

МЕДИЦИНА 

Акушерство и гинекология: практикум

СРЕДНЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

И.К. Славянова

Феникс

УДК 618(075.32)

ББК 57.16я723

КТК 351

С47

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор

Г.Г. Жданов;

кандидат медицинских наук,

ассистент кафедры акушерства и гинекологии РГМУ

Г.М. Берцева

Славянова И.К.

С47 Акушерство и гинекология : практикум : учеб.
пособие / И.К. Славянова. — Ростов н/Д : Феникс,
2009. — 349 с. : ил. — (Медицина).

ISBN 978-5-222-15328-4

Практикум составлен в соответствии с Государственным образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело» для средних профессиональных учебных заведений. В нем представлены медико-технологические протоколы основных манипуляций, применяемых в акушерстве и гинекологии, с изменениями и объяснениями некоторых теоретических предпосылок, которые помогают осмыслить выполняемые действия, изложенные в протоколах. В практикуме предлагаются стандартизированные планы вмешательств, выполняемые средним медицинским персоналом по оказанию необходимой помощи.

Пособие рекомендуется для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело», повышенного базового уровня медицинских колледжей, училищ, а также практикующих фельдшеров и акушерок.

ISBN 978-5-222-15328-4

УДК 618(075.32)

ББК 57.16я723

© Славянова И.К., 2009

© Оформление: ООО «Феникс», 2009



ВВЕДЕНИЕ

Основными задачами родовспоможения в современных условиях являются: сохранение репродуктивного здоровья; снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности; снижение количества аборт; борьба с перинатальной инфекцией и ряд других направлений, обозначенных в федеральной программе «Безопасное материнство».

Национальный проект «Здоровье» предусматривает не только снижение смертности, заболеваемости, инвалидности, но и развитие службы родовспоможения, направленной на увеличение численности народонаселения нашей страны, что непосредственно связано с повышением качества обслуживания рожениц, новорожденных, выхаживанием недоношенных детей. Перед медиками поставлены следующие задачи: улучшение мужского здоровья; наблюдение девочек специалистами детской гинекологии; расширение программы планирования семьи; предупреждение онкологических заболеваний.

Диспансеризация женского населения предусматривает двухуровневое обследование женщин (минимальное и расширенное). Женские консультации должны обеспечивать психологическую и юридическую помощь. Диагностику необходимо осуществлять с применением современных методик и аппаратуры (УЗИ, маммологическая аппаратура).

Необходимо увеличить сеть дневных стационаров, обеспечивающих, наряду с современными методами обследования и лечения возможность контакта с семьей.

Большое значение уделяется грудному вскармливанию ребенка до шести месяцев, резко снижается перечень показаний для операции прерывания беременности: это заключенные, перенесенные инфекции и смерть мужа.

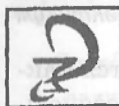
Национальный проект «Здоровье» предусматривает ряд социальных льгот как для женщин, так и для медработников (родовые сертификаты, материнский капитал). Повышение качества обслуживания включает в себя применение высоких технологий.

Для увеличения эффективности медицинской помощи необходимо повысить уровень подготовки медиков, в частности — фельдшеров и акушерок, встречающихся с пациентами уже на раннем этапе.

Следовательно, необходимо более тщательно информировать студентов среднего медицинского звена о современных методах обследования, ведения беременных, родоразрешения при нормальных и патологических родах, возможных осложнениях, выхаживании детей.

С этой целью предлагается настоящее учебное пособие, в котором изложены основные манипуляции, выполняемые в акушерстве и гинекологии.

Учитывая, что оказание акушерской помощи в родах при их патологическом течении проводится только врачом, в пособии не описаны алгоритмы этих манипуляций, а приводятся только основные позиции этих патологий для того, чтобы средние медицинские работники (фельдшер, акушерка) лучше разбирались в основных моментах этих процессов и совместно с врачом могли осмысленно участвовать в оказании различных пособий и манипуляций.



ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Структура и оснащение женской консультации

Женская консультация — это поликлиническое подразделение акушерско-гинекологического объединения, оказывающее всестороннюю медицинскую помощь женщине во все периоды ее жизни и, в частности, ведущее наблюдение за ней на всем протяжении беременности и в послеродовом периоде.

Задачи женской консультации:

- ▶ оказание лечебно-профилактической помощи женщинам во время беременности, после родов и при гинекологических заболеваниях;
- ▶ осуществление постоянного наблюдения за беременными и больными гинекологическими заболеваниями женщинами и оказание им специализированной помощи;
- ▶ проведение физико-профилактической подготовки беременных к родам;
- ▶ изучение условий труда работниц промышленных предприятий и сельскохозяйственных учреждений для осуществления охраны плода, а также проведения мер по снижению гинекологической заболеваемости;
- ▶ оказание женщинам социально-правовой помощи;
- ▶ санитарно-просветительная и гигиеническая работа.

Консультация оказывает лечебно-профилактическую помощь женщинам прикрепленного района с соблюдением принципа участковости.

Акушерка помогает врачу на приеме, выполняет все его назначения, а также осуществляет патронаж на дому беременных и гинекологических больных.

Основной задачей женской консультации является максимально раннее выявление беременных (до трех месяцев), наблюдение за ними. Это приводит к сокращению количества осложнений во время беременности и способствует благоприятному ее исходу.

При первом посещении женской консультации акушерка участвует вместе с врачом в приеме беременной или больной женщины.

Так, в ее функции входят: оформление документации, опрос паспортной части, контроль массы тела беременной; измерение артериального давления и ряда других параметров, взятие анализов и направление их в лаборатории, направление на консультации к специалистам, контроль за посещаемостью женской консультации, подготовка к осмотру беременной врачом, проведение бесед с беременной о гигиене и диететике, подготовка к родам, беседы о применении контрацептивов, гимнастики и пр.

В состав женской консультации входят:

- регистратура;
- гинекологические кабинеты;
- процедурный кабинет;
- малая операционная;
- палата для дневного стационара;
- санитарный узел.

Во всех помещениях, особенно в процедурной и малой операционной, должны строго соблюдаться правила асептики и антисептики.

Кабинеты должны быть оборудованы столами для врача и акушерки, кушеткой для осмотра женщины, гинекологическим креслом, постоянно накрытым стерильным столом с инструментами, шкафом с лекарственными препаратами, ширмой, отделяющей гинекологическое кресло.

Процедурная и малая операционная соответствуют общепринятым требованиям, предъявляемым к ним, и там соблюдается соответствующий режим.

Студент должен знать:

- ▶ задачи женской консультации;
- ▶ понятие об оплодотворении;
- ▶ предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности;
- ▶ нормальные размеры таза;
- ▶ простейший подсчет срока беременности (по данным последней менструации);
- ▶ понятие о положении, предлежании, позиции и виде плода;
- ▶ параметры нормального сердцебиения плода;
- ▶ объем исследований при первичной и последующих явках беременной в женскую консультацию;
- ▶ гигиену беременной;
- ▶ диететику беременной;
- ▶ методы контрацепции;
- ▶ виды гимнастики для беременной;
- ▶ подготовку беременной к родам.

Студент должен уметь:

- ▶ по жалобам и сроку задержки менструации предположить наличие и срок беременности;
- ▶ собрать анамнез, начиная с паспортных данных;
- ▶ подготовить женщину к осмотру на гинекологическом кресле и кушетке;
- ▶ взвесить беременную;
- ▶ измерить температуру, посчитать пульс и дыхание, измерить артериальное давление;
- ▶ измерить рост;
- ▶ измерить размеры таза;
- ▶ измерить высоту стояния дна матки;
- ▶ измерить окружность живота;
- ▶ определить положение и предлежание плода;
- ▶ найти, выслушать и оценить сердцебиение плода;
- ▶ на кресле взять мазок из влагалища на степень чистоты и направить его в лабораторию;

- ▶ взять мазок из зева носа и прямой кишки для баклаборатории;
- ▶ взять из вены кровь на RW и СПИД и направить их в лабораторию;
- ▶ направить беременную на консультации специалистов (терапевт, хирург, лор-врач, окулист, стоматолог, фтизиатр и др.);
- ▶ написать направления в лабораторию для сдачи общего анализа мочи и крови;
- ▶ провести беседу по гигиене и диететике, а при необходимости — о применении контрацептивов;
- ▶ провести подготовку беременной к родам;
- ▶ принять физиологические роды;
- ▶ обработать и оценить ребенка;
- ▶ посмотреть и описать послед;
- ▶ применить наружные методы выделения последа;
- ▶ приготовить инструменты и необходимый материал для ручного выделения последа и выскабливания полости матки;
- ▶ участвовать в проведении манипуляций по оказанию помощи в акушерской патологии.

Диагностика беременности и определение ее сроков

Признаки беременности

К *сомнительным признакам* беременности относятся: тошнота, рвота, потеря аппетита, вкусовые предпочтения, изменение обоняния, раздражительность, утомляемость, сонливость, увеличение живота, пигментация на лице и по белой линии живота, на наружных половых органах, появление рубцов беременности на животе.

К *вероятным признакам* беременности относятся: прекращение менструаций, увеличение молочных желез, по-

явление молочива, цианоз влагалища и шейки матки, увеличение и размягчение матки, повышение ее сократительной способности. Это всегда объективные изменения со стороны половых органов и молочных желез.

Признак Горвица-Гегера: при двуручном влагалищном исследовании определяется размягчение в области перешейка и пальцы обеих рук исследующего легко сходятся, а шейка пальпируется как более плотное тело.

Признак Пискачевка: изменение формы матки, при котором контуры дна матки и ее углов кажутся неправильными: в месте имплантации плодного яйца угол выбухает больше противоположного угла.

Признак Гентера: это выступ по передней поверхности матки по средней ее линии.

Признак Снегирева: сокращение и уплотнение тела матки при влагалищном исследовании.

К **достоверным признакам** беременности относятся: шевеление плода, выслушивание сердцебиения плода, прощупывание частей плода; плод, видимый при УЗИ; тест на беременность, а через две недели после зачатия — сонографическая верификация плодного яйца.

К **лабораторным методам исследования** беременности относится анализ на выявление повышенного уровня гормонов в крови и моче женщины.

Срок предполагаемых родов определяется по формуле $(-3 + 7)$. Зная дату зачатия, отнимают три месяца и прибавляют 7 дней. Например: зачатие произошло 18 августа, срок предполагаемых родов — 25 мая.

Опрос беременной

Опрос беременной позволяет получить полное представление о ее возрасте, семейном положении, роде труда и наличии или отсутствии профессиональных вредностей, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и состоянии

здоровья женщины в настоящий момент. Все полученные данные заносятся в индивидуальную карту беременной.

Необходимо выяснить:

1. Фамилию, имя и отчество.
2. Возраст.
3. Состояние жилья и место настоящего жительства.
4. Семейное положение.
5. Место работы.
6. Профессию.
7. Наличие профессиональных вредностей.

Затем женщина должна перечислить все перенесенные в детском и взрослом возрасте заболевания, виды лечения, исходы заболеваний, могущие иметь место осложнения. Большое значение имеет наследственность.

После этого выясняются жалобы беременной, если они есть.

Особое место занимает сбор так называемого гинекологического анамнеза. Его нужно проводить с особой тщательностью и тактом, задавая следующие вопросы:

- ▶ в каком возрасте появилась первая менструация и сразу ли установился определенный цикл;
- ▶ тип менструации (продолжительность цикла, длительность менструальных дней, количество теряемой крови, наличие болей);
- ▶ возраст начала половой жизни;
- ▶ изменился ли цикл с началом половой жизни;
- ▶ через какой промежуток времени от начала половой жизни (при ее регулярности и при отсутствии применения контрацептивов) наступила первая беременность;
- ▶ сколько было всего беременностей, из них: родов, абортов, самоабортов, внематочных беременностей;
- ▶ как протекали беременности;
- ▶ срок наступления родов (срочные, преждевременные, запоздалые);
- ▶ были ли осложнения после родов и абортов;

- ▶ когда была последняя беременность и чем она закончилась;
- ▶ какие женские заболевания перенесла беременная в прошлом, когда, чем лечилась, с эффектом или без него;
- ▶ были ли гинекологические операции, по поводу чего, в каком объеме (желательно на основании имеющихся документов);
- ▶ дата последней менструации;
- ▶ как протекает настоящая беременность.

Медицинская помощь в женской консультации

Женской консультации принадлежит основная роль в оказании поликлинической акушерской помощи. Она является лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) диспансерного типа и осуществляет работу по участковому принципу.

Задачи женской консультации:

1. Диспансеризация беременных и родильниц.
2. Медицинская помощь гинекологическим больным и их диспансеризация.
3. Профилактика онкологических заболеваний.
4. Сохранение репродуктивного здоровья женщины.
5. Социально-правовая помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным.

Целью работы женской консультации является: ранний охват беременных наблюдением (до 12 недель) и взятие их на учет с целью своевременного выявления факторов риска развития перинатальных осложнений; своевременное обследование (в течение 12–14 дней); дородовой и послеродовой патронаж; своевременная госпитализация в течение беременности и до родов при наличии показаний к ней; физиопсихопрофилактическая (ФППП) подготовка к родам в «Школе матерей и отцов»; антенатальная

профилактика режима; профилактика гнойно-септических осложнений.

К *обязательным* методам обследования беременных относятся: сбор анамнеза; осмотр терапевта, отоларинголога, стоматолога, фтизиатра; лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, реакция Вассермана, ВИЧ, HBs AgHCv, группа крови, резус-принадлежность, уровень сахара в крови, анализ выделений из влагалища на микрофлору, анализ кала на яйца глистов).

К *дополнительным* методам обследования относятся: установление резус-принадлежности и группы крови мужа — при необходимости; исследования на наличие возбудителей инфекции в урогенитальных органах; определение гормонов, показателей иммунорезистентности; содержание гемолитинов в крови беременной; медико-генетическое консультирование беременных с отягощенным акушерским, семейным и гинекологическим анамнезом.

Обязательно проводится объективное исследование беременной: данные антропометрии, измерение АД на обеих руках, внешний осмотр, наружное и внутреннее акушерское исследования (размеры таза, состояние половых органов, измерение, пальпация и аускультация живота, определение величины матки, наличие экзостозов в малом тазу, аномалии развития половых органов, состояние тканей).

При нормальном течении беременности женщина посещает женскую консультацию 1 раз в месяц в первую половину беременности, 2 раза — во вторую, а после 32 недель — 3–4 раза в месяц.

Каждой беременной на руки выдается карта беременной с целью осуществления преемственности в наблюдении. В нее заносятся основные данные о состоянии здоровья, данные периодически повторяющихся обследований. Карта содержит все данные о течении беременности, родов и возвращается после них в женскую консультацию.

В послеродовом периоде женщина нуждается в обязательном медицинском наблюдении в течение 6–8 недель. В этот период женщину осматривают, в случае необходимости проводят лечение, осуществляют индивидуальный подбор метода контрацепции. При невозможности посетить женскую консультацию в этом периоде осуществляется патронаж на дому. Особо выделяются беременные с повышенной степенью риска.

К *пренатальным факторам риска* относятся группы:

- 1) социально-биологические;
- 2) акушерско-биологический анамнез;
- 3) экстрагенитальная патология;
- 4) осложнения настоящей беременности;
- 5) оценка состояния внутриутробного плода.

К *интранатальным факторам риска* относятся:

- 1) осложнения и заболевания матери;
- 2) состояние плаценты и пуповины;
- 3) состояние плода.

Особо уязвимыми для родоразрешения беременных с повышенной степенью риска считаются 32 и 38-я недели, и в эти сроки применяется балльный метод оценки. Все эти женщины должны быть осмотрены заведующими женской консультации и акушерским отделением, после чего составляется план ведения родов. Чаще их заблаговременно госпитализируют после 38 недель беременности. Своевременная госпитализация беременных из группы среднего и высокого риска является залогом благоприятного исхода родов.

Обследование беременной

После сбора анамнеза приступают к общему осмотру беременной, обращая внимание на цвет кожных покровов и слизистых, строение молочных желез, особенности и форму позвоночника и таза, развитие жировой клетчатки, отеки (если они имеются).

После этого беременную укладывают на гинекологическое кресло для взятия мазков и осмотра врача.

Методика взятия мазка на степень чистоты влагалища и подготовка к осмотру врача

Цель: научить студента правильно уложить женщину на гинекологическое кресло и взять мазок из влагалища на степень чистоты.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ стол стерильный с инструментами (зеркала, пинцеты) и мягким инвентарем (шарики, салфетки);
- ▶ осветительная лампа-журавль;
- ▶ предметные стекла;
- ▶ ложечка Фолькмана;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ направление в лабораторию;
- ▶ дезинфицирующий раствор.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры;
- сообщить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- постелить на кресло клеенку и подкладную;
- уложить женщину на гинекологическое кресло в положение «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, разведены, подколенные ямки упираются в подставки;
- объяснить, что во время осмотра дыхание должно быть свободным;
- подготовить наружные половые органы к осмотру, смазав их снаружи и внутреннюю поверхность бедер дезраствором с помощью корнцанга и шарика;

- вымыть руки и надеть перчатки;
- первым и вторым пальцами левой руки развести большие и малые половые губы;
- правой рукой осторожно ввести во влагалище зеркало Куско: вначале в продольном положении, затем перевернуть его в поперечное положение и во влагалище раскрыть, не дойдя до шейки матки;
- закрепить зеркало в раскрытом состоянии с помощью винта;
- ввести во влагалище ложечку Фолькмана (можно пинцет) и осторожно взять мазок, прикасаясь слегка к верхнебоковой стенке влагалища;
- нанести мазок на предметное стекло тонким слоем, не раздавливая клеток;
- если во влагалище обильные выделения, то перед взятием мазка рекомендуется осторожно промокнуть влагалище с помощью ватного тампона на пинцете (для лучшей видимости);
- раскрыть винт на зеркале;
- осторожно удалить зеркало из влагалища, постепенно его закрывая;
- поместить зеркало в 3%-ный раствор хлорамина на один час;
- снять перчатки и вымыть руки;
- оформить направление в лабораторию:

Направление в бактериологическую лабораторию

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____
3. Диагноз _____
4. Дата взятия мазка _____

Цель: мазок на степень чистоты.

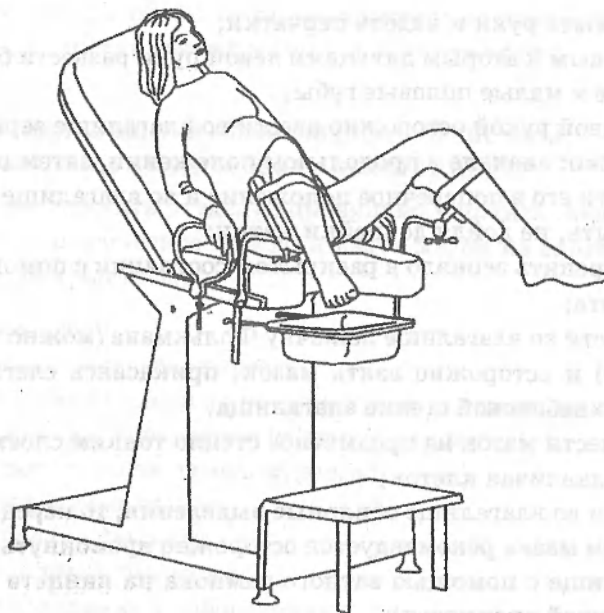


Рис. 1. Положение беременной при влагалищном исследовании

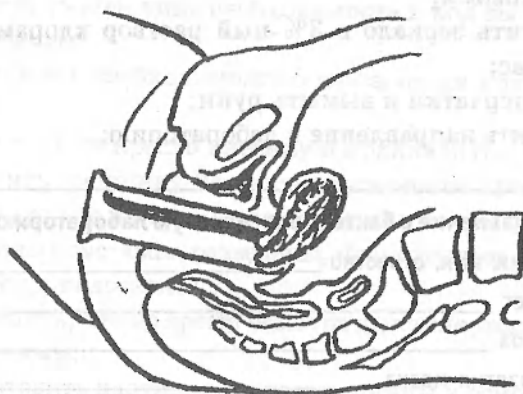


Рис. 2. Введение зеркала Куско в тазовые органы

Методика выполнения:

- ознакомить беременную с особенностями динамики веса и ходом процедуры;
- желательно проводить взвешивание в одно и то же время (утром, натощак);
- постелить под ноги резиновый коврик, попросить беременную стать на весы;
- отметить показания весов по шкале;
- занести результат в индивидуальную карту беременной;
- вымыть руки.

Измерение роста

Цель: научить студента с помощью ростомера определить рост и зафиксировать данные в индивидуальной карте беременной.

Оснащение:

- ▶ ростомер;
- ▶ индивидуальная карта беременной;
- ▶ ветошь;
- ▶ 1% -ный раствор хлорамина.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель и ход выполнения процедуры;
- стать сбоку от ростомера и поднять его планку выше уровня предполагаемого роста женщины; поставить беременную на площадку ростомера правильно: пятки, ягодицы и лопатки должны прикасаться к стойке ростомера, а голова должна находиться в таком положении, чтобы козелок уха и наружный угол глаза располагались на одной горизонтальной линии;
- опустить планку ростомера на темя беременной и определить по шкале количество сантиметров от нулевого уровня планки;

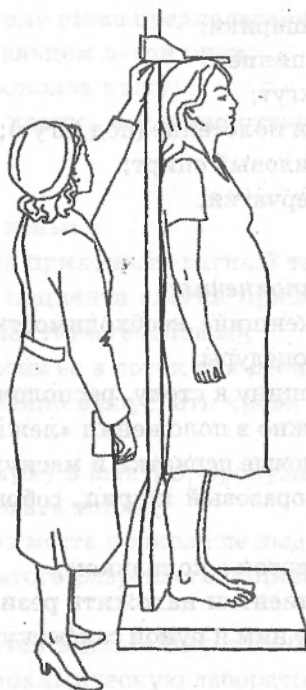


Рис. 4. Измерение роста беременной

- занести полученные данные в индивидуальную карту беременной;
- обработать ростомер ветошью, смоченной 1%-ным раствором хлорамина;
- вымыть руки.

Взятие крови из вены на RW и СПИД

Цель: научить студента сделать забор крови из вены для исследования на RW и спид.

Оснащение:

- ▶ одноразовый шприц;
- ▶ стерильный лоток;

- ▶ стерильные шарики;
- ▶ стерильный пинцет;
- ▶ резиновый жгут;
- ▶ салфетка или полотенце (под жгут);
- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ маска.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость, цель и ход выполнения процедуры;
- усадить женщину к столу, расположив ее предплечье на столе (можно в положении «лежа»);
- надеть резиновые перчатки и маску;
- вскрыть одноразовый шприц, собрать его, выпустив воздух;
- положить в лоток с колпачком;
- на плечо пациентки наложить резиновый жгут, подложив между ним и рукой салфетку;
- найти вену;
- обработать место прокола спиртом двукратно разными шариками, сбросив их в дезраствор;

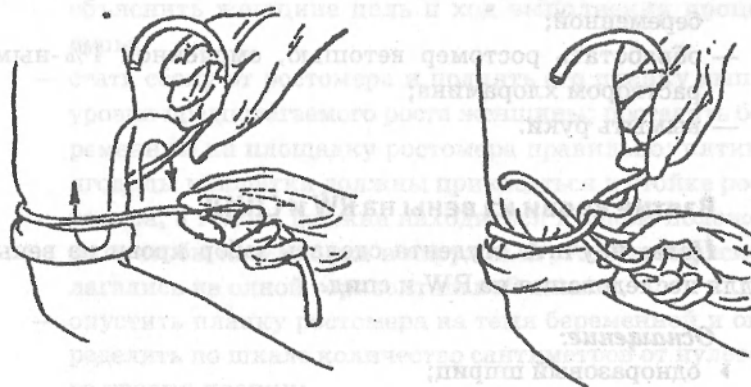


Рис. 5. Взятие крови из вены. Наложение венозного жгута

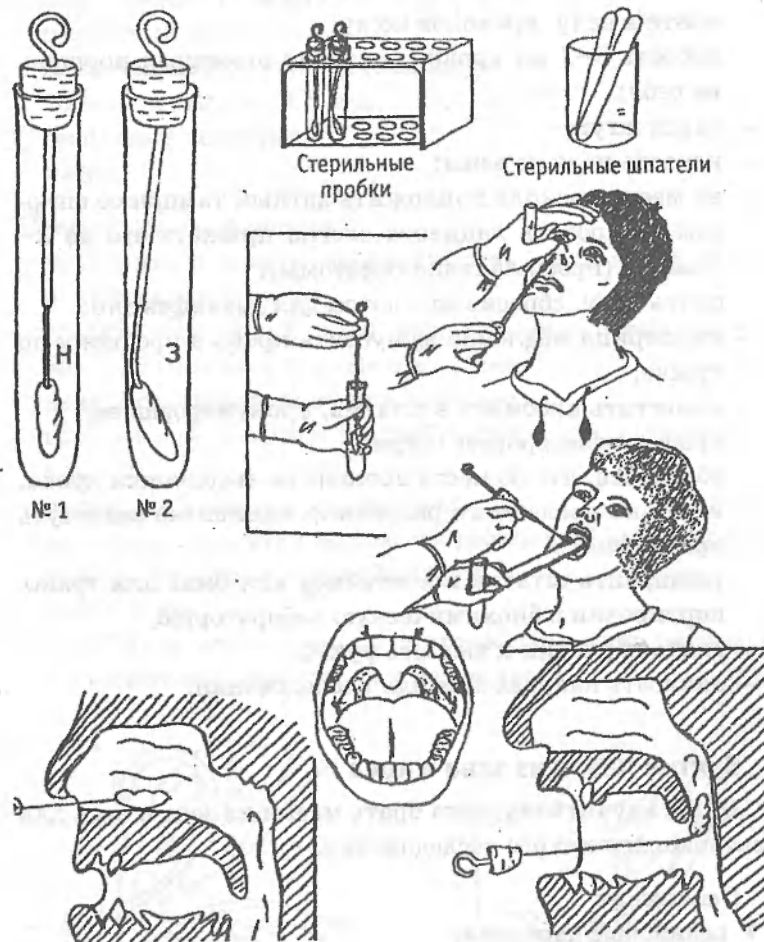
- зафиксировать вену ниже предполагаемого места прокола большим пальцем левой руки;
- войти в вену, проколов кожу;
- набрать 5–7 мл крови, медленно оттягивая поршень на себя;
- снять жгут;
- извлечь иглу из вены;
- на место прокола приложить ватный тампон со спиртом, попросить пациента слегка прижать его на 3–5 минут (профилактика гематомы);
- снять иглу, сбросив ее в лоток для дезинфекции;
- из шприца медленно выпустить кровь в пробирку по стенке;
- поместить пробирку в штатив, пронумеровав ее;
- продезинфицировать шприц;
- убедиться, что из места прокола не выделяется кровь, и только после этого разрешить пациентке разогнуть предплечье;
- установить штатив в контейнер или бикс для транспортировки в биохимическую лабораторию;
- снять перчатки и вымыть руки;
- написать направление для исследования.

Взятие мазка из зева и носа

Цель: научить студента брать мазки из зева и носа для бактериологического исследования.

Оснащение:

- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ стерильный шпатель;
- ▶ две стерильные пробирки, маркированные «З» (зев), «Н» (нос), с пробками и тампонами;
- ▶ штатив;
- ▶ дезраствор;
- ▶ направления в лабораторию.



Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость, цель и ход процедуры;
- усадить ее лицом к источнику света;
- надеть резиновые перчатки;
- взять в левую руку шпатель и пробирку;
- предложить женщине открыть рот;
- надавить шпателем на корень языка, а правой рукой извлечь из пробки стерильный тампон;
- взять тампоном мазок, проводя по дужкам носоглотки и небным миндалинам, не касаясь слизистой оболочки полости рта, извлечь тампон;
- ввести тампон в пробирку, не касаясь наружной поверхности пробирки;
- поставить пробирку в штатив, пронумеровав;
- в две другие пробирки взять мазки из носа, приподняв кончик носа левой рукой, а правой рукой вводя тампон вращательным движением в нижний носовой ход с одной, а потом с другой стороны на глубину 1,5–2 см;
- извлечь тампоны, поместить их в пробирки;
- поставить пробирки в штатив, пронумеровав их;
- снять перчатки и вымыть руки;
- оформить направление.

Направление в бактериологическую лабораторию

Направляется мазок из «З» (зева) и «Н» (носа) для исследования на бактерионосительство.

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____

Диагноз _____

Дата взятия мазка _____

Подпись _____

Взятие мазка из прямой кишки на дезгруппу

Цель: обучить студента правильно брать мазок у беременной из прямой кишки для исследования на дезгруппу.

Оснащение:

- ▶ пробирка стерильная с пробкой и стерильным тампоном;
- ▶ штатив;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ направление.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость, цель и ход процедуры;
- надеть резиновые перчатки;
- попросить женщину наклониться вперед и развести ягодицы руками;
- взять в левую руку пробирку;
- правой рукой вынуть из нее пробку со стерильным тампоном;
- вращательными движениями бережно ввести тампон в нижний отдел прямой кишки на глубину 3–5 см;
- вынуть тампон;
- поместить тампон в пробирку, не касаясь ее наружных стенок;
- поставить пробирку в штатив и пронумеровать;
- снять перчатки и вымыть руки;
- оформить направление (см. выше).

**Оформление направления
для консультации специалистов**

При первичном обследовании беременная направляется к специалистам на консультацию для исключения смежной патологии и решения вопроса о возможности доношивания беременности. Медицинская сестра должна уметь

написать и оформить такое направление и объяснить женщине цель этих консультаций. После получения заключения специалистов беременная возвращается с полученным заключением к своему врачу-гинекологу.

Форма направления

Направление	
Фамилия, имя, отчество	_____
Возраст	_____
Диагноз	_____
Направляется на консультацию к терапевту (хирургу, окулисту, лор-специалисту, стоматологу, фтизиатру и др.).	
<i>Цель:</i> выявление возможной патологии и решение вопроса о могущих иметь место противопоказаниях к беременности.	
Дата	_____
Подпись	_____

Измерение артериального давления у беременной

Цель: обучить студента измерить артериальное давление у беременной и зафиксировать полученные данные в индивидуальной карте беременной.

Оснащение:

- ▶ тонометр или аппарат Ривва-Рочи;
- ▶ стетофонендоскоп;
- ▶ индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость процедуры;
- ознакомить ее с ходом выполнения процедуры;
- усадить беременную к столу, положив ее предплечье в горизонтальное положение на столе (одежда не должна сдавливать руку выше предплечья); можно измерять АД в положении «лежа»;

- закрепить манжетку плотно, чтобы между ней и плечом проходил только палец;
- руку положить ладонью вверх в разогнутом положении, попросив беременную расслабиться;
- соединить манометр с манжеткой;
- в области локтевой ямки нащупать пульс и поставить на это место фонендоскоп;
- закрыть вентиль на груше и накачать с ее помощью воздух до тех пор, пока давление в манжетке не превысит на 20 мм рт. ст. (или единиц) тот уровень на шкале, при котором перестает определяться пульс;
- открыть вентиль и медленно выпустить воздух из манжетки, выслушивая с помощью фонендоскопа тоны на плечевой артерии, следя одновременно за показаниями шкалы;
- при появлении на плечевой артерии звука отметить уровень систолического давления;
- момент исчезновения тонов на плечевой артерии соответствует уровню диастолического давления;
- выпустить воздух из манжетки полностью и повторить процедуру на второй руке;

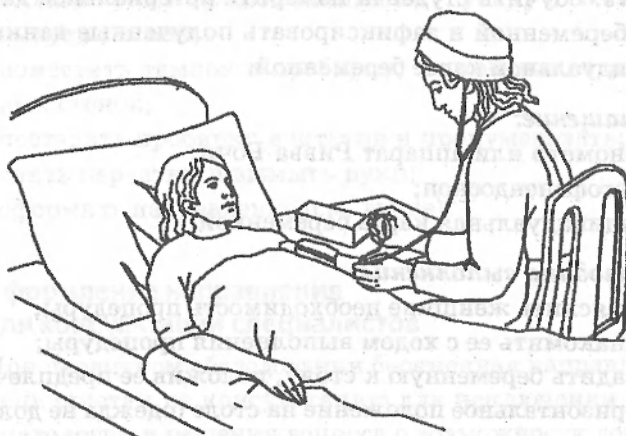


Рис. 7. Измерение артериального давления

- записать полученные данные при измерении АД на обеих руках в индивидуальную карту беременной;
- вымыть и вытереть руки.

Исследование пульса

Цель: научить студента подсчитывать пульс, характеризуя его ритм и силу ударов (наполнение и напряжение). Зафиксировать полученные данные в индивидуальной карте беременной.

Оснащение:

- ▶ секундомер;
- ▶ индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход процедуры;
- можно проводить в положении «сидя» и «лежа» (см. выше);
- положить второй, третий и четвертый пальцы правой руки на область лучевой артерии: первый палец —



Рис. 8. Подсчет пульса на лучевой артерии

- со стороны тыла кисти, второй и третий — на лучевую артерию;
- прижать артерию к кости, почувствовав ее пульсацию;
- включить секундомер и подсчитать количество пульсовых толчков за 30 секунд или 1 минуту;
- отметить и охарактеризовать ритмичность ударов и их четкость (напряжение пульса);
- записать полученные данные в индивидуальную карту беременной;
- вымыть и вытереть руки.

Определение числа дыхательных движений

Цель: научить студента определять число дыхательных движений и зафиксировать полученные данные в индивидуальной карте беременной.

Оснащение: секундомер.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- вымыть руки;
- можно проводить процедуру в любом положении, но учитывать, что число дыхательных движений составляет:
 - а) в покое стоя и сидя — 18–22 дыхания в минуту;
 - б) лежа — 16–18 дыханий в минуту;
- попросить женщину принять удобное положение и расслабиться;
- взять женщину за руку на уровне запястья и наблюдать за экскурсией ее грудной клетки, считая дыхательные движения;
- время засечь по секундомеру;
- занести полученные данные в историю;
- вымыть руки.



Рис. 9. Определение числа дыхательных движений

Наружное измерение таза

Цель: научить студента измерить основные размеры таза с помощью тазомера и зафиксировать в индивидуальной карте беременной.

Оснащение:

- ▶ кушетка;
- ▶ тазомер;
- ▶ шарики ватные или марлевые;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ индивидуальная карта беременной;
- ▶ клеенка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход процедуры;
- уложить беременную на кушетку, подстелив под нее клеенку (под ягодицы и под ноги), в положение «на спине» с выпрямленными ногами;

- сесть или стать справа от кушетки лицом к женщине;
- взять в руки тазомер так, чтобы шкала была обращена кверху, а первый и второй пальцы лежали на пуговицах тазомера;
- протереть пуговицы тазомера шариком со спиртом;
- указательными пальцами прощупать у женщины пункты, между которыми измеряется расстояние;
- приложить к этим пунктам пуговицы тазомера и по шкале отметить показатели (постепенно раздвигая рычаги тазомера);
- для измерения расстояния между передневерхними остями подвздошных костей пуговицы тазомера прижимают к их наружным краям (в норме размер соответствует 25–26 см);
- для измерения расстояния между гребнями подвздошных костей нужно передвинуть пуговицы тазомера по наружному краю гребней и найти наибольшее расстояние между ними (в норме размер соответствует 28–29 см);
- для измерения расстояния между вертелами бедренных костей находят наиболее выступающие точки вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговицы тазомера (в норме расстояние соответствует 30–31 см);
- для измерения четвертого (продольного) размера (наружной конъюгаты) женщину необходимо уложить на бок; нижележащую ногу согнуть в тазобедренном и коленном суставах, а вышележащую — выпрямить;
- пуговицы тазомера устанавливают спереди на середине верхненаружного края симфиза, а сзади — к надкрестцовой ямке, находящейся под остистым отростком пятого поясничного позвонка, что соответствует верхнему углу ромба Михаэлиса (в норме расстояние соответствует 20–21 см);
- для получения значения истинной конъюгаты нужно от этой цифры отнять 8–9 см, что будет соответствовать 12–13 см;

-- полученные данные занести в индивидуальную карту
беременной в графы:

а) *dist. spinarum*;

б) *dist. cristarum*;

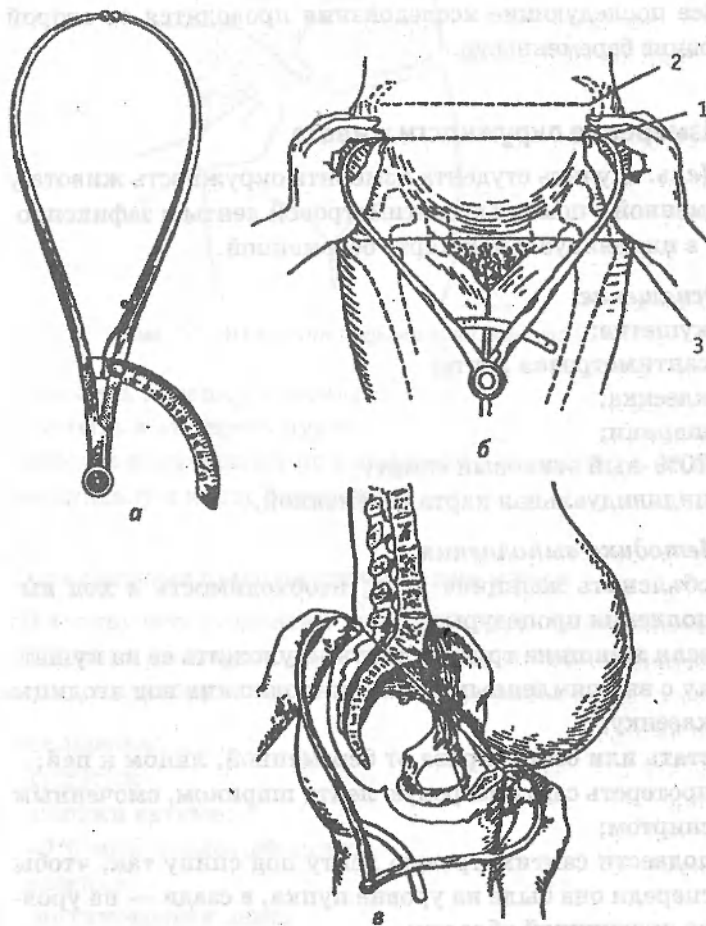


Рис. 10. Измерение наружных размеров таза:

а — тазомер; б — определение поперечных размеров таза:

1 — *distantia spinarum*; 2 — *distantia cristarum*;

3 — *distantia trochanterica*; в — измерение наружной конъюгаты

- в) *dist. trochanterica*;
- г) *con. externa*;
- обработать тазомер шариком со спиртом;
- вымыть и вытереть руки.

Все последующие исследования проводятся во второй половине беременности.

Измерение окружности живота

Цель: научить студента измерить окружность живота у беременной с помощью сантиметровой ленты и зафиксировать в индивидуальной карте беременной.

Оснащение:

- ▶ кушетка;
- ▶ сантиметровая лента;
- ▶ клеенка;
- ▶ шарики;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- если женщине трудно стоять — уложить ее на кушетку с выпрямленными ногами, подложив под ягодицы клеенку;
- стать или сесть справа от беременной, лицом к ней;
- протереть сантиметровую ленту шариком, смоченным спиртом;
- подвести сантиметровую ленту под спину так, чтобы спереди она была на уровне пупка, а сзади — на уровне поясничной области;
- отметить по шкале сантиметровой ленты объем живота на исследуемом уровне;
- помочь беременной встать с кушетки, вначале повернувшись на бок, а затем — сесть на кушетку;

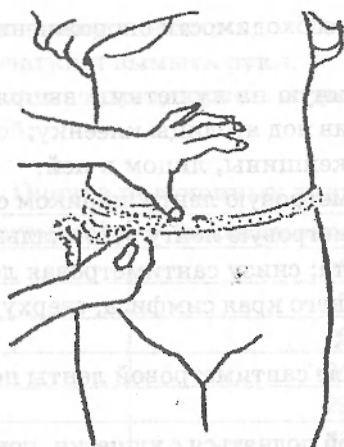


Рис. 11. Измерение окружности живота

- сбросить клеенку в тазик;
- вымыть и вытереть руки;
- занести полученный при измерении результат в индивидуальную карту беременной.

Определение высоты стояния дна матки

Цель: научить студента с помощью сантиметровой ленты измерить высоту стояния дна матки и зафиксировать данные в индивидуальной карте беременной.

Оснащение:

- ▶ кушетка;
- ▶ шарики ватные;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ клеенка;
- ▶ сантиметровая лента;
- ▶ индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;

- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- уложить беременную на кушетку с выпрямленными ногами, подстелив под ягодицы клеенку;
- сесть справа от женщины, лицом к ней;
- протереть сантиметровую ленту шариком со спиртом;
- наложить сантиметровую ленту вертикально, по средней линии живота; снизу сантиметровая лента должна касаться верхнего края симфиза, сверху — высшей точки дна матки;
- отметить по шкале сантиметровой ленты полученный результат;
- помочь беременной подняться с кушетки, повернувшись на бок, а затем сесть на кушетку;

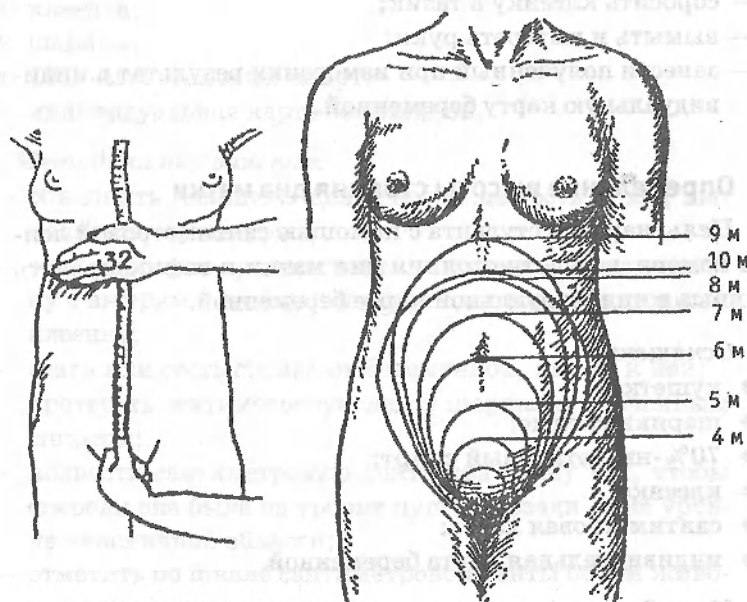


Рис. 12. Определение высоты стояния дна матки в разные сроки беременности

- сбросить клеенку в тазик;
- снять перчатки и вымыть руки;
- занести полученные данные в индивидуальную карту беременной.

