**1.Подготовка роженицы к родам**

|  |  |
| --- | --- |
| . | *Характеристика методики выполнения медицинской услуги.* |
| 1 | Подготовка к процедуре. | 1. Перед переводом женщины на роды наружные половые органы обрабатывают 0,02% раствором перманганата калия.
 |
| .2 | Выполнение процедуры. | 1. Роженицу транспортируют в родильный зал на каталке, покрытой стерильной простыней, клеенкой и стерильной подкладной.
2. В родильном зале с нее снимают рубашку и надевают стерильную рубашку, косынку.
3. Роженицу укладывают на приготовленную кровать Рахманова. Надевают стерильные бахилы.
4. Корнцангом берется ватный шарик, смоченный 1,0% раствором йодоната, и обрабатываются наружные половые органы. Сначала обрабатывается лобок, затем большие половые губы (обрабатываются по направлению от влагалища), затем обрабатывается внутренняя часть бедра, область ануса.
 |
| 3 | Окончание процедуры. | 1. Использованный ватный шарик выбрасывается в лоток для медицинских отходов.
 |
| 4. | *Достигаемые результаты и их оценка:* | Роженица готова к приему родов, правила асептики и антисептики выполнены. |

**2.Алгоритм подготовки кровати Рахманова к приёму родов.**

|  |
| --- |
| 1.Акушерка достает из бикса при помощи стерильного корнцанга индивидуальный пакет для приёма родов, развертывает его.2.Затем кладет стерильную клеенку из бикса на кровать Рахманова.3.Поверх клеёнки – стерильную подкладную из комплекта на кровать для роженицы |

**3.Подготовка акушерки к приему родов**

|  |  |
| --- | --- |
| . | *Характеристика методики выполнения медицинской услуги.* |
| 1. | Подготовка к процедуре. | 1. Акушерка надевает фартук из непромокаемого материала и стерильную маску.
2. Руки для приема родов готовятся как для хирургической операции:
 |
| 2 | Выполнение процедуры. | 1. С помощью локтевого смесителя включить воду, намочить руки под струей воды, нанести на руки 3 – 5 мл. жидкого мыла:
* вымыть руки путем энергичного механического трения;
* попеременно обработать ладонную и тыльную поверхности;
* тщательно обработать межпальцевые промежутки;
* поочередно растереть кончики пальцев одной руки о ладонную поверхность другой;
* процедуру выполнять последовательно на каждой руке;
* кистью одной руки захватить в замок большой палец на другой руке и выполнять на каждой руке поочередно;
1. Вымыть руки под проточной водой так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей;
2. Повторить второй раз обработку рук, руки моются до средней трети предплечья;
3. Воду выключить с помощью локтевого смесителя. Руки осушить с помощью стерильного полотенца;
4. Тщательно обработать кожу рук в течение 4-х минут, если тампон смочен 0,1% раствором йодопирона, или в течение 5 минут, если это раствор хлоргекседина глюконата 0,5% в 70% этиловом спирте в следующем порядке: подушечки пальцев, ногтевые ложа, межпальцевые пространства;
5. положить шарик на ладонную поверхность между рук и сделать вращательное движение по часовой стрелке;
6. разжать руки и опустить использованный шарик в лоток для медицинских отходов.
 |
| 3 | Окончание процедуры. | 1. Затем акушерка стерильным корнцангом открывает бикс и достает стерильный халат и перчатки, надевает их.
 |

**Выполнение манипуляций согласно технологиям выполнения простых медицинских услу**г

Перечень манипуляций

1.Наблюдение за состоянием роженицы в первом периоде родов.

2.Контроль состояния плода в первом периоде родов.

3.Определение положения головки относительно плоскостей малого таза наружными методами исследования

4.Влагалищное исследование

5.Приёмы обезболивания родов.

6.Оформление дневника наблюдения за роженицей в первом периоде родов.

