдохи	Конечности согнуты	Легкая гримаса на лице	Розовый, конечности цианотичны
2	Более 100	Громко плачет, регулярное дыхание	Хорошо двигает частями тела,	Кашляет, чихает, кричит	Розовый, красный

		е	физиологическая поза новорожденного		
--	--	---	-------------------------------------	--	--

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

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

**5. Конечный результат:** диагностика степени тяжести асфиксии.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет

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

### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 43

#### **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ СИЛЬВЕРМАНА**

**ЦЕЛЬ:** оценить состояние дыхательной функции новорожденного.

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** специальное оснащение не требуется.

**ПОДГОТОВКА НОВОРОЖДЕННОГО:** специальной подготовки не требуется



## ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** оценить состояние дыхательной функции новорожденного
2. **Как делать:** выявить степень выраженности клинических признаков дыхательной недостаточности.
3. **Чем пользоваться:** шкалой Сильвермана

### ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА

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

		нный вдох	и
--	--	--------------	---

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

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

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** лечение синдрома дыхательных расстройств.

#### АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 44 ПОДГОТОВКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

**ЦЕЛЬ:** удаление белковых, жировых, механических загрязнений, лекарственных препаратов.

**ПОКАЗАНИЯ:** предстерилизационная подготовка инструментария

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** гинекологический инструментарий, дезинфицирующие растворы, моющие средства, посуда для замачивания и обработки, стерильные перчатки, стерильные щетки.

**ПОДГОТОВКА:** приготовление моющего раствора ( из расчета на 1 литр)

1. 5 гр. Моющего средства “Лотос”, “Астра”  
17 мл 27,5% раствора перекиси водорода  
978 мл воды 50°
2. 5 гр. Моющего средства “Лотос”, “Астра”  
170 мл 3% раствора перекиси водорода  
825 мл воды 50°

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)

1. **Что делать:** провести предстерилизационную обработку инструментов.
2. **Как делать:**
  - инструменты после использования поместить в пустую емкость с крышкой;

- использованные инструменты замочить на 60 мин в 3% р-ре хлорамина до полного погружения при температуре 22 °;
- одноразовые инструменты замочить в 5% раствора хлорамина или в 6% растворе перекиси водорода;
- промыть проточной водой 22 ° в течение 0,5 мин;
- замочить в моющем растворе 50 ° в течение 15 мин;
- вымыть каждое изделие в моющем растворе при помощи ерша или ватно-марлевого тампона в течение 0,5 мин;
- проточной водой в течение 10 мин;
- ополоснуть дистиллированной водой 0,5 мин;
- просушить в сушильном шкафу при температуре 85 ° до полного исчезновения влаги;
- завернуть каждый набор в хлопчатобумажную ткань и уложить в бикс;
- отправить в автоклавную

**3. Чем пользоваться:** моющими средствами, дезинфицирующими растворами

**4. Средства контроля:** азопирамовая, амидопириновая пробы.

**5. Конечный результат:** очистка инструментария от белковых, жировых загрязнений, лекарственных препаратов, моющих средств, дезинфицирующих растворов.

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** недостаточная очистка

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** автоклавирование инструментария, воздушный метод стерилизации

**ПРИМЕЧАНИЕ:** - моющий раствор разрешено использовать до 6 подогреваний.

- **Азопирамовая проба :** непосредственно перед постановкой пробы готовят рабочий раствор, равные объемные количества азопирама и 3% раствора перекиси водорода. Рабочий раствор должен быть использован в течение 1-2 часов. При наличии крови проявляется сначала фиолетовое пятно, затем быстро, в течение нескольких секунд, переходящее в розово-сиреневое или буроватое окрашивание реактива.
- **Амидопириновая проба:** смешивают равные количества 5% раствора амидопирина, 30% раствора уксусной кислоты и 3% раствора перекиси водорода, реактив готовят перед употреблением. При наличии крови появляется сине-фиолетовое окрашивание реактива различной интенсивности.

**При обеих пробах окрашивание, наступившее позже, чем через минуту после постановки проб, не учитывается!**

- на наличие щелочных компонентов моющих средств – фенолфталеиновая проба.
  - Готовится 1% спиртовый раствор фенолфталеина. Он может храниться во флаконе с притертой пробкой в холодильнике в течение 1 мес.
  - Контролируемое изделие протирают марлевой салфеткой, смоченной реактивом, или 2-3 капли реактива с помощью пипетки помещают на изделие. При наличии щелочных компонентов моющего средства произойдет розовое окрашивание.
- При положительных пробах на кровь, моющее средство, необходимо все изделия подвергнуть повторной очистке до получения отрицательных результатов.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 45

### **ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ ДЛЯ ПОСЕВА НА СТЕРИЛЬНОСТЬ**

**ЦЕЛЬ:** выявить наличие в крови возбудителей инфекционных заболеваний

**ПОКАЗАНИЯ:** лихорадка, подозрение на генерализованный инфекционный процесс.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** терминальное состояние

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

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ(схема ООД)

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

**2. Как делать:**

- произвести венепункцию локтевой вены;
- взять кровь из вены в количестве 5 мл и влить ее в бутылочку с тиогликолевой средой;

- вращать бутылочку круговыми движениями, но не встряхивать, кровь смешать со средой;
- материал для исследования тщательно документировать с указанием клиники, отделения, Ф.И.О. больной, ее возраста, диагноз и направить в бактериологическую лабораторию.