Оценка полученных данных

Срок беременности (мес.)	Высота дна матки над лоном (в см)
IV	6-7
V	12-13
VI	20-24
VII	24-28
VIII	28-30
IX	32-34
X	28-32

Определение положения, предлежания, позиции и вида плода с помощью четырех приемов наружного акушерского исследования беременной

Цель: научить студента провести наружное акушерское исследование беременной с помощью четырех акушерских приемов и зафиксировать в индивидуальной карте беременной.

Оснащение:

- ▶ кушетка;
- ▶ клеенка;
- ▶ индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость, цель и ход выполнения процедуры;
- уложить беременную на кушетку в положение «на спине» с выпрямленными ногами, подстелив под ягодицы клеенку;
- сесть справа от беременной, лицом к ней;

I прием. С помощью первого приема определяется высота стояния дна матки и та часть плода, которая находится у дна матки. Для этого ладони обеих рук располагают на уровне дна матки; пальцы рук сближаются; осторожным надавливанием вниз определяется высота стояния дна матки и часть плода, находящаяся у дна матки.

II прием. С помощью второго приема определяют позицию и вид плода. Обе руки со дна матки перемещают книзу, расположив их на боковых поверхностях. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой, чтобы определить, в какую сторону обращена спинка плода и его мелкие части. Спинка плода определяется на ощупь как широкая, гладкая плотная поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде подвижных небольших частей (ножки, ручки). Если спинка обращена влево — первая позиция. Если спинка обращена вправо — вторая позиция. Спинка кпереди — передний вид. Спинка кзади — задний вид.

III прием. С помощью третьего приема определяют предлежание плода. Исследование выполняется следующим образом: правую руку нужно положить немного выше лон-

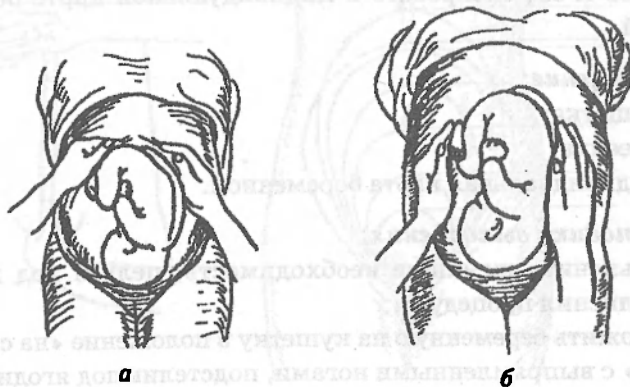


Рис. 13. Первый (а) и второй (б) приемы наружного акушерского исследования

ного сплетения так, чтобы большой палец находился с одной стороны, а четыре нижних — с другой стороны нижнего сегмента матки. Пальцы медленно погружаются вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лонном. Головка плода определяется как плотная, круглая, крупная часть, а ягодицы — крупная, но мягкая часть.

IV прием. С помощью четвертого приема определяют уровень предлежащей части. Выполняется обеими руками. Для этого нужно стать спиной к лицу женщины, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при этом концы пальцев касаются симфиза. Вытянутыми пальцами, скользя медленно вглубь, по направлению к полости таза, уточняется характер предлежащей части плода и высоты ее стояния. Различают уровни расположения предлежащей части:

- а) головка прижата;
- б) головка с малым сегментом;
- в) головка с большим сегментом;
- г) головка в полости малого таза.

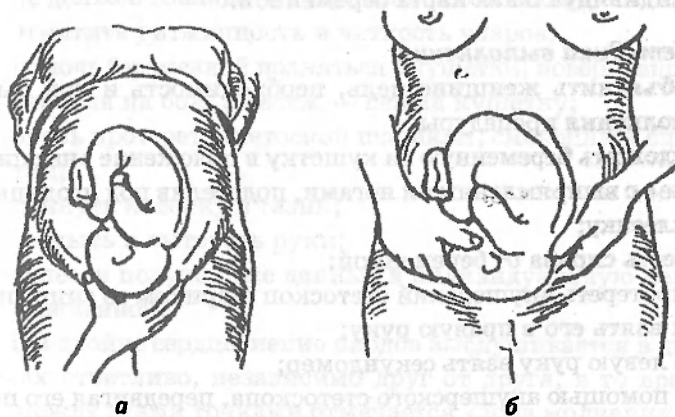


Рис. 14. Третий (а) и четвертый (б) приемы акушерского исследования

Полученные данные с помощью четырех приемов наружного акушерского исследования заносятся в индивидуальную карту беременной.

Выслушивание и оценка сердцебиения плода

Цель: научить студента с помощью акушерского стетоскопа определить место наилучшего выслушивания сердцебиения плода; выслушать, подсчитать и оценить сердцебиение плода.

Сердцебиение плода с помощью акушерского стетоскопа можно выслушать после 20 недель (лучше после 24 недель) беременности.

Оснащение:

- ▶ кушетка;
- ▶ клеенка;
- ▶ акушерский стетоскоп;
- ▶ секундомер;
- ▶ шарики;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить беременную на кушетку в положение «на спине» с выпрямленными ногами, подстелив под ягодицы клеенку;
- сесть справа от беременной;
- протереть акушерский стетоскоп шариком со спиртом и взять его в правую руку;
- в левую руку взять секундомер;
- с помощью акушерского стетоскопа, передвигая его по животу, найти место ясного выслушивания сердцебиения плода (при головном предлежании ниже пупка, а при ягодичном — выше пупка);

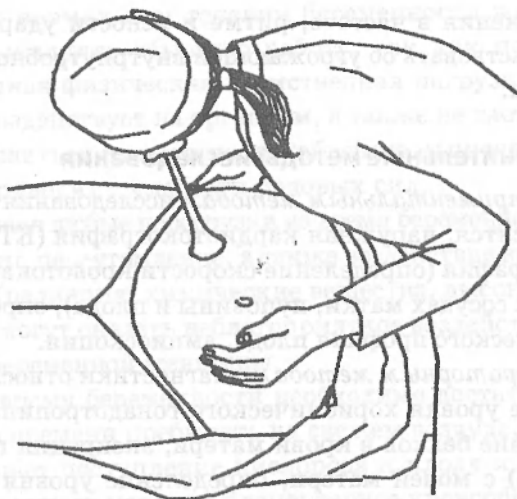


Рис. 15. Выслушивание сердцебиения плода

- с помощью секундомера засечь время и посчитать количество ударов в одну минуту (для исключения ошибки сравнить с пульсом беременной, который по ритму не должен совпадать с сердцебиением плода);
- отметить ритмичность и четкость ударов;
- помочь беременной подняться с кушетки, повернувшись сначала на бок, а затем — сесть на кушетку;
- вновь протереть стетоскоп шариком, смоченным спиртом;
- скинуть клеенку в тазик;
- вымыть и вытереть руки;
- занести полученные данные в индивидуальную карту беременной.

При двойне сердцебиение плодов выслушивается в двух точках отчетливо, независимо друг от друга, в то время как между этими точками отмечается «зона молчания».

В норме сердцебиение плода составляет 120–140 ударов в одну минуту, ритмичное, четкое.

Отклонения в частоте, ритме и ясности ударов могут свидетельствовать об угрожающей внутриутробной асфиксии плода.

Дополнительные методы исследования

К *инструментальным методам* исследования беременной относятся: наружная кардиотокография (КТГ), УЗИ, доплерография (определение скорости кровотока в магистральных сосудах матки, пуповины и плода), определение биофизического профиля плода, амниоскопия.

К *лабораторным методам* диагностики относятся: определение уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ), определение белков в крови матери, экскреция гормонов (эстриола) с мочей матери, определение уровня плацентарного лактогена в крови матери, тест на толерантность к глюкозе, исследование на носительство микроорганизмов, а также амниоцентез, хорионбиопсия, кордоцентез, определение в родах рН крови плода.

Гигиена и диететика беременной

Беременность является физиологическим процессом. При нормальном ее течении все органы и системы у беременной женщины функционируют в обычном режиме. Однако нагрузка на организм в этот период повышена в связи с растущим плодом. Поэтому нарушение в диететике и гигиене, перегрузка организма, влияние неблагоприятных факторов внешней среды могут вредно воздействовать на беременную женщину и на плод и привести к различным отклонениям в ходе беременности.

Исходя из вышесказанного, рациональное питание и выполнение необходимых гигиенических правил способствуют правильному развитию плода, нормальному состоянию беременной женщины, а также хорошей подготовке к родам и нормальному их течению.

При нормальном течении беременности женщина может выполнять обычную работу, так как повседневная умеренная физическая и умственная нагрузка благоприятно воздействует на организм, а также не дает возможности развиться ожирению, ослаблению мышечной системы и не приводит к слабости родовых сил.

Однако любые перегрузки во время беременности, подъем тяжести, переутомление, а также воздействие вредных факторов (радиация, химические вещества, высокие температуры) могут оказать неблагоприятное воздействие на организм беременной женщины.

Во время беременности необходимо достаточное количество времени пребывать на свежем воздухе, так как это повышает поступление кислорода к плоду и таким образом улучшает маточно-плацентарное кровообращение.

Продолжительность сна должна составлять не менее восьми часов. Перед сном необходимо в течение одного-двух часов совершить прогулку. Кровать должна быть удобной; постельное белье нужно менять часто, спать беременной рекомендуется на спине или правом боку.

В течение первых и последних двух месяцев беременности не рекомендуется половая жизнь, в остальное время она должна быть умеренной, так как это может привести к возбуждению матки и стать причиной самопроизвольного прерывания беременности.

Контакт беременной женщины с инфекционными болезнями категорически запрещается, так как представляет опасность не только для матери, но и для плода.

Необходимо учитывать, что никотин, алкоголь, наркотические вещества оказывают крайне неблагоприятное воздействие на плод. Поэтому курение, применение алкоголя и наркотиков во время беременности недопустимо.

Никотин — один из основных токсических компонентов табачного дыма — обладает выраженным действием на сосуды, суживая их. Следовательно, у курящих

беременных страдает маточно-плацентарное кровообращение. В результате этого плод получает мало кислорода и питательных веществ. Обычно дети у таких женщин рождаются гипотрофичные, с низкой оценкой по шкале Апгар.

При систематическом употреблении *алкоголя* во время беременности может развиваться алкогольный синдром плода, который характеризуется множественными аномалиями развития, в том числе физического и психического развития, нарушениями со стороны центральной нервной системы (ЦНС), замедлением роста, характерными аномалиями лицевого черепа и аномалиями внутренних органов, конечностей и других систем организма.

Алкоголизм родителей оказывает влияние на здоровье потомства следующим образом: токсическим воздействием на половые клетки; воздействием на развивающийся плод; алкогольной интоксикацией ребенка в ранний период после рождения.

Давно замечено, что потомство мужчин-алкоголиков отстает в умственном и физическом развитии. Степень умственной недостаточности детей зависит от длительности заболевания отца. Такие дети часто рождаются с пороками развития, уродствами. Вследствие наследственной отягощенности у них повышается вероятность заболевания алкоголизмом. Указанные нарушения развития объясняются токсическим действием алкоголя и ацетальдегида на половые клетки — сперматозоиды. Среди них обнаруживается много деформированных или неподвижных форм. Оплодотворяющая способность их снижена. Если оплодотворение все же наступает — развивается неполноценный зародыш. Подобные нарушения развития наступают и в том случае, если мужчина употребляет алкоголь изредка, но в момент зачатия находится в состоянии опьянения.

Особенно грубые нарушения развития плода наступают в случае алкоголизма матери: при этом часто происходят выкидыши или рождаются мертвые дети.

Нередко женщины употребляют спиртные напитки, не зная еще, что они беременны. Многие считают, что небольшая доза алкоголя «не повредит». Но это не так. «Безопасных» доз алкоголя не существует. Считается, что от действия 100 г водки погибает 7,5 тысячи активно работающих клеток головного мозга.

Употребление наркотиков. К наркотическим средствам относятся различные вещества, которые по их действию на психику можно условно разделить на следующие группы: действующие успокаивающе, угнетающе, возбуждающе и создающие фантастические переживания, переносящие человека из мира реальности в мир искаженного восприятия.

Наркомания — явление не новое. Издавна во многих странах мира у многих народов употреблялись разнообразные одурманивающие сознание вещества. Их использовали с целью получить удовольствие, наслаждение, улучшить физическое или психическое состояние, т.е. тот комплекс ощущений, который объединяется термином «эйфория». В настоящее время наркотики применяются с той же целью. Они становятся жизненно необходимыми для наркомана; чтобы приобрести их, он готов платить любые деньги, идти на любое преступление.

Быстрота развития этой болезни зависит от специфичности воздействия наркотиков на нервную систему, головной мозг. Потребность вновь и вновь испытывать приятные ощущения превращает человека в раба пагубной привычки.

Всё более широкое распространение употребления наркотиков с целью достижения состояния эйфории объясняется социальными причинами: стремлением к обогащению, прагматическим отношением к действительности, социальной безысходностью для значительных слоев населения, бездуховностью, чувством одиночества.

Очень большое значение для обращения молодежи к наркотикам имеет ослабление внутрисемейных связей.

Специальные исследования показали, что наркотики употребляют преимущественно молодые люди, в семьях которых отсутствуют духовное общение и эмоциональная связь родителей с детьми (при хорошем материальном их обеспечении). При этом возрастает и влияние сверстников.

К факторам, способствующим распространению наркомании, следует отнести отсутствие у подростка братьев и сестер или большая разница в возрасте между ними. Побудительным мотивом к приему наркотиков может быть и пьянство одного или обоих родителей.

Наркомания представляет собой серьезную проблему для общества в связи с тем, что эта категория больных непоправимо разрушает свое здоровье, втягивает в злоупотребление все новых людей работоспособного возраста, преимущественно молодежь, и выключает их тем самым из общественно полезного труда, служит источником преступлений с целью добывания средств для приобретения наркотиков.

Длительное употребление наркотиков разрушительно действует на физическое здоровье человека.

Как правило, у наркоманов развиваются гастрит, гепатит, слабость сердечной мышцы. Наступает истощение, дефицит массы тела достигает 7–10 кг. Больные выглядят старше своих лет, на лице появляются обильные морщины, выпадают зубы. Снижается уровень половых гормонов и способность к зачатию. Быстро угасает половое влечение. Только четвертая часть наркоманов имеет детей. Судьба у этих детей тяжелая, поскольку токсическое действие наркотиков отражается и на потомстве.

Отравление детей наркотиками во *внутриутробном периоде развития* чревато формированием различных пороков и аномалий. Некоторые наркотические средства, вызывающие в основном галлюцинации (ЛСД), могут вызывать разрывы хромосом. Известно, что хромосомные аномалии в половых клетках родителей могут иметь различ-

ные, но всегда тяжелые последствия для потомства. Большинство зародышей с нарушениями строения хромосом, как правило, погибает. Большое количество самопроизвольных аборт у женщин-наркоманок обусловлено именно хромосомными нарушениями. В ряде случаев половые клетки с аномалиями строения хромосом принимают участие в оплодотворении и дают начало новому организму. Но у таких эмбрионов нарушаются процессы органогенеза, часто они бывают несовместимы с жизнью. Рождаются мертвые дети или дети с уродствами, с пониженной жизнеспособностью.

Особую опасность для потомства представляет злоупотребление наркотическими препаратами во время беременности. Отрицательное воздействие веществ, принимаемых во время беременности, может быть *прямым токсическим* (через повреждение клеточных структур эмбриона, плода) и *косвенным* (через изменение гормонального фона женщины и свойств слизистой оболочки матки). Наркотические вещества имеют невысокую молекулярную массу и легко проникают через плаценту. Обезвреживаются они медленно вследствие невысокой ферментативной активности в тканях и длительно циркулируют в организме плода.

Если отравление плода наркотиками в первые три месяца беременности сопровождается возникновением разнообразных пороков развития скелетно-мышечной системы, почек, сердца и других органов, то в более поздние сроки беременности наблюдается задержка роста плода. Сниженная масса тела обнаруживается у 30–50% младенцев, рожденных матерями-наркоманками.

Внутриутробное привыкание плода к наркотику приводит к развитию синдрома *абстиненции у новорожденного* — состояния, возникающего из-за внезапного прекращения поступления наркотика в организм новорожденного из организма матери в связи с родами. Этот синдром у

ребенка проявляется возбуждением, нарушением сна, пронзительным криком, частой зевотой, потливостью, чиханием, рвотами, поносом, повышением температуры, повышением или понижением мышечного тонуса, усилением рефлексов и др.

Время появления синдрома абстиненции у новорожденного ребенка зависит от типа и дозы наркотика, времени последнего перед родами приема его будущей матерью. Если она принимала морфин, то признаки абстиненции у ребенка обнаруживаются в первые трое суток после рождения; если принимались снотворные — симптомы абстиненции могут проявиться у ребенка и через две недели после рождения. Иными словами, клиническая картина и течение зависят от типа вещества, дозы и продолжительности его употребления на протяжении беременности.

Повышенная потребность в кислороде, нарушения обмена веществ, замедленность транспорта кислорода через плаценту у таких детей приводят к частому развитию дыхательных расстройств у новорожденного.

Известно, что наркотики, как и другие лекарственные вещества (например, транквилизаторы), могут вызывать у матери иммунологические, эндокринные и биохимические нарушения, которые, в свою очередь, предрасполагают к определенным врожденным или возникающим после рождения заболеваниям. У таких матерей появляются так называемые «слабые» дети.

Не вызывает сомнения недопустимость кормления ребенка матерью-наркоманкой, так как наркотики, как и большинство лекарственных препаратов, циркулируют в крови матери и переходят в молоко.

В последнее время все чаще встречаются случаи совместного употребления алкоголя с наркотическими средствами. Причина этого заключается в стремлении больного усилить и удешевить опьянение при невозможности уве-

личения дозы опийных препаратов. Совместное употребление алкоголя и наркотиков приводит к быстрому утяжелению психического и физического состояния больных.

Отношение общества к употреблению спиртных напитков и наркотиков диктуется уровнем общей культуры, развитием науки, господствующей моралью и, в конечном итоге, отражает социально-экономические предпосылки общественной жизни. Научные исследования проблемы алкоголизма и наркомании ведутся сегодня во многих странах, однако существенных достижений в этой области пока еще очень мало.

Воздействие ионизирующей радиации в период органогенеза и плацентации приводит к аномалиям развития плода, а часто плод просто погибает. Наибольшей чувствительностью к радиации обладают ЦНС, органы зрения и кроветворная система плода.

В первые два-три месяца беременности необходимо по возможности полностью отказаться от рентгенологических исследований, особенно связанных с областью малого таза. В более поздние сроки беременности рентгенологические исследования проводятся по строгим показаниям, а лучше их заменить на ультразвуковые.

Влияние химических веществ на плод представляет определенную опасность для беременных женщин, поэтому необходимо строго следить за тем, чтобы концентрации отдельных химических веществ (бензин, фенолы, демитилдиоксан, формальдегид, сероуглерод, ртуть, свинец, мышьяк и некоторые др.), содержащихся в окружающей производственной среде, не превышали предельно допустимую концентрацию (ПДК).

Особенностью беременности является воздействие некоторых *лекарственных веществ*. Так как при беременности изменилась функция печени, концентрация лекарственных препаратов в крови беременной находится на более высоком уровне, чем у небеременных.

Большинство лекарственных препаратов сравнительно свободно проходят через плацентарный барьер, оказывая эмбриотоксическое и тератогенное действие на плод, проявляющееся особенно четко на ранних стадиях развития зародыша (первые шесть–восемь недель беременности).

Поэтому существует ряд препаратов, которые противопоказаны во время беременности или должны применяться с осторожностью (в небольших дозах и в течение короткого времени). Некоторые лекарственные вещества могут даже привести к врожденным уродствам плода. Поэтому применять лекарственные препараты фельдшер и акушерка должны только после назначения врача — это должно быть отражено в листке назначений.

Ношение обуви на каблуках беременной противопоказано, так как это изменяет наклон таза и усиливает напряжение мышц спины и нижних конечностей.

Питание беременной женщины должно быть полноценным и рациональным, что способствует нормальному развитию плода и не позволяет развиваться разным осложнениям у матери.

Пища должна быть разнообразной, содержащей все основные питательные вещества.

Изменения вкусовых ощущений у беременной в первой половине беременности, особенно в первые два месяца, приводят к повышенному потреблению острых и соленых блюд. Но затем на третьем месяце может возникнуть тошнота и даже рвота по утрам.

В этих случаях рекомендуется принимать пищу лежа в постели, в холодном виде. Особой диеты в первой половине беременности не требуется.

Во второй половине беременности нужно несколько ограничить прием мясных блюд, преобладать должна молочно-растительная диета, лучше если это будут молочно-кислые продукты. Обязательно нужно порекомендовать те продукты, которые содержат кальций (творог, орехи).

Очень полезны овощи и фрукты, особенно в сыром виде, так как они содержат большое количество витаминов и микроэлементов (морковь, капуста, яблоки и пр.). Запрещаются острые приправы (перец, уксус, горчица, хрен и др.). Категорически запрещается алкоголь. Учитывая ограничение мясных продуктов, количество белков восполняется рыбой, творогом, сыром, яйцами.

Количество жидкости нужно сократить до 1,5 литра в сутки (учитывается вся жидкость, находящаяся в продуктах), необходимо ограничить соль, так как нарушение водно-солевого режима во второй половине беременности способствует развитию отеков.

Беременная женщина должна тщательно следить за чистотой своего тела, так как через кожу выделяются продукты обмена. Купание рекомендуется под душем, в последние месяцы беременности не советуют принимать ванны, чтобы избежать инфицирования через влагалище.

Учитывая усиленную выделительную функцию, беременной женщине необходимо подмывать половые органы с мылом после каждого акта мочеиспускания и дефекации движениями спереди назад, чтобы не занести инфекцию из анального отверстия.

Спринцевания беременной женщине не разрешаются.

Необходимо готовить молочные железы к кормлению ребенка (ежедневное обмывание теплой водой с мылом с последующим обтиранием полотенцем). При наличии втянутых сосков их нужно массировать чисто вымытыми руками, оттягивая большим и указательным пальцами наружу в течение пяти минут два-три раза в день.

Бюстгальтер беременной женщины должен поддерживать (но не сдавливать) молочные железы, он должен быть из хлопчатобумажной ткани.

Одежда беременной должна быть свободной, не сдавливать грудь и живот (ношение тугих поясов запрещается). Круглые резинки носить нельзя.

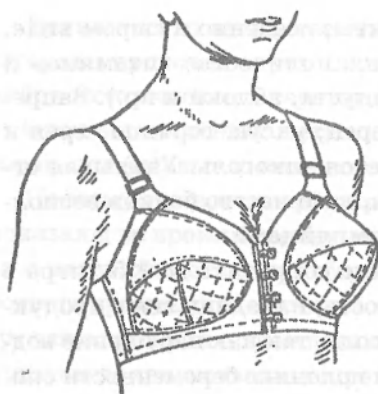


Рис. 16. Бюстгальтер
для беременной



Рис. 17. Бандаж
для беременной

Со второй половины беременности рекомендуется носить дородовой пояс, шнуровать его снизу вверх лежа на спине (на ночь снимать). Ношение пояса перемещает центр тяжести, препятствует растяжению брюшной стенки, не давит на нижний сегмент матки и является профилактикой преждевременных родов.

Потребность в витаминах во время беременности резко возрастает. Их недостаток приводит к ряду нарушений: понижается сопротивляемость организма беременной к инфекционным заболеваниям, снижается трудоспособность, нарушается развитие плода, иногда приводящее к выкидышам и преждевременным родам.

Питание беременных должно быть частым (четыре раза в день) и небольшими порциями.

У беременных наблюдается склонность к запорам, что можно регулировать, употребляя свежие овощи и фрукты, кисломолочные продукты, черный хлеб.

В ходе диспансеризации беременных женщин при выявлении любых отклонений от нормы, осложненного течения беременности направляют в стационар для уточнения диагноза и проведения необходимой коррекции беременности.

Так как беременная нуждается в улучшении дыхания, кровообращения, обмена веществ и функций нервной системы, ей полезны специальные гимнастические упражнения. Установлено, что у женщин, занимающихся во время беременности физкультурой, роды протекают более физиологично. Поэтому беременным женщинам, у которых беременность протекает без осложнений, следует рекомендовать специальный комплекс упражнений.

Подготовка к родам (содержание бесед с беременными)

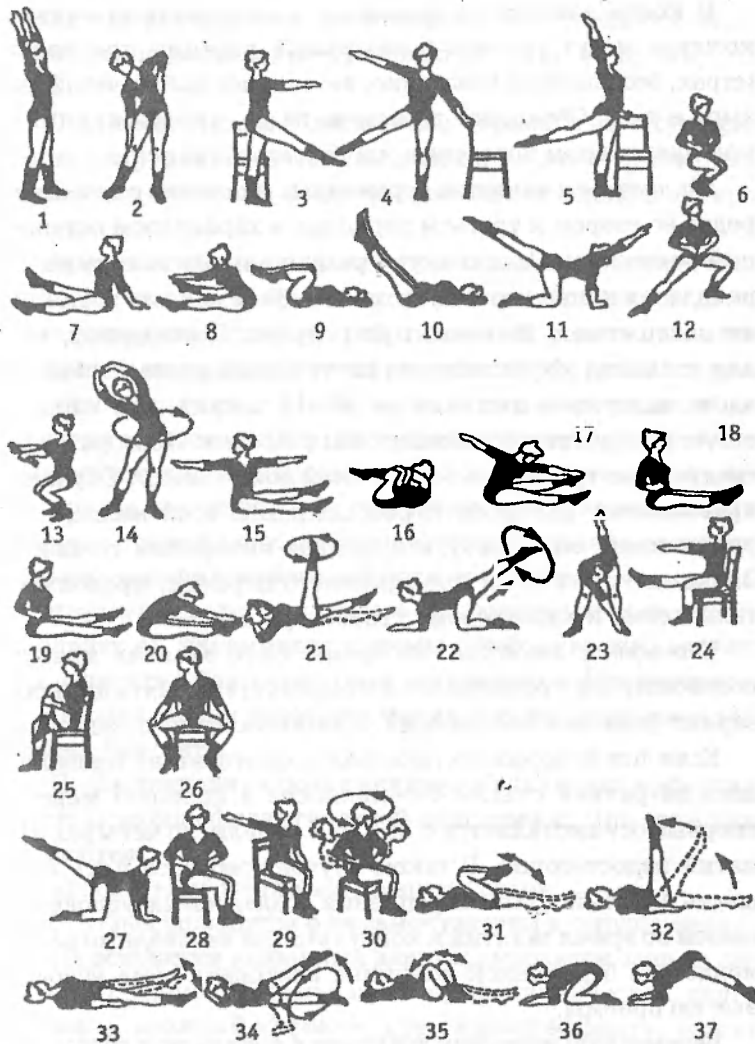
На первом занятии беременной сообщают краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов; об изменениях, происходящих в ее организме в связи с беременностью; подчеркивают, что всё это обеспечивает нормальное течение родов. Роды освещают как нормальный физиологический акт, дают представление о трех периодах родов. Знакомят женщин с особенностями первого периода родов, объясняют субъективные ощущения рожавшей женщины, дают понятие о схватках, их продолжительности и регулярности. Затем излагают процессы, происходящие в половых органах роженицы в первом периоде родов; подчеркивают физиологический характер происходящих изменений, связанных с раскрытием шейки

матки, и разъясняют роль плодного пузыря околоплодных вод. Обращают внимание на то, что роды протекают при некоторой затрате физических сил. Поэтому важно, чтобы женщина во время родов сохраняла силы к решающему моменту родового акта — изгнанию плода. Для этого во время родов необходимо спокойное положение, регулярное питание, выполнение указаний медицинского персонала.

На втором занятии объясняют, как должна вести себя женщина при появлении схваток и в течение всего первого периода родов. Беременных женщин обучают следующим специальным физическим приемам, способствующим правильному течению родов и снижению болевых ощущений.

1. Лежать спокойно.
2. Во время схваток глубоко и ритмично дышать.
3. Сочетать вдох и выдох с легким поглаживанием нижней половины живота концами пальцев обеих рук, проводимым от средней линии живота над лоном кнаружи и вверх.
4. Поглаживать кожу в крестцово-поясничной области в сочетании с дыханием.
5. Прижимать кожу к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передневерхних остей и у наружных углов пояснично-крестцового ромба. При прижатии у передневерхних остей ладони располагаются вдоль ребер, прижатие же совершается концами больших пальцев. Прижатие у наружных углов пояснично-крестцового ромба совершается подкладыванием кистей рук роженицы, сжатых в кулаки.
6. Считать схватки.
7. В паузе между схватками отдыхать и по возможности дремать.

Приемы должны быть хорошо усвоены беременной и точно выполняться в определенной последовательности, указываемой персоналом.



**Рис. 18. Комплекс физических упражнений
в различные сроки беременности:**

1-12 — в первые 16 недель беременности;
13-26 — с 16-й по 32-ю недели беременности;
27-37 — с 36-й недели беременности

В конце занятий беременным разъясняют причины, которые могут усилить болезненные реакции при родах (страх, беспокойное поведение, переполненный мочевой пузырь и т.д.). Обращают внимание на то, что эти причины при правильном поведении могут быть устранены.

На третьем занятии беременных знакомят с течением родов во втором и третьем периодах и характером ощущений роженицы. Рекомендуют рациональные положения в начале и в конце периода изгнания. Беременных тренируют задерживать дыхание при потугах. Разъясняют, что для усиления эффективности потуг нужно после глубокого вдоха задержать дыхание на 10–15 секунд, что способствует увеличению мышечного напряжения. Повторять это следует два-три раза в течение каждой схватки. Обучают правильному дыханию и расслаблению всех мышц для уменьшения силы потуги в момент выведения головки. Знакомят с течением послеродового периода, продолжительностью и характером схваток при нем.

Четвертое занятие. Во время этого занятия кратко повторяют всё пройденное на предыдущих занятиях, проверяют усвоение женщинами указанных выше приемов.

Если психопрофилактическая подготовка не проводилась на ранней стадии беременности в должной мере и впервые осуществляется с 35–36-й недели, то четырех занятий недостаточно. В таком случае требуется пять или шесть занятий. Для закрепления создаваемых условных связей во время занятий в консультации необходимо рекомендовать беременной женщине повторять дома усвоенные ею приемы.

Беременную женщину знакомят с порядком и обстановкой в родильном доме и осведомляют об обязательных и возможных манипуляциях во время родов (наружное и влагалищное исследование, внутривенное введение глюкозы, вдыхание кислорода и др.). Женщине разъясняют не-

обходимость строгого выполнения ею всех указаний медицинского персонала, регулярного питания во время родов.

При патронажном посещении беременных акушерка вновь закрепляет в сознании женщины полученное представление о течении родов и правилах поведения во время них.

Эффект психопрофилактической подготовки в значительной мере зависит от организации работы в родильном доме, поведения медицинских работников. В родильном доме должна быть уютная, спокойная обстановка, а также приветливое отношение к роженице. В ее присутствии не допускаются посторонние разговоры и рассуждения об осложнениях родов. Неправильное поведение медицинского персонала (неосторожные разговоры, недостаточно внимательное отношение к роженице) может снизить результаты психопрофилактической подготовки к родам.

Акушерка ведет постоянное наблюдение за роженицей, ободряет ее, напоминает приемы обезболивания, вселяет уверенность в благоприятном исходе родов. Исследование роженицы, прием родов, все манипуляции проводятся спокойно, без суеты.

После окончания родов акушерка оценивает эффективность психопрофилактической подготовки. При этом учитываются:

- а) поведение женщины во время родов;
- б) отзыв роженицы о ее самочувствии и ощущениях.

На основании указанных данных выводится одна из следующих оценок эффекта психопрофилактической подготовки — «полный эффект», «частичный эффект», «отсутствие эффекта».

Если роженица не прошла психопрофилактической подготовки в консультации, ее обучают всем приемам в родильном доме. При этом также выявляют и устраняют страхи и опасения и поддерживают уверенность в благо-

приятном исходе родов. Эффект такой беседы ниже, чем продолжительная психопрофилактическая подготовка.

Во многих консультациях психопрофилактическую подготовку проводят в сочетании с комплексом гигиенической гимнастики для беременных (физиопрофилактическая подготовка к родам). Такое сочетание является эффективным в отношении благоприятного течения родов



САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМЫ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Акушерский стационар

Основной задачей родильного дома является оказание квалифицированной стационарной помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период пребывания их в родильном доме.

В *физиологическое* (первое) отделение госпитализируются женщины, полностью обследованные и не имеющие никакой патологии.

В *обсервационное* отделение (второе) госпитализируются беременные и роженицы, имеющие какую-либо патологию (инфекцию, повышенную температуру, респираторные заболевания и т. д.), либо при отсутствии полного обследования во время беременности, предусмотренного законодательной документацией.

В *отделении патологии беременности* госпитализируются беременные с осложненным течением беременности (угроза преждевременного прерывания беременности, гестоз), а также женщины, имеющие экстрагенитальную патологию и высокую степень риска, в сроки, определяемые индивидуально врачами.

В настоящее время предусмотрено совместное пребывание матери и ребенка с момента рождения до выписки из стационара в том случае, если мать и ребенок не имеют патологии.

Медицинское наблюдение и уход за новорожденными обеспечивают врач-неонатолог, фельдшер и акушерка.

На четвертые сутки после родов ребенку делают прививку БЦЖ. О выписке матери и ребенка сообщают в женскую и детскую консультации, что является поводом для патронажа на дому в первые дни после выписки.

Оснащение родильного отделения

Стационарная акушерская помощь женщинам оказывается в родильных домах (самостоятельных) или в родильных отделениях, входящих в состав больниц или медико-санитарных частей. Организация их работы строится по единому принципу о положении родильного дома (отделения) согласно приказам, распоряжениям, инструкциям, указаниям вышестоящих органов здравоохранения.

Структура родильного дома должна соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений; оснащение — табелю оборудования; санитарно-противоэпидемический режим — действующим нормативным документам, которыми являются: Приказ МЗ СССР от 09.01.1986 № 55 «Об организации работы родильных домов (отделений)», а также приказы № 338, 372, 470, отраслевой стандарт ОСТ 41-21-2-85 и др. документы.

Очень важной задачей акушерско-гинекологического стационара является предупреждение инфекционных осложнений во время беременности и в послеродовом периоде.

Источниками инфекции в роддоме могут быть:

- ▶ персонал, не обследованный должным образом на бактерионосительство;
- ▶ беременные, роженицы и родильницы;
- ▶ внутрибольничная инфекция;
- ▶ новорожденные с заболеваниями зева, кожных покровов, желудочно-кишечного тракта.

Чаще всего «входными воротами» инфекции у родильниц могут быть поврежденные родовые пути, а у детей — культи пуповины, реже — поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки, дыхательные пути и пищеварительный тракт.

Поэтому объектами тщательной подготовки и дезинфекции становятся:

- ▶ персонал, обслуживающий родовспомогательные учреждения;
- ▶ порядок приема беременных и рожениц в роддома (отделения);
- ▶ подготовка и дезинфекция палат, родзала и всего родильного блока;
- ▶ режим их работы;
- ▶ текущая уборка;
- ▶ своевременная генеральная уборка родзала;
- ▶ работа отделения новорожденных;
- ▶ порядок выписки из стационара родильницы и новорожденного.

Целью данного пособия является научить фельдшера и акушерку соблюдать все вышеперечисленные мероприятия и выработать у них навыки по выполнению необходимых требований.

Оснащение, оборудование и организация работы структурных подразделений родильного дома

Комната-фильтр. В ней размещают кушетку, покрытую клеенкой; стол; стулья; тумбочку; шкаф для временного хранения одежды женщины, поступающей в роддом; сейф для хранения ценностей и денег беременных и рожениц.

На тумбочке располагаются: емкость с термометрами, полностью погруженными в дезинфицирующий раствор; почкообразный лоток для хранения термометров; стери-

лизатор с кипячеными шпателями (можно одноразовые, деревянные); лоток для использованных шпателей; стерильная банка с тройным раствором, в котором находится стерильный корнцанг (стерилизуется каждые три часа). Тройной раствор меняется два раза в сутки.

В тумбочке, в мешке хранят обеззараженные тапочки. Там же находятся эмалированная плотно закрывающаяся емкость (0,5–1,0 л) с дезраствором, коробка с ветошью стерильной и лампа-рефлектор для осмотра кожных покровов.

В комнате-фильтре оценивают общее состояние поступающей женщины, измеряют температуру, осматривают кожные и слизистые покровы, зев, считают пульс, измеряют артериальное давление на обеих руках.

Необходимо ознакомиться с обменной картой (картой беременной) и выяснить, полностью ли она обследована и нет ли у нее инфекционных заболеваний (особенно во время беременности).

После этого решается вопрос о госпитализации в физиологическое или наблюдательное отделение, и женщина направляется в смотровую комнату.

Смотровые оборудованы:

- ▶ кушеткой, покрытой клеенкой;
- ▶ гинекологическим креслом;
- ▶ двумя шкафами;
- ▶ двумя столами;
- ▶ стульями;
- ▶ шкафом для рубашек, полотенец и халатов для поступающих.

В смотровой должны быть:

- ▶ весы;
- ▶ ростомер;
- ▶ прибор для измерения артериального давления;
- ▶ стетофонендоскоп;

- ▶ акушерский стетоскоп;
- ▶ тазомер;
- ▶ сантиметровая лента;
- ▶ биксы со стерильными подкладными, ватными и марлевыми шариками, деревянными палочками с ватой; индивидуальными комплектами для рожениц (рубашка, полотенце, подкладная, халат, мочалка), перчатками и резиновыми катетерами;
- ▶ отдельный бикс с набором для экстренного приема родов;
- ▶ отдельные эмалированные кастрюли с 3–4 безопасными бритвенными станками в каждой — для бритья волос в подмышечных впадинах и на лобке;
- ▶ 2–3 отдельные кастрюли для обеззараживания станков, лезвия (бритье волос в подмышечных впадинах и на лобке производят разными лезвиями и используют их однократно);
- ▶ флакон стеклянный с притертой пробкой для жидкого кипяченого мыла или мыльного спирта;
- ▶ кастрюля для кипячения мыла.

В смотровой должны быть: набор сывороток, тарелка и всё необходимое для взятия и определения группы крови и гемоглобина.

Для сбора мочи необходимо иметь несколько обеззараженных лотков, которые находятся в эмалированной кастрюле с крышкой, спиртовую горелку и штатив с пробирками для проведения качественной пробы мочи на белок кипячением или с раствором сульфосалициловой кислоты (20%-ный раствор).

В смотровой находятся: стерильные шприцы и иглы для инъекций и темная стеклянная банка (1 литр) с корнцангом или пинцетом в тройном растворе для взятия стерильного материала и инструментов, ножницы, лоток (для погружения ножниц в 10%-ный раствор формалина),

емкость для хранения обеззараженных ножниц, стеклянные флаконы с пробками с 5%-ным раствором йода, 1%-ным раствором йодоната, стеклянные банки с притертыми пробками с марлевыми шариками в 0,02%-ном растворе фурацилина, бутылка из темного стекла с 3%-ным раствором перекиси водорода, бутылки с 10%-ным раствором формалина, 0,02%-ным раствором фурацилина, темная бутылка с тройным раствором, флаконы с 10%-ным раствором марганцовокислого калия, 2%-ным раствором бриллиантового зеленого. Все должно быть аптечного приготовления и переливать в другие емкости не разрешается.

В смотровых должны быть: эмалированная посуда для дезинфекции лотков; эмалированный таз для обеззараживания рук персонала растворами бактерицидных средств; кастрюли с кипячеными щетками; емкости для использованных щеток; кувшин для подмывания женщин после бритья; стерилизатор с корнцангами для обработки женщин; судна и бак для их дезинфекции; 2–3 кружки Эсмарха и емкости для их дезинфекции; эмалированная кастрюля с наконечниками для клизм и емкость для использованных наконечников. Для унитаза хранят клеенчатые или одноразовые подкладные кольцеобразной формы, они находятся в биксах, а после использования складываются в специальной емкости.

В душевой должны быть специальные коврики.

Уборочный инвентарь маркируют.

В смотровой комнате необходимо иметь: запас (1 кг) сухого дезинфицирующего средства; емкость (1 л) с рабочим дезинфицирующим раствором; бикс со стерильной ветошью и емкости для дезинфектантов, используемых при уборке помещения; эмалированное ведро с крышкой для кипячения стерильных банок; бак с крышкой и клеенчатым мешком внутри для сбора использованного белья.

Все емкости должны быть маркированы масляной краской и использоваться только по назначению. К биксам

должны быть привязаны бирки размером 8 × 5 см с указанием даты стерилизации, содержимого бикса и фамилией лица, проводившего стерилизацию.

В приемно-смотровых помещениях рекомендуется иметь воздушный стерилизатор (сухожаровой шкаф). Стерилизации подлежат инструменты, материалы и другие изделия медицинского назначения, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью или инъекционными препаратами.

В смотровой должен постоянно находиться портативный наркозный аппарат для оказания неотложной помощи на случай поступления беременных или рожениц в тяжелом состоянии (поздние токсикозы).

Смотровые должны систематически кварцеваться или облучаться лампами БОН-150 или ОПБ-300. В смотровой акушерского отделения необходимо иметь все медикаментозные средства для оказания неотложной помощи (сердечно-сосудистые препараты, гипотензивные, транквилизаторы, сокращающие и т.д.).

В смотровой комнате собирается анамнез; проводится объективное исследование органов и систем; измеряется масса тела, рост, артериальное давление; проводится акушерское обследование: определяют размеры таза, окружность живота, высоту стояния дна матки над лоном, положение и предлежание плода; выслушивают и подсчитывают сердцебиение плода; выясняют наличие отеков; определяют группу крови, содержание гемоглобина в крови, пробу мочи на белок (если отошли околоплодные воды, мочу получают катетером). Все полученные данные отмечают в истории родов. Затем проводят санитарную обработку: стригут ногти на руках и ногах, сбивают волосы в подмышечных впадинах и на лобке, обмывают из кувшина, ставят очистительную клизму (при отсутствии противопоказаний женщина принимает душ, надевает стерильную рубашку

и халат, обеззараженные тапочки). Вещи беременной забирают сопровождающие ее лица или их складывают в два хлопчатобумажных мешка (одежда и обувь отдельно) и сдают на склад.

Из смотровой в сопровождении медицинского персонала женщина переходит в родовой блок или отделение патологии беременных, а при необходимости ее перевозят на каталке (обязательно в сопровождении фельдшера или акушерки). Перевод женщины из отделения патологии беременных в родильное отделение осуществляется обязательно через приемное отделение, где ей проводят полную санитарную обработку.

Студент должен знать:

- ▶ значение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в акушерско-гинекологических лечебных учреждениях;
- ▶ источники инфекционных осложнений в акушерско-гинекологической практике;
- ▶ «входные ворота» инфекции у матери и новорожденного;
- ▶ правильное оборудование и оснащение фильтра и смотровой комнаты родильного дома (отделения);
- ▶ последовательность и правила приема беременной и роженицы в роддом;
- ▶ необходимую документацию и правила заполнения ее;
- ▶ правила обработки предметов ухода, инвентаря;
- ▶ санитарную обработку роженицы и беременной.