7.Определение долженствующей и предполагаемой массы плода

1.Алгоритм наблюдения за состоянием роженицы в первом периоде родов.

|  |
| --- |
| 1. Выяснение жалоб (головная боль, изменение зрения,)2. Измерение АD на обеих руках.3. Подсчёт пульса.4. Измерение температуры тела (трижды за сутки)5 Частота дыхания.6. Цвет кожных покровов.7. Физиологические отправления (мочеиспускание и стул)..8. Оценка характера родовой деятельности (продолжительность схваток, интервал между ними, сила и болезненность схваток лучше с помощью партографии);9.Подтекание околоплодных вод, их характера: светлые, зеленые, с примесью крови.10.Подготовка кровати: (на матрац, обшитый клеенкой, стелют стерильную простыню, на подушку надевают стерильную наволочку, на простыню - обеззараженную клеенку и сверху - стерильную пеленку)..11.Взятие крови из вены. На пробирке отмечают время свертывания крови, ФИО, № истории родов, дату и час забора крови.12.Взятие мазка на флору влагалища.13.Влагалищное исследование (в первом периоде родов проводится не реже чем через 6 часов для определения динамики родового акта и отклонений от нормального течения родов.). |

2.Контроль состояния плода в первом периоде родов.

|  |  |
| --- | --- |
| . | *Характеристика методики выполнения медицинской услуги.* |
| 1 | Подготовка к процедуре. | 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациентке.
2. Объяснить пациентке суть и ход процедуры.
3. Вымыть и осушить руки.
4. Предложить женщине лечь на кушетку, на спину.
 |
| 2 | Выполнение процедуры. | 1. Установить акушерский стетоскоп в одной из восьми точек.

1. Приложить ухо к стетоскопу, а руки убрать.
2. Выслушать сердцебиение плода в течение 60 секунд.
3. Оценить количество ударов, ясность, ритмичность сердцебиения.
4. Зафиксировать результат.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Окончание процедуры. | 1. Помочь женщине встать с кушетки.
2. Дезинфекция акушерского стетоскопа.
3. Вымыть и осушить руки.
 |
| 4. | *Достигаемые результаты и их оценка:* | Показатели сердцебиения плода (частота, ритм, звучность тонов, отсутствие сердцебиения) позволяют судить о состоянии плода, а также о его гибели. |

**3.Определение положения головки плода относительно плоскостей малого таза наружными методами исследования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Место положения головки** | **Данные наружного исследования** |
| Головка подвижна (баллотирует) над входом в таз | Головка баллотирует, т.е. легко перемещается в боковые стороны. Между головкой и верхним краем горизонтальных ветвей лобковых костей можно свободно подвести пальцы обеих рук. |
| Головка прижата ко входу в малый таз. | Головка лишена свободных движений, сместить ее вверх можно лишь с трудом. Пальцы рук можно подвести под головку, только сместив ее. |
| Головка фиксирована малым сегментом во входе в малый таз. | Наибольшая часть головки находится над плоскостью входа в малый таз. Пальцы исследующего расходятся по голове. |
| Головка фиксирована большим сегментом во входе в малый таз (или головка в широкой части малого таза). | Над входом в таз пальпируется меньшая часть головки. Пальцы исследующих рук легко сближаются. Головку можно с трудом достичь по методу Пискачека. |
| Головка в узкой части малого таза. | Головка над плоскостью входа в малый таз не определяется. Пальпируется мышечно-плечевая область плода. |
| Головка на тазовом дне (в плоскости выхода из малого таза). | Головка над входом в малый таз не определяется. Легко достигается по методу Пискачека. |

**4.Влагалищное исследование**

|  |  |
| --- | --- |
| . | *Характеристика методики выполнения медицинской услуги.* |
| 1 | Подготовка к процедуре. | 1.Уложить роженицу на родильную кровать Рахманова.2.Вымыть руки, надеть перчатки.3.Провести туалет наружных половых органов (0,02% раствор перманганата калия).4.Сменить перчатки. |
| 2 | Выполнение процедуры. | 5.Осматривают наружные половые органы, определяют высоту промежности, наличие на ней рубцов, гнойников.6.Определяют состояние влагалища (широкое, узкое, наличие в нем перегородок). Определяют состояние шейки матки (сохранена, укорочена, сглажена). При сглаженной шейке матки уточняют степень раскрытия маточного зева (в сантиметрах), состояние его краев (толстые, средней толщины, тонкие, растяжимые, ригидные).7.Оценивают состояние плодного пузыря (цел или отсутствует). При целом плодном пузыре обращают внимание на его форму (куполообразный, плоский), определяют, как он наливается во время схваток, остается таким же вне схваток, каково его напряжение.8.Далее диагностируют, что предлежит (голова или тазовый конец), и где находится предлежащая часть (плоскость малого таза). Определяют, как предлежит голова (находится ли она в согнутом или разогнутом состоянии). Для того, чтобы установить характер вставления предлежащей части, на ней пальпируют швы и роднички и их отношение к костным ориентирам таза, определяют ведущую точку.9.Оценивается состояние костного таза (наличие деформаций), уточняют, достижим ли мыс. Если мыс достижим, измеряют величину истинной конъюгаты. Оценивают мышцы тазового дна. |
| 3 | Окончание процедуры. | 10.Дезинфекция перчаток и клеенки.11.Снять перчатки, вымыть руки.12.Занести данные влагалищного исследования в историю родов. |