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

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

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

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

ОСЛОЖНЕНИЯ: прокол вены и образование гематомы

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: наложение тугй повязки.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 46

### ПОСТАНОВКА ВЛАГАЛИЩНЫХ ВАННОЧЕК

ЦЕЛЬ: лечебная

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: грубые рубцы влагалища, выпадение влагалища, матки.

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

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)

**1. Что делать:** поставить влагалищную ванночку.

**2. Как делать:**

- ввести во влагалище зеркало Куско;

- очистить влагалище от выделений марлевым тампоном;
  - влить во влагалище подогретый до 37<sup>0</sup>С лекарственный раствор до погружения в него шейки матки (20-25 мл);
  - оставить лекарство на 15-20 мин;
  - извлечь зеркало;
  - наложить между малыми половыми губами стерильную салфетку на 10-15 мин
- 3. Чем пользоваться:** перчатками, стерильными шариками, зеркалом Куско, пинцетом, лечебными растворами
- 4. Средства контроля:** визуально
- 5. Конечный результат:** лечебный

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** аллергические реакции на лекарственные средства

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 47

### ВЛАГАЛИЩНЫЕ СПРИНЦЕВАНИЯ

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

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТАРИЯ:** кружка Эсмарха, резиновый баллон, влагалищный наконечник, лекарственные средства в подогретом виде 36-37<sup>0</sup>С.

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

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

- 3. Чем пользоваться:** растворы ромашки, календулы, шалфея, соды, борной кислоты.
- 4. Средства контроля:** вытекание раствора в судно
- 5. Конечный результат:** санация влагалища

ОСЛОЖНЕНИЯ: не бывает

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД: не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 48

### ВЛАГАЛИЩНЫЕ ТАМПОНЫ

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

**ПОКАЗАНИЯ:** лечение заболевания

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** грубые рубцы влагалища, выпадение влагалища и матки.

**ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТАРИЯ:** зеркало Куско, пинцет, ватный тампон с лигатурой, лекарственные средства (мазь синтомициновая, стрептомициновая, настойка календулы, масло шиповника, масло облепихи, ихтиол, глицерин, бура с глицерином и т.д.)

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

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ( схема ООД)

- 1. Что делать:** ввести тампон во влагалище

2. **Как делать:** во влагалище вводится зеркало Куско, тампон, смазанный лекарственным средством, пинцетом вводится в задний свод влагалища или прикладывается к шейке матки.
3. **Чем пользоваться:** зеркало Куско, шариковый тампон, пинцет, лекарственные средства.
4. **Средства контроля:** визуально
5. **Конечный результат:** санация очага воспаления

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** аллергическая реакция к лекарственным препаратам

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

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 49

### ВВЕДЕНИЕ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИСЫПОК

**ЦЕЛЬ:** лечебная

**ПОКАЗАНИЯ:** воспалительные заболевания шейки матки и влагалища.

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

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

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

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

1. **Что делать:** ввести присыпку во влагалище



- 2. Как делать:** во влагалище ввести зеркало Куско, обнажить шейку матки, проспринцевать влагалище, осушить стерильными шариками, присыпку высыпать на заднюю створку зеркала Куско, по возможности ближе к шейке матки, ватным сухим шариком присыпку сдвигать с зеркала, одновременно извлекая последнее, а затем извлечь и шарик
- 3. Чем пользоваться:** зеркало Куско, кружка Эсмарха, фурациллин, ватные шарики, корнцанг.
- 4. Средства контроля:** визуально
- 5. Конечный результат:** лечебный

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** аллергическая реакция

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 50

### **БИМАНУАЛЬНОЕ ВЛАГАЛИЩНО – БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

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

**ПОКАЗАНИЯ:** профосмотр, гинекологические заболевания, ранние сроки беременности

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** острый бартолинит, рубцы, стенозы влагалища