Студент должен уметь:

- ▶ проверить правильность оснащения фильтра и смотровой в родильном стационаре;
- ▶ провести необходимую стерилизацию инвентаря в этих помещениях;
- ▶ уметь обработать руки;

- ▶ проанализировать правильность и полноценность данных обследования на основании индивидуальной карты беременной;
- ▶ собрать анамнез и занести данные в историю родов;
- ▶ провести санитарную обработку беременной и роженицы (срезать ногти на руках и ногах, сбрить волосы в подмышечных впадинах и на лобке, поставить очистительную клизму, помыть женщину в душе, переодеть ее в стерильное белье);
- ▶ перевести женщину в отделение патологии беременных или в предродовое отделение.

Обработка предметов ухода

Цель: правильно подготовить к работе: термометры медицинские, наконечники для клизм и спринцеваний, судна и пр.

Подготовка медицинских термометров

Оснащение:

- ▶ термометры медицинские;
- ▶ растворы хлорамина: 0,5%, 1%, 2% -ный;
- ▶ перекись водорода — 3% -ный раствор;
- ▶ проточная вода.

Методика выполнения:

Термометр необходимо полностью погрузить в дезинфицирующий раствор:

- 0,5% -ного хлорамина — на 30 минут;
- 1% -ного хлорамина — на 15 минут;
- 2% -ного хлорамина — на 5 минут;
- 3% -ной перекиси водорода — на 80 минут.

После этого нужно промыть термометр в проточной воде.

**Подготовка наконечников для клизм
и спринцеваний****Оснащение:**

- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ наконечники;
- ▶ проточная вода;
- ▶ моющий раствор;
- ▶ простыни;
- ▶ автоклав;
- ▶ дистиллированная вода.

Методика выполнения:

- наконечники для клизм или спринцеваний заложить в 3% -ный раствор хлорамина на один час;
- промыть проточной водой;
- поместить в моющий раствор (+50 °С) на 15 минут;
- промыть проточной водой;
- промыть дистиллированной водой;
- просушить;
- завернуть в простыни;
- поместить в автоклав.

Обработка суден**Оснащение:**

- ▶ судна;
- ▶ 1% -ный раствор хлорной извести;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ проточная вода.

Методика выполнения:

- судна залить 1% -ным раствором хлорной извести на один час;
- опорожнить;
- поместить в 3% -ный раствор хлорамина на два часа;
- промыть;
- высушить.

Обработка инвентаря

Оснащение:

- ▶ необходимый инвентарь;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина В или раствор 0,5% -ного гипохлорита натрия;
- ▶ проточная вода.

Методика выполнения:

- погрузить инвентарь в 3% -ный раствор хлорамина В на один час;
- промыть в проточной воде;
- высушить.

Обработка резиновых грелок, пузырей со льдом

Оснащение:

- ▶ грелки;
- ▶ пузыри для льда;
- ▶ 1% -ный раствор хлорамина В;
- ▶ 0,25% -ный раствор гипохлорита натрия или другие дезинфицирующие средства;
- ▶ проточная вода;
- ▶ ветошь.

Методика выполнения:

- двукратно протереть грелку или пузырь для льда ветошью, смоченной 1% -ным раствором хлорамина В или 0,25% -ным раствором гипохлорита натрия, либо другим дезинфицирующим средством с интервалом в 15 минут;
- промыть проточной водой.

Обработка перчаток

Оснащение:

- ▶ перчатки;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;

- ▶ моющий раствор (+50 °С);
- ▶ тальк;
- ▶ мягкая ткань;
- ▶ проточная вода;
- ▶ автоклав.

Методика выполнения:

- замочить перчатки в 3%-ном растворе хлорамина на один час;
- промыть проточной водой;
- поместить в моющий раствор на 15 минут;
- промыть проточной водой;
- высушить;
- пересыпать тальком;
- поместить в автоклав.

Обработка щеток**Оснащение:**

- ▶ щетки;
- ▶ проточная вода;
- ▶ 2%-ный содовый раствор;
- ▶ емкость для кипячения (стерилизатор или эмалированная кастрюля с крышкой).

Методика выполнения:

- промыть щетки проточной водой;
- поместить их в кастрюлю или стерилизатор;
- залить 2%-ным содовым раствором, чтобы они были покрыты им полностью;
- кипятить в течение 15 минут.

Обработка ножниц, бритвенных приборов**Оснащение:**

- ▶ ножницы;
- ▶ бритвенные приборы;

- ▶ 10% -ный раствор формалина;
- ▶ проточная вода;
- ▶ 4% -ный раствор перекиси водорода;
- ▶ 0,5% -ный раствор моющих;
- ▶ емкости.

Методика выполнения:

I способ:

- ножницы и бритвенные приборы погрузить в 10% -ный раствор формалина на 15 минут;
- промыть проточной водой.

II способ: поместить все в 4% -ный раствор перекиси водорода с добавлением 0,5% -ного моющего раствора на 90 минут.

Обработка клеенок

Оснащение:

- ▶ клеенки;
- ▶ емкость;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ проточная вода.

Методика выполнения:

- клеенки погрузить в 3% -ный раствор хлорамина на 60 минут;
- промыть проточной водой;
- высушить.

Обработка тапочек

Оснащение:

- тапочки;
- ветошь;
- 10% -ный раствор формалина;
- мешок;
- 1% -ный раствор аммиака.

Методика выполнения:

- в носки тапочек заложить ветошь, смоченную 10% -ным раствором формалина;
- поместить тапочки в мешок на два часа;
- протереть тапочки ветошью, смоченной 1% -ным раствором аммиака;
- накрыть тапочки тканью и выдержать 30 минут;
- проветрить;
- хранить в закрытой тумбочке.

Тапочки можно дезинфицировать в дезкамере.

Обработка рук персонала**Оснащение:**

- ▶ биглюконат (гибитон);
- ▶ 0,5% -ный спиртовой раствор;
- ▶ рецептура С-4 (первомур) — 2,4% -ный раствор;
- ▶ дегмин — 10% -ный раствор;
- ▶ йодопирон — 0,1% -ный раствор;
- ▶ тазик эмалированный;
- ▶ проточная вода;
- ▶ щетки;
- ▶ кусочки мыла;
- ▶ стерильные салфетки;
- ▶ перчатки стерильные.

Методика выполнения:

- вымыть руки проточной водой щеткой с мылом в течение одной минуты в следующей последовательности: кисть, ногтевая фаланга, межпальцевые пространства, предплечье;
- насухо вытереть руки стерильной салфеткой;
- 0,5% -ным раствором хлоргексидина с помощью двух увлажненных тампонов обрабатывают руки в той же последовательности в течение пяти минут;

- при использовании 1%-ного раствора дегмина обработка проводится двумя тампонами по три минуты (всего шесть минут);
- с помощью 0,1%-ного раствора йодопирона моют руки стерильной салфеткой в эмалированном тазу четыре минуты;
- рецептурой С-4 (первомур) 2,4%-ным раствором моют руки в эмалированном тазу путем погружения их туда на одну минуту;
- после обработки руки вытирают стерильной салфеткой;
- на руки надевают стерильные перчатки.

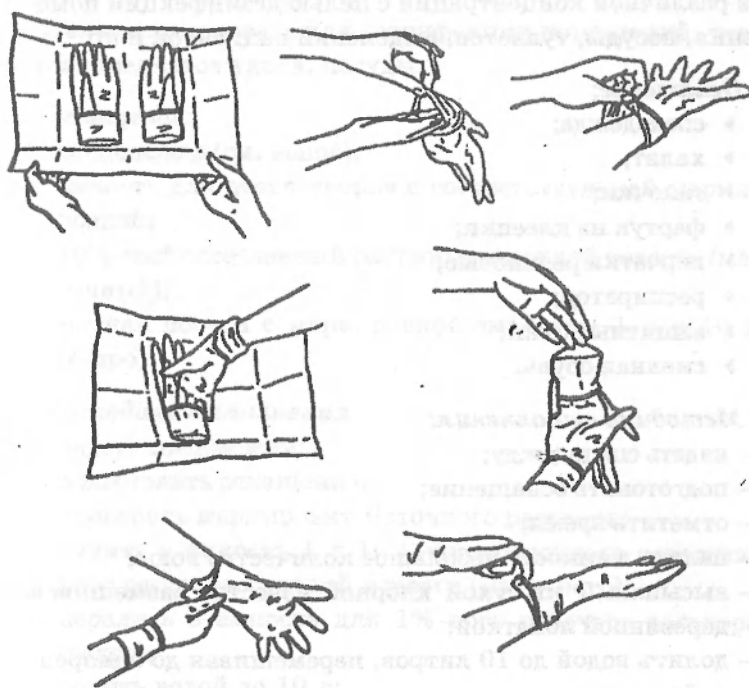


Рис. 19. Надевание стерильных перчаток

Обработка операционного поля

Кожа операционного поля без предварительного мытья обрабатывается путем двукратного смачивания ее с помощью стерильного тампона, смоченного в 1% -ном растворе йодопирона, или 0,5% -ном растворе хлоргексидина, или 5% -ной спиртовой настойке йода.

**Техника приготовления
дезинфицирующих растворов**

Приготовление 10% -ного основного осветленного раствора хлорной извести (маточный раствор).

Цель: использовать для приготовления рабочих растворов различной концентрации с целью дезинфекции помещения, посуды, туалетов, выделений пациенток и пр.

Оснащение:

- ▶ спецодежда;
- ▶ халат;
- ▶ тапочки;
- ▶ фартук из клеенки;
- ▶ перчатки резиновые;
- ▶ респиратор;
- ▶ защитные очки;
- ▶ сменная обувь.

Методика выполнения:

- надеть спецодежду;
- подготовить оснащение;
- отметить время;
- налить в емкость небольшое количество воды;
- высыпать 1 кг сухой хлорной извести, размешивая деревянной лопаткой;
- долить водой до 10 литров, перемешивая до однородной массы;
- закрыть емкость крышкой;

- сделать отметку на бирке о времени приготовления, поставить свою подпись;
- снять спецодежду;
- вымыть руки и лицо с мылом, вытереть насухо;
- в течение суток перемешать раствор несколько раз;
- раствор должен храниться в темном месте и под замком.

Через 24 часа раствор сливается в емкость с маркировкой и датой приготовления и отмечается в журнале учета личной подписью.

Приготовление 1%-ного рабочего раствора хлорной извести (10 л)

Цель: использовать для дезинфекции помещений, туалетов, предметов ухода, посуды.

Оснащение:

- ▶ спецодежда (см. выше);
- ▶ емкость для дезрастворов с соответствующей маркировкой;
- ▶ 10%-ный осветленный раствор из хлорной извести (маточный);
- ▶ мерная посуда с маркировкой емкостью 1 л и 10 л (ведро).

Методика выполнения:

- надеть спецодежду;
- подготовить оснащение;
- проверить маркировку маточного раствора;
- налить в емкость 1 л 10%-ного основного осветленного раствора хлорной извести (маточного);
- перелить в емкость для 1%-ного рабочего раствора (ведро);
- долить водой до 10 л;
- размешать раствор деревянной лопаткой;

- закрыть крышкой, проверить маркировку, поставить дату приготовления раствора и подпись изготовителя;
- снять спецодежду;
- вымыть руки и вытереть их насухо.

Приготовление 1%-ного раствора хлорамина (1 л)

Цель: использовать для дезинфекции согласно приказам по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима.

Оснащение:

- ▶ спецодежда;
- ▶ сухой порошок хлорамина (10 г);
- ▶ емкости для воды с маркировкой до 1 л;
- ▶ емкость для дезраствора;
- ▶ деревянная лопатка.

Методика выполнения:

- надеть спецодежду;
- подготовить оснащение;
- проверить маркировку;
- налить в емкость небольшое количество воды;
- поместить в емкость сухой порошок хлорамина (10 г);
- долить воды до метки 1 л;
- перемешать раствор деревянной лопаткой;
- закрыть емкость крышкой;
- проверить маркировку емкости и бирки;
- поставить дату приготовления раствора и подпись изготовителя;
- снять спецодежду, вымыть руки, вытереть насухо.

Использовать свежеприготовленный раствор можно только однократно.

Дезинфицирующие средства нового поколения

Эти средства обладают бактерицидным, вирулентоцидным, фунгицидным свойствами.

Цель: применение для дезинфекции изделий из металла, резины, стекла, пластика, дезинфекции помещений, обработки рук персонала.

Приготовление раствора «Виркона»

Концентрация рабочего раствора, %	Количество препарата и дистиллированной воды (мл)			
	на 1 л воды		на 10 л воды	
	препарат (г)	вода (л)	препарат (г)	вода (л)
1	10	1	100	10
2	20	1	200	10

Приготовление раствора «Септабика»

Концентрация рабочего раствора, %	Количество препарата и дистиллированной воды (мл)			
	на 1 л воды		на 10 л воды	
	препарат (г)	вода (л)	препарат (г)	вода (л)
0,1	1	1	10	10
0,05	0,5	1	5	10
0,025	0,25	1	25	10

Методика выполнения:

- приготовить порошок, дистиллированную воду, емкость;
- надеть спецодежду (маска, перчатки, резиновый фартук);
- размешать порошок в дистиллированной воде («Виркон» — в теплой воде);
- вымыть руки, лицо, вытереть насухо;

- снять спецодежду;
- прополоскать рот водой.

При попадании порошка:

- 1) на кожу — промыть 10% -ным раствором пищевой соды;
- 2) в глаза — промыть большим количеством воды;
- 3) внутрь — запить двумя стаканами молока или большим количеством воды.

Концентрация раствора, %		Количество порошка (г)		Количество воды (мл)	
1	2	1	2	1	2
10	10	10	10	10	10
10	10	10	10	10	10

Концентрация раствора, %		Количество порошка (г)		Количество воды (мл)	
1	2	1	2	1	2
0,1	0,2	1	2	10	10
0,1	0,2	1	2	10	10



САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПОСТУПАЮЩИХ В ОТДЕЛЕНИЕ РОЖЕНИЦ И БЕРЕМЕННЫХ

Осмотр беременных и рожениц

При поступлении женщины в фильтр родильного дома (отделения) медперсонал на основании ознакомления с индивидуальной картой беременной (роженицы) должен убедиться в том, что она полностью обследована соответственно законодательным документам и инструкциям, которыми руководствуются родовспомогательные учреждения. Там же женщине измеряют температуру тела и осматривают кожные покровы и слизистые, зев для того, чтобы избежать возможных воспалительно-инфекционных заболеваний, сопутствующих беременности.

После этого беременная (роженица) поступает в смотровую физиологического или обсервационного отделения, где и проводится санитарно-гигиеническая обработка. Она необходима для предупреждения внутрибольничной инфекции.

Санитарно-гигиенической обработкой женщины руководят акушерка и санитарка. Необходимо строго соблюдать последовательность «движения» роженицы или беременной во время санитарно-гигиенической обработки.

Прежде чем начинать санитарно-гигиеническую обработку, необходимо тщательно осмотреть тело пациентки и голову для выявления педикулеза (вшивости). Это осуществляется сразу же после регистрации, оформления соответствующей документации и измерения температуры и внешнего осмотра женщины.

Основные признаки педикулеза:

1. Зуд, сопровождающийся расчесами, иногда аллергией.
2. Огрубление кожи от укусов вшей.
3. Пигментация кожи за счет кровоизлияний в ткани.
4. Спутанность волос, склеенных гнойно-серозными выделениями на голове.

На человеке паразитирует три вида вшей:

- 1) платяная;
- 2) головная;
- 3) лобковая.

Эпидемиологическое значение имеют головная и платяная вши, которые являются переносчиками тяжелых инфекционных заболеваний — сыпного и возвратного эпидемического тифа, волынской лихорадки.

Лобковая вошь не является переносчиком инфекционных заболеваний. Однако расчесы кожи, вызванные зудом, при присоединении инфекции вызывают гнойничковые поражения кожи.

При выявлении вшей тщательно сбривают волосную покров на голове, в подмышечных впадинах, на лобке, а пациентку купают и меняют полностью ее белье.

После осмотра на педикулез беременной или роженице предлагают самостоятельно, а при необходимости (с помощью медицинского работника) остричь ногти на руках и ногах, используя разные ножницы.

Стрижка ногтей на руках

Цель: постричь ногти на руках.

Оснащение:

- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ ножницы для ногтей;
- ▶ емкость для мусора;
- ▶ мыло;

- ▶ вода;
- ▶ крем для рук;
- ▶ клеенка;
- ▶ полотенце для рук и ног.

Методика выполнения:

- объяснить беременной или роженице необходимость и ход предстоящей процедуры;
- поставить емкость с водой;
- поместить руки на пять минут в воду;
- вымыть руки пациентки с мылом;
- надеть перчатки;
- ровно постричь ножницами ногти по внешнему периметру (на 0,5 см от кожи);
- нанести крем на руки пациентки;
- сбросить полотенце, вылить воду из емкости;
- перейти к стрижке ногтей на ногах.

Стрижка ногтей на ногах

Цель: постричь ногти на ногах.

Оснащение: то же.

Методика выполнения:

- посадить женщину или уложить ее на кушетку;
- поместить ее ноги в тазик с теплой водой, согнув ноги в коленных суставах;
- после пяти минут поочередно осушить ноги и постричь ногти на ногах с помощью ножниц;
- положить ножницы в лоток, а полотенце и клеенку в мешок для белья;
- снять перчатки;
- вымыть и вытереть руки.

Сбривание волос в подмышечных впадинах

Цель: сбрить волосы в подмышечных впадинах.

Оснащение:

- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ жидкое мыло или мыльный спирт;
- ▶ помазок;
- ▶ станок для бритья;
- ▶ индивидуальные лезвия стерильные;
- ▶ вода;
- ▶ полотенце.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость и ход процедуры;
- надеть резиновые перчатки;
- попросить поочередно поднять руки;
- с помощью помазка и жидкого мыла или мыльного спирта намылить подмышечную впадину;
- с помощью бритвенного станка с индивидуальным лезвием сбрить поочередно волосы в подмышечных впадинах;
- промыть подмышечные впадины теплой водой и высушить с помощью полотенца;
- перейти к бритью лобковой области.

Сбривание волос на лобке

Цель: сбрить волосы на лобке.

Оснащение: то же, что и при сбривании волос в подмышечной впадине, но лезвие поменять.

Методика выполнения:

- с помощью помазка и жидкого мыла намылить лобок;
- сбрить волосы на лобке;
- поливая на лобок, предварительно уложив женщину на судно и пользуясь теплой водой из кувшина, промыть её над судном;

- просушить с помощью полотенца;
- убрать судно;
- снять перчатки;
- вымыть и вытереть руки.

Если это возможно, поступающая беременная или роженица может самостоятельно подмыться над биде и вытереться.

После этого, если нет противопоказаний (низко лежащая часть, выпадение пуповины или мелких частей плода, отхождение околоплодных вод), что определяется врачом, беременной или роженице ставят очистительную клизму.

Постановка очистительной клизмы

Цель: опорожнение нижнего отдела кишечника.

Оснащение:

- ▶ кружка Эсмарха с индивидуальным стерильным наконечником;
- ▶ вазелин;
- ▶ шпатель;
- ▶ судно;
- ▶ туалетная бумага;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ клеенка;
- ▶ штатив;
- ▶ мешок для мусора;
- ▶ мешок для белья.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, значение и ход выполнения процедуры;
- налить в кружку Эсмарха 1 л воды комнатной температуры, укрепить ее на штативе на высоте 30 см над

- кушеткой, заполнить шланг и закрыть вентиль (после вытеснения воздуха);
- смазать наконечник вазелином с помощью шпателя;
 - уложить женщину на кушетке, подстелив клеенку, на левый бок и попросить ее по возможности согнуть правую ногу в колене. Если это невозможно, можно уложить пациентку на спину;

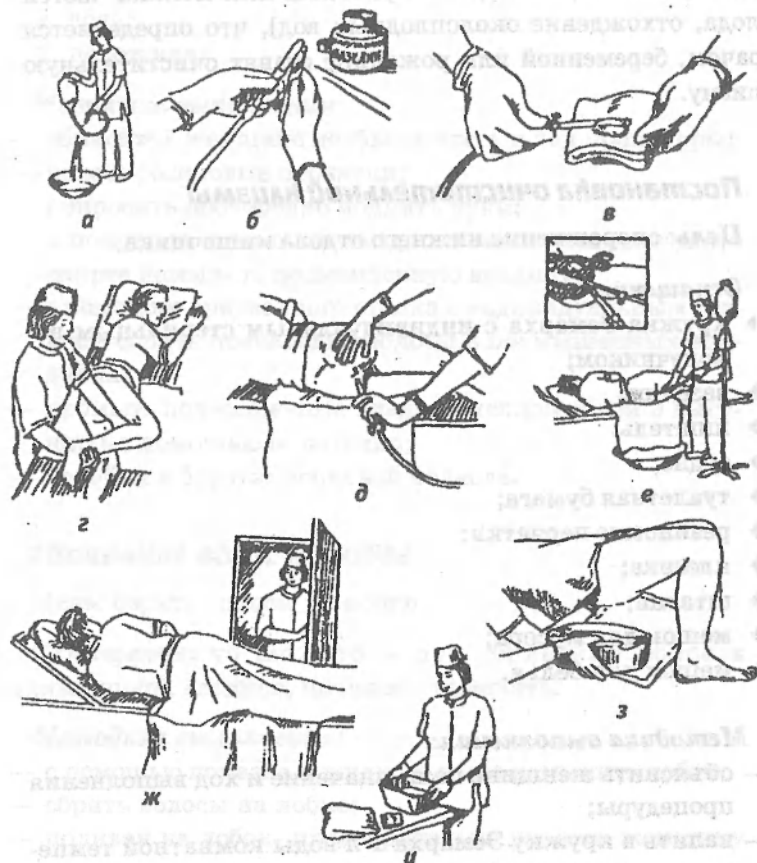


Рис. 20. Постановка клизмы

- раздвинуть ягодицы первым и вторым пальцами левой руки или приподнять верхнюю ягодицу так, чтобы было видно анальное отверстие;
- правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его в прямую кишку вначале по направлению к пупку (3–4 см), а затем параллельно позвоночнику, всего на глубину 5–10 см;
- открыть вентиль, чтобы вода медленно вытекала в кишечник;
- если женщина отмечает боль спастического характера, прекратить процедуру, пока боль не утихнет, и попросить глубоко подышать;
- после введения всей воды закрыть вентиль и осторожно его извлечь из кишечника;
- попросить женщину по возможности удержать воду в кишечнике подольше (5–10 минут);
- после этого поменять перчатки и, если женщина не может самостоятельно пойти в туалет, подать ей судно;
- помочь женщине вытереть анальное отверстие, обмыть ее;
- убрать судно после опорожнения кишечника, убрать клеенку и пеленку, сбросив их в мешок;
- снять перчатки;
- вымыть руки и просушить полотенцем.

Мытье роженицы (беременной) в душе

Цель: завершение санитарно-гигиенической обработки женщины путем принятия душа.

Оснащение:

- ▶ индивидуальная мочалка;
- ▶ маленький кусочек индивидуального мыла;
- ▶ полотенце;
- ▶ стерильная рубашка;

- ▶ тапочки;
- ▶ стерильная подкладная;
- ▶ халат;
- ▶ наличие душевой комнаты;
- ▶ коврик под ноги.

Методика выполнения:

- объяснить женщине значение процедуры и порядок ее выполнения;
- выдать мыло, мочалку, полотенце, стерильную рубашку и подкладную, халат, тапочки, коврик под ноги;
- сопроводить женщину в душ и находиться там во время мытья;
- женщина при помощи мочалки и мыла обмывает тело под душем теплой водой;
- если нет необходимости мыть волосы — то на голову можно надеть резиновую шапочку или целлофановый кулек;
- обтирает тело полотенцем насухо;
- надевает стерильную рубашку и подкладывает стерильную подкладную;
- надевает халат и тапочки;
- собственное белье складывает в мешок или отдает сопровождающим;
- при необходимости акушерка (санитарка) помогает женщине принять душ.

Если по медицинским показаниям беременная (роженица) не может принять душ, ее необходимо обтереть чистой влажной простышкой в лежачем положении, а после этого насухо вытереть полотенцем.

После санитарно-гигиенической подготовки женщину переводят (или перевозят) в предродовое отделение или палату патологии беременности.



ОБСЛЕДОВАНИЕ И УХОД ЗА РОЖЕНИЦЕЙ В ПРЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ

Оснащение предродового отделения

При входе в родильный блок на тумбочке должны стоять бикс со стерильными масками (маски с цветной маркировкой, четырехслойные) и темная стеклянная банка с тройным раствором, где находятся стерильные корнцанги для взятия масок из бикса.

Смена бикса с масками производится каждые четыре часа, о чем свидетельствует график смены масок на стене. В тумбочке находится эмалированная кастрюля с крышкой и раствором хлорамина 1% -ного для использованных масок.

В предродовых палатах размещаются:

- ▶ функциональные кровати, под каждой на специальной подставке стоит индивидуальное судно;
- ▶ прикроватные тумбочки;
- ▶ стулья;
- ▶ наркозный аппарат для обезболивания родов;
- ▶ аппарат для измерения артериального давления;
- ▶ акушерский стетоскоп;
- ▶ тазомер;
- ▶ сантиметровая лента;
- ▶ аппараты «Малыш» и др.

Весь инвентарь должен быть промаркирован.

Для проведения процедур в палате необходимо иметь флакон с притертой пробкой со спиртом этиловым 96%, одноразовые шприцы с иглами, корнцанг, кружки Эсмарха (1–2) с обеззараженными наконечниками, биксы со стерильными шариками, простынями, катетерами, ветошью; обеззараженные клеенки. В палате должны быть емкости

с дезинфицирующими растворами для погружения использованного инструментария и инвентаря, а также эмалированная кастрюля с дистиллированной водой, темная банка с тройным раствором со стерильными корнцангами, кувшины для подмывания рожениц, лоток для отработанного материала.

В шкафу или сейфе хранятся лекарственные вещества.

Кровать готовят непосредственно перед тем, как уложить на нее роженицу.

На обеззараженную кровать кладут:

- ▶ продезинфицированный матрац;
- ▶ стерильную простыню;
- ▶ обеззараженную клеенку;
- ▶ стерильную подкладную;
- ▶ подушку в стерильной наволочке;
- ▶ одеяло обеззараженное в пароформалиновой камере в стерильном пододеяльнике.

Матрацы для лучшей дезинфекции наглухо зашивают в клеенчатый мешок и обеззараживают дезинфицирующими растворами.

Обследование роженицы

При поступлении в предродовую у роженицы берут в пробирку 5–7 мл крови из вены, пробирку ставят в штатив и отмечают по секундомеру время свертывания крови. На отдельной бумажке указывают фамилию, имя и отчество женщины, номер истории родов, дату и час забора крови.

Пробирка с кровью должна сохраняться все время, пока женщина находится в родильном блоке (до перевода в послеродовую палату), на случай, если понадобится сыворотка для проведения пробы на совместимость при переливании крови.

Если в обменной карте или паспорте не указана резус-принадлежность крови роженицы, ее необходимо опреде-

лить сразу же после поступления женщины в роддом. Медсестра выполняет анализы, а оценку результатов крови дает врач, который несет за это юридическую ответственность.

В предродовой проводятся:

- проба на наличие белка в моче;
- определение группы крови;
- измерение размеров таза;
- определение положения и предлежания плода;
- измерение объема живота;
- определение высоты стояния дна матки;
- оценивание сердцебиения плода;
- подготовка женщины к влагалищному исследованию, которое проводит врач;
- наблюдение за родовой деятельностью (подсчет и оценка схваток, целостностью околоплодных вод и т.д.);
- проводится обезболивание родов.

Студент должен знать:

- ▶ понятие о предвестниках родов;
- ▶ понятие о родах;
- ▶ три периода родов;
- ▶ изгоняющие родовые силы I, II и III периодов родов;
- ▶ биомеханизм физиологических родов;
- ▶ оказание пособия при принятии физиологических родов;
- ▶ признаки отделения последа;
- ▶ ведение последового периода;
- ▶ ведение раннего, послеродового периода.

Студент должен уметь:

- ▶ провести пробу на наличие белка в моче;
- ▶ определить группу крови;
- ▶ определить резус-принадлежность по экспресс-методике;
- ▶ измерить размеры таза и оценить их;

- ▶ измерить окружность живота;
- ▶ измерить высоту стояния дна матки;
- ▶ определить положение и предлежание плода;
- ▶ выслушать и оценить сердцебиение плода;
- ▶ посчитать и оценить схватки;
- ▶ подготовить роженицу к влагалищному исследованию;
- ▶ обезболить роды с помощью закиси азота;
- ▶ определить время отхождения околоплодных вод и их количество;
- ▶ перевезти роженицу в родзал;
- ▶ по назначению врача выполнить любой вид инъекции, собрать и поставить капельницу и т.д.

Проведение пробы с сульфосалициловой кислотой (проба на белок)

Цель: определить наличие или отсутствие белка в моче.

Оснащение:

- ▶ обеззараженная 0,5 л банка стеклянная или эмалированная лоток;
- ▶ пробирка стерильная;
- ▶ 2% -ный раствор сульфосалициловой кислоты;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ маленькая воронка (для пробирки);
- ▶ резиновые перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость и значение процедуры;
- объяснить, как правильно собрать мочу:
 - а) подмыться;
 - б) закрыть вход во влагалище стерильным ватным или марлевым шариком;
 - в) помочиться в данную ей емкость;
 - г) промокнуть отверстие мочеиспускательного канала стерильным шариком;

- надеть резиновые перчатки;
- поместить в пробирку воронку;
- положить в нее маленький стерильный шарик;
- профильтровать в пробирку 1 мл мочи;
- добавить в пробирку 8–10 капель 2%-ного раствора сульфосалициловой кислоты;
- снять перчатки;
- вымыть руки.

Остальную мочу направить в клиническую лабораторию для общего анализа мочи.

Трактовка полученных данных: при наличии в моче белка образуется хлопьевидный осадок или муть.

Определение группы крови

Цель: определить группу крови роженицы с помощью стандартных сывороток.

Оснащение:

- ▶ кровь роженицы (2 мл) в пробирке;
- ▶ стандартные сыворотки всех групп (две серии);
- ▶ маркированная тарелка;
- ▶ два предметных стекла;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ изотонический раствор хлорида натрия;
- ▶ палочки с ватой;
- ▶ 5%-ный раствор йодной настойки;
- ▶ 96%-ный этиловый спирт;
- ▶ игла от шприца стерильная;
- ▶ стерильные пипетки;
- ▶ резиновые перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость, значение и ход процедуры;
- усадить роженицу к столу, положив ее предплечье на стол (можно в лежащем положении);

- надеть резиновые перчатки;
- нанести на тарелку около соответствующей маркировки по две капли сывороток разных серий (по 0,1 мл) I, II и III групп; при этом сыворотка берется разными пипетками, предназначенными для каждой сыворотки;
- обработать палец (3 или 4) в области ногтевой фаланги спиртом с помощью палочки с ватой;
- проколоть палец иглой от шприца у ногтевой фаланги по ее ребру;
- выдавить первую каплю;
- вторую каплю на расстоянии выдавить на середину маркированной тарелки со стандартными сыворотками;
- чистым сухим углом предметного стекла, каждый раз меняя угол, взять кровь у женщины и смешать ее со стандартной сывороткой до равномерного окрашивания в красный цвет (повторяя действия в O(I), A(II) и B(III) группах сывороток обеих серий);
- показать тарелку врачу.

Ни в коем случае не помещать уже использованный угол предметного стекла в кровь или сыворотку!

Через пять минут читают реакцию. В течение пяти минут необходимо тарелку слегка покачивать, следя, чтобы капли не смешивались.

Если агглютинация видна нечетко, в соответствующую каплю добавить сухой пипеткой одну каплю изотонического раствора хлорида натрия и продолжить наблюдение 1–2 минуты.

Прочтение результатов. В случае положительной агглютинации в капле видны мелкие зернышки красного цвета, состоящие из склеенных эритроцитов. Они между собой склеиваются, в то время как сыворотка крови обесцвечивается.

При отрицательной реакции жидкость в капле остается равномерно окрашенной в красный цвет и в ней не обнаруживаются зернышки агглютинатов.

Оценка результатов:

1. Если сыворотки всех трех групп имеют отрицательную реакцию, это первая группа крови — 0(I).
2. Если сыворотки 0(I) и B(III) групп дали положительную реакцию, а сыворотка группы A(II) — отрицательную, это вторая группа крови — A(II).
3. Если сыворотки групп 0(I) и A(II) дали положительную реакцию, а сыворотка группы B(III) — отрицательную, это третья группа крови — B(III).
4. Если сыворотки всех трех групп дали положительную реакцию, это скорее всего четвертая группа крови — AB(IV). В этом случае необходимо провести дополнительное исследование (для уточнения) с сывороткой AB(IV).

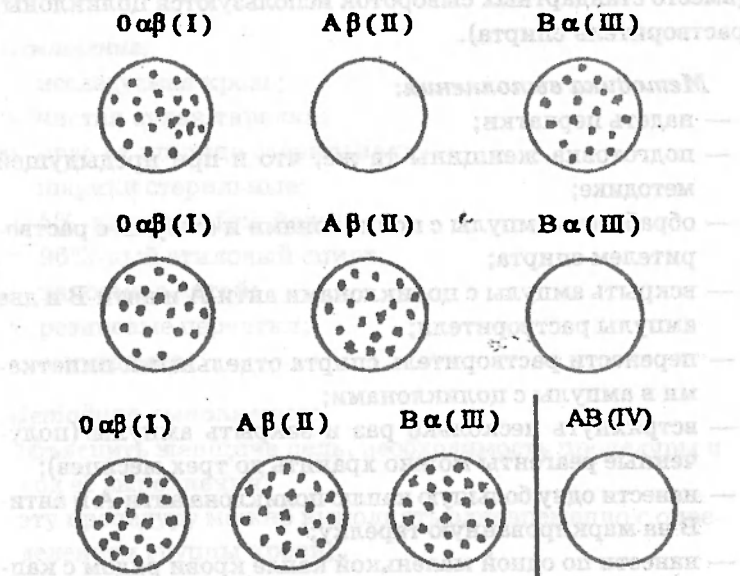


Рис. 21. Определение группы крови

группы. Для этого к сыворотке АВ(IV) следует добавить каплю крови (0,01 мл), перемешать сухим углом предметного стекла и наблюдать в течение пяти минут. Если подтверждается группа крови АВ(IV), то агглютинации в этой капле не будет.

Результаты исследований должны совпадать в обеих сериях стандартных сывороток.

После оценки результатов следует снять перчатки и вымыть руки.

Определение группы крови с применением цоликлонов

Цель: определить группу крови роженицы с применением цоликлонов.

Оснащение: см. алгоритм «Определение группы крови» (вместо стандартных сывороток используются цоликлоны, растворитель спирта).

Методика выполнения:

- надеть перчатки;
- подготовка женщины та же, что и при предыдущей методике;
- обработать ампулы с цоликлонами и ампулы с растворителем спирта;
- вскрыть ампулы с цоликлонами анти-А и анти-В и две ампулы растворителя;
- перенести растворитель спирта отдельными пипетками в ампулы с цоликлонами;
- встряхнуть несколько раз и закрыть ампулы (полученные реагенты можно хранить до трех месяцев);
- нанести одну большую каплю цоликлона анти-А и анти-В на маркированную тарелку;
- нанести по одной маленькой капле крови рядом с каплей цоликлона (в 10 раз меньше);

— смешать кровь с раствором цоликлона разными концами предметного стекла, наблюдать в течение 2,5 минуты.

Оценка результатов:

Цоликлон	Реакция исследуемых эритроцитов			
анти-А	-	+	-	+
анти-В	-	-	+	+
Результат	АД(І)	А (ІІ)	В (ІІІ)	АВ (ІV)

«+» означает наличие агглютинации, а «-» — ее отсутствие

После проведения исследования снять перчатки и вымыть руки.

Проведение пробы на свертываемость крови

Цель: научить студента определять свертываемость крови.

Оснащение:

- ▶ исследуемая кровь;
- ▶ чистая сухая тарелка;
- ▶ игла от шприца стерильная;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ 5% -ная настойка йода;
- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ палочки с ватой;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ секундомер.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость процедуры и ход ее выполнения;
- эту процедуру можно выполнять одновременно с определением группы крови;
- надеть перчатки;

- положение женщины: сидя у стола с рукой, предплечье которой на столе, или лежа (если нельзя усадить);
- обработать палец в области ногтевой фаланги (если процедура проводится не вместе с определением группы крови) 96%-ным спиртом с помощью палочки с ватой;
- проколоть палец по ребру ногтевой фаланги с помощью стерильной иглы от шприца;
- выдавить первую каплю крови и вытереть стерильным шариком;
- вторую каплю крови на расстоянии выдавить на тарелку;
- засечь время по секундомеру, за которое капля превратится в кровавый сгусток;
- снять перчатки и вымыть руки;
- занести данные в историю родов.

Определение резус-фактора экспресс-методикой

Цель: научить студента в случае необходимости (отсутствие данных в индивидуальной карте или паспорте) с помощью стандартной сыворотки определить резус-принадлежность крови женщины. Процедура проводится одновременно с определением группы крови и свертываемости.

Оснащение:

- ▶ кровь пациентки;
- ▶ стандартная сыворотка-антирезус;
- ▶ физиологический раствор;
- ▶ пипетки;
- ▶ пробирка конусная;
- ▶ секундомер;
- ▶ 96%-ный спирт этиловый;
- ▶ 5%-ная йодная настойка;
- ▶ палочки с ватой;
- ▶ резиновые перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость процедуры и ход исследования;
- надеть перчатки;
- путем прокола (технология подготовки и прокола см. выше) получить каплю крови;
- в конусную пробирку внести с помощью пипетки две капли сыворотки-антирезуса;
- добавить в пробирку другой пипеткой одну каплю крови;
- встряхнуть пробирку;
- добавить в пробирку две капли физиологического раствора;
- вновь встряхнуть пробирку или вращать ее между ладонями в течение пяти минут;
- посмотреть на стенки пробирки и оценить результат;
- показать пробирку врачу;
- снять перчатки и вымыть руки.

Прочтение результатов. При наличии реакции — у женщины резус-положительный фактор, а при отсутствии — резус-отрицательный.

Обработка наружных половых органов перед влагалищным исследованием

Цель: научить студента подготовить наружные половые органы роженицы к внутреннему исследованию, проводимому врачом.

Оснащение:

- ▶ кушетка или кровать;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ емкость с раствором перманганата калия (1:6000);
- ▶ 5% -ная йодная настойка;
- ▶ стерильные корнцанги (2);

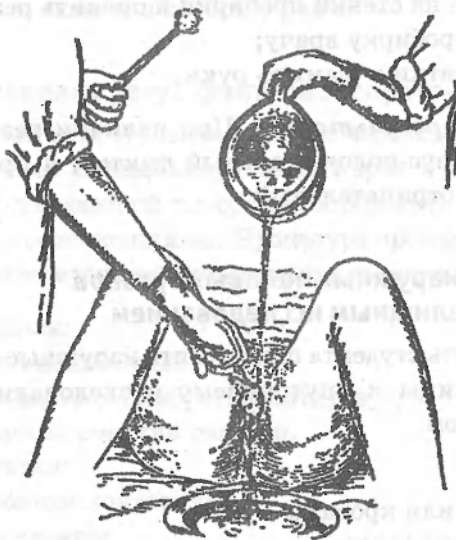


Рис. 22. Подготовка наружных половых органов к осмотру:

а — волосы с лобка и наружных половых органов сбривают;
б — половые органы обмывают дезинфицирующим раствором

- ▶ стерильные ватные и марлевые шарикн;
- ▶ судно;
- ▶ клеенка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине необходимость и ход процедуры;
- надеть резиновые перчатки;
- уложить женщину на судно, подстелив под нее клеенку, в положение с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и разведенными ногами;
- поливая из кувшина с раствором перманганата калия правой рукой шариком на корнцанге обмыть последовательно:
 - малые половые губы;
 - большие половые губы;
 - внутреннюю поверхность бедер;
 - ягодицы;
 - анальное отверстие;
- высушить сухим шариком;
- сбросить корнцанг с шариком в лоток;
- убрать судно;
- вторым корнцангом с шариком смазать внутреннюю поверхность бедер и промежность 5%-ной йодной настойкой (при непереносимости йода эта же процедура делается с помощью 96%-ного этилового спирта);
- снять перчатки и вымыть руки.

**Ведение первого периода родов
и ухода за роженцей**

В первом периоде родов необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника. Мочеиспускание должно быть каждые 2–3 часа, при задержке проводится катеризация. Стул должен быть через 12 часов, при его отсутствии ставят очистительную клизму.

Поведение роженицы должно быть активным. Она применяет приемы обезболивания, которым ее обучили на психопрофилактических занятиях (ППЗ). Постельный режим рекомендуют только при патологии (многоводие, преждевременные роды, тазовое предлежание и т.д.).

В первом периоде родов следят за динамикой схваток, сердцебиением плода, целостностью околоплодных вод. Проводится обезболивание родов.

Подсчет и оценка схваток

Цель: научить студента определять начало и конец схватки, интервал между ними, оценить их силу.

Оснащение:

- ▶ кровать;
- ▶ секундомер;
- ▶ листок бумаги;
- ▶ ручка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель процедуры, значение и суточность схваток;
- сесть рядом с кроватью;
- уложить женщину в положение «на спине» с вытянутыми или согнутыми ногами;
- положить правую руку на дно матки;
- в левую руку взять секундомер;
- заметить по секундомеру начало напряжения матки и время ее расслабления;
- оценить силу схватки (сильные, умеренные, слабые);
- отметить интервал между схватками, просчитав три-четыре схватки подряд;
- занести полученные данные на листок бумаги и передать врачу.

Эта процедура повторяется каждые 30 минут.

Оценка целостности околоплодных вод ведется по наблюдению за стерильной подкладкой.

Если подкладная смочена, об этом нужно сообщить врачу, предварительно измерив количество околоплодных вод с помощью мерного лотка, который тоже необходимо показать врачу.

На протяжении всего первого периода родов каждые 5–10 минут выслушивается и оценивается сердцебиение плода, по которому судят о внутриутробном его состоянии (см. выше).

Нарушение ритма, четкости и количества ударов может свидетельствовать об угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Об этом нужно немедленно сообщить врачу.

Обезболивание первого периода родов

В современной акушерской анестезиологии используют комбинированные методы анальгезии с применением веществ, обладающих определенным направленным действием.

1. Обезболивающее средство должно быть абсолютно безвредным не только для матери, но и для плода.

2. Необходимо длительное его применение, учитывая продолжительность первого периода родов.

3. Сохраняется контакт с роженицей во время родов.