**5. Приёмы обезболивания родов.**

|  |  |
| --- | --- |
| . | *Характеристика методики выполнения медицинской услуги.* |
| 1 | Подготовка к процедуре. | 1. В период раскрытия предпочтение отдается диафрагмально-грудному дыханию, которому женщин обучают во время беременности. |
| 2 | Выполнение процедуры. | 1. Предложить пациентке опорожнить мочевой пузырь.

 Сначала сделать 3 – 4 глубоких вдоха или выдоха. Затем вдох через нос с глубоким сопением, а выдох - через рот, как будто через узкую щель с шумом, напоминающим длинный звук «х – х – х» или «ш – ш – ш). Вдох и выдох делайте энергично, одновременно производите поглаживание ладонями обеих рук боковой поверхности живота, и лежа на боку, поглаживание пояснично-крестцовой области. В конце периода раскрытия при более тягостных ощущениях производится прижатие большими пальцами рук точек на внутренней поверхности гребешка подвздошных костей таза, а также прижатие руками, сложенными в кулаки «точек обезболивания» в пояснично-крестцовой области.7. В период изгнания с началом потуги следует сделать глубокий вдох, напрячь мышцы живота, плавно усилить давление на низ, затем глубокий выдох. Если необходимо сдерживать потужную деятельность, дыхание должно быть через рот частым и поверхностным. В этот момент рождается головка, затем плечики. Туловище плода рождается без напряжения женщины. |
| 3 | Окончание процедуры. | 8. Манипуляции заканчиваются после рождения плода. |
| 4. | *Достигаемые результаты и их оценка:* | Обезболивание родов, в результате чего осуществляется профилактика осложнений родовой деятельности. |

**6.Оформление дневника наблюдения за роженицей в первом периоде родов.**

|  |
| --- |
| Запись дневника в истории родов - каждые 3 часа с указанием:* общего состояния роженицы;
* жалоб (головная боль, изменение зрения);
* АD на обеих руках;
* пульса;
* характера родовой деятельности (продолжительность схваток, интервал между ними, сила и болезненность схваток);
* положения предлежащей части плода по отношению к малому тазу матери;
* сердцебиения плода (число ударов в минуту, ритм, характер);
* характера околоплодных вод (светлые, зеленые, с примесью крови)
* характера физиологических отправлений.
 |
| **Образец записи***Дата, время* В родах - …. часов, БП - ….. часов.Общее состояние удовлетворительное, жалоб активно не предъявляет, головной боли нет, зрение ясное. АД – 120/80 мм. рт. ст. на обеих руках. Ps – 76 удара в минуту ритмичный, удовлетворительного наполнения.Схватки 3-4 за 10 минут по 35-40 секунд средней силы умеренно болезненные, между схватками матка полностью расслабляется. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода слегка приглушено до 140 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка. Воды целы. .Мочится самостоятельно.*.*  **Подпись.** |

**7.Определение долженствующей и предполагаемой массы плода**

|  |
| --- |
| ***ДМП (долженствующая масса плода):*** *(*рост – 90) : 2 х 100 = масса в граммах. Пример: (160 см -90) : 2х100 =3500,0 граммов***ПМП (предполагаемая масса плода):*** 1. ОЖ х ВДМ = масса в граммах. ***Пример***: 92смх35см=3220,0 граммов.2. (ОЖ + ВДМ) : 4 х 100 = масса в граммах (при ОЖ > 100 см., при ВДМ > 40 см., необходимо прибавить 500 граммов).***Пример:*** (92см+35см) :4х100=3175 граммов (102х36)+500=4172,0 граммов |

**Демонстрация биомеханизмов родов.**

**Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.**

**ПЕРВЫЙ МОМЕНТ** – сгибание головки. Головка совершает поворот вокруг поперечной оси.

 В периоде раскрытия головка вставляется во вход в малого таза, стреловидный шов находится в поперечном или слегка косом размере таза.