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

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

**ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ( схема ООД)**

1. **Что делать:** провести гинекологический осмотр
2. **Как делать:** большим и указательным пальцами левой руки развести малые половые губы, ввести во влагалище средний палец,, затем указательный, продвинуть пальцы вглубь влагалища, где находится шейка матки, обратить внимание на состояние сводов влагалища (их глубину, нависание, болезненность). Для пальпации матки, придатков, пальцы правой руки переместить в передний свод, а левую руку положить на переднюю брюшную стенку. Исследовать матку, определить ее положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность. Матка смещается вверх, вниз, кпереди, в стороны, но затем вновь принимает исходное положение, что определяет физиологический характер этой подвижности. Для исследования придатков матки пальцы обеих рук переместить от углов матки к боковым стенкам таза. Неизменные маточные трубы обычно не пальпируются, а яичники могут прощупываться в виде небольших овоидных образований. Двуручное исследование позволяет так же выявить патологические процессы в области тазовой брюшины, клетчатки и связок матки.
3. **Чем пользоваться:** руками, перчатками, 0,5% хлоргексидиновым спиртом, стерильными ватными шариками, корнцангом.
4. **Средства контроля:** сенсорно
5. **Конечный результат:** выявление заболеваний органов малого таза.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** нет

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 51

### АССИСТЕНЦИЯ НА ОПЕРАЦИИ ВЫСКАБЛИВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ

**ЦЕЛЬ:** накрыть операционный стол для произведения операции выскабливания слизистой оболочки матки

**ПОКАЗАНИЯ:** прерывание беременности до 12 недельного срока, дисфункциональное маточное кровотечение, внематочная беременность, остановка кровотечения при выкидышах, диагностика рака.

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

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

**ОСНАЩЕНИЕ:** зеркала Симпсона, 2% раствор йодонат, стерильные ватные шарики, корнцанг, пинцет, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, кюретки №2, №4, №6.

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

#### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД)

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

Соскоб собрать в медицинский лоток. По назначению врача возможно направление соскоба из полости матки на гистологическое исследование. В последнюю очередь подать врачу кюретку № 4 для проверки углов матки (чтобы не остались элементы плодного яйца в полости матки). Шейку матки обработать 2% раствором йодоната, извлечь зеркала.

Все инструменты погрузить в биологическую жидкость.

**3. Чем пользоваться:** зеркала Симпсона, 2% йодонат, стерильный материал, корнцанг, пинцет, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара с №5 по № 11, кюретки №4, № 6.

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

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

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

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

АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИЙ № 52  
«АССИСТЕНЦИЯ НА ОПЕРАЦИИ ПУНКЦИИ ДУГЛАСОВА  
ПРОСТРАНСТВА ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА»

**ЦЕЛЬ:** накрыть операционный стол для производства операций, ассистировать врачу при операции пункции Дугласова пространства.

**ПОКАЗАНИЯ:** прервавшаяся внематочная беременность, перитонит, асцит.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** ретроцервикальный эндометриоз, раковая опухоль заднего свода влагалища.

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

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

Обезболивание внутривенное.

**ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ОДД):**

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

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

Все инструменты погружают в биологическую жидкость.

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

**4. Средства для контроля:** визуально, сенсорно.

**5. Конечный результат:** получаем пунктат.

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

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ ИСХОД:** наблюдение за выделениями из половых путей, лапаротомия, тубэктомия при внематочной беременности, контроль температуры тела, пульса.

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИЙ № 53 «АССИСТЕНЦИЯ ПРИ РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПОСКОПИИ»

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

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** кольпит, стеноз влагалища.

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

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

**ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД):**

**1.Что делать:** ассистировать при расширенной кольпоскопии.

**2.Как делать:** наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер продезинфицировать 0,5% раствором хлоргексидиновым спиртом, подать врачу зеркало Симпсона, сначала ложку, потом подъемник. После того, как врач обнажил шейку матки в зеркалах, держать ложку правой рукой, подъемник левой рукой. Шейку матки обработать 3% раствором уксусной кислоты, которая

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

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

**4.Средства контроля:** визуально.

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

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** аллергические реакции.

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** не требуется

## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 54

### «АССИСТЕНЦИЯ ПРИ БИОПСИИ ШЕЙКИ МАТКИ»

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

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

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** нет

**ОСНАЩЕНИЕ:** ложкообразные зеркала Симсона, пулевые щипцы, корнцанг, длинный хирургический пинцет, скальпель, конхотом, иглодержатель, иглы, ножницы, шовный материал, стерильный бинт шириной 8-10 см, ватные шарики, 0.5% хлоргексидиновый спирт, 10% раствор формалина, (пустой стеклянный флакон).

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

**ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:** схема ООД.

**1.Что делать:** взять биопсию шейки матки.

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

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

**4.Средства контроля:** визуально.

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

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** кровотечение.