Таким образом, с целью обезболивания первого периода родов применяют:

1. Транквилизаторы, нормализующие функциональное состояние коры головного мозга, снижающие волнение, беспокойство (триоксазин, мепробомат и др.).

2. Промедол, пипольфен, но-шпа, ганглерон наряду с обезболиванием способствуют лучшему раскрытию шейки матки.

3. Нейролептики (дроперидол, фениганил).

4. Оксibuтират натрия (ГОМК), виадрил.

5. Применяется перидуральная анестезия (введение обезболивающих веществ в поясничный отдел спинного мозга).

Однако преимущество в обезболивании первого периода родов отдается ингаляционным анестетикам. С этой целью используются закись азота в смеси с кислородом, трихлорэтилен (трилен). Вдыхать эти вещества роженица может самостоятельно с помощью аппаратов «Автонарко», «Трилан».

Обезболивание ингаляционными средствами

Цель: научить студента проводить инструктаж с роженицей, пользоваться аппаратом.

Оснащение:

- ▶ аппарат «Автонарко»;
- ▶ аппарат «Трилан»;
- ▶ индивидуальная маска;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ 96%-ный этиловый спирт.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель и сущность обезбоживания родов;
- уложить роженицу в кровать в положение «на спине»;
- пристегнуть маску к руке роженицы;
- провести инструктаж, объяснив, что с началом схватки необходимо поднести руку с маской к лицу и начать глубоко дышать.

В этот момент, когда наркоз начинает действовать, роженица засыпает, рука самостоятельно опускается, а в это время проходит схватка.



УХОД ЗА РОЖЕНИЦЕЙ В РОДЗАЛЕ И ВЕДЕНИЕ II И III ПЕРИОДОВ РОДОВ

Ведение второго периода родов

После окончания первого периода родов роженица переводят в родзал и укладывают на специальный стол. Ей необходимо объяснить ведение потужного периода, когда синхронно со схватками начинается произвольное сокращение мышц брюшного пресса, диафрагмы и мышц тазового дна. Частота и продолжительность потуг — каждые 2–3 минуты по 50–60 секунд.

Во втором периоде родов необходимо наблюдать за состоянием роженицы, характером родовой деятельности, сердцебиением плода, продвижением предлежащей части плода, характером выделений из родовых путей.

Врезывание головки — появление головки из половой щели под действием изгоняющих родовых сил, а с окончанием потуг — скрывается во влагалище.

Прорезывание головки — это момент, когда после окончания потуг видна головка.

Акушерское пособие — это совокупность последовательных манипуляций во втором периоде родов, направленных на содействие физиологическому механизму родов и на предупреждение родового травматизма.

Пособие оказывается врачом, а при физиологических родах — фельдшером или акушеркой.

Женщина лежит на спине, головной конец приподнят, ноги согнуты, разведены и упираются в стол. При некоторой патологии (чрезмерно сильные потуги, недоношенный плод) можно оказывать пособие в положении роженицы на боку с разведенными бедрами, вертикально, на корточках («мягкие роды»).

Перевод роженицы в родзал

В конце первого периода родов схватки затихают, так как произошло полное открытие шейки матки.

Обычно к этому периоду отходят околоплодные воды и женщину необходимо перевести в родильный зал.

Если воды еще не отошли, роженицу можно самостоятельно перевести в родзал в сопровождении медицинской сестры.

При отошедших водах роженицу необходимо перевезти на каталке.

Цель: научить студента транспортировать роженицу из предродовой палаты в родзал.

Оснащение:

- ▶ каталка;
- ▶ простыня;
- ▶ клеенка;
- ▶ стерильная подкладная;
- ▶ одеяло или простыня;
- ▶ подушка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель перевода в родзал;
- на каталку положить: простыню, подушку, клеенку, стерильную подкладную;
- переложить роженицу на каталку;
- накрыть простыней или одеялом;
- перевезти с помощью санитарки в родильный зал.

Оснащение родзала

Родовые палаты (родильный зал) должны иметь хорошее освещение (естественное и искусственное).

В родзале располагаются:

- ▶ специальные кровати;
- ▶ подставка для биксов;

- ▶ столы (для врача, инструментов, акушерки);
- ▶ шкафы для медикаментов и инструментов;
- ▶ два-три стула;
- ▶ передвижной рефлектор;
- ▶ осветительная лампа для запасного освещения;
- ▶ штатив для капельницы.

На первом столе помещают: флаконы аптечного приготовления с 5%-ной йодной настойкой, 1%-ным раствором йодоната, со стерильным вазелиновым маслом; флаконы с раствором сульфацила натрия 30%-ного (ежедневно меняются), со спиртом этиловым 96%-ным; стеклянные банки с широким горлом и притертой пробкой с марлевыми шариками в 96%-ном этиловом спирте; бикс со стерильной ветошью; банку из темного стекла с тройным раствором и стерильным корнцангом; лоток для обработанного материала.

На втором столе располагаются: биксы со стерильными ватными шариками, халатами, перчатками, пересыпанными тальком и завернутыми в ветошь; биксы с пакетами для первичной обработки новорожденных, индивидуальными комплектами для рожениц, пеленками, масками, клеенками, подкладными пеленками.

Содержимое пакета для первичной обработки новорожденного:

- ▶ три зажима Кохера;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ палочка с ватой;
- ▶ медицинские ножницы;
- ▶ одна пипетка;
- ▶ три-четыре ватных шарика;
- ▶ три-четыре марлевых шарика.

Содержимое индивидуального пакета для роженицы:

- ▶ рубашка;
- ▶ косынка;

- ▶ подкладная пеленка;
- ▶ чулки или бахилы.

Все это завернуто в простыню и уложено в бикс.

На третьем столе находятся одноразовые и стерильные шприцы в индивидуальных пакетах из мешочной влаго-непроницаемой бумаги, стерилизаторы с ножницами в 96%-ном этиловом спирте, с корнцангами; биксы со стерильными ватными и марлевыми шариками и деревянными палочками с ватой, катетерами; стеклянная банка с тройным раствором и корнцангом или пинцетом в нем; эмалированная кастрюля с резиновыми баллонами и наконечниками для отсасывания слизи из дыхательных путей у новорожденных.

В одном шкафу хранят медикаменты и запасные биксы со стерильным материалом, в другом — инструментарий.

В родзале необходимо иметь следующее: эмалированные лотки размером не менее 70 × 40 см для приема новорожденных; электроотсос; наркозный аппарат; прибор для измерения артериального давления, акушерский стетоскоп; два эмалированных таза на подставке для обработки рук персонала, эмалированный таз для погружения инструментов в моющий раствор, два эмалированных таза для обработки отработанного материала; фартуки из клеенки, кувшин для подмывания рожениц; обеззараженные лотки для последов в эмалированной кастрюле, эмалированную кастрюлю с дезраствором для использованных лотков, эмалированную кастрюлю с кипячеными щетками, флакон или эмалированную кастрюлю с кожным антисептиком, эмалированную кастрюлю для использованных щеток; эмалированный лоток для погружения использованных щеток, эмалированный лоток для погружения шприцев и игл; два градуированных сосуда для учета кровопотери, флаконы по 200 мл для сбора плацентарной крови, комнатный термометр, часы.

В родзале необходимо постоянно иметь стерильную капельницу с раствором натрия хлорида изотонического 0,9% -ного (смену капельницы проводят каждые 12 часов).

В родзале должна быть централизованная подача кислорода или кислородные подушки.

Все емкости должны быть маркированы масляной краской, а к биксам — привязаны бирки.

В родзале необходимо иметь плотно закрывающиеся крышкой эмалированные маркированные емкости с дезинфицирующим раствором для обработки оборудования и помещения.

Недопустимо хранение медицинского инструментария под стерильной простыней на столе. Весь инструментарий должен быть в стерилизаторах или в биксах.

Перед переводом в родзал из предродовой роженице производят туалет наружных половых органов раствором калия перманганата 0,02% -ного, каталку покрывают обеззараженной клеенкой и стерильной подкладной.

Подготовка к приему родов

Цель: научить студента принять физиологические роды, защите промежности.

Оснащение:

- ▶ столик;
- ▶ индивидуальный комплект для роженицы;
- ▶ обеззараженный лоток;
- ▶ комплект для новорожденного;
- ▶ резиновый баллон или наконечник для отсасывания слизи у новорожденного;
- ▶ 1% -ный раствор йодоната (или 5% -ная йодная настойка);
- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ 30% -ный раствор сульфасалицила натрия;

- ▶ стерильный халат;
- ▶ шапочка или косынка;
- ▶ маска;
- ▶ резиновые перчатки (две пары);
- ▶ стерильный вазелин.

Методика выполнения:

- объяснить женщине ход процедуры;
- переложить роженицу с каталки на специальный стол (кровать Рахманова), подстелив под ягодицы клеенку и подкладную, и надеть на неё стерильную рубашку;
- роженица лежит на кровати Рахманова в положении «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и упираются в подставки. Изголовье кровати приподнять. Этим достигается полусидячее положение, что способствует более легкому продвижению плода через родовой канал. Для усиления потуг роженице рекомендуют держаться за край кровати или «возжи»;
- на ноги роженицы надеть бахилы;
- обмыть наружные половые органы из кувшина теплой водой;
- внутреннюю поверхность бедер и промежность смазать раствором йодоната или йодной настойкой;
- отгородить заднепроходное отверстие, бедра и голени стерильной простыней, положенной под крестец роженицы;
- обмыть руки и надеть стерильные перчатки;
- в момент врезывания головки налить в область задней спайки большой половой губы стерильный вазелин;
- вторым и третьим пальцами правой руки очень бережно постараться расширить выход из влагалища, стоя справа от роженицы;
- в момент прорезывания головки оказывают ручное пособие, носящее название «защита промежности», на-

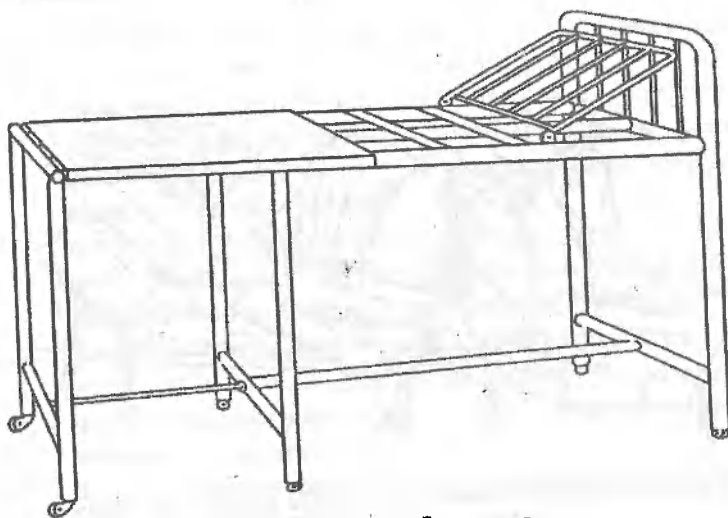


Рис. 23. Кровать Рахманова

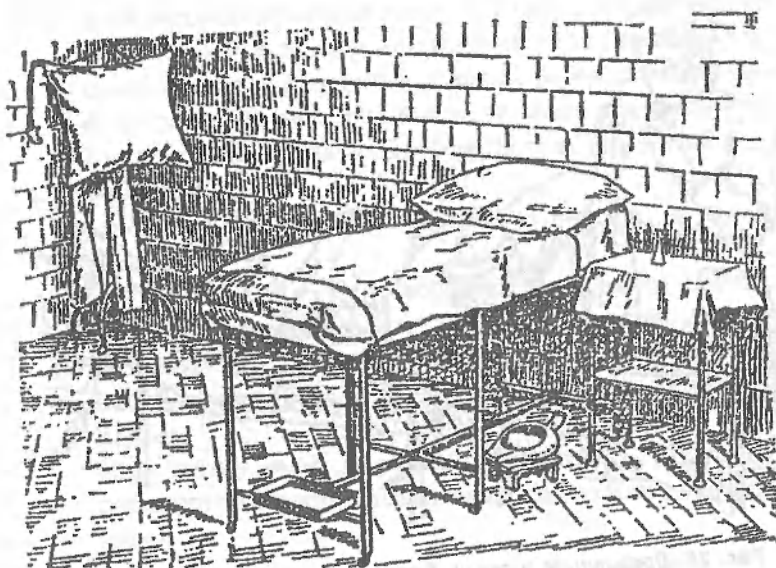


Рис. 24. Кровать Рахманова подготовлена к приему роженицы

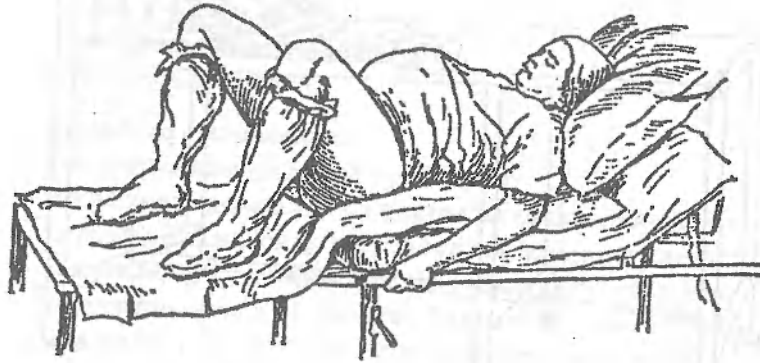


Рис. 25. Положение роженицы в периоде изгнания (II период)

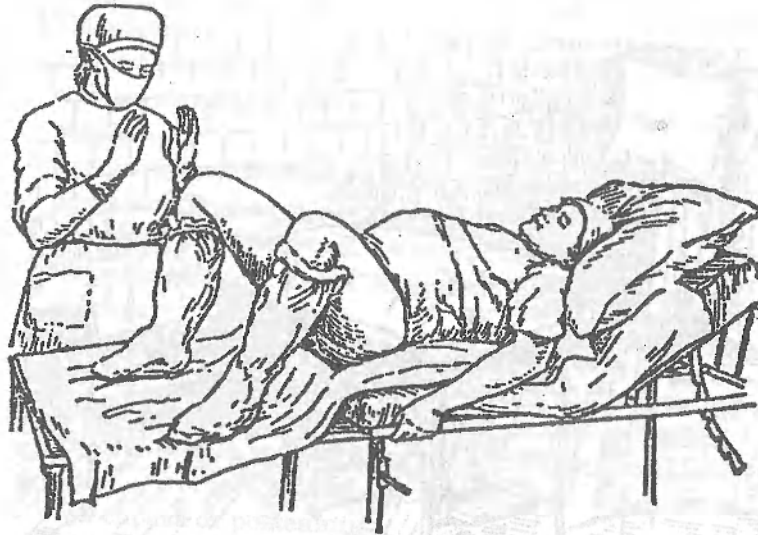


Рис. 26. Врезывание головки. Акушерка готова к приему родов

- правленное на то, чтобы не допустить травмирования плода и мягких родовых путей матери;
- стоя справа, левую руку располагают на лобке ладонью к головке, препятствуя тем самым прорезыванию ее в согнутом состоянии (не допуская преждевременного разгибания головки);
 - правую руку располагают на промежности так, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой большой половой губы, а первый палец — к правой губе (складка между первым и вторым пальцами расположена под ямкой преддверия влагалища);
 - правой рукой сдвигают ткани сверху вниз (как бы «зажимая» их сверху);
 - после рождения теменных бугров, регулируя потуги, предлагают роженице глубоко подышать;
 - накладывают обе руки бипариетально (обхватывая головку с двух сторон и выводя её из промежности); при этом осторожно сводят ткани вульварного кольца; над промежностью показываются лоб, лицо, подбородок;
 - сразу же после рождения головки ребенка с помощью электроотсоса или резинового баллона производят отсасывание слизи из верхних дыхательных путей новорожденного;
 - затем приступают к выведению туловища, начиная с плечиков;
 - отводя головку вниз, освобождают переднее плечико, а затем, поднимая головку кверху, освобождают заднее плечико;
 - после этого самостоятельно рождается туловище плода;
 - если есть угроза разрыва промежности, производят перинеотомию или эпезиотомию (одно или двустороннюю).

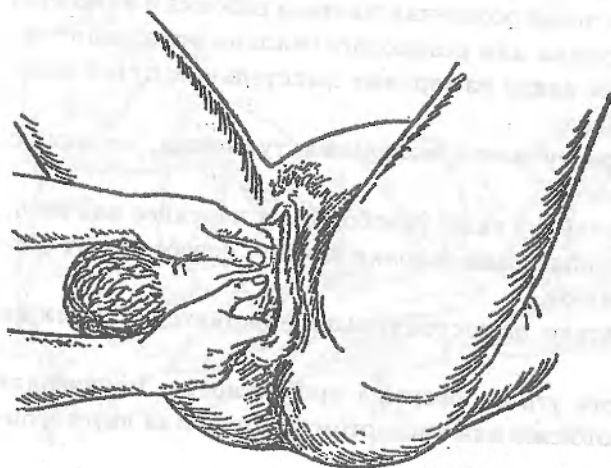
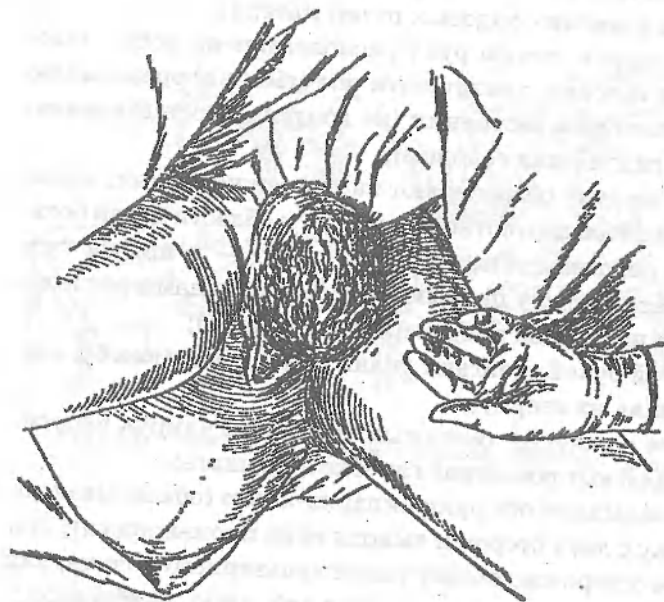


Рис. 27. Выведение туловища

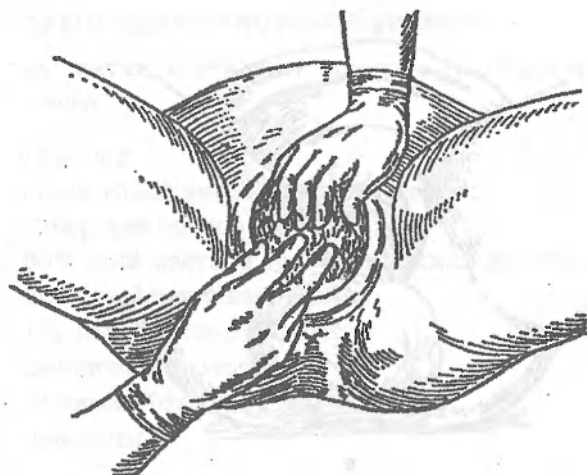


Рис. 28. Положение рук акушерки в момент врезывания головки

При сильных потугах левая рука помогает правой, производя сгибание в сторону промежности («защита промежности»)

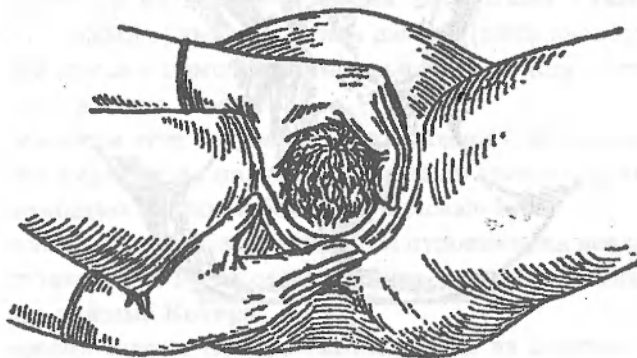
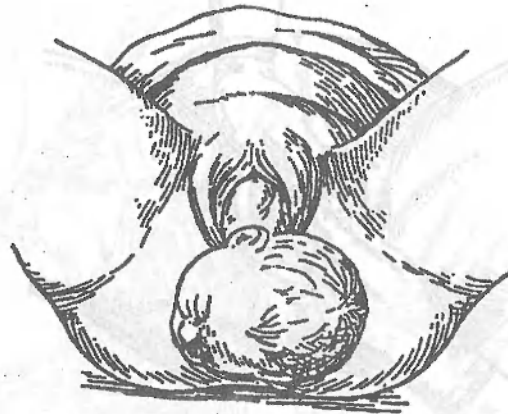


Рис. 29. Защита промежности

Выведение головки: головку захватывают левой рукой и медленно разгибают; правой рукой медленно сводят с головки ткани промежности («защита промежности»)



а



б

Рис. 30. Выведение плечиков:

- а — переднее плечико задерживается под симфизом;
б — над промежностью выкатывается заднее плечико

Первый туалет новорожденного

Цель: научить студента произвести обработку новорожденного.

Оснащение:

- ▶ стерильный эмалированный тазик;
- ▶ набор для новорожденного;
- ▶ 30% -ный раствор сульфасалицила натрия;
- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ 1% -ный раствор йодоната;
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ зажимы Кохера (3 шт.);
- ▶ ножницы.

Методика выполнения:

- акушерка меняет перчатки;
- из комплекта для новорожденного достает тазик и ставит его между ног матери;
- тазик покрывают стерильной пеленкой;
- до отделения ребенка от матери медсестра стерильной пипеткой из детского пакета закапывает глазки 2–3 каплями сульфасалицила натрия (веки развести левой рукой с помощью стерильных шариков, отдельно для каждого глаза);
- девочкам этот же раствор закапывают с помощью другой пипетки на наружные половые органы, разведя с помощью шариков большие половые губы;
- после прекращения пульсации пуповины на нее на расстоянии 8 и 10 см от пупочного кольца накладывают два зажима Кохера;
- третий зажим Кохера накладывают на пуповину как можно ближе к наружным половым органам женщины;
- участок пуповины между первым и вторым зажимами Кохера обрабатывают шариком, смоченным этиловым спиртом, и рассекают ножницами;

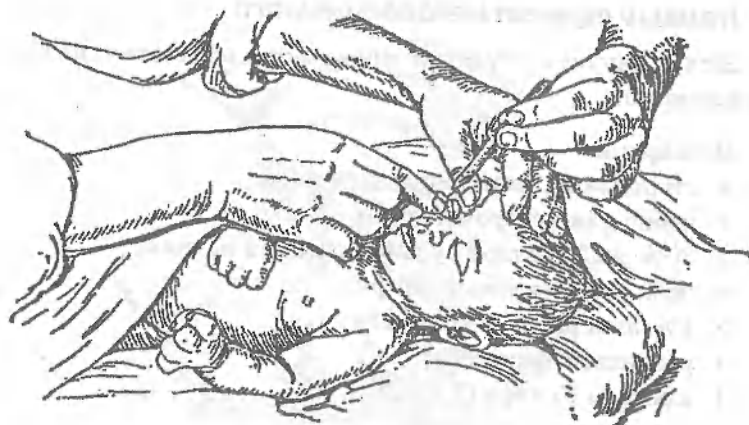


Рис. 31. Профилактика офтальмобленнореи

В конъюнктиву глаза новорожденного закапывают по 1–2 капли 2%-ного раствора азотнокислого серебра



Рис. 32. Рассечение пуповины между двумя зажимами

- срез детской культи пуповины смазывают 1%-ным раствором йодоната;
- показывают ребенка матери, обращая внимание на его пол и врожденные аномалии, если они имеются;
- ребенка переносят на детский столик.

Ведение третьего периода родов

Последовый период ведется строго выжидательно при тщательном наблюдении за роженицей. При хорошем состоянии и отсутствии признаков внутреннего и наружного кровотечения ждут самостоятельного отделения и рождения плода в течение 30 минут. Необходимо катетером выпустить мочу для более правильного отделения последа.

Признаки отделения последа:

- 1) при надавливании ребром ладони над лоном пуповина не вытягивается;
- 2) матка изменяет свою форму и ее размер увеличивается: она отходит в сторону и поднимается выше пупка;
- 3) у роженицы появляются легкие схватки.

Цель: научить студента правильно провести последовый период при физиологических родах.

Оснащение:

- ▶ катетер резиновый;
- ▶ лоток;
- ▶ аппарат для измерения АД;
- ▶ секундомер;
- ▶ груз;
- ▶ пузырь со льдом;
- ▶ весы;
- ▶ сантиметровая лента;
- ▶ мерная колба.

Методика выполнения:

- отрезок пуповины опустить в лоток;
- спустить мочу катетером в другой лоток;
- положить на живот роженице пузырь со льдом и груз;
- следить за признаками отделения последа (рис. 33);
- при самостоятельном рождении последа попросить женщину приподняться на пятках и послед рождается;
- родившийся послед осматривают с обеих сторон на его целостность;
- послед измеряется с помощью сантиметровой ленты вдоль и поперек и взвешивается;
- послед в лотке направляется для дальнейшей обработки;
- с помощью мерной колбы измеряется величина кровопотери;
- женщину необходимо подмыть, промакнуть и уложить на стерильную сухую подкладную; снять перчатки и вымыть руки;
- измерить родильнице АД на обеих руках и посчитать пульс.

Если послед самостоятельно не родился в течение 30 минут и началось кровотечение, применяются методы ручного отделения последа.



Рис. 33. Признаки отделения последа

Методы ручного отделения последа

Способ Абдуладзе

После опорожнения мочевого пузыря переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в продольную складку, плотно обхватывая мышцы живота и предлагая роженице потужиться, вследствие чего послед рождается.

Способ Креде-Лазаревича

После опорожнения мочевого пузыря матку приводят в срединное положение, делают легкий наружный массаж ее дна, а затем обхватывают правой рукой так, чтобы I палец лежал на передней поверхности матки, а ладонь — на ее дне; II, III, IV и V пальцы помещают по задней поверхности матки. После этого движениями сверху вниз надавливают на матку и добиваются рождения последа.

Способ Гентера

Спускают мочу катетером, становятся рядом с роженицей; обе руки, сжатые в кулак, кладут на дно матки в области трубных углов. Надавливая и постепенно увеличивая силу этого давления, доводят до рождения последа.

Причиной кровотечения в послеродовом периоде может быть гипотония матки и связанное с этим длительное пребывание в ней последа.

После отделения последа необходимо тщательно его осмотреть на целостность.

Если в матке задержались части плаценты, необходимо провести ручное обследование полости матки, так как это может привести к кровотечению в раннем или позднем послеродовом периодах.

В течение двух часов после родов роженица должна находиться в родзале под наблюдением. В течение этого времени необходимо провести ревизию родовых путей и при необходимости восстановить их целостность.

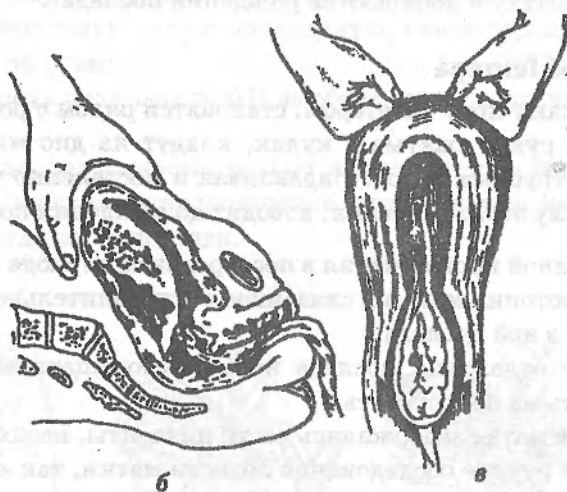
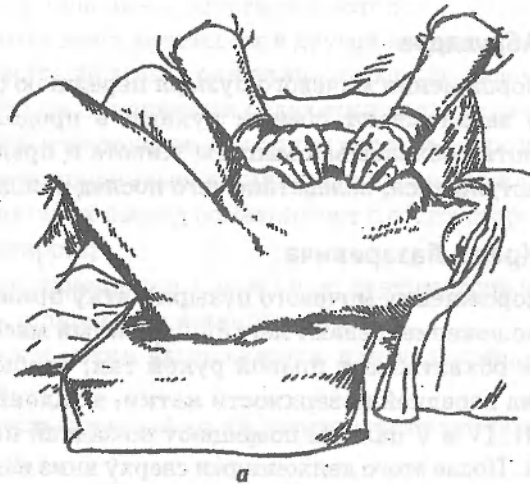


Рис. 34. Методы ручного отделения последа:

а — выделение последа (прием Абуладзе);

б — выжимание последа (способ Креде-Лазаревича);

в — метод Гентера

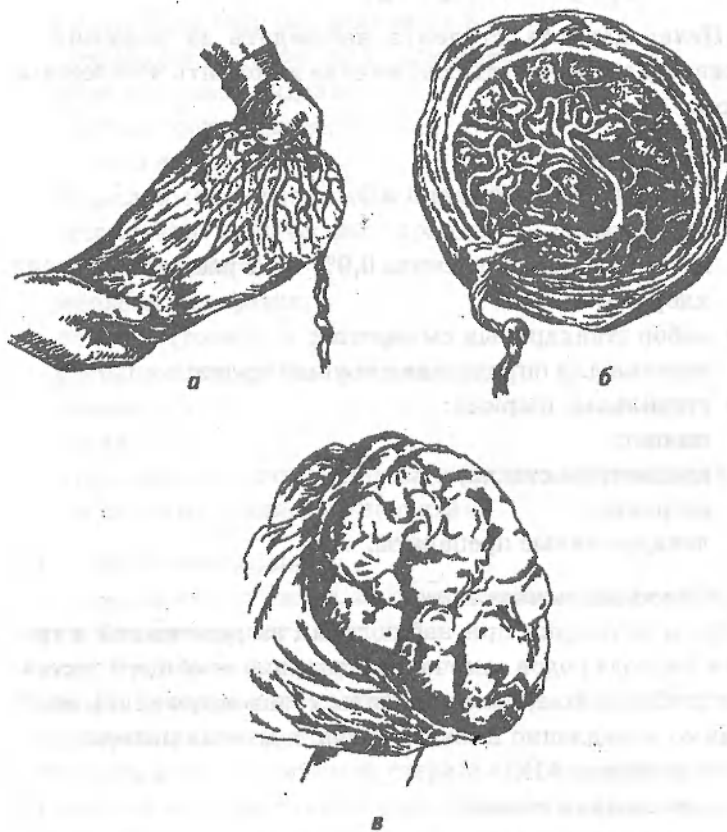


Рис. 35. Осмотр последа:

а — сосуды, идущие между оболочками, указывают на наличие
"добавочной долики"; б — плодовая поверхность;
в — материнская поверхность

Мероприятия при кровотечении в послеродовом периоде

Цель: научить студента наблюдать за роженицей, своевременно заметить осложнение и принять неотложные меры.

Оснащение:

- ▶ аппарат для измерения АД;
- ▶ секундомер;
- ▶ капельница, заполненная 0,9% -ным раствором натрия хлорида;
- ▶ набор стандартных сывороток;
- ▶ тарелка для определения группы крови;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пинцет;
- ▶ предметные стекла;
- ▶ шприцы;
- ▶ лекарственные препараты.

Методика выполнения

Если акушерка при наблюдении за роженицей в третьем периоде родов замечает ухудшение ее общего состояния (побледнение, головная боль, головокружение), необходимо немедленно вызвать врача, а до его прихода:

- измерить АД,
- посчитать пульс,
- посчитать дыхание,
- сменить холод,
- определить группу крови,
- войти в вену с помощью капельницы.

Первичная обработка новорожденного

Цель: научить студента провести первичную обработку новорожденного.

Оснащение:

- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ 5% -ный раствор перманганата калия;
- ▶ стерильное постное масло или вазелин;
- ▶ весы для новорожденного;
- ▶ сантиметровая лента;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ стерильные клееночки размером 5 × 3 см (3);
- ▶ стерильный химический карандаш;
- ▶ скоба Роговина;
- ▶ марлевые салфетки;
- ▶ пеленки (тонкая и теплая);
- ▶ распашонки (тонкая и теплая);
- ▶ косыночка;
- ▶ одеяло;
- ▶ стерильный халат, шапочка и маска для акушерки;
- ▶ стерильные резиновые перчатки.

Методика выполнения:

- акушерка меняет халат, надевая стерильный, стерильную шапку и маску;
- надеть резиновые перчатки;
- обмыть ребенка под краном теплой водой так, чтобы вода не попала в пуповину;
- обтереть кожу шариком со стерильным вазелином или постным маслом, снимая родовую смазку (особенно в области естественных складок);
- на пуповину новорожденного на расстоянии 0,3–0,5 см от пупочного кольца (предварительно протерев его шариком, смоченным спиртом) наложить зажим Кохера (рис. 36);
- через 1–2 минуты зажим снять и на культю наложить металлическую скобку Роговина (можно туго перевязать стерильной марлевой салфеткой треугольной формы);

Рис. 36. Наложение зажима Кохера на пуповину

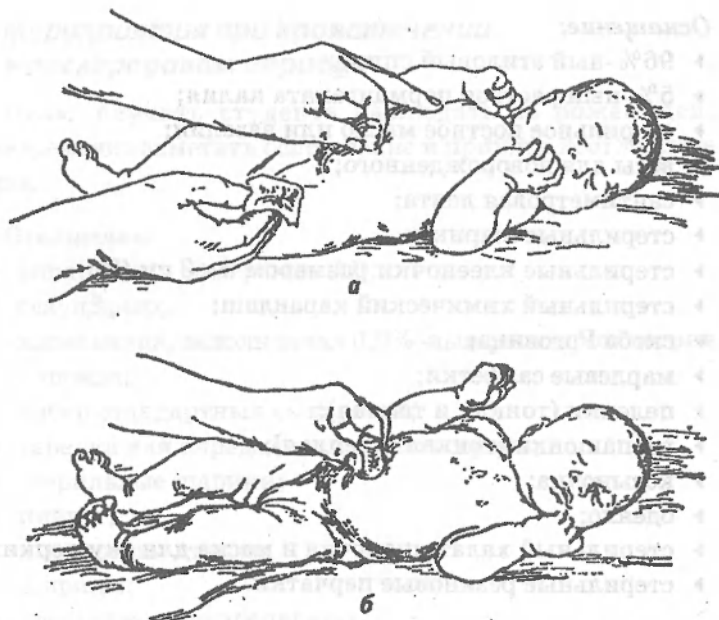


Рис. 36. Наложение повязки на пуповинный остаток:

а — первый момент; б — второй момент

- культю пуповины обработать 5% -ным раствором калия перманганата;
- на культю наложить марлевую стерильную повязку;
- в пеленке взвесить ребенка на весах;
- с помощью стерильной сантиметровой ленты измерить длину новорожденного от макушки до пяток;
- с помощью сантиметровой ленты измерить окружность головки по наибольшей ее поверхности (прямой размер) и окружность плечевого пояса;
- написать на трех клеенках с помощью карандаша следующие данные:
 - а) фамилия, имя, отчество матери;
 - б) дата и час родов;
 - в) пол ребенка;

- г) масса тела;
- д) длина новорожденного;
- е) номер истории родов матери;
- ж) номер новорожденного;
- привязать 2 клееночки (браслетки) на запястья обеих рук новорожденного с помощью стерильных поворозочек;



Рис. 37. Взвешивание новорожденного

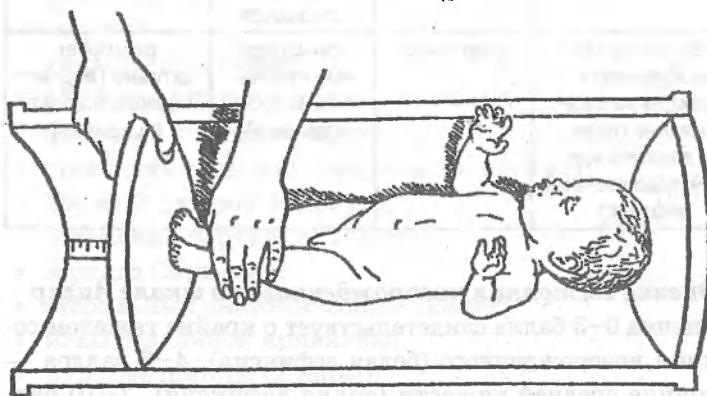


Рис. 38. Измерение роста новорожденного

- запеленать новорожденного в стерильные пеленки (легкую и фланелевую);
- завернуть при необходимости в одеяло;
- надеть поверх одеяла на шею 3-ю клеенку с надписью;
- положить новорожденного на столик с подогревом на 2 часа;
- снять перчатки и вымыть руки.

Через 2 часа ребенок переводится в отделение новорожденных.

Сразу же после родов и через 5 минут проводится оценка новорожденного по шкале Апгар.

Параметры	Оценка в баллах		
	0	1	2
Частота сердцебиений (уд./мин)	отсутствует	менее 100	более 100
Дыхание	отсутствует	замедленное, неритмичное	громкий крик
Окраска кожи	бледная или цианоз	розовая, но цианоз на конечностях	розовая
Мышечный тонус	отсутствует	конечности слегка сгибаются	движения активные
Рефлекторная возбудимость (реакция на отсасывание слизи из дыхательных путей, подошвенный рефлекс)	отсутствует	невыраженные изменения на лице (grimаса)	реагирует активно (дергает ножкой, морщится, кричит)

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Оценка 0–3 балла свидетельствует о крайне тяжелом состоянии новорожденного (белая асфиксия), 4–6 баллов — состояние средней тяжести (синяя асфиксия), 7–10 баллов — состояние удовлетворительное. Однако в большин-

стве случаев в первую минуту новорожденных оценивают в 7–8 баллов за счет сниженного мышечного тонуса и акроцианоза, а через 5 минут эта оценка возрастает до 8–10 баллов.

В течение этих же двух часов родильница находится под наблюдением в родильном зале. Акушерка следит:

- ▶ за пульсом;
- ▶ артериальным давлением;
- ▶ окраской кожных покровов и слизистых оболочек;
- ▶ подкладной (кровотечение!);
- ▶ общим состоянием родильницы.

При возникновении любого осложнения акушерка срочно вызывает врача и оказывает медицинскую помощь женщине до его прихода.

Через два часа родильницу готовят к осмотру родовых путей.

Подготовка к осмотру родовых путей

Цель: научить студента подготовить родильницу к осмотру родовых путей и проассистировать врачу при необходимости оперативного вмешательства.

Оснащение:

- ▶ стерильный столик;
- ▶ 5%-ная спиртовая йодная настойка;
- ▶ 96%-ный этиловый спирт;
- ▶ стерильные шарики (марлевые и ватные);
- ▶ 1%-ный раствор йодоната;
- ▶ резиновые перчатки (2 пары);
- ▶ зеркала Симпсона;
- ▶ стерильный анатомический пинцет;
- ▶ иглы различной кривизны;
- ▶ пулевые щипцы (2 пары);
- ▶ шовный материал (кетгут, шелк).

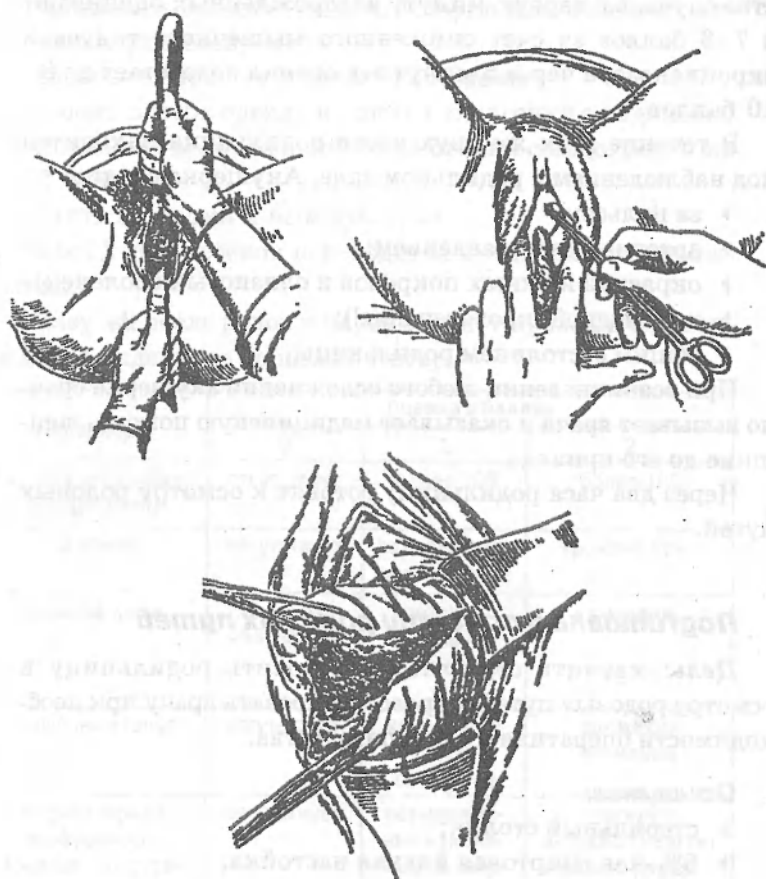


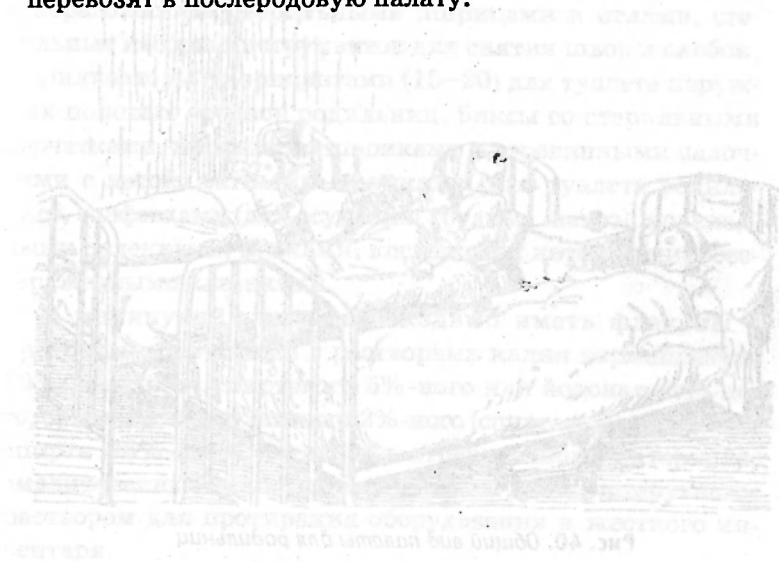
Рис. 39. Осмотр родовых путей и ушивание шейки матки и промежности

Методика выполнения:

- следует объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры;
- родильная кровать укорачивается и ей придается статус гинекологического кресла;

- родильницу укладывают в положение «на спине», ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, подколенные ямки — на подставках;
- промежность и внутреннюю поверхность бедер обрабатывают 1%-ным раствором йодоната с помощью корнданга и шарика;
- надевают перчатки;
- отгораживают бедра и анальное отверстие стерильной простыней;
- врачу подают перчатки;
- во время осмотра и при необходимости ушивания шейки матки, влагалища и промежности врачу дают инструменты и шовный материал по требованию.