 В периоде изгнания давление матки и брюшного пресса передается сверху на позвоночник плода и через него на голову, прежде всего на область затылка. Затылок опускается, подбородок приближается к грудной клетке, малый родничок располагается ниже большого. Малый родничок при переднем виде затылочного предлежания является проводной точкой.

 ***Проводной точкой называется та, которая находится на предлежащей части и первой опускается во вход таза, идет впереди во время внутреннего поворота и первой показывается из половой щели.***

 В результате сгибания головка входит в таз наименьшим размером, а именно малым косым (9,5 см), вместо прямого размера (12 см).

**ВТОРОЙ МОМЕНТ**- внутренний поворот головки. Головка совершает поступательное движение вперед и одновременно поворачивается вокруг продольной оси. Стреловидный шов, находившийся в поперечном (или слегка косом) размере входит в таз, постепенно переходит в косой размер. В выходе таза стреловидный шов устанавливается в прямом размере, при этом заканчивается внутренний поворот головки.

**ТРЕТИЙ МОМЕНТ** - разгибание головки. Когда сильно согнутая головка достигает выхода таза, она встречает сопротивление мышц тазового дна. Сокращения матки и брюшного пресса изгоняют плод по направлению к верхушке крестца и копчика. Мышцы тазового дна оказывают сопротивление продвижению головки в данном направлении и способствуют отклонению ее кпереди, к половой щели.

 Под влиянием этих двух сил рождающаяся головка разгибается. Это происходит после того, как область подзатылочной ямки подойдет под лобковую дугу. Вокруг этой точки опоры головка разгибается; при разгибании прорезываются лоб, личико и подбородок, т.е. рождается вся головка.

 ***Точку опоры, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки, называют точкой фиксации.***

 При переднем виде затылочного предлежания точкой фиксации является область подзатылочной ямки.

**ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ** – наружный поворот головки. Головка после рождения поворачивается личиком к правому или левому бедру матери в зависимости от позиции. Наружный поворот головки зависит от внутреннего поворота плечиков. Плечики вступают в таз в поперечном или слегка косом размере; в полости таза начинается поворот плечиков: из косого размера они устанавливаются в прямом размере выхода из таза. Поворот плечиков передается головке; когда плечики устанавливаются в прямом размере выхода таза, личико поворачивается к бедру матери.

**Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.**

 При затылочном предлежании внутренний поворот головки обычно происходит так, что затылок поворачивается кпереди (к симфизу), а лоб и личико – кзади (к крестцу). В процессе изгнания задний вид нередко переходит в передний. Только в редких случаях (1% всех затылочных предлежаний) при внутреннем повороте головка вращается затылком к крестцу и роды происходят в заднем виде. При заднем виде затылочного предлежания механизм родов следующий:

**ПЕРВЫЙ МОМЕНТ** - сгибание головки.

 Область малого родничка становится впереди идущим пунктом на головке, т.е. проводной точкой.

**ВТОРОЙ МОМЕНТ** - внутренний поворот головки.

 Согнутая головка опускается в таз и поворачивается затылком кзади; стреловидный шов в полости таза переходит в косой, в выходе – в прямой размер таза. После окончания поворота малый родничок обращен к крестцу, большой родничок – к симфизу.

**ТРЕТИЙ МОМЕНТ** – во время прорезывания происходит:

1. Дополнительное сгибание;
2. Разгибание головки.

Граница волосистой части лба упирается в лобковую дугу и вокруг нее головка сильно сгибается. Во время этого дополнительного сгибания головки прорезываются теменные бугры и затылочной ямки (вторая точка фиксации) и проделывает разгибание. Во время разгибания из-под лобковой дуги освобождается лоб, личико и подбородок. Головка прорезывается окружностью, соответствующей среднему косому размеру (33 см).

**ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ** – наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Происходит так же, как и при переднем виде затылочного предлежания.

 При заднем виде затылочного предлежания головки по родовым путям осуществляется с затруднениями, период изгнания бывает более длительным, чем при переднем виде затылочного предлежания.