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



## АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИИ № 55

### «АССИСТЕНЦИЯ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИИ»

**ЦЕЛЬ:** выявление внутриматочной патологии.

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

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

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

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

**ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:** внутривенное.

**ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ (схема ООД):**

**1.Что делать:** ассистировать при гистероскопии

**2.Как делать:** наружные половые органы и поверхность бедер продезинфицировать 0,5% раствором хлоргексидинового спирта. Подать врачу зеркала, сначала ложку, потом подъемник, затем ватный шарик,

смоченный хлоргексидиновым спиртом для обработки шейки матки, затем пулевые щипцы для захвата передней губы шейки матки, затем маточный зонд, для определения длины полости матки, положения матки, затем расширители Гегара последовательно от №5 до №9, затем кольпоскоп, для введения его в полость матки, затем 0,9% раствор хлорида натрия для заполнения полости матки.

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

**3.Чем пользоваться:** кольпоскопом, маточным зондом, влагалищными зеркалами, пулевыми щипцами, корнцангом, пинцетом, ватными шариками, расширителями Гегара до №9, 0,9%

раствором хлорида натрия, 0,5% раствором хлоргексидинового спирта.

**4. Средства контроля:** визуально.

**5. Конечный результат:** визуальный осмотр слизистой оболочки матки.

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

**ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД:** наблюдение.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ СССР № 55 от 9 января 1986 г. «Об организации работы родильных домов (отделений)». – М., 1986. – 118 с.
2. Приказ МЗ РФ № 345 от 26 ноября 1997 г. «Об совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» - М., 1997 г. – 65 с.
3. Приказ МЗ РФ № 372 от 2 декабря 1995 г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденному в родильном зале». – М., 1995 г. – 40 с.
4. Бодяжина В. И. Акушерство : учеб.пособие для образоват. учреждений сред. проф. образования мед. спец. / Бодяжина Вера Ильинична, И. Б. Семенченко. - 8-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. - 477 с. : ил. - (Среднее профессиональное образование). - ISBN 5-222-09621-1 (в пер.) : 102.00.
5. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология / 3-е издание. Перераб. и доп. – М.: «Медицина», 1977 г. – 416 с.: -ил.- (Учебная литература для студентов медицинских институтов).
6. Дуда В. И. Гинекология : учебник / Дуда Владимир Иванович, В. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд., стер. - М. : АСТ ; Минск : Харвест, 2005. - Библиогр.: с. 885. - ISBN 5-17-033812-0 (АСТ) (в пер.) : 130.00. - ISBN 985-13-6310-3 (Харвест) (в пер.) : 130.00.
7. Жордания И.Ф. Учебник акушерства / 4-е издание, стереотипное. – М.: «Медицина», 1984 г. – 6000 с. – (Учебная литература для медицинских институтов).
8. Кретьова Н.Е., Смирнова Л.М. «Акушерство и гинекология» / 2-е издание, перераб. и доп. – М.: «Медицина», 1993 г. – 352 с.: ил.: - (Учебная литература для учащихся медицинских училищ).
9. Линева, Ольга Игоревна. Акушерство : учебник для образоват. учреждений сред. проф. образования / Линева Ольга Игоревна, О. В. Сивочалова, Л. В. Гаврилова. - М. : Академия, 2006. - 272 с. : ил. - (Среднее профессиональное образование) (Здравоохранение). - Библиогр.: с. 265. - ISBN 5-7695-2470-7 (в пер.) : 292.60.

10. Малиновский М.С. «Оперативное акушерство» / Руководство для студентов и врачей. – М.: «Медицина», 1974 г. – 484 с.
11. Петченко А.И. «Акушерство» / Учебник для студентов медицинских институтов. – Киев, Государственное медицинское издательство УССР, 1954 г. – 664 с. Акушерство: Учеб. для акушерск. отд-ний сред. специаль. мед. учеб. заведений / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 904 с.
12. Рембез И.Н. «Оперативная гинекология» / Руководство для студентов и врачей. – Киев: «Здоровье», 1985 г. – 356 с.
13. Славянова, Изабелла Карповна.  
Акушерство и гинекология : учебник для образоват. учреждений сред. профессионального образования / Славянова Изабелла Карповна. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. - 574 с. : ил. - (Медицина для вас). - Библиогр.: с. 568. - ISBN 5-222-10252-1 (в пер.) : 87.00.
14. Славянова, Изабелла Карповна.  
Акушерство и гинекология : учебник для образоват. учреждений сред. профессионального образования / Славянова Изабелла Карповна. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. - 574 с. : ил. - (Медицина для вас). - Библиогр.: с. 568. - ISBN 5-222-10252-1 (в пер.) : 87.00.
15. Цвеле Ю.В., Скворцов В.Г., Кальченко А.П. «Акушерство и гинекология» / Учебник для военно-медицинских вузов под ред. доцента Ю.В.Цвелева. – С-Пб., 1992 г. – 360 с.: ил.