После ревизии родовых путей у родильницы измеряют температуру, артериальное давление, считают пульс, меняют подкладную, надевают стерильную рубашку и на каталке, предварительно постелив на нее простыню, обеззараженную пеленку и стерильную пеленку, родильницу перевозят в послеродовую палату.





Послеродовое физиологическое отделение

Послеродовое отделение имеет палаты, манипуляционный кабинет.

Палаты оборудованы кроватями (желательно функциональными) с подставкой для судна (при отсутствии подставки — деревянная скамейка с маркировкой). Кровать и судно маркируются одним номером.

Кровать застилается постельными принадлежностями непосредственно перед переводом роженицы из родового отделения.

При заполнении палат послеродового отделения необходимо соблюдать строгую цикличность. Одну палату разрешается заполнять роженицами не более трех суток.

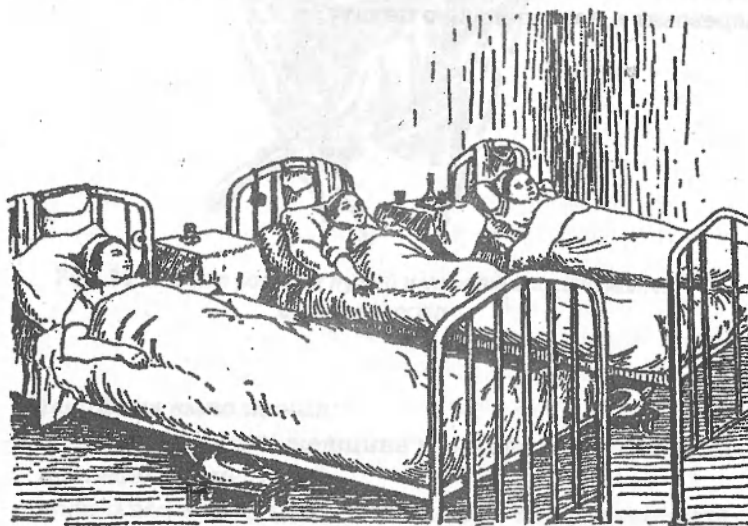


Рис. 40. Общий вид палаты для рожениц

Родильнице выдают полотенце для рук и лица, полотенце (пеленку) для грудных желез, пеленку и клеенку для новорожденного (подкладная во время кормления).

Постельное белье меняется каждые три дня, подкладные пеленки для родильницы в первые три дня меняют 4 раза в день, в последующие — 2 раза в день; рубашку, полотенце, бюстгалтер меняют ежедневно, а подкладную для новорожденного — 2 раза в день (лучше — перед каждым кормлением).

Манипуляционный кабинет оборудован:

- ▶ кушеткой, покрытой клеенкой;
- ▶ гинекологическим креслом;
- ▶ двумя шкапами;
- ▶ столами;
- ▶ шкафом для медикаментов списка «А»;
- ▶ холодильником;
- ▶ тумбочкой;
- ▶ штативом для капельницы.

На столах размещаются биксы или стерилизаторы с одноразовыми и стерильными шприцами и иглами, стерильные наборы инструментов для снятия швов и скобок, стерилизаторы с корнцангами (15–20) для туалета наружных половых органов родильниц, биксы со стерильными перчатками, марлевыми шариками и деревянными палочками с ватой, ватными шариками (для туалета родильниц), салфетками (для осушения грудных желез), подкладными пеленками, масками, косынками, катетерами, обеззараженными клеенками.

В манипуляционной необходимо иметь флаконы с притертыми пробками с растворами калия перманганата 10%-ного, йода спиртового 5%-ного или йодоната 1%-ного, бриллиантового зеленого 2%-ного (спиртовый), этилового спирта 96%-ного, лоток для отработанного материала, эмалированные емкости с крышками с дезинфицирующим раствором для протирания оборудования и жесткого инвентаря.

В одном шкафу хранят медикаменты, в другом — термометры в емкости с 0,5%-ным раствором хлорамина, набор для переливания крови, аппараты для измерения артериального давления, пластмассовые кувшины для подмывания родильниц, эмалированные тазы для обработки рук. В холодильнике хранят набор сывороток для определения группы крови.

На тумбочке у раковины размещают кастрюли с крышками, с кипячеными щетками и банку со стерильным корнцангом в тройном растворе; в тумбочке находится кастрюля для использованных щеток, эмалированные емкости с растворами для погружения шприцев и игл.

В клизменной комнате находятся:

- ▶ кушетка;
- ▶ тумбочка;
- ▶ стол;
- ▶ штатив;
- ▶ вешалка для халатов.

На столе располагают эмалированные кастрюли с обеззараженными кружками Эсмарха, кипячеными наконечниками, бикс с обеззараженными клеенками, темную стеклянную банку со стерильным корнцангом в тройном растворе; на тумбочке — 2 эмалированных кастрюли для погружения в дезраствор использованных наконечников и кружек Эсмарха. В тумбочку ставят эмалированную кастрюлю с ветошью в 1%-ном растворе хлорамина (для обработки кушетки), емкости с дезрастворами аптечного приготовления.

В душевой комнате находится вешалка для халатов и рубашек, табурет, тумбочка. Там же в эмалированной кастрюле лежат кипяченые мочалки и стоит отдельная кастрюля для уже использованных мочалок. Под ноги стелят резиновые коврики, которые необходимо менять для каждой женщины.

В специально выделенном помещении или шкафу хранят запас суточной потребности чистого белья.

В холодильниках для продуктов, размещенных в палатах или в коридоре, продукты хранятся в полиэтиленовых пакетах с указанием фамилии родильницы, номера палаты и даты получения передачи. Просроченные продукты необходимо выбрасывать.

В коридоре должны быть каталки (1–2 шт.) и вывешен режим дня отделения.

Обсервационное отделение

Число коек обсервационного отделения составляет 20–25% от всего родильного отделения.

Оснащение и организация работы обсервационного отделения должны соответствовать основным принципам физиологического отделения.

Палаты в обсервационном отделении, по возможности, должны быть профилированы.

Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате.

В обсервационном отделении нет общих комнат отдыха, общей столовой — во избежание передачи различных инфекций друг другу.

Режим дня послеродового отделения

- | | |
|-------------|---|
| 5.30–6.00 | Проветривание палат, мытье рук и грудных желез, смена рубашек и полотенец. |
| 6.00–6.30 | 1-е кормление детей. |
| 6.30–8.30 | Туалет родильниц, уборка палат, кварцевание палат, выполнение назначений врача. |
| 8.30–9.15 | Завтрак, уборка прикроватных тумбочек, постелей, проветривание палат. |
| 9.15–9.30 | Мытье рук и грудных желез родильниц. |
| 9.30–10.00 | 2-е кормление детей. |
| 10.00–10.10 | Проветривание палат, подготовка к лечебной гимнастике. |

10.10–10.30	Лечебная гимнастика.
10.30–12.00	Обход врачей, информация родильниц детскими врачами новорожденных.
12.00–12.45	Уборка палат.
12.45–13.00	Мытье рук и грудных желез родильниц и проветривание палат.
13.00–13.30	3-е кормление детей.
13.30–14.00	Выполнение назначений врача.
14.00–15.00	Обед.
15.00–16.15	Тихий час, кварцевание палат.
16.15–16.30	Мытье рук и грудных желез родильниц.
16.30–17.00	4-е кормление детей.
17.00–18.00	Туалет родильниц, измерение вечерней температуры, выполнение назначений врача.
18.00–19.00	Ужин.
19.00–19.45	Уборка и проветривание палат.
19.45–20.00	Мытье рук и грудных желез родильниц.
20.00–20.30	5-е кормление детей.
20.30–23.00	Свободный режим.
23.00–23.30	Дополнительный туалет родильниц, мытье рук, грудных желез, проветривание палат.
23.30–24.00	6-е кормление детей.
24.00	Сон.

Послеродовым периодом называется период момента рождения последа до того момента, когда закончится обратное развитие (инволюция) тех органов и систем, которые подвергались изменениям в связи с беременностью.

Послеродовой период длится 6–8 недель. Он подразделяется на ранний (2–4 часа) и поздний (все остальное время) периоды.

В раннем послеродовом периоде необходимо следить за общим состоянием родильницы, цветом ее кожных покровов и слизистой, пульсом, артериальным давлением, состоянием матки.

Периодически производить массаж матки для удаления накопившихся в ней сгустков крови, обращая внимание на консистенцию матки, ее величину, болезненность и характер выделений из половых путей, которые имеют темнокровавый цвет и должны быть в умеренном количестве.

За первую неделю послеродового периода матка уменьшается вдвое, а концу послеродового периода возвращается к своему первоначальному весу 50–100 г. Скорость сокращения матки — 2 см в сутки, и на 10-е сутки она уже находится за лоном.

У кормящих грудным молоком рожениц матка сокращается быстрее, чем при искусственном вскармливании.

Лохии — это послеродовые выделения (кровь, слизь и остатки децидуальной ткани). В первые 2–3 дня они кровянистые, на 4–5-й день — кровянисто-серозные, а затем и просто серозные. Лохии прекращаются к концу 3-й недели послеродового периода.

Промежность восстанавливается к 12-му дню, а при применении специальных упражнений (произвольное ее сокращение) эти сроки укорачиваются.

Молочные железы накапливают молозиво, которое на 3–4-е сутки заменяется грудным молоком. Калорийность молозива в два раза больше, чем молока.

Задержка мочеиспускания и дефекации в послеродовом периоде нарушают скорость сокращения матки. При задержке мочеиспускания необходимо попытаться рефлекторно вызвать его (открыть кран с водой или лить теплую воду на промежность), положив теплую грелку на область лона, а при отсутствии эффекта применяют медикаментозное лечение (введение окситоцина или прозерина, сульфата магния).

При отсутствии стула в течение трех суток ставят очистительную клизму или дают слабительное.

При субинволюции матки назначают: лед на низ живота; окситоцин по 1 мл 1–2 раза в день; электротонизацию матки; иглорефлексотерапию.

В послеродовом периоде нужно следить за температурой тела и пульсом. Температура может повышаться первые 12 часов и в течение трех-четырех суток (нагрубание молочных желез). Пульс должен соответствовать температуре.

Необходимо следить за состоянием швов (при их наличии), обрабатывая их 1–2 раза в сутки 96%-ным этиловым спиртом и 5%-ным раствором йода.

Студент должен знать:

- ▶ физиологические изменения в органах и системах родильницы в послеродовом периоде при нормальных родах;
- ▶ порядок перевода в послеродовую палату;
- ▶ оснащение послеродовой палаты и манипуляционного отделения;
- ▶ порядок подготовки к кормлению и кормление детей;
- ▶ уход за родильницей и порядок хранения чистого и грязного белья и их смена.

Студент должен уметь:

- ▶ перевезти родильницу в послеродовую палату;
- ▶ подготовить кровать;
- ▶ переложить родильницу на кровать;
- ▶ провести туалет родильницы;
- ▶ измерить температуру;
- ▶ измерить АД;
- ▶ подсчитать пульс;
- ▶ посчитать дыхание;
- ▶ сменить нательное и постельное белье;
- ▶ провести туалет швов;
- ▶ подготовить родильницу к снятию швов;
- ▶ подготовить материал для снятия швов и проассистировать врачу во время их снятия;
- ▶ помочь родильнице сцедить молоко после кормления.

Измерение температуры у роженицы с регистрацией на температурном листе

Цель: научить студента измерять температуру у роженицы с заполнением температурного листа и отметкой на нем пульса, дыхания и АД.

Оснащение:

- ▶ медицинский термометр;
- ▶ емкость с дезинфицирующим раствором;
- ▶ индивидуальная салфетка;
- ▶ температурный лист;
- ▶ ручка;
- ▶ секундомер.

Методика выполнения:

- следует объяснить женщине необходимость и правильность выполнения процедуры;
- попросить роженицу насухо протереть подмышечную впадину сухой салфеткой;
- вымыть руки;
- подать термометр и объяснить, что ртутный резервуар его должен со всех сторон соприкоснуться с телом, а рука должна быть зафиксирована (температура измеряется в полном покое, сидя или лежа);
- фиксировать время начала измерения температуры;
- через 10 минут извлечь термометр;
- поместить термометр в дезраствор;
- сообщить женщине показания термометра;
- вымыть руки;
- занести данные в температурный лист.

В температурном листе отмечаются также данные пульса, который должен соответствовать температуре, АД и дыханию.

На температурном листе обязательно отмечается количество суток после родов.

Температурный лист

№ истории родов			Фамилия, имя, отчество родильницы														№ палаты	
Дата родов																		
Послед. сутки			1		2		3		4		5		6		7			
П	АД	Т	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В
140	200	41																
120	75	40																
100	150	39																
90	125	38																
80	100	37																
70	75	36																
60	50	35																
Дыхание																		
Масса тела																		
Выпито жидкости																		
Суточ. кол. мочи																		
Стул																		
Ванна																		

Температура, пульс, дыхание и артериальное давление на температурном листе отмечаются разными цветами.

Уход за молочными железами

Цель: научить студента провести туалет молочных желез родильнице.

Оснащение:

- ▶ теплая вода;
- ▶ индивидуальный кусочек мыла;
- ▶ стерильный корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ стерильная салфетка;
- ▶ лифчик.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- ходячие родильницы самостоятельно обмывают грудные железы теплой водой под краном и индивидуальным кусочком мыла;
- постельным родильницам акушерка, надев перчатки, с помощью корнцанга с шариком, смоченным теплой



Рис. 41. Подготовка молочных желез к кормлению

- водой, обмывает молочные железы в следующем порядке: сосок, потом всю железу;
- обсушивает стерильной салфеткой или полотенцем;
 - надевает стерильный лифчик.

Туалет рожильницы в постели

Цель: научить студента провести туалет рожильницы в постели.

Оснащение:

- ▶ двухярусный столик;
- ▶ кувшин с фурацилином 1:5000;
- ▶ обеззараженная клеенка;
- ▶ судно;
- ▶ стерильные корнцанги (2 шт.);
- ▶ стерильный анатомический пинцет (1 шт.);
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ 3% -ный раствор перекиси водорода;
- ▶ 5% -ный раствор йода (или 1% -ный раствор йодоната);
- ▶ подкладные;
- ▶ резиновые перчатки.

Накрыть столик следующим образом: на нижней полке располагается емкость с раствором фурацилина и обеззараженные клеенки, а на верхнем (стерильном) размещают стерильные перчатки, шарики, корнцанги в тройном растворе, пинцет, 3% -ный раствор перекиси водорода, 5% -ный раствор йода (или 1% -ный раствор йодоната), стерильные подкладные, палочки с ватой, корнцанги, шарики.

Методика выполнения:

- процедуру выполняет акушерка вместе с санитаркой, на санитарке должен быть надет фартук поверх халата и перчатки;
- объяснить женщине необходимость процедуры и ход ее выполнения;

- санитарка снимает с родильницы одеяло и укладывает ее в положение «на спине» с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенными ногами;
- под ягодицы родильницы санитарка стелет клеенку и ставит судно;
- санитарка из кувшина поливает раствор фурацилина (теплый) на промежность родильницы;
- акушерка, надев перчатки, шариком на корнцанге осторожно обмывает половые органы от лобка к анальному отверстию; после этого обмывает внутреннюю поверхность бедер;
- санитарка убирает судно;
- акушерка стелет под родильницу стерильную подкладную, попросив поднять ягодицы и стараясь не коснуться родильницы стерильными руками;



Рис. 42. Туалет лежачих родильниц в палате

- акушерка с помощью корнцанга или пинцета с сухим шариком промокает наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер;
- при наличии швов акушерка обрабатывает их с помощью шарика 3% -ным раствором перекиси водорода;
- просушивает швы сухим шариком;
- обрабатывает швы 5% -ной йодной настойкой или 1% -ным раствором йодоната;
- если есть изменения в состоянии швов (покраснение, нагноение, отек), немедленно сообщает об этом врачу;
- снимает перчатки и моет руки.

Подготовка к снятию швов

Цель: научить студента подготовить родильницу к снятию швов.

Оснащение:

- ▶ кружка Эсмарха;
- ▶ обеззараженный наконечник;
- ▶ резиновые перчатки (2 пары);
- ▶ корнцанг стерильный;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ пинцет хирургический;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ стерильные салфетки;
- ▶ ножницы стерильные;
- ▶ 5% -ная йодная настойка (или йодонат 1% -ный);
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ 3% -ный раствор перекиси водорода.

Методика выполнения:

- накануне и утром перед снятием швов родильнице поставить очистительную клизму;
- объяснить цель и ход процедуры;

- подготовить все необходимое (см. Оснащение) для снятия швов;
- накрыть стерильный столик;
- надеть перчатки;
- провести санобработку наружных половых органов (см. выше);
- во время снятия швов ассистировать врачу и выполнять его указания;
- дать роженице чистую подкладную;
- продезинфицировать использованный материал;
- снять перчатки и вымыть руки.

Гимнастика в первые дни после родов

Здоровым роженицам со второго дня после нормальных родов назначают гимнастические упражнения, которые повышают тонус организма, улучшают кровообращение, дыхание, обмен веществ, функцию кишечника и мочевого пузыря. Гимнастические упражнения ускоряют процесс обратного развития половых органов, способствуют укреплению мышц брюшного пресса и тазового дна. При наличии разрыва промежности занятия проводятся по сокращенному комплексу, состоящему, главным образом, из дыхательных упражнений.

Гимнастика назначается врачом или самостоятельно работающей акушеркой, проводится акушеркой или медицинской сестрой. Перед каждым упражнением акушерка инструктирует роженицу о порядке его выполнения. Необходимо следить, чтобы каждое упражнение производилось соответственно ритму дыхания. При проведении гимнастики следят за самочувствием рожениц, подсчитывают пульс и дыхание. При стойком учащении пульса и одышке занятия прекращают. Если роженица замечает утомление, то количество упражнений уменьшают, сложные

упражнения исключают или заменяют легкими. При повышении температуры тела гимнастику прекращают.

Упражнения производятся утром, после осмотра врачом (или акушеркой), не ранее чем за 30 минут после завтрака. Перед гимнастикой палату тщательно проветривают. В теплое время года упражнения выполняют при открытой форточке (или открытом окне).

Упражнения проводят на кровати. Женщина снимает белье, за исключением бюстгалтера; наружные половые органы и область таза прикрывают чистой проглаженной пленкой («импровизированные трусики»). При выраженном расслаблении брюшного пресса рекомендуется перед упражнениями забинтовать живот. Получив разрешение встать, она после окончания упражнений обтирает тело полотенцем, смоченным теплой водой, а затем вытирает его насухо.

Описание упражнений

1 комплекс упражнений — 2-й день после родов

Упражнение 1. Исходное положение: лежа на спине в основном положении¹.

Выполнение²: 1–2 — слегка приподняв руки, развести их в стороны (вдох); 3–4 — вернуть руки в исходное положение (выдох).

Упражнение 2. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — развести руки в стороны на уровне плеч, одновременно разводя пальцы (вдох); 2 — согнуть пальцы в кулак и привести руки на грудь (выдох).

¹ Основное положение лежа: женщина лежит на спине с втянутыми вдоль туловища и обращенными ладонями вниз руками; ноги вытянуты, пятки и носки вместе; голову держит прямо.

² Цифры указывают счет, при котором надо выполнять ту или иную часть упражнения.

Упражнение 3. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: перед началом сделать вдох; 1 — достать правой рукой противоположный край кровати с небольшим поворотом верхней половины туловища (выдох); 2 — вернуться в исходное положение (вдох); 3 — достать левой рукой противоположный край кровати (выдох); 4 — вернуться в исходное положение (вдох).

Упражнение 4. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — развести пальцы рук и одновременно разогнуть (на себя) до отказа стопы; 2 — сжать пальцы в кулак и одновременно согнуть (от себя) до отказа стопы. Дыхание равномерное.

Упражнение 5. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1-2 — повернуться на бок; 3-4 — полежать на боку; 5-6 — вернуться в исходное положение. Дыхание равномерное.

Упражнение 6. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — втянуть в себя задний проход — сжать мышцы заднего прохода (вдох); 2 — расслабить задний проход — расслабить мышцы заднего прохода (выдох).

Упражнение 7. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1-2 — согнуть левую ногу в коленном суставе, не отрывая стопу от постели (вдох); 3-4 — разогнуть ногу (выдох); 5-6 — согнуть правую ногу в коленном суставе (вдох); 7-8 — разогнуть ногу (выдох).

Упражнение 8. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечание к I комплексу:

1. Упражнения 1, 2, 4, 6 проводятся 3–4 раза, упражнение 3 проводится 2–3 раза и упражнение 5 проводится 1 раз.
2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3, 4.

II комплекс упражнений — 3-й день после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 2 I комплекса.

Упражнение 2. *Исходное положение:* лежа на спине, руки по швам.

Выполнение: 1 — согнуть туловище влево, скользя правой рукой вдоль туловища вверх, а левой — вниз, одновременно наклонить голову влево (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох); 3 — согнуть туловище вправо, скользя левой рукой вдоль туловища вверх, а правой — вниз (одновременно голову наклонить вправо (вдох); 4 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 3. Повторение упражнения 4 I комплекса.

Упражнение 4. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1–2 — повернуться на живот; 3–4 — по-лежать на животе; 5–6 — вернуться в исходное положение. Дыхание равномерное.

Упражнение 5. *Исходное положение:* положение лежа на спине; ноги согнуты в коленных суставах, руки вытянуты вдоль туловища ладонями вниз.

Выполнение: 1 — поднять таз, опираясь на стопы ног, которые согнуты в коленных суставах, и на руки (вдох); 2 — опустить таз (выдох).

Упражнение 6. Повторение упражнения 6 I комплекса.

Упражнение 7. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — согнуть ноги в коленных суставах, не отрывая стоп от постели (вдох); 2 — разогнуть ноги (выдох).

Упражнение 8. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания ко II комплексу:

1. Упражнения 1, 3, 5, 6, 7, 8 проводятся 3–4 раза, упражнение 2 проводится 2–3 раза, упражнение 4 проводится 1 раз.
2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и упражнение 5 I комплекса.

III комплекс упражнений — 4-й день после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 2 I комплекса.

Упражнение 2. Повторение упражнения 2 II комплекса.

Упражнение 3. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — развести носки стоп в стороны и одновременно развести пальцы рук (вдох); 2 — свести носки вместе и одновременно сжать пальцы рук (выдох).

Упражнение 4. *Исходное положение:* лежа на животе; руки на уровне подбородка согнуты в локтевых суставах под прямым углом и положены одна на другую; подбородок на руках.

Выполнение: 1 — опираясь на локти и на носки, приподнять туловище и голову, слегка прогибая спину (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 5. Исходное положение: положение на спине, ноги согнуты в коленных суставах; руки вытянуты вдоль туловища ладонями вниз.

Выполнение: 1 — поднять таз, опираясь на стопы ног, согнутые в коленных суставах, и на руки, лежащие вдоль туловища. Одновременно втянуть мышцы заднего прохода (вдох); 2 — опустить таз; одновременно расслабить мышцы заднего прохода (выдох).

Упражнение 6. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — отвести правую руку в сторону и одновременно повернуть голову влево (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох); 3 — отвести левую руку в сторону и одновременно повернуть голову вправо (вдох); 4 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — сгибая левую ногу в коленном суставе, скользить стопой по внутренней поверхности правой ноги (вдох); 2 — разогнуть левую ногу, скользя стопой (выдох); 3 — сгибая правую ногу в коленном суставе, скользить стопой до внутренней поверхности левой ноги (вдох); 4 — разогнуть правую ногу, скользя стопой (выдох).

Упражнение 8. Исходное положение: сесть в кровати, положить руки за голову.

Выполнение: 1 — повернуть туловище вправо; 2 — вернуться в исходное положение (туловище прямо); 3 — повернуть туловище влево; 4 — вернуться в исходное положение (туловище прямо).

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания к III комплексу:

1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 8 и 9 проводятся 3–4 раза, упражнения 2, 6, 7 проводятся 2–3 раза.
2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и упражнение 5 I комплекса.

IV комплекс упражнений — 5-й день после родов

Упражнение 1. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — поднять руки вверх, соединить их ладонями над головой (вдох); 2 — опустив руки, вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 2. Исходное положение: лежа на спине, руки разведены в стороны ладонями вверх.

Выполнение: перед началом упражнений вдох; 1 — ладонью правой руки коснуться ладони левой руки, повернуть верхнюю половину туловища влево (выдох); 2 — вернуться в исходное положение (вдох); 3 — ладонью левой руки коснуться ладони правой руки (выдох); 4 — вернуться в исходное положение (вдох).

Упражнение 3. Повторение упражнения 3 III комплекса.

Упражнение 4. Повторение упражнения 4 III комплекса.

Упражнение 5. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 6. Исходное положение: лежа на спине, руки по швам; ноги вытянуты.

Выполнение: 1 — развести ноги в стороны и одновременно развести руки в стороны, подняв их до уровня плеч (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — поднять вверх левую вытянутую ногу; 2 — опустить ее. Дыхание равномерное.

Упражнение 8. Исходное положение: сидя, свесить ноги с кровати, руки за голову.

Выполнение: перед началом сделать вдох; 1 — наклониться вперед (выдох); 2 — выпрямиться (вдох).

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания к IV комплексу:

1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9 проводятся 3–4 раза, упражнения 2 и 7 выполняются 2–3 раза.
2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и дополнительно следующее упражнение (упражнение 10).

Упражнение 10. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — приподнять таз (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

V комплекс упражнений — 8-й день после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 1 IV комплекса.

Упражнение 2. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — повернуть ладони кверху, развести пальцы; одновременно развести носки в стороны, разогнув на себя стопы (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 3. Исходное положение: лежа на животе; руки, согнутые в локтевых суставах, лежат вдоль туловища ладонями книзу; ноги вытянуты.

Выполнение: 1 — поднять голову и туловище, опираясь на ладони и носки (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 4. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 5. Повторение упражнения 6 IV комплекса.

Упражнение 6. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — поднять вверх вытянутые ноги; 2 — опустить ноги. Дыхание равномерное.

Упражнение 7. Исходное положение: сидя на постели; руки по швам.

Выполнение: 1 — развести руки в стороны (вдох); 2 — слегка согнув туловище, коснуться пальцами рук носков вытянутых ног (выдох); 3 — выпрямить туловище, развести руки в стороны (вдох); 4 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 8. Повторение упражнения 1 этого комплекса.

Примечания к V комплексу:

1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 проводятся 3–4 раза, упражнения 2 и 8 выполняются 2–3 раза.
2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и дополнительное упражнение (упражнение 10) IV комплекса.

VI комплекс упражнений — 7-й день после родов

Упражнение 1. Исходное положение: лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — разведя руки в стороны, заложить их за голову (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 2. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: перед началом сделать вдох; 1 — достать правой рукой коленный сустав левой вытянутой ноги, опираясь на левый локоть, слегка приподняв и повернув верхнюю часть туловища (выдох); 2 — вернуться в исходное положение (вдох); 3 — достать левой рукой коленный сустав правой вытянутой ноги, опираясь на правый локоть (выдох); 4 — вернуться в исходное положение (вдох).

Упражнение 3. Повторение упражнения 3 V комплекса.

Упражнение 4. Повторение упражнения 4 V комплекса.

Упражнение 5. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 6. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — согнуть ноги в коленных суставах; одновременно поднять руки кверху (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — приподнять вытянутые ноги; 2 — развести ноги в стороны; 3 — соединить ноги вместе; 4 — опустить ноги. Дыхание равномерное.

Упражнение 8. Повторение упражнения 8 V комплекса.

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания к VI комплексу.

1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 9 проводятся 3–4 раза, упражнения 2, 7, 8 выполняются 2–3 раза.
2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3, 5 и упражнение 4 III комплекса.

VII комплекс упражнений — 8-й после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 1 VI комплекса.

Упражнение 2. Повторение упражнения 2 VI комплекса.

Упражнение 3. Повторение упражнения 3 V комплекса.

Упражнение 4. Повторение упражнения 4 V комплекса.

Упражнение 5. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 6. *Исходное положение:* лежа на спине, руки по швам.

Выполнение: 1 — согнуть ноги в коленях и развести их в стороны, одновременно развести руки в стороны ладонями вверх на уровне плеч (вдох); 2 — вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. *Исходное положение:* лежа на спине в основном положении.

Выполнение: 1 — согнуть левую ногу в коленном и тазобедренном суставах; правая нога разогнута; 2 — согнуть правую ногу, одновременно разогнув левую ногу. Дыхание равномерное.

Упражнение 8. *Исходное положение:* сидя на постели; руки разведены в стороны на уровне плеч ладонями вниз.

Выполнение: перед началом сделать вдох; 1 — коснуться пальцами правой руки носка левой ноги, слегка согнув туловище и повернув его в сторону; левая рука остается отведенной на уровне плеч (выдох); 2 — вернуться в исходное положение (вдох); 3 — коснуться пальцами левой руки носка правой ноги, слегка согнув туловище и повернув его в сторону; правая рука остается отведенной на уровне плеч (выдох).

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания к VII комплексу:

1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 7 и 9 проводятся 3–4 раза, упражнения 2 и 8 выполняются 2–3 раза.
2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3, 4 и 5.

На 9-й день после родов можно рекомендовать тот же комплекс, что и на 8-й день.



Оснащение отделения новорожденных

В отделении новорожденных, помимо коек для здоровых детей должны быть посты для недоношенных детей и детей, родившихся в асфикции, с внутричерепной клинкой, родовой травмой; детей, родившихся при оперативных вмешательствах, при резус-конфликте, а также детей других «групп риска».

Обязательно выделяется обсервационное отделение для больных детей.

В отделении новорожденных существует помещение для пастеризации сцеженного грудного молока, комната для хранения вакцины БЦЖ, отдельное помещение для хранения чистого белья и матрацев, санитарные комнаты и шкафы для хранения инвентаря.

Палаты заполняются с сохранением цикличности материнских палат.

На каждом посту, помимо детских кроватей, устанавливают:

- ▶ медицинские весы для взвешиваний новорожденных;
- ▶ пеленальный стол;
- ▶ тумбочка для белья;
- ▶ стол для размещения медикаментов, необходимых для ухода за новорожденными.

Палаты должны быть хорошо освещены, иметь передвижные лампы, централизованную подачу кислорода.

В детские кровати вкладывают матрац с наглухо зашитым клеенчатым чехлом.

Рядом с раковиной на столе размещают эмалированные кастрюли с крышками с чистыми щетками, чистыми клизменными баллонами и газоотводными трубками, на нижней

полке — кастрюлю для использованных щеток и пр. Все это должно быть промаркировано.

В каждой палате выделяют стол для размещения пастеризованного молока и питьевых растворов в бутылочках, а в стерилизаторах — необходимые для этого предметы (соски, зонды, шприцы, баллоны для отсасывания слизи). На нижней полке — кастрюли для использованного материала.

Внизу пеленального стола должны стоять бутылки с дезраствором и кастрюля с ветошью.

Средства ухода за пуповиной, кожей и слизистыми путями меняют к каждому пеленанию, а стерильный материал — 1 раз в сутки.

Студент должен знать:

- ▶ порядок перевода в отделение новорожденных;
- ▶ основные этапы ухода за новорожденными;
- ▶ основные признаки асфиксии новорожденного;
- ▶ особенности детей с родовой травмой и уход за ними;
- ▶ особенности ухода за недоношенными детьми;
- ▶ виды гнойно-септической инфекции у детей и уход за этими детьми.

Студент должен уметь:

- ▶ осуществить обработку пупочной ранки;
- ▶ пеленать детей;
- ▶ провести туалет глаз, ушей у новорожденного;
- ▶ распознать осложнение в периоде новорожденности;
- ▶ подготовить родильницу и новорожденного к кормлению;
- ▶ раздать детей для кормления и собрать их после него;
- ▶ собрать сцеженное молоко;
- ▶ пастеризовать молоко и хранить его;
- ▶ провести кормление новорожденного сцеженным молоком.

Уход за новорожденным преследует цель — содействовать созданию наиболее благоприятных условий для их

развития, оградить от вредных влияний внешней среды (переохлаждения, влажности и, особенно, инфекции).

Перед тем как приступить к работе, необходимо:

- а) принять душ;
- б) тщательно вымыть и продезинфицировать руки;
- в) надеть чистые халат и маску;
- г) перед контактом с каждым ребенком руки вновь моют и обрабатывают дезинфицирующим раствором.

Ребенка, поступившего из родзала в детскую комнату, одевают в нагретое белье, укладывают в кроватку на стерильную простынку и внимательно следят за его состоянием, так как у него может наступить рвота, нарушение дыхания (цианоз), кровотечение из пуповины.

Два раза в сутки (утром до первого кормления и вечером) проводят туалет новорожденных. При этом осматривают ребенка, проводят уход за кожей и органами чувств, измеряют температуру, выполняют назначения врача. Во время утреннего туалета новорожденных взвешивают.

В жаркое время года ребенка пеленают только в пеленки или конверт, а в осенне-зимнее — в одеяло. Применение клеенок недопустимо.

У доношенных детей голову оставляют непокрытой, а со второго дня пеленают с открытыми руками (свободное пеленание). В этом случае используют распашонку с защитными рукавами.

Утренний туалет новорожденного

Цель: научить студента провести утренний туалет новорожденного.

Оснащение:

- ▶ 96%-ный этиловый спирт;
- ▶ 5%-ный раствор калия перманганата;
- ▶ 3%-ный раствор перекиси водорода;
- ▶ палочки с ватой;

- ▶ 2% -ный раствор борной кислоты;
- ▶ весы;
- ▶ стерильная пеленка;
- ▶ перчатки (2 пары);
- ▶ термометр;
- ▶ шарики;
- ▶ корнцанги;
- ▶ ватные турундочки;
- ▶ таниновая мазь;
- ▶ деревянный шпатель;
- ▶ вода, мыло;
- ▶ распашонка;
- ▶ пеленка.

Методика выполнения:

- вымыть руки и надеть перчатки;
- подмыть ребенка теплой водой и индивидуальным кусочком мыла;
- провести термометрию;
- постелить на весы пеленку;
- взвесить новорожденного;
- сбросить пеленку;
- отметить температуру и вес в истории развития новорожденного;
- вымыть руки и сменить перчатки;
- обработать глаза;
- обработать носовые ходы и лицо;
- обработать половые органы девочки и подмыть мальчика.

Методика обработки глаз

С помощью стерильных шариков (отдельно для каждого глаза) раскрыть глаз и промыть его 2% -ным раствором борной кислоты в направлении от наружного угла глаза к внутреннему.



Рис. 43. Промывание глаз новорожденного

Методика обработки носовых ходов

Носовые ходы осторожно протирают мягким ватным жгутиком, пропитанным стерильным вазелиновым маслом. Эта процедура проводится только при затрудненном дыхании.

Методика ухода за ушами

Ушные раковины протирают сухим шариком или шариком, смоченным 2%-ным раствором борной кислоты. Слуховой проход не очищается.

Методика обработки половых органов у девочек

Обрабатываются 2% раствором борной кислоты с помощью шарика по направлению сверху вниз (к анальному отверстию).

После выполнения этих процедур снять перчатки и вымыть руки.

Первые 3 дня ежедневно, а в последующем — каждые 3 дня детская медсестра смазывает складки кожи 2%-ным раствором спиртового йода.

Кожу вокруг рта детская медсестра перед каждым кормлением обрабатывает 2%-ным раствором борной кислоты.

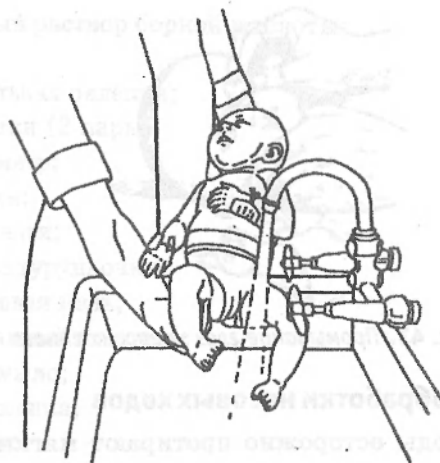


Рис. 44. Подмывание новорожденного

Кожа ягодиц и паховых складок при каждом пеленании смазывается таниновой мазью с помощью одноразовых стерильных деревянных шпателей.

Пуповинный остаток и кожу вокруг него обрабатывают ежедневно 96%-ным этиловым спиртом с помощью марлевого тампона, а затем — 5%-ным раствором калия перманганата (только в области ранки).

Пуповина обрабатывается индивидуальной палочкой с ватой.

После отпадения пуповинного остатка пупочная ранка ежедневно последовательно обрабатывается:

- ▶ 3%-ным раствором перекиси водорода (пипеткой с последующим протирающим шариком);
- ▶ 96%-ным этиловым спиртом (с помощью шарика на корнцанге);
- ▶ 5%-ным раствором калия перманганата (только ранку).

Слизистую оболочку полости рта запрещается протирать категорически, так как это нарушает ее целостность, что, в свою очередь, способствует инфицированию.

Современные перинатальные технологии

Современные перинатальные технологии включают в себя комплекс мероприятий, основанных на традиционных способах выхаживания здоровых детей.

Это немедленное прикладывание ребенка после рождения к груди матери, совместное пребывание матери и ребенка в роддоме, исключение всех видов питья и кормления кроме грудного молока, недопустимость применения сосок, рожков и «пустышек», ослабляющих оральную моторику новорожденного, кормление грудью по первому требованию, без ночных интервалов, максимально ранняя выписка из роддома.

Клиника периода новорожденности

Период новорожденности длится 28 дней.

Доношенными считаются дети, рожденные при сроке беременности 37–41 недели.

Недоношенные новорожденные — это дети, родившиеся на 28–37-й неделях беременности, имеющие признаки недоношенности.

Переношенные дети — это новорожденные после 42-й недели беременности и имеющие признаки переношенности.

Для оценки физического развития новорожденного используют средние статистические показания основных параметров (вес, рост, окружность головы и грудной клетки, отношение массы тела к длине) в зависимости от возраста, представленного в специальных таблицах.

Еще различают: новорожденных с нормальным физическим развитием, с крупной или низкой массой тела по отношению к гестационному возрасту.

Зрелость определяется по совокупности клинических, морфологических и функциональных параметров по отношению к гестационному возрасту.

Для периода новорожденности характерны изменчивость функционального состояния органов и систем, недостаточность компенсаторных механизмов, при которых легко нарушается гемостаз.

Физиологическая желтуха обусловлена накоплением билирубина в крови и тканях ребенка на 2–3-й день жизни. Она исчезает к 7–8-му дню.

Отторжение культи пуповины происходит на 3-й день. Сейчас широко применяется метод хирургического отсечения пуповины через 12 часов жизни ребенка.

К моменту рождения ребенка у него еще слабо развито управление скелетными мышцами, но хорошо развиты сосательный и глотательный рефлексы, а также другие рефлексы, обеспечивающие основные функции новорожденного.

Рождение ребенка активизирует состояние дыхательного центра, и первый вдох осуществляется уже через 15–30 секунд после рождения.

Сразу после рождения расправляются альвеолы в малом круге кровообращения и к концу первых суток завершается его перестройка, но мышечная ткань сердца и эластичность тканей клапанов сосудов развиты слабо; так АД равно 70–80 на 30–40 мм рт. ст., а частота сердечных сокращений в первые минуты составляет 120–140 ударов в минуту.

Желудочно-кишечный тракт стимулируется прикладыванием ребенка к груди в первые часы.

Первородный меконий заменяется стулом, характерным для новорожденных.

Основные принципы ведения новорожденных заключаются в создании условий для раннего прикладывания к груди, постоянного пребывания с матерью и ранней выписки из стационара.

Пеленание новорожденного

Цель: научить студента пеленать ребенка.

Оснащение:

- ▶ распашонка тонкая;
- ▶ распашонка фланелевая;
- ▶ подгузник;
- ▶ пеленка тонкая;
- ▶ пеленка фланелевая;
- ▶ одеяло.

Методика выполнения:

- надеть чистый халат, шапочку и маску;
- вымыть руки и надеть перчатки;
- на детский столик стелят:
 - а) одеяло,
 - б) теплую пеленку,
 - в) тонкую пеленку;
- на ребенка надевают тонкую распашонку с запахом на спинке;
- надевают фланелевую распашонку с запахом спереди;
- между ног прокладывают подгузник (квадратная пеленка, сложенная в виде косынки углом). Широкое основание треугольника на поясице, а нижний кончик — между ножками, наружные концы заворачивают вокруг туловища;
- заворачивают ребенка в тонкую пеленку, поочередно пеленая ручки;
- заворачивают во фланелевую пеленку;
- далее ребенка заворачивают в одеяло;
- кладут ребенка в кроватку;
- снимают перчатки и моют руки.

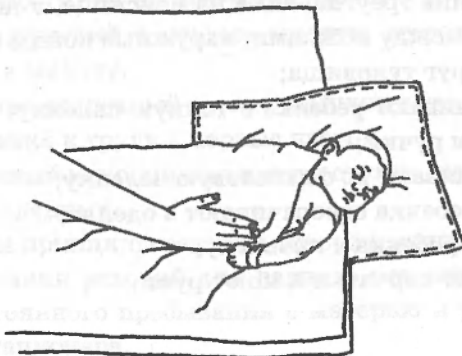
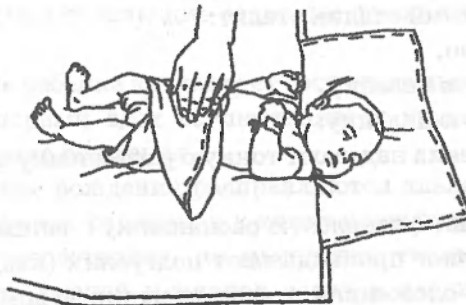
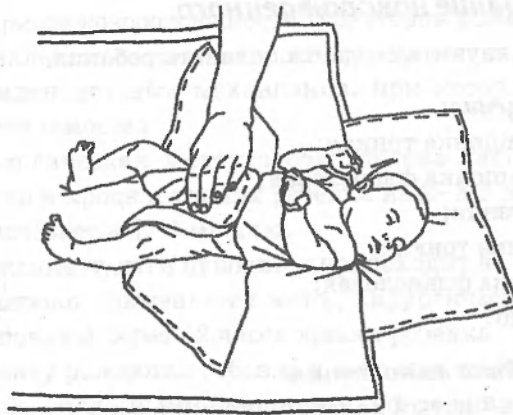


Рис. 45. Пеленание новорожденного

Кормление детей грудью

Цель: научить студента подготовить ребенка и родильницу к кормлению грудью, раздать детей для кормления и собрать их у матерей.

Оснащение:

- ▶ теплая вода;
- ▶ индивидуальный кусочек мыла;
- ▶ стерильные салфетки в биксе;
- ▶ скамеечка под ноги;
- ▶ стерильная банка для сцеживания молока;
- ▶ молокоотсос (ручной или электрический);
- ▶ 1% -ный раствор бриллиантового зеленого (водный);
- ▶ стерильные подкладные.

Методика выполнения:

- объяснить женщине правила подготовки к кормлению, процесс кормления грудью и последующего сцеживания молока;
- женщина должна вымыть руки теплой проточной водой с мылом;
- обмыть грудь;
- протереть грудь и руки сухим стерильным полотенцем (из бикса);
- соски и околососковую область обработать 1% -ным раствором бриллиантового зеленого;
- сесть на кровать или стул;
- подставить под ногу со стороны, где она будет кормить, скамеечку;
- постелить на колени стерильную подкладную;
- положить на руки ребенка;
- выдавить первую каплю молока;
- приложить ребенка к груди таким образом, чтобы он взял в рот сосок и часть околососковой области;



Рис. 46. Кормление новорожденного

- одной рукой придерживать грудь, чтобы не закрыть носовые ходы ребенку;
- кормить в течение 15–20 минут;
- положить ребенка на кровать с подкладной пеленкой;
- из той груди, которой кормила, сцедить осторожными массирующими движениями остатки молока в стерильную баночку (это же действие можно провести с помощью молокоотсоса);
- обмыть грудь теплой водой;
- промокнуть стерильной салфеткой;
- в течение 15–20 минут принять воздушную ванну, затем надеть бюстгалтер и рубашку;
- дежурная медсестра уносит ребенка в отделение новорожденных, а баночку со сцеженным молоком прикрывает стерильной салфеткой и относит в молочную комнату.

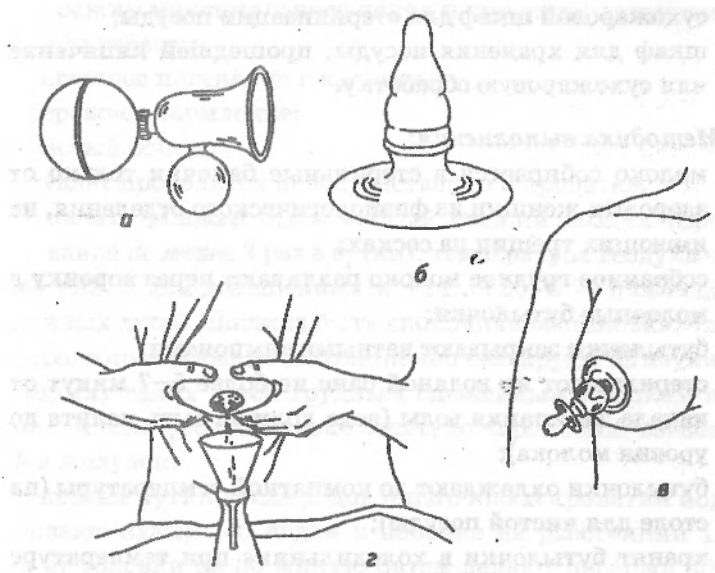


Рис. 47. Сцеживание грудного молока:

а — молокоотсос; б — стеклянная накладка с резиновой соской;
в — накладка Дятлова; г — сцеживание молока

Подготовка посуды и пастеризация сцеженного молока

Цель: научить студента подготовить посуду для сцеживания молока, собрать сцеженное молоко, пастеризовать и правильно хранить.

Оснащение:

- ▶ банки для сбора молока (200–250 мл);
- ▶ вода;
- ▶ электрическая или газовая плита;
- ▶ два стола для чистой и использованной посуды;
- ▶ два холодильника;
- ▶ ведра для сбора и кипячения посуды;
- ▶ молочные бутылки (мерные, по 200 мл);
- ▶ стеклянные воронки;
- ▶ сушильной шкаф для стерилизации посуды;
- ▶ шкаф для хранения посуды, прошедшей кипячение или сушильную обработку.

Методика выполнения:

- молоко собирается в стерильные баночки только от здоровых женщин из физиологического отделения, не имеющих трещин на сосках;
- собранное грудное молоко разливают через воронку в молочные бутылочки;
- бутылочки закрывают ватными тампонами;
- стерилизуют на водяной бане не более 5–7 минут от начала закипания воды (вода должна быть налита до уровня молока);
- бутылочки охлаждают до комнатной температуры (на столе для чистой посуды);
- хранят бутылочки в холодильнике при температуре +4 °C не более 24 часов;
- перед кормлением молоко подогревают на водяной бане до температуры тела;

- собранное у матерей молоко в ночные часы может оставаться в холодильнике для непастеризованного молока не более 12 часов;
- за час до кормления медсестра разливает для каждого ребенка 5%-ный раствор глюкозы или 5%-ный раствор глюкозы с раствором Рингера (1/2) — по 10–20 мл, разносит бутылочки по палатам новорожденных и поит детей.

Уход за детьми с роговой травмой

Дети, перенесшие родовую травму, нуждаются в особенно тщательном наблюдении и уходе.

Так как у таких детей имеется нарушение мозгового кровообращения, устанавливается наблюдение за ребенком и режим максимального покоя и щажения организма больного ребенка:

- ▶ бережное пеленание в кроватке;
- ▶ бережное кормление;
- ▶ частый осмотр;
- ▶ туалет проводится непосредственно в кроватке.

В палате должен быть чистый свежий воздух (проветривание не менее 7 раз в сутки), температура воздуха не более +22 °С для доношенных и +24...+25 °С — для недоношенных детей. Должна быть спокойная обстановка, так как травмированные дети болезненно реагируют на звуки.

Кормят таких детей грудным сцеженным молоком из рожка, а если ребенок плохо сосет, то через зонд, введенный в желудок.

В первые сутки после родов к изголовью кроватки подвешивают пузырь со льдом в пеленке на расстоянии 1–2 см от головки на 30 минут. Затем делают перерыв 30–50 минут и так в течение суток.

Увлажненный кислород подают в течение суток каждые полчаса на 3–5 минут, если нет признаков цианоза.

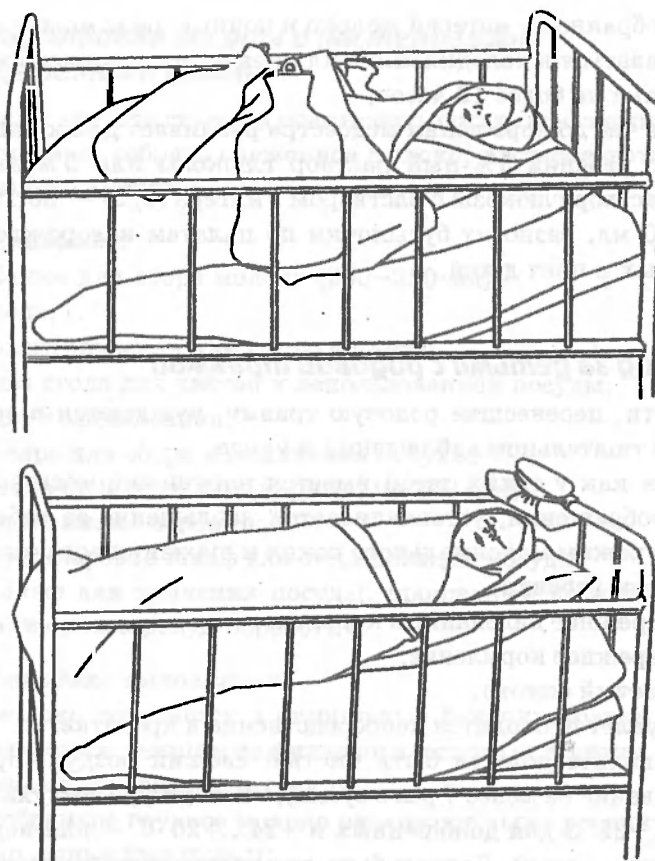


Рис. 48. Уход за травмированными детьми

Положение ребенка при внутричерепной травме: головной конец приподнят, к спинке кровати подвешен пузырь со льдом

Такие дети получают медикаментозную терапию, назначенную врачом.

В дальнейшем дети, перенесшие внутричерепную травму, должны находиться под систематическим наблюдением педиатра и невропатологом.

Уход за недоношенными детьми

Недоношенные дети нуждаются в особом уходе. Они вялые, сонливые, крик у них слабый, дыхание поверхностное, неритмичное, рефлексы снижены.

При высокой степени недоношенности может отсутствовать сосательный и глотательный рефлексы.

У недоношенных детей резко снижена терморегуляция, они очень легко переохлаждаются или перегреваются.

Ввиду того, что у этих детей резко снижен иммунитет, они очень восприимчивы к инфекционным заболеваниям (пневмония, пиодермия, сепсис и пр.).

Недоношенные дети нуждаются в создании оптимальных условий внешней среды для их развития и особенно тщательном уходе и вскармливании.

1. При рождении такого ребенка температура в родзале должна быть не ниже $+23...+25$ °С.

2. Туалет недоношенных детей необходимо проводить при дополнительном нагреве тепловой лампой.

3. Комплекты белья должны быть согреты, заворачивать ребенка можно только в сухое подогретое стерильное белье.

4. В детских палатах поддерживается температура $+23...+25$ °С.

5. Ребенка необходимо поместить в электрическую кроватку-грелку (кювез) открытого или закрытого типа с дозированной подачей кислорода, регулируемой влажностью воздуха и температурой, с вмонтированными внутри кювеза весами, кварцевой установкой. В кювезе предусмотрен доступ к ребенку (отверстие для рук).

Ребенок в кювезе лежит открытым.

Сроки пользования кювезом индивидуальны и зависят от степени зрелости ребенка, первоначального веса, выраженности гипоксии, динамики веса, стабильности температуры.

После перевода ребенка из кювеза в кроватку в первые 2–3 дня пользуются грелками.

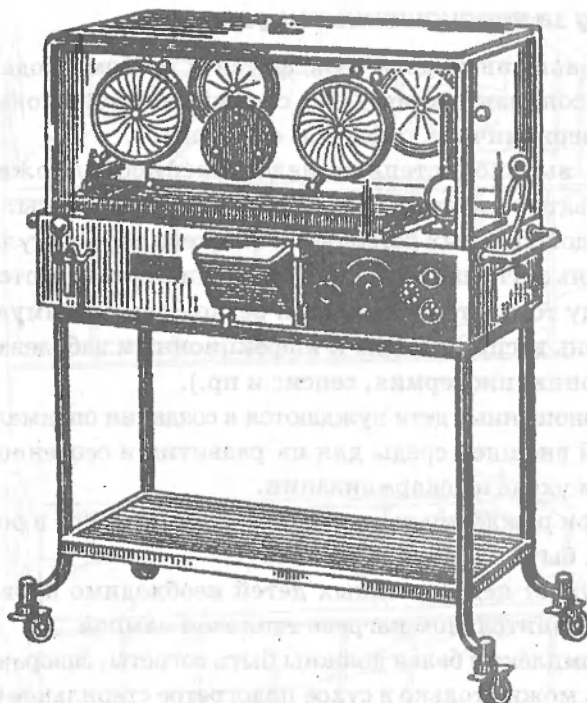


Рис. 49. Кювез закрытого типа

6. В первые сутки ребенка пеленают в стерильное белье, а в последующие — в хорошо отглаженные пеленки. Пеленания проводят быстро (не переохлаждая), свободно (не сдавливая грудную клетку и живот). На ребенка надевают две распашонки: тонкую и фланелевую, которая имеет капюшон и зашитые у свободного края рукава.

7. Для предохранения кожи от высыхания и шелушения ее поверхность смазывают стерильным растительным маслом, особенно в области естественных складок.

8. Гигиеническая ванна с температурой воды $+37...+38^{\circ}\text{C}$ проводится через день, а после заживления пупочной ранки — ежедневно в течение 3–4 минут, после нее ребенка заворачивают в стерильное подогретое белье.

9. Глазки промывают ежедневно с помощью двух отдельных для каждого глаза тампонов, смоченных в слабом (слегка розовом) растворе калия перманганата (1:5000) или 2% -ном растворе борной кислоты.

10. Необходимо перед каждым кормлением осматривать ротовую полость для своевременного распознавания молочницы.

11. При возникновении молочницы слизистую рта очень бережно (не допуская травмирования слизистой) смазывают 2 раза в день тампоном, смоченным 1% -ным водным (!) раствором метиленового синего, генцианвиолета (пиоктанин). Бляшки можно очень осторожно снимать тампоном, смоченным 2% -ным содовым раствором на сахарном сиропе или 10% -ным раствором боракса.

12. Носовые ходы при наличии слизи и корок очищают двумя мягкими тампонами, смоченными в теплой воде или теплом жире.

13. Пупочная культя у недоношенных детей отпадает позже, чем у доношенных, и ее ежедневно обрабатывают 70% -ным этиловым спиртом или спиртовым раствором бриллиантового зеленого и покрывают сухой стерильной повязкой.

Уход за детьми с инфекционными (гнойно-септическими) заболеваниями

Инфицирование ребенка в периоде новорожденности происходит через руки персонала, матери или при непосредственном контакте с источником инфекции в окружающей среде.

Источниками инфекции являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, вульгарный протей, синегнойная палочка.

«Входными воротами» инфекции у новорожденного чаще всего бывает пупочное кольцо, но могут быть: травмиро-

ванные кожные и слизистые покровы, дыхательные пути и пищеварительный тракт.

Проявления инфекционных осложнений могут быть в виде:

- ▶ гнойного конъюнктивита, везикопустулеза, панариция, катарального омфалита, ринита, так называемые малые формы;
- ▶ пиодермии;
- ▶ пузырчатки;
- ▶ эксфолиативного дерматита;
- ▶ гнойного омфалита;
- ▶ сепсиса.

1. При малых формах проводится местное симптоматическое лечение.

2. При пиодермии после ванночки в 0,005%-ном растворе калия перманганата обрабатывают 70%-ным этиловым спиртом и спиртовым раствором бриллиантового зеленого.

3. При пузырчатке после вскрытия пузырей проводят местную обработку 70%-ным этиловым спиртом и спиртовым раствором бриллиантового зеленого.

4. При эксфолиативном дерматите после отторжения мокнущих участков проводится обработка 70%-ным этиловым спиртом и применяются подсушивающие антисептики.

5. При гнойном омфалите лечение проводится как местное, так и общее. На фоне антибиотикотерапии пупочную ранку обрабатывают 70%-ным этиловым спиртом и 5%-ным раствором перманганата калия.

6. При сепсисе проводится массивная инфузионная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам, витаминотерапия, введение сердечно-сосудистых средств, а также средств, повышающих иммунитет.

Необходимо помнить, что дети с инфекционными осложнениями нуждаются в очень тщательном уходе, вскар-

мливании и наблюдении и от этого зависит исход патологического процесса.

При уходе за инфицированными детьми должен быть выделен специальный персонал.

Противотуберкулезная вакцинация новорожденных

Первичную вакцинацию здоровых доношенных новорожденных проводят на 4–7-й день жизни.

Вакцину БЦЖ применяют внутривенно в дозе 0,5 мг в объеме 0,1 мл.

Вакцину БЦЖ хранят в специальном холодильнике под замком.

В этой же комнате проводят обработку шприцев, разведение и забор вакцины в шприц индивидуально для каждого ребенка.

Вакцинацию проводят в утренние часы в палате после осмотра ребенка врачом-педиатром и отметки в истории развития ребенка об отсутствии противопоказаний к вакцинации. Вакцинация проводится медсестрой, прошедшей инструктаж в туберкулезном диспансере.

Мать необходимо предупредить о том, что у ребенка через 4–6 недель могут возникнуть папула, везикула или пустула размером 5–10 мм в диаметре, обработка которых противопоказана.

Контроль за состоянием ребенка должен осуществлять врач-педиатр.

Глава 8



УХОД ЗА БЕРЕМЕННЫМИ, РОЖЕНИЦАМИ И РОДИАЛЬНИЦАМИ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОВОДОГО ПЕРИОДА

Учитывая, что при определенных условиях в организме беременной женщины происходят те или иные патологические изменения, которые отражаются как на общем самочувствии, так и на отдельных показателях работы органов и систем, беременность и роды могут протекать с различными отклонениями от общепринятых норм.

Чаще всего среди патологических процессов при беременности наблюдают различные гестозы, кровотечения, анемии и прочие виды осложненного течения беременности.

Роды также могут осложняться неправильным положением и предлежанием плода, кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах, инфекционными осложнениями послеродового периода как со стороны половых органов, так и в грудных железах.

Поэтому следует обучить студентов своевременному распознаванию осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, оказанию неотложной медицинской помощи в экстремальных состояниях и уходу за женщинами с перечисленной патологией.

Патологическое течение беременности и родов

К патологическому течению беременности относятся: гестозы и кровотечения во время беременности, сочетания беременности и ряда экстрагенитальной патологии и пр.

К патологическому течению родов относятся: многоплодная беременность, неправильные предлежания и вставления головки плода, роды при узком тазе и ягодичном предлежании и некоторые другие патологии в родах.

Ранние токсикозы и гестозы

Ранние токсикозы беременных, как и гестозы, возникают при патологическом течении беременности. Это заболевания, возникающие в связи с развитием плодного яйца и его элементов.

Разнообразие симптомов позволяет рассматривать эту патологию по нозологическим единицам.

Ранние токсикозы возникают в начале беременности либо в первые 12–16 недель. К ним относятся: слюнотечение; рвота, сопровождающаяся тошнотой, а также редко встречающиеся при беременности дермагиозы, острая желтая атрофия печени, приступы бронхиальной астмы и пр.

Гестозы, как правило, возникают после 20 недель беременности. К ним относятся: водянка беременной, нефропатия, преэклампсия, эклампсия и реже встречающаяся, скрытая артериальная гипертензия, скрытая болезнь почек и другие заболевания, проявляющиеся только во время беременности.

Проявления токсикозов и их симптоматика разнятся по выраженности, и поэтому различают стадии от первой до четвертой, что обуславливает методику их лечения.

Если в первой половине беременности диагностика токсикоза не представляет особых трудностей и хорошо собранный анамнез и наблюдение за беременной позволяют достаточно точно установить лечение, то при поздних гестозах используется ряд дополнительных методов диагностики, таких как контроль общего анализа мочи, выявление асимметрии АД на обеих руках, осмотр глазного дна,

определение остаточного азота, мочевины, печеночные пробы и другие виды исследований.

Гестоз представляет серьезную опасность для здоровья матери и новорожденного, так как может привести к преждевременному отслоению плаценты, слабости родовой деятельности, послеродовому кровотечению.

При кровотечении необходимо адекватное восполнение крови по времени и объему, так как кровопотеря является одной из частых причин пограничных состояний. Приступы эклампсии, своевременно не купированные, приводят к нарушению мозгового кровообращения и даже к кровоизлиянию в мозг или тяжелому поражению паренхиматозных органов, а следовательно, развивается почечно-печеночная недостаточность.

Гестозы отражаются на состоянии плода. В результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения и газообмена у плода развивается хроническая гипоксия, а следом и задержка развития плода.

Так как при гестозе плод страдает внутриутробной гипоксией, в целях профилактики асфиксии новорожденного в родах необходимо проводить терапию, а после рождения ребенка быть готовым к оказанию реанимационных пособий новорожденного.

Студент должен знать:

- ▶ гестозы I и II половины беременности;
- ▶ кровотечения в I и во II половине беременности;
- ▶ многоплодная беременность;
- ▶ заболевания сердечно-сосудистой системы при беременности;
- ▶ анемия беременной;
- ▶ осложненное течение родов (узкий таз, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах и пр.);
- ▶ родовой травматизм матери;
- ▶ оперативное родоразрешение;
- ▶ искусственное прерывание беременности.

Студент должен уметь:

- ▶ оказать помощь беременной при слюнотечении, рвоте;
- ▶ посчитать суточный диурез и водный баланс;
- ▶ определить видимые и скрытые отеки;
- ▶ оказать неотложную помощь при приступе эклампсии;
- ▶ оказать неотложную помощь при кровотечении;
- ▶ подготовить роженицу и родильницу к малому и большому оперативному вмешательству;
- ▶ выполнить любое назначение врача;
- ▶ осуществить уход за послеоперационной больной;
- ▶ провести перевязку молочной железы при мастите.

Отделение патологии беременных

При выявлении любой патологии беременную госпитализируют в отделение патологии беременности.

Отделение патологии предусматривает возможность транспортировки беременных в родовое физиологическое и наблюдательное отделения непосредственно через приемные отделения. Беременные могут из него выходить на улицу.

В манипуляционной размещают:

- ▶ гинекологическое кресло для влагалищных исследований;
- ▶ шкаф;
- ▶ стол;
- ▶ кушетку;
- ▶ тумбочку;
- ▶ стерилизатор.

В манипуляционной необходимо иметь:

- ▶ приборы для измерения артериального давления;
- ▶ тазомер;
- ▶ сантиметровую ленту;
- ▶ акушерский стетоскоп;
- ▶ термометры в сосуде с дезраствором;

- ▶ флаконы с вазелиновым маслом, 5%-ным раствором йода спиртового, 1%-ным йодонатом, а также емкости с дезинфицирующим раствором для обработки оборудования и жесткого инвентаря;
- ▶ биксы со стерильными ватными и марлевыми шариками, обеззараженными клеенками;
- ▶ стерилизаторы с зеркалами гинекологическими, корнцангами, пинцетами;
- ▶ бикс со стерильными катетерами;
- ▶ эмалированные кастрюли с 1–2 станками для бритья волос и дезинфекции использованных станков;
- ▶ лезвия;
- ▶ стекла для мазков;
- ▶ лоток для отработанного материала;
- ▶ темная стеклянная банка с тройным раствором и корнцангом.

На тумбочке около раковины располагают кастрюли с крышками с кипячеными щетками и для использованных щеток, темную стеклянную банку с корнцангом в тройном растворе; в тумбочке хранят пластмассовый кувшин и флакон с 10%-ным раствором калия перманганата аптечного приготовления.

В процедурной располагают:

- ▶ 2 шкафа;
- ▶ 2 стола;
- ▶ кушетку;
- ▶ наркозный аппарат;
- ▶ холодильник для медикаментов;
- ▶ штатив для переливания крови;
- ▶ сейф для медикаментов списка «А».

В одном шкафу хранят медикаменты, мензурки для выдачи лекарств, во втором — тарелки для определения группы крови, чашки Петри, водяной термометр, 3–4 зажима Кохера, кастрюлю для водяной бани, стерильные системы для переливания крови, наборы хирургических инструментов.

Сыворотки для определения группы крови хранят в холодильнике, а шовный материал — в банках с притертыми пробками.

На одном столе размещают биксы со стерильными шариками и палочками с ватой, масками, подкладными пленками, клеенками; шприцы (одноразовые и стерильные), банку с корнцангом для отработанного материала, флаконы с притертыми пробками с 96%-ным этиловым спиртом, 5%-ным раствором йодной настойки (или 1%-ным раствором йодоната).

Второй стол используют для переливания крови. На тумбочке у раковины располагаются кастрюли с грязными и чистыми щетками, стерильный корнцанг в тройном растворе, емкость с дезраствором для обработки твердого инвентаря.

В процедурном кабинете производят забор крови из вен, инъекции, переливание крови и другие оперативные вмешательства.

Уход за беременной с ранним гестозом

Уход за беременными с ранними гестозами ставит цель соблюдения лечебно-охранительного режима и эмоционального покоя.

Условия, необходимые для беременной:

1. Светлое, хорошо проветриваемое помещение.
2. Частая смена белья.
3. Поддержание гигиенического состояния кожи и полости рта.
4. При удержании пищи беременной необходимо учитывать ее вкусы.
5. Подача пищи в постель небольшими порциями, часто (5–7 раз в сутки).
6. Если пища не удерживается, проводятся инфузионная интенсивная терапия, питательные клизмы. Перед

питательной клизмой обязательно освобождают прямую кишку с помощью очистительной клизмы.

7. По назначению врача — ректальное введение лекарственных средств, также после очистительной клизмы.

8. Контроль за диурезом.

9. Введение нейрорелептиков по назначению врача.

Оказание помощи беременной при рвоте

Цель: научить студента оказывать медицинскую помощь при рвоте беременной.

Оснащение:

- ▶ полотенце;
- ▶ клеенка;
- ▶ перчатки;
- ▶ кипяченая вода;
- ▶ салфетка;
- ▶ лоток;
- ▶ стакан.

Методика выполнения:

- усадить женщину или уложить ее, повернув голову набок;
- постараться успокоить ее, объяснив, как нужно себя вести;
- надеть перчатки;
- постелить клеенку;
- подставить лоток для рвотных масс;
- сообщить врачу;
- придерживать голову больной во время акта рвоты, если она сидит;
- после каждого акта рвоты дать стакан с водой комнатной температуры для полоскания полости рта;
- после этого вытереть рот салфеткой;



Рис. 50. Помощь беременной при рвоте

- после прихода врача сообщить о происходящем с беременной, показав врачу рвотные массы;
- снять перчатки, вымыть руки.

Уход за беременной с поздним гестозом

При поздних гестозах необходимо:

- 1) следить за наличием и динамикой веса;
- 2) контролировать суточный диурез и водный баланс;
- 3) наблюдать за отеками, общим состоянием беременной (жалобы на головную боль, боли в эпигастрии, ухудшение зрения, плохой сон, сниженную работоспособность, жажду и т.д.);
- 4) следить за состоянием плода (шевеление, сердцебиение плода);
- 5) оказать своевременную медицинскую помощь при наступе эклампсии.

Кровотечения при беременности и родах

Кровотечения являются довольно частой патологией при беременности. Они могут возникать как в первой, так и во второй половине беременности.

Причиной кровотечений в первой половине беременности являются: самопроизвольный аборт на разных стадиях, внематочная беременность и пузырный занос.

Во второй половине беременности кровотечения могут быть связаны с преждевременным прерыванием беременности, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и предлежанием плаценты.

В последовом периоде кровотечения возникают вследствие аномалии прикрепления и расположения плаценты в полости матки или нарушения ее сократительной способности (крупный плод, многоводие, многоплодие, гестозы, перенесенное воспаление миометрия, наличие миоматозных узлов и др.). Часто причиной кровотечения в последовом периоде является нерациональное ведение родов, особенно последового периода (активное отделение и выделение последа).

В раннем последовом периоде кровотечение может быть связано с гипотонией матки, остатками плацентарной ткани в полости матки и нарушением свертывающей системы крови.

При самопроизвольном прерывании беременности объем помощи зависит от стадии самоаборта. Так при угрожающем и иногда начавшемся самоаборте возможно сохранение беременности, а во всех остальных случаях показано выскабливание полости матки или немедленное родоразрешение (при больших сроках).

При внематочной беременности проводится оперативное вмешательство. Лечение пузырного заноса только оперативное. Его удаляют, проводят гистологическое исследование, так как возможно злокачественное перерождение в хорионэпителиому.

Во второй половине беременности при преждевременном отслоении нормально расположенной плаценты выбор метода лечения зависит от выраженности симптоматики и акушерской ситуации.

При нарастающем кровотечении прерывают беременность либо через естественные родовые пути, либо путем операции кесарева сечения.

При незначительном отслоении стараются воздействовать на прекращение этого процесса путем проведения общего и медикаментального воздействия.

При центральном предлежании плаценты единственным способом остановить кровотечение является немедленное родоразрешение.

При кровотечении в послеродовом периоде вначале необходимо применить один из методов наружного ручного отделения и выделения последа, а при отсутствии эффекта прибегают к вхождению в полость матки и отделяют послед с последующим выделением. При интимном прикреплении последа показана операция — удаление матки.

Если это не представляется возможным, то проводятся выскабливание полости матки инструментально после соответствующей подготовки и опорожнение мочевого пузыря. На живот кладут холод и пальпаторно контролируют состояние матки.

В раннем послеродовом периоде борьба с кровотечением осуществляется в зависимости от выявленной причины.

При задержке частей плаценты в матке (дефект плаценты, задержка дополнительной дольки плаценты или сомнения в ее целостности) применяют разное обследование полости матки, отделение и выделение частей плаценты, а также сгустков крови, которые препятствуют сокращению матки.

При гипотонии матки вводят средства, сокращающие ее (окситоцин, метилэргометрин).

При нарушении свертывающей системы крови на фоне инфузионной терапии проводят борьбу за выведение из состояния анемии.

Уход за беременными с кровотечениями

1. Создание покоя и постельного режима.
2. Наблюдение за выделениями из половых путей.
3. Наблюдение за общим состоянием больной:
 - жалобы;
 - кожные покровы и слизистые оболочки;
 - пульс;
 - дыхание;
 - артериальное давление;
 - температура тела;
 - боли в низу живота;
 - состояние сознания;
 - тошнота, рвота.
4. Оказание неотложной медицинской помощи до прихода врача.

Беременность и роды у женщин с экстрагенитальными заболеваниями

При наличии экстрагенитальной патологии необходимо изначально решить вопрос о возможности вынашивания данной беременности.

Для этого существует перечень заболеваний, при которых вынашивание беременности противопоказано, а также регламентирующие документы о совместном наблюдении акушеров и врачей-специалистов за такими беременными.

Одной из самых тяжелых патологий у беременных является заболевание сердечно-сосудистой системы, а именно порок сердца.

В период беременности повышенная нагрузка на сердечно-сосудистую систему вызывает изменения гемодинамики и функции сердца, но они еще физиологически обратимы.

При увеличении матки ограничивается подвижность диафрагмы, изменяется положение сердца, что приводит к ухудшению его работы. Это может быть опасным для беременных этой категории, так как всё это наслаивается на уже имеющиеся изменения, связанные с болезнью.

Резкое увеличение потребления кислорода является фактором риска у этих женщин, развивается недостаточность кровообращения.

Самыми частыми осложнениями при этой патологии являются: острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек легкого, тромбозы.

Одним из частых осложнений беременности является анемия беременной. Она является следствием многих причин (высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, экстрагенитальная патология и пр.) и приводит к кровотечению в последовом и раннем последовом периодах. Анемия влияет на внутриутробное состояние плода, так как ухудшает маточно-плацентарное кровообращение.

Из других патологических состояний весьма грозными являются сочетания заболеваний почек и беременности, наличие эндокринной патологии, особенно сахарного диабета.

Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность

Фельдшер и акушерка должны уметь оказать первую доврачебную помощь:

- ▶ при отеке легких;
- ▶ тромбозах;
- ▶ синдроме нижней полой вены.

При остальных осложнениях во время беременности и осложненных родах и послеродовом периоде акушерка строго выполняет назначения врача и следит за основными жизненными параметрами.

Измерение суточного диуреза и определение водного баланса

Цель: научить студента исследовать и оценить суточный диурез у беременной и зарегистрировать его документально; оценить водный баланс.

Оснащение:

- ▶ емкость для сбора мочи с градуировкой;
- ▶ градуированная посуда для питья;
- ▶ лист бумаги, карандаш.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- убедиться, что беременная не принимала в течение последних трех дней диуретики;
- объяснить женщине примерное содержание воды в продуктах питания;
- объяснить порядок фиксации учета водного баланса (количество выпитой жидкости с одной стороны листа и количество выделенной жидкости — с другой);
- в 6.00 выпустить мочу в унитаз, а затем необходимо её собирать;
- собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез;
- фиксировать количество выделенной жидкости на листе бумаги;
- количество жидкости выпитой (с учетом количества жидкости, имеющейся в других продуктах) также фиксируется с другой стороны листа;

- на листе указывается время приема жидкости, а также время выделения ее до 6.00 следующего дня;
- в 6.00 следующего дня отдать лист акушерке, которая сравнивает количество полученной жидкости с количеством выделенной за это же время.

Постановка лекарственной клизмы

Цель: научить студента с помощью клизмы вводить лекарственные вещества в прямую кишку.

Оснащение:

- ▶ кушетка;
- ▶ кружка Эсмарха;
- ▶ наконечники (2 шт.);
- ▶ лоток;
- ▶ вазелиновое масло;
- ▶ лекарственный раствор;
- ▶ перчатки (2 пары);
- ▶ судно;
- ▶ клеенка;
- ▶ подкладная;
- ▶ водяная баня;
- ▶ грелки (2 шт.).

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть резиновые перчатки;
- уложить женщину для проведения очистительной клизмы;
- поставить очистительную клизму (см. выше);
- после опорожнения кишечника постелить чистую подкладную на клеенку и вновь уложить беременную в то же положение (на левый бок) (можно в положение «на спине»);

- подогреть на водяной бане лекарственное вещество во флаконе до $+40...+42$ °С;
- заполнить систему лекарственным веществом, укрепить штатив на высоте 1 м, прикрепив грелки к передней и задней стенке системы;
- смазать 2-й наконечник вазелиновым маслом;
- открыть зажим на системе и отрегулировать количество капель в 1 минуту (60–80 капель);
- левой рукой раздвинуть ягодицы, а правой — ввести наконечник на глубину 20–30 см;
- после введения лекарственного вещества закрыть зажим, вынуть наконечник из анального отверстия и снять его с системы;
- поместить наконечник в емкость с дезинфицирующим раствором;
- обработать анальное отверстие женщины;
- снять перчатки, вымыть руки;
- объяснить женщине, что нужно повернуться на спину и постараться удержать введенное лекарственное вещество, для чего необходимо равномерно дышать.

Методика постановки питательной клизмы та же, что и лекарственной.

Необходимо помнить, что в нижнем отделе толстой кишки всасывается только вода, изотонический раствор хлорида натрия, растворы глюкозы и спирта, частично всасываются белки и аминокислоты. Объем питательных клизм не должен превышать 200–250 мл. Для лучшего удержания раствора в кишечнике добавляют 5–10 капель настойки опия. Ставят питательные клизмы не чаще 1–2 раза в день.

Лучше всего питательные клизмы вводить капельным путем, так как, при этом методе:

- ▶ жидкость лучше всасывается;
- ▶ кишечник не растягивается и не повышается внутрибрюшное давление;

- ▶ не происходит перистальтика кишечника;
- ▶ не возникают боли в кишечнике;
- ▶ не происходит выделения газов.

Катетеризация мочевого пузыря

Цель: научить студента осуществить введение женщине резинового катетера для опорожнения мочевого пузыря.

Оснащение:

- ▶ резиновый катетер;
- ▶ шарики;
- ▶ лоток;
- ▶ 2 анатомических пинцета;
- ▶ раствор фурацилина (1:5000);
- ▶ вазелиновое масло;
- ▶ емкость для сбора мочи;
- ▶ емкости с дезрастворами;
- ▶ клеенка;
- ▶ подкладная;
- ▶ перчатки (2 пары);
- ▶ вода;
- ▶ судно.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить женщину в постели в положение «на спине» или на гинекологическом кресле с разведенными ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах;
- подложить под ягодицы клеенку;
- надеть перчатки;
- подмыть женщину над судном;
- постелить пеленку и на нее поставить емкость для сбора мочи;
- сменить перчатки;



Рис. 51. Расположение отверстия мочеиспускательного канала

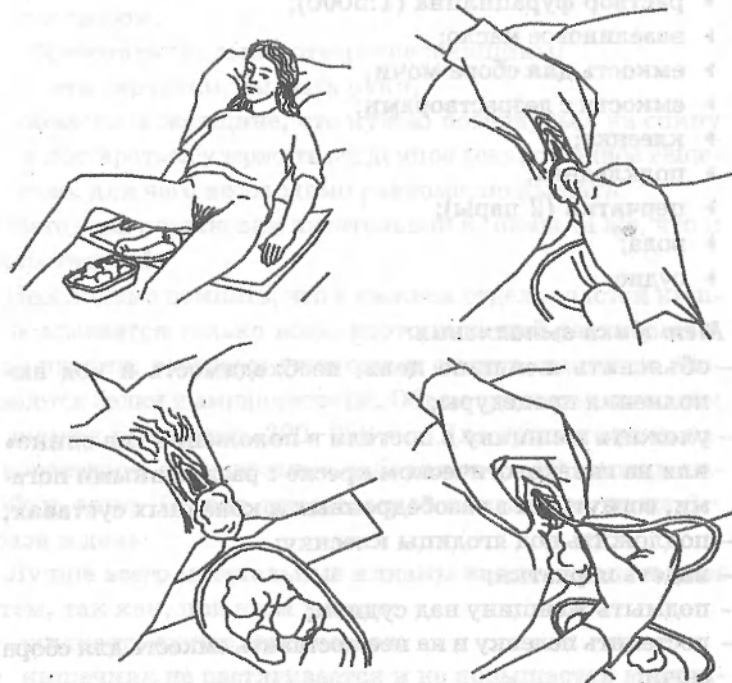


Рис. 52. Катетеризация мочевого пузыря

- левой рукой раздвинуть половые губы, а правой — с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные фурацилином;
- обработать отверстие мочеиспускательного канала движениями вниз между малыми половыми губами;
- сменить пинцет;
- взять пинцетом конец катетера на расстоянии 4–6 см от его сужения;
- зажать катетер IV и V пальцами правой руки;
- обмакнуть или смазать его конец вазелином;
- левой рукой раздвинуть малые половые губы, а правой — ввести катетер на глубину 4–6 см (до появления мочи);
- свободный конец катетера поместить в емкость для сбора мочи;
- после прекращения самостоятельного выделения мочи левой рукой слегка надавить на переднюю брюшную стенку над лоном;
- после этого извлечь катетер и сбросить его в емкость с дезраствором;
- снять перчатки и вымыть руки.

Проведение внутрикожной инъекции

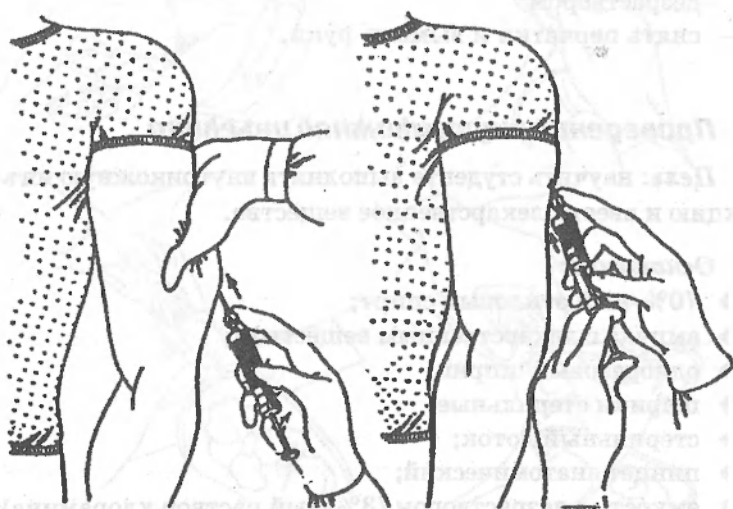
Цель: научить студента выполнить внутрикожную инъекцию и ввести лекарственное вещество.

Оснащение:

- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ ампула с лекарственным веществом;
- ▶ одноразовый шприц;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ емкость с дезраствором (3% -ный раствор хлорамина);
- ▶ резиновые перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть перчатки;
- вскрыть пакет и подготовить шприц;
- обработать ампулу тампоном со спиртом и вскрыть ее с помощью пилки;
- набрать из ампулы лекарственное вещество;
- иглу снять и сбросить в дезраствор;
- надеть на шприц иглу для подкожной инъекции;
- выпустить из шприца воздух путем нажатия на поршень;
- надеть на иглу колпачок;
- усадить или уложить беременную;
- дважды обработать место инъекции (передняя наружная поверхность плеча) спиртом с помощью шарика;
- сбросить шарик в емкость с дезраствором;
- пальцами левой руки собрать кожу плеча в складку;

**Рис. 53. Техника внутримышечной инъекции**

- ввести иглу в основание складки на $\frac{2}{3}$ ее длины;
- левой рукой нажать на поршень и ввести лекарственное вещество;
- придавить шариком со спиртом область укола;
- извлечь быстрым движением иглу;
- замочить шприц в дезрастворе;
- снять перчатки и вымыть руки.

Проведение внутримышечной инъекции

Цель: научить студента выполнить внутримышечную инъекцию и ввести лекарственное вещество.

Оснащение:

- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ ампула с лекарственным веществом (или флакон);
- ▶ одноразовый шприц;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ емкость с дезраствором (3%-ный раствор хлорамина);
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ при необходимости — растворитель (физраствор, новокаин в ампуле или стерильном флаконе).

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть резиновые перчатки;
- вскрыть пакет и подготовить шприц;
- обработать ампулу или крышку флакона (пенициллин и пр.) шариком со спиртом и вскрыть ее;
- при необходимости также обработать ампулу с растворителем;
- вскрыть ампулу с лекарственным веществом (при необходимости — вскрыть ампулу с растворителем)

- и развести лекарственное вещество по назначению врача);
- с помощью шприца набрать в него лекарственное вещество;
- сменить иглу (замочив первую в дезрастворе), выпустить воздух и надеть на вторую иглу колпачок;
- уложить беременную на кушетку или кровать в положение «на боку»;
- обработать дважды наружно-верхний квадрант ягодицы беременной шариком, смоченным спиртом;
- растянуть кожу в месте инъекции первым и вторым пальцами левой руки;
- правой рукой ввести иглу над прямым углом на глубину 5–6 см;
- надавив левой рукой (пальцем) на поршень, ввести лекарственное вещество;
- придавить место инъекции шариком, смоченным спиртом;
- быстро извлечь иглу;

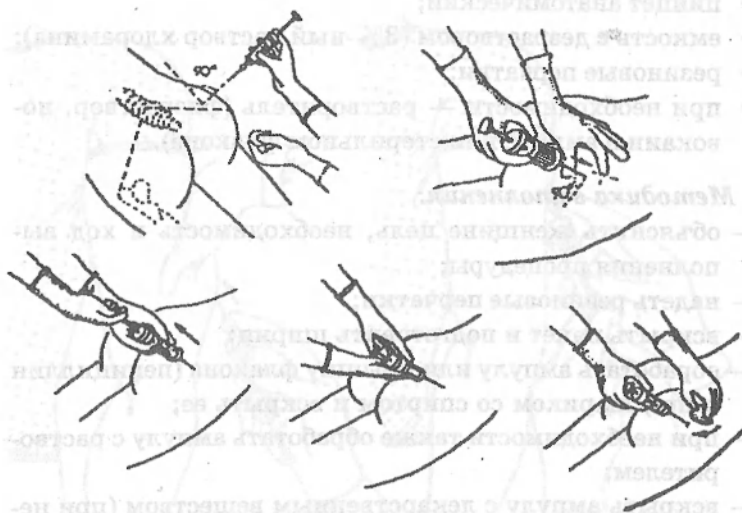


Рис. 54. Внутримышечная инъекция

- поместить шприц в дезраствор;
- снять перчатки и вымыть руки.

Масляные растворы вводят в подогретом виде глубоко внутримышечно.

Проведение внутривенной инъекции

Цель: научить студента выполнить внутривенную инъекцию и ввести лекарственное вещество.

Оснащение:

- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ ампула с лекарственным веществом;
- ▶ одноразовый шприц;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ резиновый жгут;
- ▶ клеенчатая подушка;
- ▶ салфетка (под жгут);
- ▶ резиновые перчатки;
- ▶ емкость с дезраствором (3% -ный раствор хлорамина).

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть резиновые перчатки;
- вскрыть пакет и подготовить шприц;
- обработать ампулу шариком, смоченным спиртом, вскрыть и набрать из нее лекарственное вещество;
- поменять иглу (сбросив прежнюю в дезраствор), выпустить воздух, надеть на иглу колпачок;
- усадить или уложить беременную;
- наложить на плечо венозный жгут (подложив под него салфетку), клеенчатую подушечку положить под локоть;
- попросить беременную поработать кулаком;

- найти с помощью пальпации локтевой ямки вену;
- обработать локтевую ямку дважды шариком, смоченным спиртом;
- левой рукой зафиксировать вену, а правой — проколоть шприцем вену и войти в нее;
- оттянуть поршень на себя и убедиться, что игла в вене (получить кровь);
- снять жгут левой рукой;
- ввести медленно лекарство, надавливая на поршень левой рукой (пальцем);
- придавить место инъекции шариком, смоченным спиртом, а правой рукой быстро извлечь иглу из вены;
- в течение 3–5 минут придавливать шарик со спиртом в локтевой ямке (чтобы не было гематомы);
- отработанный материал замочить в дезрастворе;
- снять перчатки и вымыть руки.

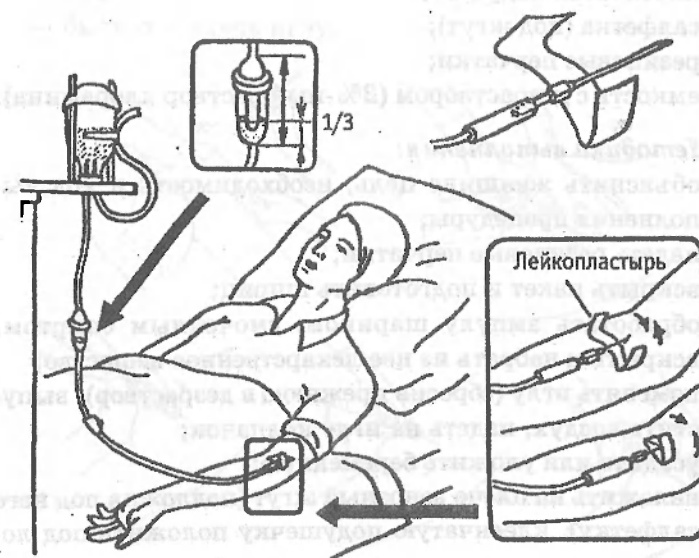


Рис. 55. Внутривенное капельное введение

Оказание неотложной помощи при приступе эклампсии

Цель: научить студента оказанию первой доврачебной помощи женщине с приступом эклампсии.

Оснащение:

- ▶ кушетка или стол;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пинцет или корнцанг;
- ▶ роторасширитель;
- ▶ языкодержатель;
- ▶ салфетки стерильные;
- ▶ перчатки;
- ▶ емкость с дезраствором.

Методика выполнения:

- немедленно уложить женщину на твердое (кушетка, стол) в положение «на спине» с выпрямленными ногами;
- надеть перчатки;
- повернуть голову беременной набок;
- осторожно открыть рот салфеткой;
- вложить в рот пальцы левой руки (II и III) между верхней и нижней челюстями в том месте, где кончаются зубы;
- протереть рот с помощью салфетки от рвотных масс;
- ввести правой рукой роторасширитель (также в том месте, где нет зубов);
- языкодержателем, наложенным на $\frac{1}{3}$ языка, вывести язык сбоку;
- языкодержатель закрепить снаружи (можно на одежде);
- если нет языкодержателя, проколоть язык английской булавкой, обработав ее спиртом, привязать к ней стерильную салфетку и фиксировать снаружи;
- срочно вызвать врача и лаборанта;

- приготовить систему для внутривенного введения лекарственных средств;
- снять перчатки и вымыть руки.

Внутривенное капельное введение лекарственных веществ с помощью системы

Цель: научить студента подготовить и собрать систему и ввести лекарственное вещество в вену с помощью капельницы.

Оснащение:

- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ лекарственное вещество;
- ▶ одноразовый шприц;
- ▶ одноразовая система для внутривенного введения («капельница»);
- ▶ штатив для капельницы;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ лоток стерильный;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры (если она контактна);
- надеть резиновые перчатки;
- вскрыть систему и вынуть ее из упаковки;
- снять колпачок с иглы воздуховода (короткая игла с короткой трубочкой, закрытой фильтром) и ввести иглу до упора в пробку флакона (предварительно обработав по общей схеме);
- свободный конец воздуховода закрепить на флаконе (можно аптечной резинкой);
- закрыть винтовой зажим;
- ввести иглу до упора в пробку флакона;

- перевернуть капельницу в горизонтальное положение;
- открыть зажим и медленно заполнить капельницу до половины объема;
- закрыть зажим и повернуть капельницу в исходное положение (при этом фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для вливания);
- открыть зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекции (если капельница заполняется без иглы, то капли выделяются непосредственно из канюли);

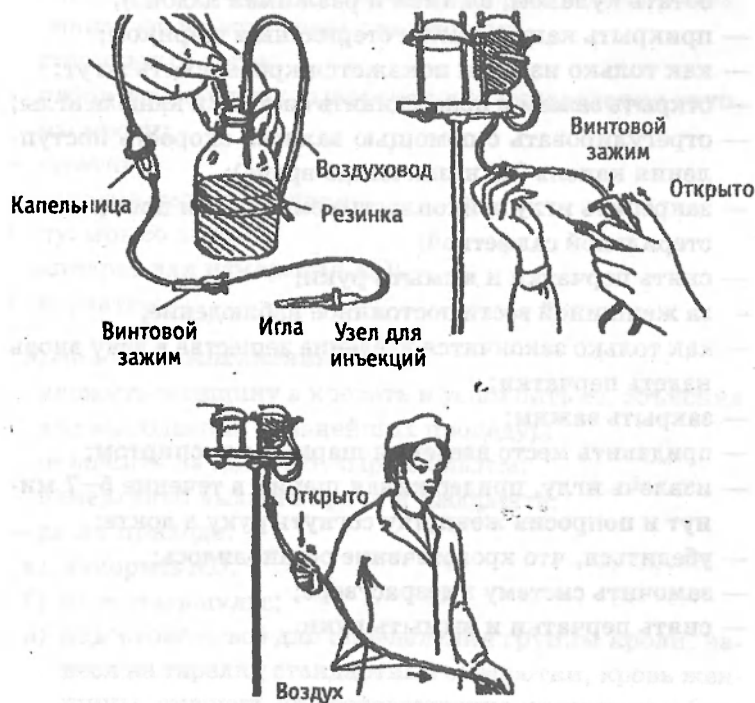


Рис. 56. Внутривенное введение лекарственного вещества с помощью одноразовой системы

- проверить отсутствие пузырьков воздуха в длинной трубке;
- поместить в стерильный лоток иглу для инъекции с колпачком, ватные шарики, смоченные 70%-ным спиртом, стерильную салфетку;
- приготовить лейкопластырь (узкий, 1 см), нарезав 2–3 полоски длиной 4–5 см;
- обработать область локтевой ямки двумя ватными шариками со спиртом);
- фиксировать вену, наложив жгут (см. выше);
- снять колпачок с иглы и пунктировать вену при сжатом кулаке у женщины (предварительно нужно поработать кулаком, сжимая и разжимая ладонь);
- прикрыть канюлю иглы стерильным шариком;
- как только из иглы покажется кровь, снять жгут;
- открыть зажим и присоединить систему к канюле иглы;
- отрегулировать с помощью зажима скорость поступления капель (по назначению врача);
- закрепить иглу лейкопластырем к руке и прикрыть ее стерильной салфеткой;
- снять перчатки и вымыть руки;
- за женщиной вести постоянное наблюдение;
- как только закончится введение вещества в вену вновь надеть перчатки;
- закрыть зажим;
- придавить место введения шариком со спиртом;
- извлечь иглу, придерживая шарик в течение 5–7 минут и попросив женщину согнуть руку в локте;
- убедиться, что кровотечение остановилось;
- замочить систему в дезрастворе;
- снять перчатки и вымыть руки.

Неотложная помощь при любом виде кровотечения из половых путей (самопроизвольный аборт, внематочная беременность и пр.)

Цель: научить студента оказанию неотложной помощи при кровотечении из половых путей.

Оснащение:

- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ салфетки стерильные;
- ▶ одноразовая система для переливания крови, заполненная физиологическим раствором;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ набор стандартных сывороток для определения группы крови;
- ▶ штатив;
- ▶ тарелка маркированная;
- ▶ пузырь со льдом;
- ▶ аппарат для измерения АД;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- уложить женщину в кровать и успокоить ее, объяснив ход выполнения дальнейших процедур;
- положить на живот пузырь со льдом;
- немедленно вызвать врача и лаборанта;
- до их прихода:
 - а) измерить АД;
 - б) посчитать пульс;
 - в) подготовить всё для определения группы крови, нанести на тарелку стандартные сыворотки, кровь женщины, смешать их соответственно инструкции (для показа врачу);

- при необходимости (обильном кровотечении и ухудшении общего состояния) подключить капельницу и начать введение раствора глюкозы или физраствора;
- при очень обильном кровотечении (в крайнем случае) можно затампонировать влагалище стерильной салфеткой;
- после прихода врача выполнять все его назначения.

Оказание неотложной помощи при острой сосудистой недостаточности

Цель: научить студента оказанию неотложной помощи при острой сосудистой недостаточности.

Оснащение:

- ▶ кислород (централизованная подача или подушка с кислородом);
- ▶ аппарат для измерения АД;
- ▶ одноразовая система для переливания крови с физраствором;
- ▶ штатив;
- ▶ стандартный набор сывороток для определения группы крови;
- ▶ тарелка маркированная;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ перчатки;
- ▶ пинцет анатомический.

Методика выполнения:

- уложить женщину в кровать и успокоить ее, объяснив ход выполнения дальнейших процедур;
- открыть окно для обеспечения притока свежего воздуха;
- протереть маску спиртом;

- дать увлажненный кислород с помощью централизованной подачи или из подушки;
- измерить АД;
- посчитать пульс;
- срочно вызвать врача и лаборанта;
- подготовить систему для внутривенного вливания и подключить ее, начав вводить физраствор;
- подготовить всё для определения группы крови;
- после прихода врача выполнять все его назначения.

Острая сосудистая недостаточность у беременной может быть вызвана *синдромом нижней полой вены*, который возникает при сдавлении нижней полой вены увеличенной маткой в положении беременной «на спине» (особенно на жесткой поверхности). В этом случае беременная теряет сознание, урежается пульс, снижается АД.

Для оказания неотложной помощи достаточно повернуть беременную в положение «на бок». Состояние при этом сразу же нормализуется.

Оказание неотложной помощи при отеке легкого

Цель: научить студента оказанию неотложной помощи при отеке легкого.

Оснащение:

- ▶ аппарат для измерения АД;
- ▶ одноразовая система для переливания крови;
- ▶ кислород в системе или в подушке;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ стерильные салфетки;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- придать женщине полусидячее положение в кровати, подложив подушку, при отсутствии функциональной кровати (высоко подняв изголовье);
- успокоить беременную, объяснив ей ход и цель проводимых мероприятий;
- удалить салфеткой изо рта слюну и пену;
- начать ингаляцию увлажненного кислорода (протерев маску спиртом);
- измерить АД;
- посчитать пульс;
- срочно вызвать врача и лаборанта;
- подготовить одноразовую систему для внутривенного введения лекарственных веществ;
- после прихода врача выполнять все его назначения.

Оказание неотложной помощи при тромбоэмболии

Цель: научить студента оказанию неотложной помощи при тромбоэмболии.

Оснащение:

- ▶ кислород;
- ▶ одноразовая система для переливания;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ шарики стерильные;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ перчатки;
- ▶ одноразовые шприцы.

Методика выполнения:

- обеспечить женщине строгий постельный режим (уложив ее в постель в положение «на спине»);
- постараться успокоить беременную;
- надеть перчатки;

- протереть маску спиртом;
- дать увлажненный кислород для ингаляции;
- срочно вызвать врача и лаборанта; подготовить однократную систему для переливания;
- подготовить необходимые лекарственные вещества и шприцы;
- после прихода врача выполнять все его назначения.

Течение патологических родов

Роды при многоплодной беременности

При многоплодной беременности роды заканчиваются рождением двойни, тройни, реже — большего количества детей.

Течение беременности имеет свои особенности. Повышается перинатальная смертность в связи с невынашиванием, сложным течением беременности и не всегда рациональным родоразрешением.

В последние годы частота многоплодной беременности увеличилась в связи с применением методов искусственного оплодотворения.

При выборе родоразрешения необходимо руководствоваться положением и предлежанием плодов, особо при моноамниальной двойне, степенью доношенности, наличием генитальной и экстрагенитальной патологии.

В первом периоде родов осуществляют кардиомониторное наблюдение за состоянием плодов, сократительной деятельностью матки и динамикой раскрытия шейки матки. При слабости родовой деятельности ее стимуляция применяется с большой осторожностью.

Во втором периоде родов часто возникает слабость потуг, поэтому применение капельного внутривенного введения окситоцина (очень медленно — 5–8 капель в минуту) необходимо. Сразу же после рождения первого плода,

накладывается зажим на пуповину и производится влагалищное исследование. Вскрывая плодный пузырь второго плода при продольном его положении.

При поперечном положении второго плода осуществляется поворот на ножку с последующим извлечением за тазовый конец или же операция кесарево сечение.

С целью предупреждения кровотечения в последовом периоде необходимо тщательно следить за признаками отделения последа, а после его рождения вводить в течение двух часов средства, повышающие сокращения матки.

Роды при узком тазе

Анатомически узкий таз имеет различные формы и степень его сужения определяется специальной классификацией.

Диагностика основывается на общем и специальном анамнезе, объективных данных осмотра, объективных специальных данных (форма живота, угол наклона таза, форма ромба Михаэлиса) и его измерений.

При *поперечно суженном тазе* в первом моменте происходит сгибание головки (как и при нормальном). Однако затем головка вставляется асинклитически с последующим обычным родоразрешением, но более замедленным, так как головка продвигается медленнее к выходу из таза.

При *плоском тазе* роды затяжные из-за длительного течения первого момента, головка долго остается подвижной и роды рекомендуются проводить на боку, противоположном позиции плода.

Роды могут быть осложнены ранним излитием околоплодных вод, выпадением мелких частей плода и пуповины, слабостью родовой деятельности.

Вследствие увеличенных размеров полости выхода таза при хорошей родовой деятельности могут развиваться стремительные роды, что приводит часто к родовому травматизму матери и плода.

При простом плоском тазе биомеханизм родов такой же, как и при плоскорихитическом, но головка плода испытывает при этом затруднение при входе в таз, в полости его и при выходе из таза, так как везде имеется уменьшение прямого размера.

При простом плоском тазе также возможно раннее отхождение околоплодных вод. При длительном стоянии головки в одной плоскости нарушается кровообращение мягких тканей, что приводит их к некрозу с образованием свищей. Иногда нарушается целостность лонного и крестцово-подвздошного сочленений. Часто возникает родовой травматизм шейки матки, влагалища и промежности. Очень редко происходит разрыв матки.

Роды при *общеравномерносуженном тазе при 3-й и 4-й степени его сужения* через естественные родовые пути невозможны. Особенностью биомеханизма этих родов является максимальное сгибание головки в первый момент родов, а затем роды проводятся как и при нормальном тазе, но при этом имеются свои особенности:

1. Головка длительное время остается подвижно над входом в таз, а это создает отсутствие «пояса прилегания» к тазу и передние воды сообщаются с задними, что может обусловить раннее отхождение околоплодных вод и выпадение мелких частей плода и пуповины.
2. Развивается слабость родовой деятельности.
3. Увеличивается длительность безводного периода, что способствует проникновению инфекции.
4. На головке образуется большая родовая опухоль, а вследствие этого — выраженная ее конфигурация (смещение костей черепа).

Исходя из вышеизложенного, рациональное ведение родов сводится:

- 1) к соблюдению постельного режима в первом периоде родов;

- 2) правильному положению роженицы: она лежит на боку, соответствующему позиции плода;
- 3) постоянному слежению за состоянием плода с помощью кардиомониторинга, за опорожнением мочевого пузыря и прямой кишки, за сократительной деятельностью матки, проведением профилактики гипоксии плода, длительностью стояния головки в одной плоскости.

При появлении симптомов несоответствия головки плода и таза матери роды заканчивают операцией кесарева сечения.

При узком тазе благоприятно могут пройти роды при первой степени сужения таза и хорошей родовой деятельности, средних размерах плода, правильном вставлении головки и хорошей ее конфигурации.

При второй степени сужения таза роды очень редко заканчиваются самостоятельно, и при тех же условиях, что и при сужении таза первой степени.

Учитывая все особенности беременности и родов при узком тазе, такие женщины должны быть госпитализированы заблаговременно (за 10–14 дней до родов) в родильное отделение, обследованы и для них составляется индивидуальный план ведения родов.

Клинически узким тазом называют таз, размеры которого не обеспечивают прохождение через родовые пути плода. Это связано:

- 1) с анатомическим сужением таза;
- 2) большими размерами головки плода;
- 3) разгибательными предлежаниями головки;
- 4) сочетанием этих причин.

Крупным называют плод с массой тела больше 4000 г, а при весе 5000 г и больше принято говорить о гигантском плоде.

Соотношение между головкой плода и плодом определяется с помощью признака Вастена.

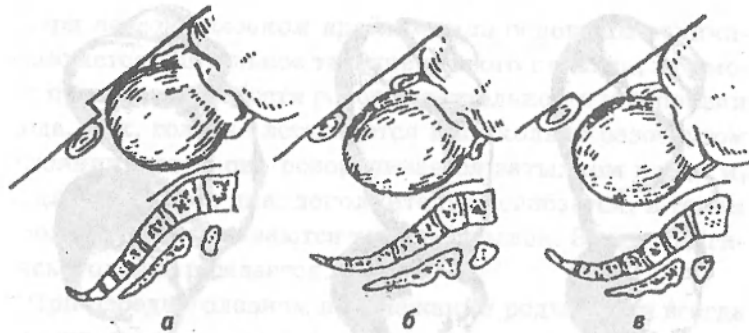


Рис. 57. Признак Вастена (схематическое изображение):

а — положительный; б — вровень; в — отрицательный

При соответствии головки плода и таза пальцы исследующего соскальзывают с лона на головку (отрицательный признак Вастена).

При соответствии уровня головки и таза симфиз совпадает с уровнем головки (вровень).

При выступании головки над симфизом (положительном признаке Вастена) родоразрешение через естественные пути невозможно.

Роды при неправильных предлежаниях головки и неправильных положениях плода

К этим родам относятся: роды при разгибательных предлежаниях головки, ее асинклитических вставлениях; роды при высоком прямом и низком поперечном стоянии стреловидного шва; роды при косых и поперечных положениях плода.

Так как в ряде случаев роды при вышеперечисленной патологии через естественные родовые пути невозможны, а в ряде случаев представляют опасность для матери и плода, их принято рассматривать как патологические роды.

Роды при разгибательных предлежаниях различают: переднеголовное, лобное и лицевое предлежание.

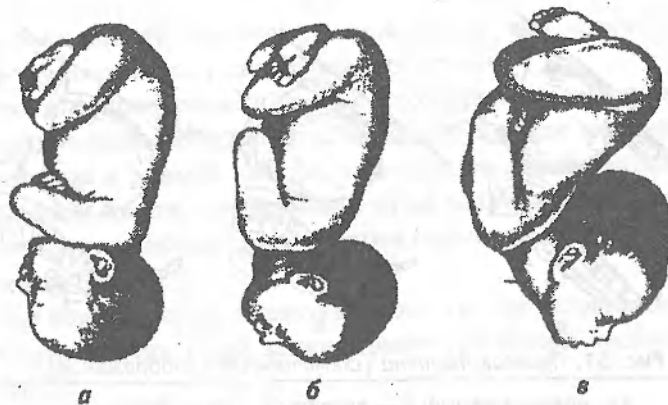


Рис. 58. Три степени разгибания головки:

а — переднеголовное; б — лобное; в — лицевое

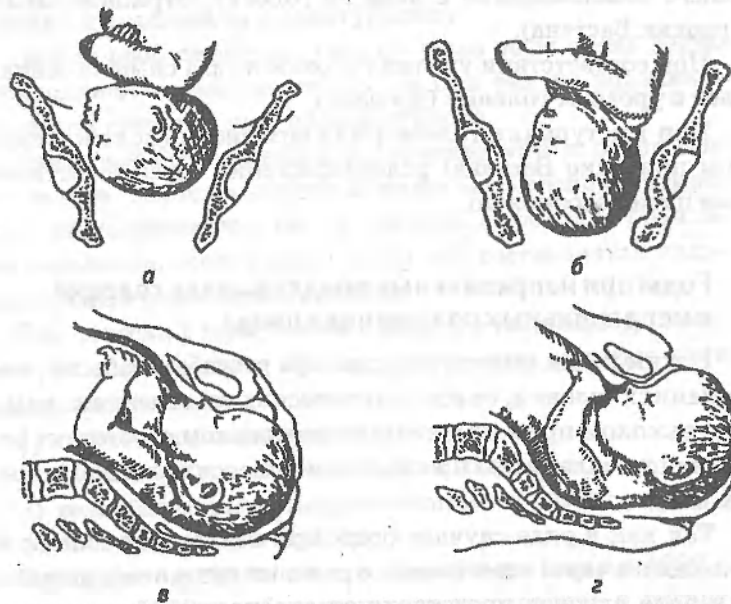


Рис. 59. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании:

а — первый момент; б — второй момент;
в — третий момент; г — четвертый момент

При *переднеголовном предлежании* основным отличием является длительное течение второго периода, что может привести к слабости родовой деятельности и гипоксии плода. Так, головка вставляется в несколько разогнутом состоянии, затем она поворачивается затылком кзади и, дойдя до тазового дна, дополнительно сгибается, в таком положении прорезываются темя и затылок. Затем, разгибаясь, головка рождается.

При *переднеголовном предлежании* роды почти всегда заканчиваются самостоятельно и кесарево сечение проводят лишь по относительным показаниям. Иногда приходится прибегать к наложению акушерских щипцов или вакуум-экстрактора.

При *лобном предлежании* наблюдаются затяжное течение, вторичная слабость родовой деятельности, гипоксия плода.

В первый момент биомеханизма родов происходит среднее разгибание головки, потом она совершает внутренний поворот подбородком кпереди и опускается по проводной оси таза. Затем головка делает дополнительное сгибание, при котором рождаются темя и затылок. Разгибаясь, головка полностью рождается, после чего рождаются плечики.

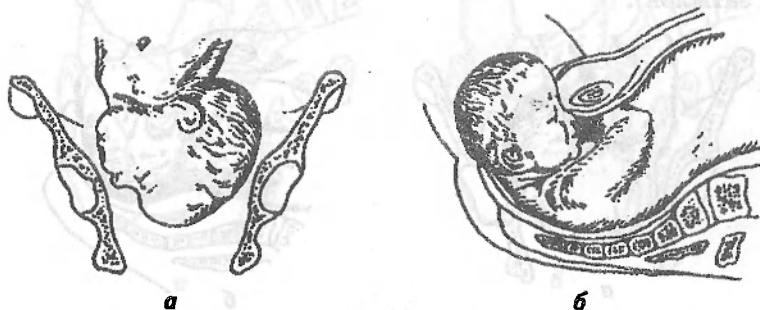


Рис. 60. Биомеханизм родов при лобном предлежании:

а — первый момент; б — второй момент

Таким образом, самостоятельные роды возможны только при наличии полного соответствия размеров таза и плода.

При большом плоде роды невозможны из-за несоответствия размеров головки, которыми она проходит по родовому каналу, и приходится прибегать к родоразрешению путем кесарева сечения.

При *лицевом предлежании* (максимальное разгибание головки) ведущей точкой в родах являются нос и рот плода. При этом возможны передний и задний виды лицевого предлежания.

Роды в *переднем виде* самостоятельно невозможны из-за вколачивания плечиков в полость малого таза, плечи и головка одновременно родиться не могут.

При *заднем виде* роды иногда заканчиваются самостоятельно.

Вначале происходит максимальное разгибание головки, затем она совершает внутренний оборот, фиксируется подъязычной костью у нижнего края лона и разгибается, рождаясь (появляются подбородок, рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок).



Рис. 61. Передний вид лицевого предлежания



Рис. 62. Биомеханизм родов при лицевом предлежании:

а — первый момент; б — третий момент

Учитывая сложное течение родов при переднеголовном предлежании, при малейшем осложнении в родах их чаще всего завершают операцией кесарево сечение по относительным или абсолютным (передний вид) показаниям.

Асинклитические вставления головки делят на передний и задний асинклитизм.

При переднем асинклитизме первой опускается передняя теменная кость, обращенная к лону, стреловидный шов отклонен кзади. При заднем асинклитизме опускается задняя теменная кость, стреловидный шов отклонен кпереди.

К особенностям течения родов относится разновременное опущение теменных костей в полость таза. При умеренном асинклитизме роды ведут выжидательно, наблюдая за их динамикой и состоянием плода. При длительном стоянии головки в одной плоскости роды заканчивают операцией кесарева сечения.

При резко выраженном асинклитизме, особенно заднем, кесарево сечение предусмотрено сразу же.

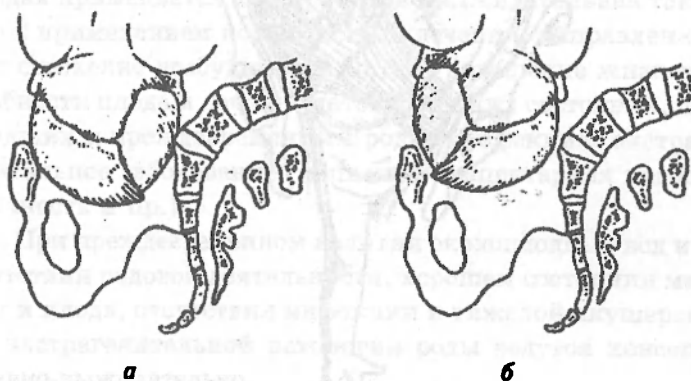


Рис. 63. Варианты внеосевого вставления головки:

- а — передний асинклитизм (Негеле);
- б — задний асинклитизм (Литцмана)

Высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва следует считать патологическим из-за неблагоприятных соотношений размеров головы и таза, когда без вмешательства продвижение плода по родовому каналу в большинстве случаев невозможно.

Иногда при этой патологии предоставляется возможным провести роды самостоятельно. Однако в интересах плода, а иногда и матери (опасность разрыва матки, внутриутробная гибель плода) рационально решить вопрос в пользу оперативного родоразрешения.

Поперечное и косое положение плода. При этой ситуации самостоятельно провести родоразрешение не представляется возможным. Если воды отошли и матка плотно обхватила плод или имеется запущенное поперечное положение, часто выпадает ручка, исправление положения плода в этой ситуации категорически запрещается. Нужно дать наркоз, прекратить родовую деятельность и



Рис. 64. Запущенное поперечное положение плода.
Выпадение ручки. Перерастяжение нижнего сегмента матки

при живом плоде произвести операцию кесарева сечения. На мертвом плоде родоразрешение проводить путем плодоразрушающей операции.

Несвоевременное родоразрешение

Преждевременные роды

Преждевременными считаются роды при беременности в срок 22–37 недель, когда рождается плод с массой тела от 500 до 2500 г и длиной от 25 до 45 см, с признаками незрелости.

К особенностям течения преждевременных родов относятся: преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии развития родовой деятельности, быстрые или стремительные роды при несостоятельности шейки матки или затяжные при ее незрелости, неподготовленность нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции и гипоксия плода. Могут возникать кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

При угрожающих и начинающихся преждевременных родах применяется консервативно-выжидательная тактика с применением комплексного лечения, направленного на снижение возбудимости матки, предупреждение жизнеспособности плода и лечение патологических состояний, приведших к преждевременным родам (инфекции, экстрагенитальное заболевание, мышечно-плацентарная недостаточность и пр.).

При преждевременном излитии околоплодных вод и отсутствии родовой деятельности, хорошем состоянии матери и плода, отсутствии инфекции и тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии роды ведутся консервативно-выжидательно.

К выбору метода родоразрешения подходят дифференцированно. При этом нужно создать следующие условия:

1. Госпитализация в специальную палату, обрабатываемую очень тщательно.

2. Смену белья проводить ежедневно, а подкладные следует менять не менее 4–5 раз в день.

3. Следят за состоянием матери и плода, измеряя показатели округлости живота, высоты стояния дна матки, определяя количество и характер околоплодных вод, каждые три часа измеряется температура тела.

4. С профилактической целью проводится санация влагалища, вводятся лактобациллы.

5. Контролируется состав крови, мочи, мазков, 1 раз в пять дней делают посев из шейки матки на флору.

При возникновении родовой деятельности тщательно следят за ее динамикой и раскрытием шейки матки, продвижением головки плода.

Следует применять спазмолитики. Обезболивание предпочтительно проводить, используя регионарную анестезию, закись азота, баралгин, акупунктуру, избегая введения промедола, так как он влияет на дыхательный центр плода.

Во втором периоде родов проводят пузендальную анестезию, а также перинео- или эпизотомию. Каждые 2 часа проводится кардиомониторинг. Осуществляют профилактику кровотечения путем внутривенного введения метилэргометрина или окситоцина.

Отделять ребенка от матери нужно в первую минуту и с первых же секунд приступить к реанимации новорожденного. Ребенок сразу же помещается в кювез.

Дальнейшие наблюдения за новорожденным осуществляют неонатолог и реаниматолог.

Переношенная беременность

Беременность называют переношенной при сроке свыше 42 недель и более. Такие роды считают запоздалыми. Ребенок, рожденный при запоздалых родах, часто имеет

признаки «перезрелости». При переношенной беременности повышен риск заболеваемости и смертности детей.

Родоразрешение осуществляется в этих случаях проведением операции кесарева сечения, а при этом повышается возможность инфицирования, гипотонического кровотечения, септических и эмболических осложнений, а следовательно, увеличивается срок пребывания в стационаре.

При родоразрешении через естественные родовые пути крупного плода могут развиваться задержка мочеиспускания, образование свищей, кровотечение, инфицирование, послеродовые язвы.

У детей в этих случаях нередко развиваются хроническая гипоксия, родовая травма, аспирация мекониальными водами, осложняющаяся пневмонией.

Допускать перенашивание беременности не рекомендуется. При «зрелой» шейке матки показано родовозбуждение.

При «незрелой» шейке матки возможно проводить антенатальное слежение за состоянием плода и ожидать спонтанного начала родов или «созревание» шейки матки, либо с целью ускорения «созревания» шейки матки использовать простагландины с последующим родовозбуждением.

При ведении запоздалых родов используются тщательное интранатальное слежение за состоянием плода, своевременная диагностика осложнений, быстрое принятие решений и квалифицированное выполнение необходимых манипуляций.

Следует избегать наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода. Необходимо заранее предупредить неонатолога и анестезиолога о предполагаемых родах.

При предполагаемой массе плода более 4500 г и несоответствии размеров плода и таза матери своевременно решить вопрос о родоразрешении путем проведения операции кесарева сечения.

Роды при тазовых предлежаниях

Тазовые предлежания делятся на чисто ягодичные, смешанные, ножные (полные или неполные) (рис. 65).

Поскольку при родах в ягодичном предлежании перинатальная смертность возрастает в 4–5 раз, их принято относить к патологическим родам.

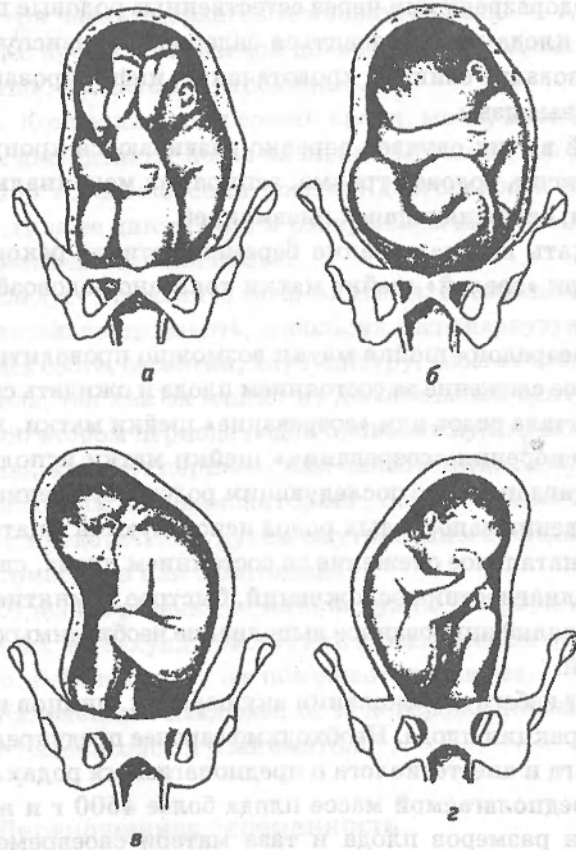


Рис. 65. Варианты тазового предлежания:

а — чисто ягодичное; б — смешанное ягодичное;
в — полное ножное; г — неполное ножное

Наиболее благоприятно протекают роды при чисто ягодичном и смешанном предлежании, так как в этом случае тазовый конец имеет наибольшую окружность и лучше подготавливает родовые пути для последующего рождения головки, а ножки, вытянутые вдоль тела, удерживают ручки от запрокидывания.

В этом случае, в первом моменте биомеханизма ягодичцы вставляются поперечным размером в одном из косых размеров входа в таз и, опускаясь, совершают внутренний поворот, посменно становясь в прямом размере выхода малого таза. Потом происходит сгибание позвоночника плода и передняя ягодича врезывается, рождается задняя ягодича, а затем — передняя и весь плод до пупочного кольца.

После этого происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища, а плечики устанавливаются в прямом размере выхода таза. При дальнейшем боковом сгибании шейно-грудной части позвоночника из половых путей рождаются ручки и плечевой пояс.

Головка совершает внутренний поворот и устанавливается стреловидным швом в прямом размере выхода; подзатылочная ямка — у нижнего края лонного сочленения. После этого головка сгибается и рождается (подбородок, нос, лоб, темя плода).

Период изгнания плода при тазовых предлежаниях иногда начинается до полного открытия шейки матки. Может наблюдаться запрокидывание ручек или прижиматься пуповина.

Одной из основных задач при ведении родов в тазовых предлежаниях является сохранение околоплодных вод до наступления полного открытия шейки матки, поэтому женщина должна соблюдать постельный режим. Мочеиспускание и дефекация — лежа на судне. Лучше лежать на боку, где расположена спинка. Необходимо тщательно следить за состоянием плода, родовой деятельностью. При любом возникшем осложнении и неполном открытии

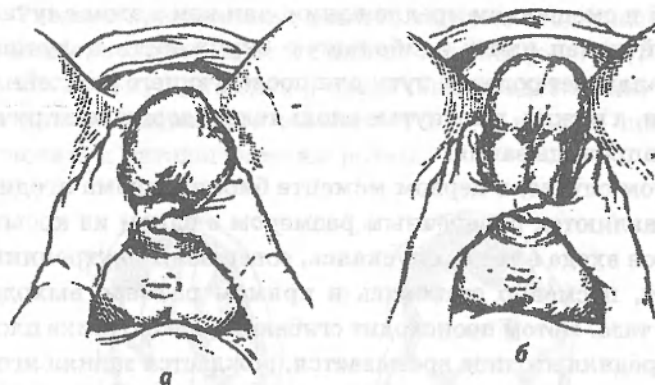


Рис. 66. Ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании:

а — захватывание туловища плода;
б — по мере рождения туловище пропускают между руками

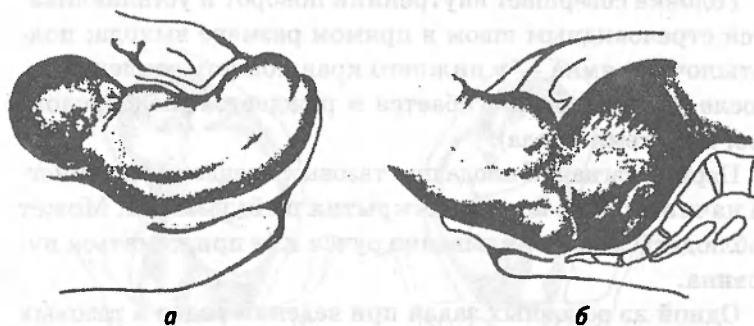


Рис. 67. Биомеханизм родов при ягодичном предлежании:

а — второй момент (боковое сгибание поясничного отдела позвоночника);
б — закончен третий момент (внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища)

шейки матки до 5 см своевременно (с учетом отхождения околоплодных вод) решить вопрос об операции кесарева сечения.

Во втором периоде при прорезывании ягодиц применяют метод Цовьянова.

С целью сохранения нормального членорасположения плода ножки плода прижимают к туловищу, не давая им родиться раньше времени.

При прорезывании ягодиц, их захватывают обеими руками

так, чтобы большие пальцы располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные пальцы рук — на поверхности крестца. По мере рождения туловища, руки врача постепенно передвигаются к вульварному кольцу, не отпуская ножек, стремясь чтобы ножки плода не выпали раньше, чем родится плечевой пояс. Ягодицы направляют на себя — и рождается передняя ручка. Затем плод приподнимают — и рождается задняя ручка. Одновременно



Рис. 68. Рождение головки по методу Цовьянова



Рис. 69. Рождение головки:

а — по методу Морисо-Левре; б — шестой момент биомеханизма родов при ягодичном предлежании (рождение головки в разгибании)

выпадают ножки плода, после этого туловище поднимают и укладывают на живот роженице.

При ножном предлежании часто возникает запрокидывание ручек, разгибание головки и ее ущемление в маточном зеве. Для этого нужно задержать рождение ножек до полного открытия шейки матки. С этой целью применяется метод Цовьянова. Половая щель прикрывается стерильной салфеткой, и на нее кладется ладонь руки с целью противодействия преждевременному выпадению ножек из влагалища. Плод садится как бы на корточки во влагалище, и ножное предлежание переходит в смешанное ягодичное.



Рис. 70. Ручное пособие по Цовьянову при ножных предлежаниях

При полном открытии шейки матки половая щель, несмотря на противодействие, раскрывается, а из-под руки показываются ножки плода. После рождения тазового конца руку отпускают и роды ведут так, как при чисто ягодичном предлежании.

При смешанном ягодичном предлежании ручное пособие по Цовьянову начинают оказывать с момента появления нижних углов лопаточек.



ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ И УХОД ЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Малая операционная

В малой операционной должен быть список резервных доноров. На одном столе (или подставках) расположены биксы со стерильными подкладными, пеленками, шариками, деревянными палочками с ватой, халатом, резиновыми катетерами.

На втором столе:

- ▶ стерилизаторы с корнцангами, пулевыми щипцами, ножницами, влагалищными зеркалами, кюретками (большими), зажимами Кохера, металлическими катетерами (1–2 шт.), шприцами и иглами (если нет одноразовых);
- ▶ темная стеклянная банка с притертой пробкой с марлевыми шариками в 95% -ном этиловом спирте;
- ▶ флакон со стерильным вазелиновым маслом;
- ▶ банка с корнцангом в тройном растворе.

В малой операционной находятся:

- ▶ электроотсос для отсасывания слизи у новорожденного;
- ▶ аппарат для искусственной вентиляции легких новорожденного;
- ▶ наркозный аппарат;
- ▶ одноразовые системы;
- ▶ штативы;
- ▶ передвижной рефлектор для дополнительного освещения;
- ▶ эмалированная посуда (тазы или кастрюли) для отработанного материала;
- ▶ емкость с дезраствором;
- ▶ фартуки из клеенки.

При любой манипуляции руки обрабатываются так же, как перед операцией, и надеваются перчатки.

Наружные половые органы женщины обрабатывают 0,02% -ным раствором перманганата калия, укладывают на стол или кресло на стерильную клеенку и подкладную, ноги помещают на ногдержатели.

Наружные половые органы обрабатывают 1% -ным раствором йодоната или 5% -ной спиртовой йодной настойкой.

Перед осмотром женщины к креслу подвигают стерильный столик с инструментами для осмотра шейки матки и шариками.

При необходимости акушерка накрывает стол инструментами, нужными для соответственного оперативного вмешательства.

Большая операционная

Предоперационная комната оснащается соответственно общепринятым требованиям.

В операционной находятся:

- ▶ операционный стол;
- ▶ два стола для инструментов (на одном столе разложено всё необходимое во время операции, на втором — передвижном столе — всё то, что необходимо на данном этапе операции).

В операционной стоят:

- наркозный аппарат;
- аппарат дыхательный;
- электроотсос;
- электрокардиограф;
- штатив для капельницы;
- передвижной рефлектор;
- пеленальный стол для новорожденного;
- электроотсос и аппарат искусственной вентиляции для новорожденного.

В специальном шкафу хранят:

- шприцы;
- банки с шовным материалом (шелк, кетгут);
- бутылки с изотоническим раствором (срок хранения — 7 суток), 5% -ным раствором глюкозы (срок хранения — 2 суток);
- емкости с 3% и 5% -ной спиртовой настойкой йода и 95% -ным этиловым спиртом.

При отсутствии централизованной подачи кислорода и закиси азота они хранятся в баллонах, накрытых стерильной пленкой.

В большой операционной должно быть все необходимое для заменного переливания крови у новорожденного.

Шовный материал хранят следующим образом:

- ▶ кетгут находится в темных стеклянных банках с притертой пробкой в растворе 3% -ной спиртовой йодной настойки;
- ▶ шелк, капрон хранят отдельно в банках с притертыми пробками в 95% -ном этиловом спирте.

Контрольные посевы из банок проводят 2 раза в месяц.

Отделение интенсивной терапии

При операционной должно быть отделение интенсивной терапии.

Это отделение имеет 1–2 функциональные кровати, прикроватные тумбочки, судна с подставкой (или на скамеечке); штатив для капельницы, стол для инструментов, на котором располагаются языкодержатель, роторасширитель, ларингоскоп.

Около кровати должен быть наркозный аппарат.

В шкафу хранят необходимый набор медикаментов, стерильный материал в банке, одноразовые шприцы, одноразовые системы, лекарственные препараты.

В палате интенсивной терапии должен находиться постоянный сестринский пост.

Студент должен знать;

- ▶ показания и противопоказания к акушерским операциям;
- ▶ оборудование операционной (малой и большой) и палат интенсивной терапии;
- ▶ ход малых и больших акушерских операций;
- ▶ возможные послеоперационные осложнения;
- ▶ подготовку к операции;
- ▶ уход за операционными больными.

Студент должен уметь:

- ▶ подготовить предоперационную и операционную к работе;
- ▶ одеться и помочь врачу одеться перед операцией;
- ▶ подготовить женщину к внутреннему исследованию;
- ▶ подготовить женщину к любому оперативному вмешательству (промывание желудка, катетеризация, клизмы и пр.);
- ▶ накрыть операционный столик (в зависимости от вида оперативного вмешательства);
- ▶ осуществить подачу инструментов во время операции (малой и большой);
- ▶ осуществить уход за послеоперационной родильницей (перестилание постели, грелки, подача судна, банки, горчичники и пр.);
- ▶ подготовить к стерилизации любой набор для операции;
- ▶ оказать неотложную помощь и осуществить уход при мастите, нагноении послеоперационной раны, швов и пр.

Перечень набора инструментов для различных манипуляций в акушерстве**Набор инструментов для осмотра шейки матки:**

1. Широкие влагалищные зеркала с подъемниками (2).
2. Корнданги (2).

3. Длинные пинцеты (2).
4. Окончатые зажимы или пулевые щипцы (2–3).
5. Зажимы Кохера (2).
6. Длинный иглодержатель (1).
7. Круто изогнутые иглы (2–3).
8. Ножницы (1).
9. Кетгут, шелк, стерильные салфетки, шарики.

Набор инструментов для операции зашивания разрывов вульвы, влагалища, промежности:

1. Иглодержатели (2).
2. Иглы разного калибра и крутизны (4–5).
3. Пинцеты хирургические (2).
4. Пинцеты анатомические (2).
5. Ножницы (2).
6. Кровоостанавливающие зажимы (5–6).
7. Широкие влагалищные зеркала с подъемниками.
8. Шприцы 1, 2, 10 и 20-граммовые с несколькими иглами различной длины.
9. Кетгут, шелк, шарики, салфетки, пленки.

Набор инструментов для операции наложения акушерских щипцов:

1. Акушерские щипцы (1).
2. Корнцанги (2).
3. Тупоконечные ножницы (1).
4. Обычные ножницы (1).
5. Зажимы (2).
6. Одновременно готовятся наборы для осмотра шейки матки и влагалища и для ушивания мягких тканей вульвы, промежности и влагалища.

Набор инструментов для операции вакуум-экстракции плода:

1. Вакуум-экстрактор (1) с чашечками различных размеров.

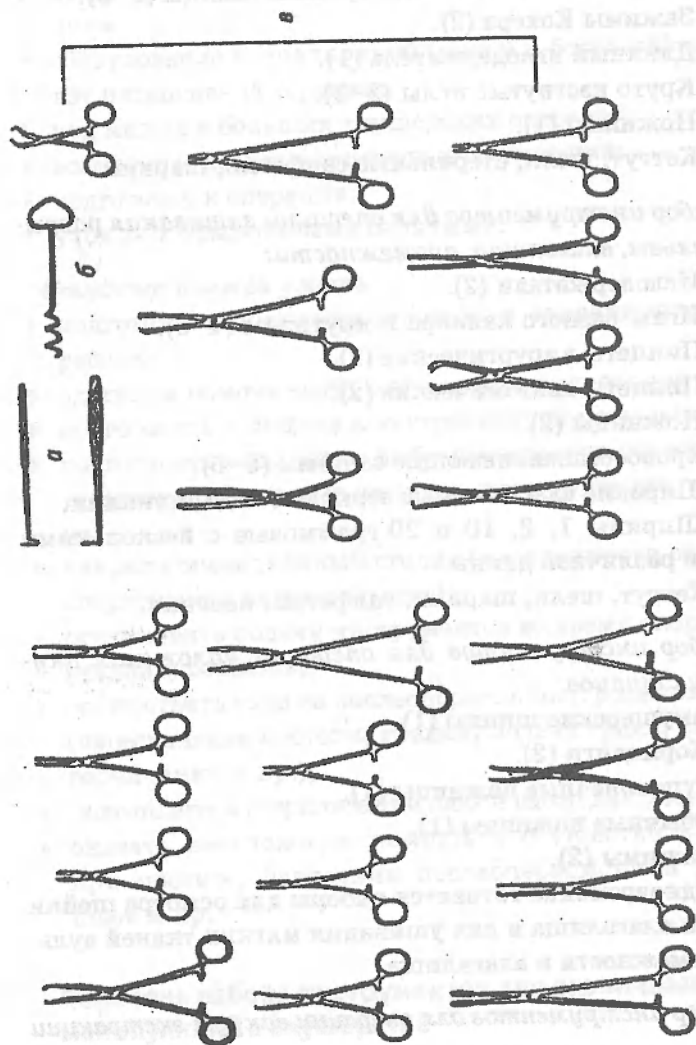


Рис. 71. Набор акушерских инструментов:

а — игла Дешампа; б — штолпор; в — щипцы, зажимы, иглодержатели

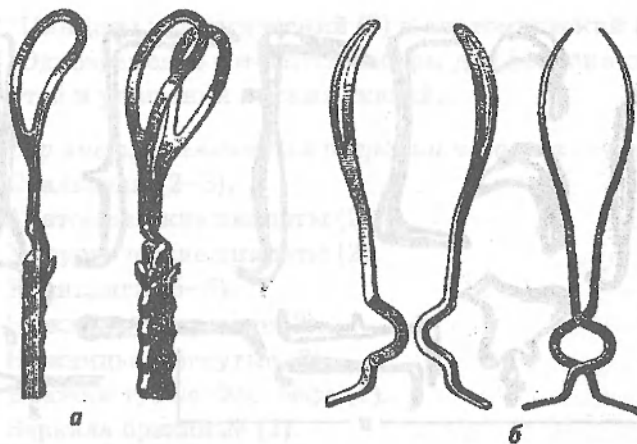


Рис. 72. Акушерские инструменты:

а — щипцы Симпсона; б — щипцы Лазаревича

2. Корнцанги (2).
3. Тупоконечные ножницы (1).
4. Остроконечные ножницы (1).
5. Зажимы (2).
6. Одновременно готовятся наборы для ревизии родовых путей и ушивания мягких тканей.

Набор инструментов для плодоразрушающей операции:

1. Перфоратор Феноменова или Блоу (1).
2. Широкие влагалищные зеркала с подъемниками (2).
3. Щипцы пулевые (2).
4. Щипцы Мюзе (2).
5. Ложечка для разрушения мозга (1).
6. Костные щипцы (1).
7. Краниокласт (1).
8. Ножницы для рассечения ключицы (1).
9. Зажимы (2).
10. Ножницы для пересечения пуповины (1).
11. Корнцанги (2).

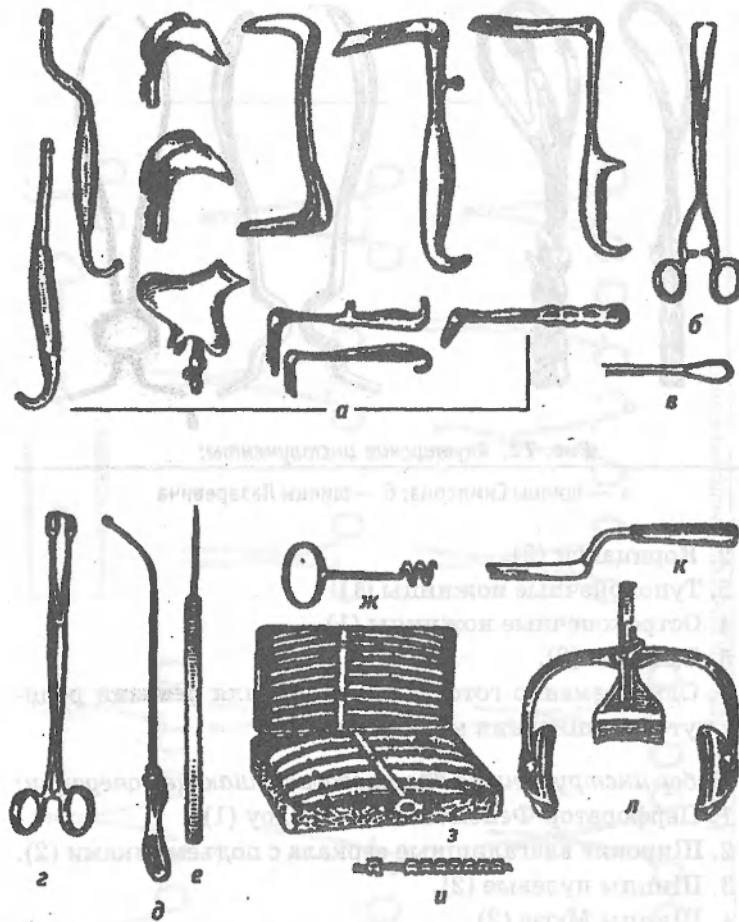


Рис. 73. Набор акушерских инструментов:

- а — различные влагалищные зеркала и подъемники;
 б — пулевые щипцы; в — верхний конец кюретки;
 г — щипцы двузубые, острые; д — маточный зонд;
 е — зонд с насечками (Пфейфера); ж — штопор;
 з — набор расширителей Гегара;
 и — металлические скобки (серфины Мишеля);
 к — шпатель (в форме штыка) для брюшных операций;
 л — трехстворчатое зеркало-расширитель для брюшной раны

12. Пинцеты хирургический (2) и анатомический (2),
13. Одновременно готовятся наборы для ревизии родовых путей и ушивания мягких тканей.

Набор инструментов для операции кесарева сечения:

1. Скальпели (2–3).
2. Анатомические пинцеты (2).
3. Хирургические пинцеты (2).
4. Корнцанги (5–6).
5. Ножницы непрямые (2).
6. Ножницы изогнутые (2).
7. Крючки тупые Фарабефа (2).
8. Зеркала брюшные (3).
9. Кровоостанавливающие зажимы (10–12).
10. Зажимы Микулича (8–10).
11. Зажимы Бильрота (20).
12. Щипцы пулевые (2).
13. Двухзубые щипцы Мюзе (2).
14. Кюретки большие (1–2).
15. Окончатые зажимы (2).
16. Иглодержатели (4).
17. Иглы хирургические разных размеров (7–8).
18. Лопатка Ревердена (1).
19. Зажимы бельевые (6).
20. Катетер металлический (2).
21. Шприцы с иглами от 1 до 20 мл (5–6).
22. Стерильное белье, салфетки, шарики, тупсфера различных размеров.
23. Шовный материал (кетгут, шелк, лавсан).

Во время проведения операции операционная сестра ведет строгий контроль за количеством использованных инструментов, салфеток, шариков во избежание возможности их оставления в операционной ране.

Подготовка к влагалищной операции

Цель: научить студента подготовить женщину к проведению влагалищной операции.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло или кровать Рахманова;
- ▶ 5%-ная спиртовая настойка йода или 1%-ный раствор йодоната;
- ▶ пинцеты (2 шт.), корнцанг (1 шт.);
- ▶ перевязочный материал;
- ▶ зеркала Симпса;
- ▶ клеенка обеззараженная;
- ▶ пеленка стерильная;
- ▶ судно;
- ▶ теплая вода в кувшине;
- ▶ катетер резиновый;
- ▶ стол для наркоза;
- ▶ детский столик со всем необходимым для оживления новорожденного;
- ▶ щипцы акушерские или вакуум-экстрактор;
- ▶ емкость с дезраствором;
- ▶ одноразовая система;
- ▶ одноразовые шприцы;
- ▶ перчатки;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ стерильное белье;
- ▶ стерильные бахилы.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить женщину на кресло (стол) в положение «на спине» с разведенными ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах;
- ноги положить в ногодержатели;
- надеть перчатки;

- на женщину надеть стерильную рубашку, подстелив под нее клеенку и пеленку, и подставить судно;
- подмыть теплой водой из кувшина с помощью шарика и пинцета;
- просушить;
- смазать половые органы и внутреннюю поверхность бедер 5-ной спиртовой настойкой йода или 1%-ным раствором йодоната;
- надеть бахилы;
- отгородить живот, анальное отверстие и бедра стерильной простыней (сменив подкладную);
- сменить перчатки;
- ассистировать врачу во время оперативного вмешательства.

Промывание желудка

Цель: научить студента промывать желудок с целью подготовки к операции.

Оснащение:

- ▶ желудочный зонд (2 шт.);
- ▶ стеклянная воронка (0,5–1 л);
- ▶ стеклянная трубка;
- ▶ вода комнатной температуры;
- ▶ таз;
- ▶ лоток;
- ▶ фартук;
- ▶ перчатки;
- ▶ емкость с дезраствором (3%-ный раствор хлорамина);
- ▶ салфетки стерильные;
- ▶ хлорная известь.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть фартук и перчатки;

- усадить женщину на стул с наклоненной вперед головой;
- надеть на нее фартук;
- поставить к ногам таз;
- соединить зонды стеклянной трубкой;
- смочить конец зонда водой;
- взять зонд в правую руку на расстоянии 8–10 см от закругленного конца, ввести до корня языка;
- женщина делает глотательные движения и проглатывает зонд, дыша через нос;
- бережно ввести зонд в желудок до необходимой метки;
- присоединить к зонду воронку и опустить ее ниже уровня желудка, слегка наклонив;
- налить воду в воронку (1 литр);
- медленно поднять воронку на 25–30 см выше уровня головы женщины;

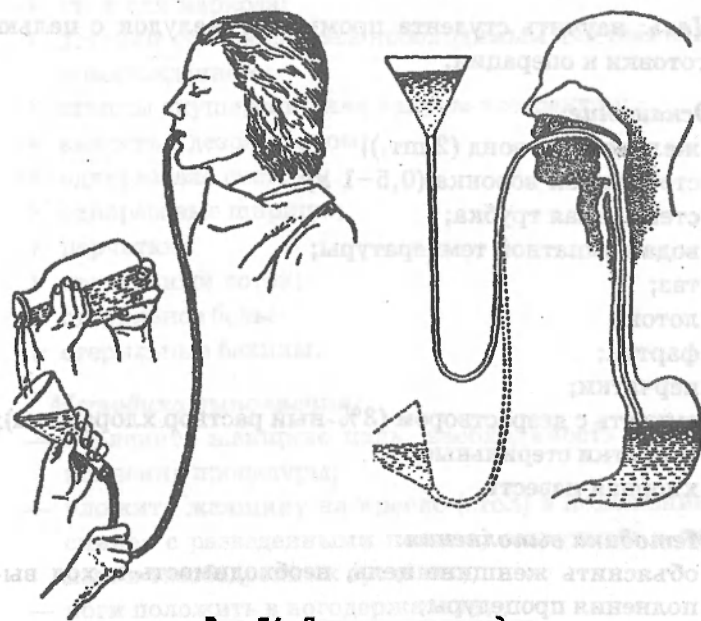


Рис. 74. Промывание желудка

- опустить воронку ниже уровня колен, чтобы вода вылилась в таз;
- повторять эти действия до тех пор, пока промывные воды не будут чистыми;
- извлечь осторожно зонд из желудка;
- замочить его в 3% -ном растворе хлорамина;
- снять перчатки и вымыть руки;
- дать женщине прополоскать рот водой и обтереть салфеткой;
- провести дезинфекцию промывных вод сухой хлорной известью.

Введение газоотводной трубки

Цель: научить студента вводить женщине газоотводную трубку и с ее помощью выводить газы из кишечника.

Оснащение:

- ▶ стерильная газоотводная трубка;
- ▶ стерильный лоток;
- ▶ стерильное вазелиновое масло;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ клеенка;
- ▶ пеленка;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить женщину в положение «на левом боку» с ногами, прижатыми к животу;
- надеть перчатки;
- подложить под ягодицы клеенку и пеленку;
- рядом с кроватью, на стул, поставить судно, налив в него немного воды;

- закругленный конец трубки смазать вазелиновым маслом на расстоянии 20–30 см;
- взять трубку в правую руку так, чтобы она перегнулась, прихватив свободный ее конец;
- левой рукой раздвинуть ягодицы;
- правой рукой ввести осторожно трубку в анальное отверстие на глубину 20–30 см;
- свободный конец трубки опустить в судно под воду (сроком на 1 час);
- если женщина не может повернуться на бок, можно ввести трубку в положении «на спине»; конец трубки тогда нужно завернуть в клеенку и пеленку и оставить между ногами женщины;

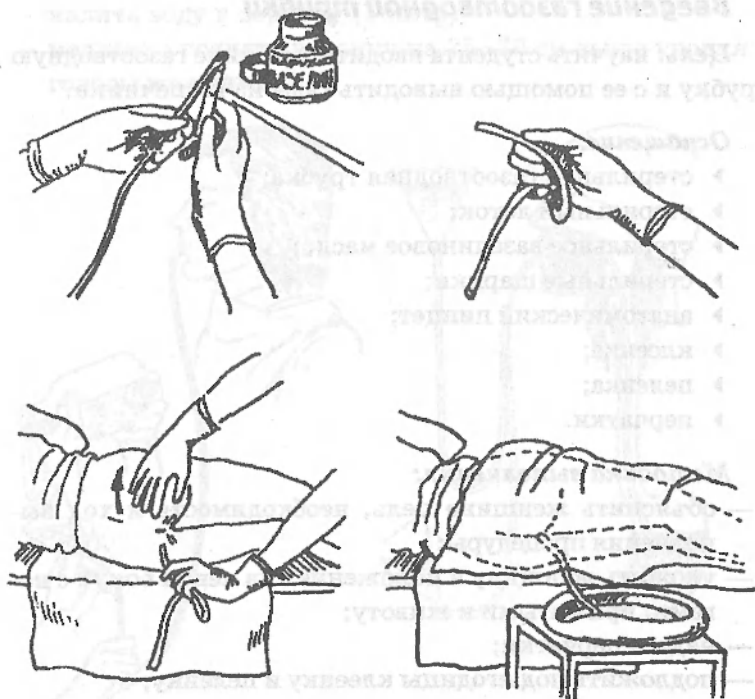


Рис. 75. Постановка газоотводной трубки

- после выполнения процедуры извлечь трубку из анального отверстия;
- поместить трубку в дезраствор;
- обработать анальное отверстие и оставить там салфетку, смоченную вазелиновым маслом;
- убрать клеенку, замочить ее, сменить подкладную;
- снять перчатки, вымыть руки.

Подгача грелки

Цель: научить студента подать грелку больной.

Оснащение:

- ▶ грелка;
- ▶ вода ($t = 60-70\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- ▶ дезраствор (1% -ный раствор хлорамина);
- ▶ ветошь;
- ▶ полотенце;
- ▶ термометр для измерения температуры воды;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить женщину в необходимое положение;
- надеть перчатки;
- налить горячую воду ($t = 60-70\text{ }^{\circ}\text{C}$) в грелку;
- выпустить воздух, перегнув осторожно верхнюю треть грелки;
- завинтить пробку;
- перевернуть грелку пробкой вниз и убедиться, что вода не проливается;
- вытереть насухо грелку;
- завернуть грелку в полотенце;
- приложить к телу (на 20–30 минут);

- после применения убрать грелку и осмотреть кожу (возможен ожог);
- обработать грелку ветошью с хлорамином;
- снять перчатки и вымыть руки.



Рис. 76. Применение грелки:

- а — наполнение грелки водой; б — выведение воздуха из грелки;
в — проверка на герметичность; г — подача грелки больному

Применение пузыря со льдом

Цель: научить студента применять при кровопотери пузыря со льдом.

Оснащение:

- ▶ пузырь для льда;
- ▶ лед или холодная вода;
- ▶ полотенце;
- ▶ дезраствор (1% -ный раствор хлорамина);
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить женщину в необходимое положение;
- надеть перчатки;
- заполнить пузырь кусочками льда или холодной водой;
- закрыть пробку пузыря;
- завернуть пузырь в полотенце;
- приложить на нужный участок тела (живот) сроком на 20 минут, после 30-минутного перерыва можно повторить процедуру, поменяв кусочки льда (всё время не должно превышать двух часов);
- убрать пузырь со льдом, укрыть женщину одеялом;
- обработать пузырь 1% -ным раствором хлорамина с помощью ветоши;
- снять перчатки и вымыть руки.

Согревающий компресс

Цель: научить студента применять согревающих компрессы с целью рассасывания постинъекционных инфильтратов.

Оснащение:

- ▶ марлевая салфетка, сложенная в 6–8 слоев;
- ▶ 40% -ный этиловый спирт;

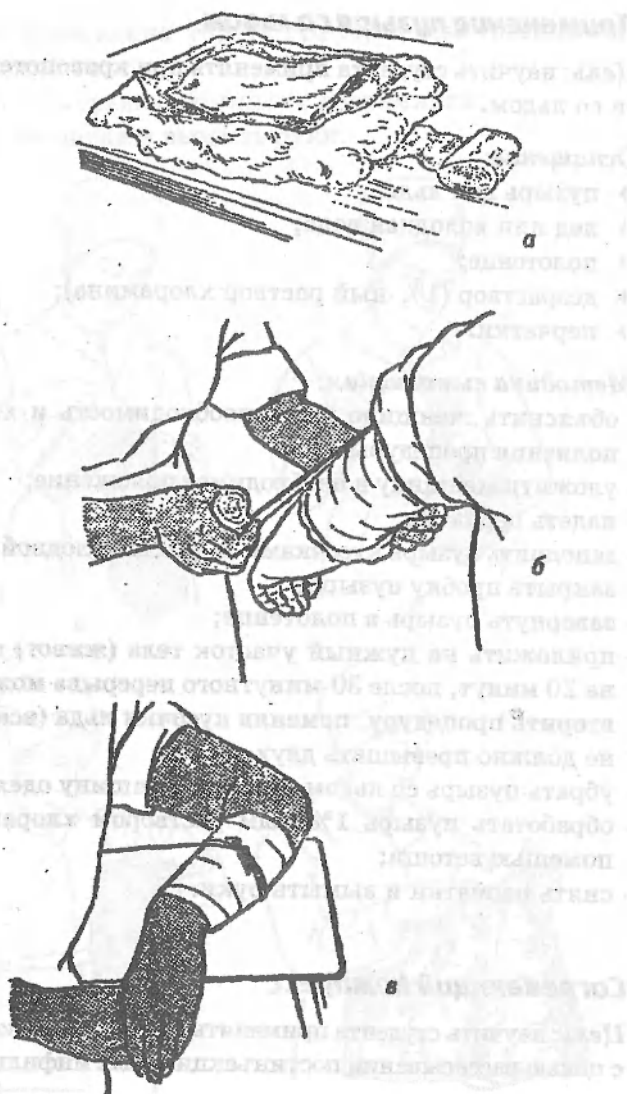


Рис. 77. Согревающий компресс руки:

а — необходимый материал; **б** — правильное положение бинта;
в — общий вид

- ▶ компрессная бумага (на 2 см больше салфетки по периметру);
- ▶ кусок ваты (на 2 см больше компрессной бумаги);
- ▶ бинт широкий;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- подготовить три слоя компресса: нижний слой — вата, затем компрессная бумага и салфетка, смоченная спиртом;
- надеть перчатки;
- приложить компресс смоченной салфеткой к телу;
- зафиксировать компресс бинтом;
- через 1,5–2 часа просунуть палец и попробовать влажность салфетки (при неправильной постановке компресса салфетка будет сухой и компресс нужно поменять);
- после снятия компресса (через 6–8 часов) вытереть кожу и наложить сухую повязку;
- снять перчатки, вымыть руки.

Применение пиявок

Цель: научить студента применять пиявки (при тромбозах).

Оснащение:

- ▶ пиявки;
- ▶ перчатки;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пинцет;
- ▶ теплая вода;
- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ лейкопластырь;

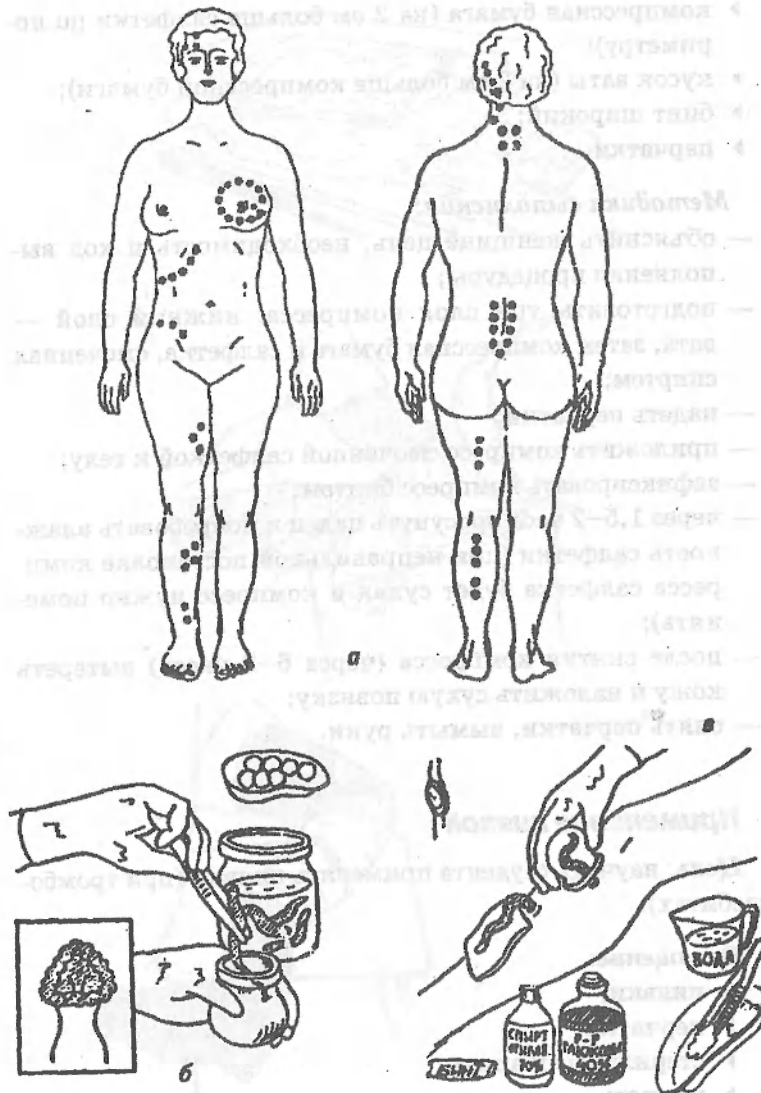


Рис. 78. Постановка пиявок:

а — места постановки пиявок; б — оснащение для постановки пиявок;
в — постановка пиявок

- ▶ часы;
- ▶ 40%-ный раствор глюкозы;
- ▶ лоток.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить женщину в постель;
- надеть перчатки;
- протереть кожу спиртом и горячей водой до покраснения, осушить кожу;
- протереть кожу 40%-ным раствором глюкозы;
- взять пиявку из банки пинцетом и приложить к телу (признаком того, что она прокусила кожу является ее волнообразное движение);
- поставить пиявки в нужном количестве;
- подставить в месте постановки пиявок лоток;
- после того как пиявки отпадут самостоятельно (20–30 минут), к телу следует приложить стерильную салфетку и давящую ватно-марлевую повязку сроком на одни сутки;
- снять перчатки и вымыть руки;
- использованные пиявки поместить в дезраствор.

Подача кислорода

Цель: научить студента давать женщине кислород при централизованной его подаче и с помощью кислородной подушки.

Оснащение:

- ▶ централизованная подача кислорода (или кислородная подушка);
- ▶ аппарат Боброва;
- ▶ дистиллированная вода;
- ▶ 96%-ный этиловый спирт;

- ▶ лоток;
- ▶ носовой катетер;
- ▶ вазелиновое масло;
- ▶ шпатель;
- ▶ бинт;
- ▶ лейкопластырь;
- ▶ марлевая салфетка;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- усадить или уложить женщину;
- надеть перчатки;
- в аппарат Боброва налить дистиллированную воду и при помощи винта на пробке создать герметичность;
- смазать вазелиновым маслом катетер;
- ввести катетер в нижний носовой ход до отметки, равной 15 см;

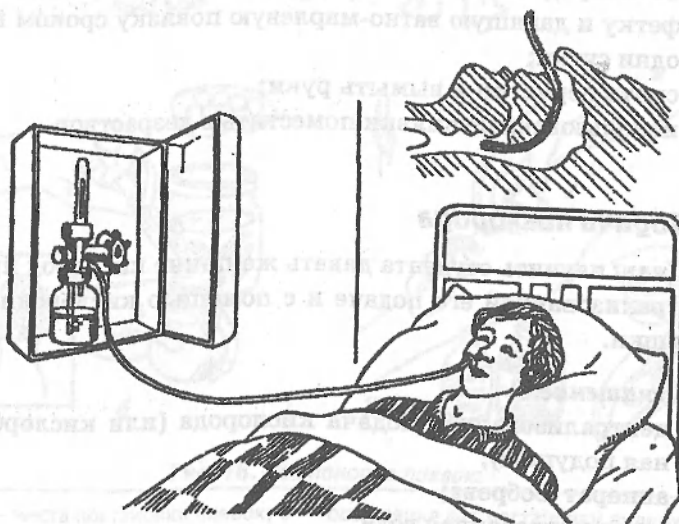


Рис. 79. Поддача кислорода через аппарат Боброва и носовой катетер

- убедиться, что катетер в носу (осмотрев с помощью шпателя зев);
- зафиксировать катетер;
- соединить с аппаратом Боброва;
- открыть вентиль источника кислорода и отрегулировать скорость его подачи;
- после окончания процедуры закрыть вентиль, вынуть катетер, продезинфицировать весь используемый материал;
- снять перчатки и вымыть руки.

При использовании кислородной подушки:

- заполнить подушку кислородом;
- соединить резиновую трубку подушки с мундштуком;
- обернуть мундштук влажной марлевой салфеткой;
- прижать воронку ко рту женщины и открыть вентиль на подушке;

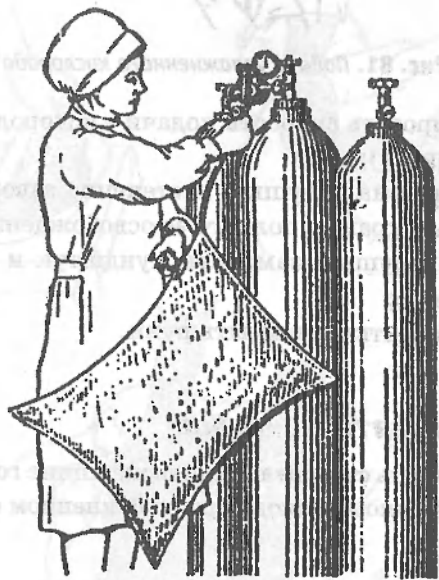


Рис. 80. Заполнение кислородной подушки



Рис. 81. Подача увлажненного кислорода

- отрегулировать скорость подачи кислорода (4–5 литров в минуту);
- надавливая на подушку, постепенно заворачивать ее свободный край до полного ее освобождения;
- убрать подушку, замочить мундштук и салфетки в дезрастворе;
- снять перчатки и вымыть руки.

Постановка горчичников

Цель: научить студента ставить женщине горчичники в послеоперационном периоде при осложненном его течении.

Оснащение:

- ▶ горчичники;
- ▶ лоток;

- ▶ горячая вода ($t = 40-45\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- ▶ полотенце;
- ▶ салфетки;
- ▶ лоток для отработанного материала;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- при постановке горчичников на спину — положение «на животе»;
- надеть перчатки;
- налить горячую воду в лоток;
- смочить горчичники в воде;
- приложить к коже больной;
- сверху положить полотенце;
- укрыть одеялом;

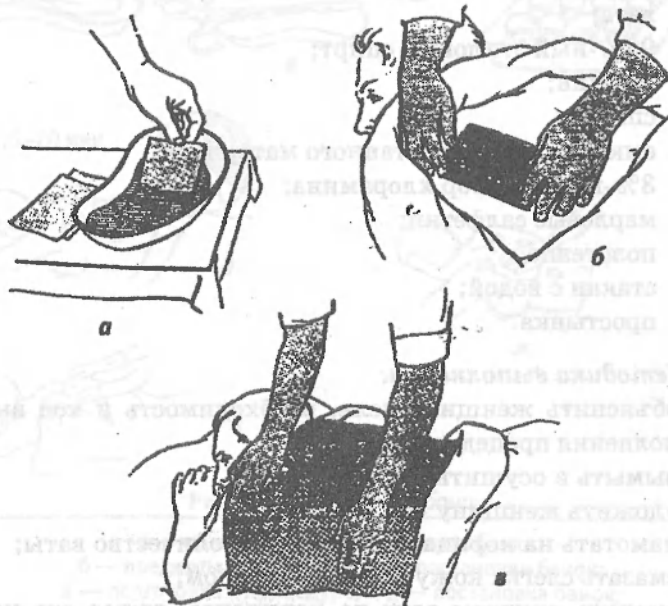


Рис. 82. Постановка горчичников

- через 10–15 минут снять горчичники, сбросив их в лоток;
- протереть кожу влажной марлевой салфеткой;
- вытереть насухо;
- надеть рубашку;
- укрыть одеялом, посоветовав находиться в постели один час;
- снять перчатки и вымыть руки.

Постановка банок

Цель: научить студента поставить банки женщине с осложненным послеоперационным периодом.

Оснащение:

- ▶ банки (15–20 шт.);
- ▶ корнцанг;
- ▶ вата;
- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ вазелин;
- ▶ спички;
- ▶ емкость для отработанного материала;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ марлевые салфетки;
- ▶ полотенце;
- ▶ стакан с водой;
- ▶ простынка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- вымыть и осушить руки;
- уложить женщину «на живот»;
- намотать на корнцанг небольшое количество ваты;
- смазать слегка кожу спины вазелином;
- смочить спиртом вату на корнцанге, отжав его излишки;

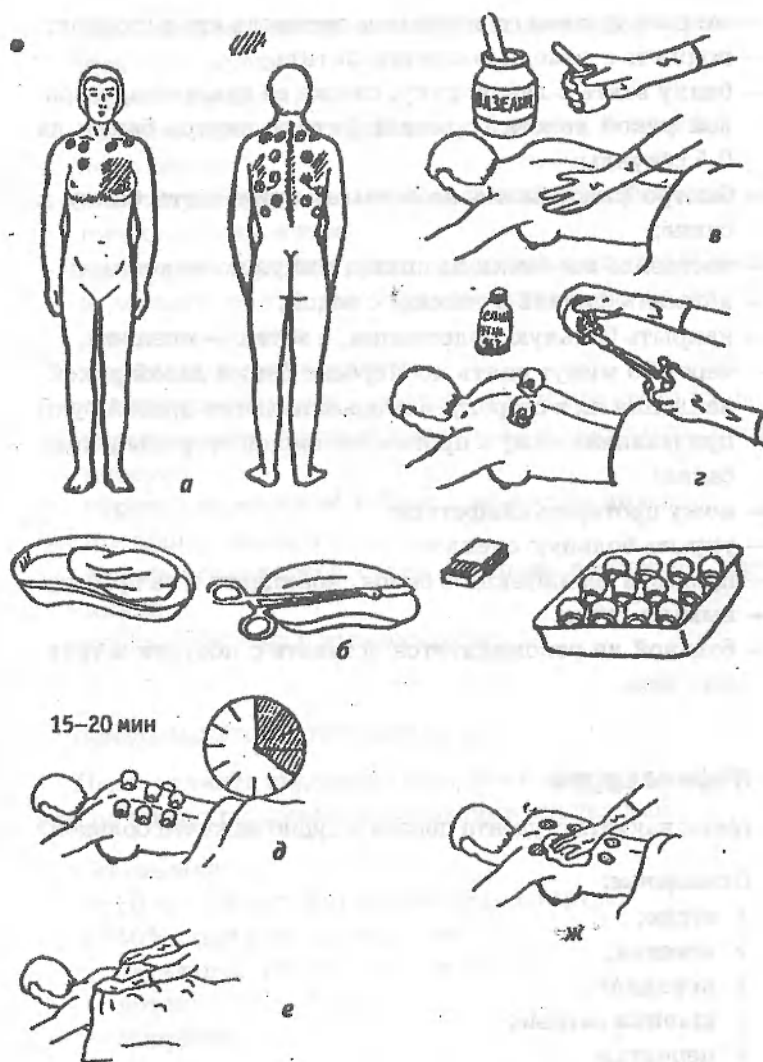


Рис. 83. Постановка банок:

- а — области, куда нужно ставить банки;
- б — предметы, необходимые для постановки банок;
- в — подготовка к процедуре; г, д — постановка банок;
- е, ж — снятие банок

- закрыть флакон со спиртом и отставить его в сторону;
- поджечь с помощью спички фитиль;
- банку взять в левую руку, слегка ее наклонив, а правой рукой внести горящий фитиль внутрь банки на 0,5 секунды;
- быстро (пока банка не остыла) приложить банку к спине;
- поставить все банки на спину, минуя позвоночник;
- погасить фитиль в стакане с водой;
- накрыть больную полотенцем, а затем — одеялом;
- через 20 минут снять поочередно банки левой рукой, наклоняя их в сторону, а вторым пальцем правой руки придавливая кожу с противоположной стороны у края банки;
- кожу протереть салфеткой;
- укрыть больную одеялом;
- провести дезинфекцию банок, корнцанга и салфеток;
- вымыть руки;
- больной не рекомендуется вставать с постели в течение часа.

Подгача судна

Цель: научить студента подавать судно лежащей больной.

Оснащение:

- ▶ судно;
- ▶ клеенка;
- ▶ корнцанг;
- ▶ шарики ватные;
- ▶ перчатки;
- ▶ туалетная бумага;
- ▶ салфетки;
- ▶ дезраствор.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель и ход выполнения предстоящей процедуры;
- надеть перчатки;
- уложить женщину в удобное положение, подстелив под нее клеенку;
- ополоснуть судно теплой водой, оставив небольшое количество воды в нем;
- подвести осторожно сбоку судно под ягодицы больной и уложить ее так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна;
- укрыть больную одеялом;
- после опорожнения кишечника или мочевого пузыря убрать судно, накрыв клеенкой, и поставить около кровати;
- убрать клеенку и обработать отверстие ануса;
- постелить пеленку;
- залить содержимое судна 3%-ным раствором хлорамина;
- снять перчатки и вымыть руки.

Профилактика пролежней

Цель: научить студента проведению профилактических мер по предупреждению образования пролежней.

Оснащение:

- ▶ 10%-ный раствор камфарного спирта;
- ▶ 40%-ный этиловый спирт;
- ▶ нательное и постельное белье;
- ▶ лоток;
- ▶ салфетки;
- ▶ пинцеты;
- ▶ перчатки;
- ▶ крем;
- ▶ поролоновый круг.

С целью профилактики образования пролежней необходимо:

- ежедневно осматривать кожу в местах возможного образования пролежней (при длительном вынужденном положении тела);
- устранять неровности на нательном белье;
- встряхивать крошки после кормления;
- при обнаружении побледневших или покрасневших участков кожи немедленно сообщить об этом врачу.

После осмотра врача методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть перчатки;
- изменять положение тела каждые два часа;

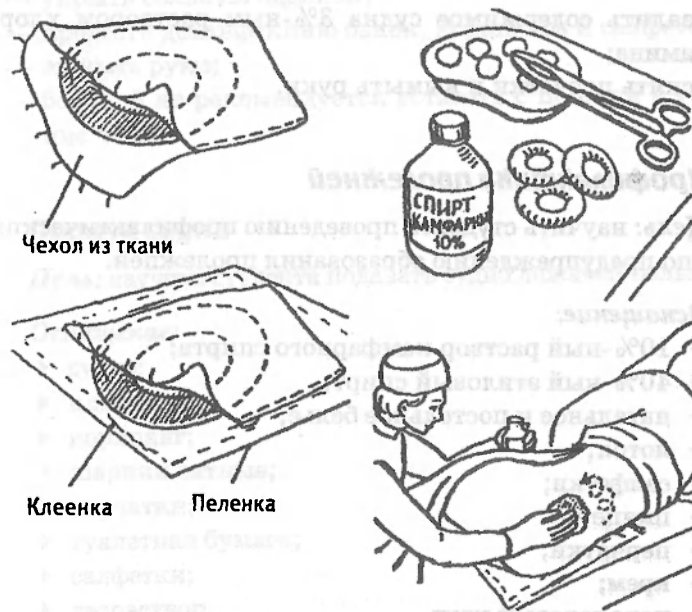


Рис. 84. Профилактика пролежней

- обмывать 2 раза в сутки места возможного образования пролежней теплой водой с мылом;
- вытереть насухо промокательными движениями;
- обработать салфеткой, смоченной в теплом камфарном спирте или этиловом спирте;
- нанести защитный крем на кожу;
- слегка растереть мягкие ткани массажными движениями (обходя костные выступы);
- можно подложить под лопатки и крестец поролоновый круг;
- снять перчатки, вымыть руки.

Смена постельного белья

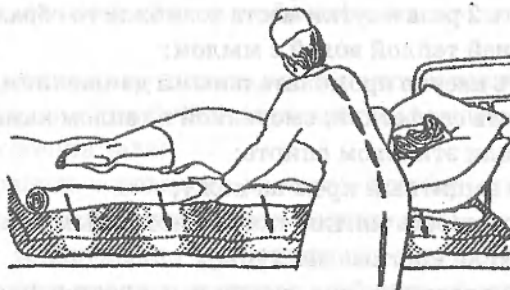
Цель: научить студента сменить лежащей больной постельное белье.

Оснащение:

- ▶ комплект чистого постельного белья;
- ▶ емкость для сбора грязного белья;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить больной цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть перчатки;
- чистую простыню скатать, как бинт, в поперечном направлении;
- осторожно приподнять верхнюю часть туловища больной и убрать подушку;
- сменить наволочку;
- скатать грязную простыню со стороны изголовья до половины;
- положить на освободившуюся часть постели чистую простыню;
- на чистую простыню положить подушку;



а



б



Рис. 85. Смена постельного белья:

а — продольный способ; б — поперечный способ

Глава 9. Подготовка операции и уход за послеоперационными больными

- опустить на подушку голову больной;
- приподнять таз и ноги больной;
- сдвинуть грязную простыню вниз;
- расправить чистую простыню на ее место;
- положить ноги и таз больной на чистую простыню;
- поменять пододеяльник;
- заправить свободные края простыни под матрац;
- грязную простыню, пододеяльник и наволочку поместить в мешок для грязного белья;
- снять перчатки и вымыть руки.

Смена повязки на послеоперационной ране

Цель: научить студента сменить послеоперационную повязку.

Оснащение:

- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ корнцанг;
- ▶ ножницы;
- ▶ лоток стерильный;
- ▶ лоток для использованного материала;
- ▶ перевязочный материал;
- ▶ 1% -ный раствор йодоната или 5% -ная спиртовая йодная настойка;
- ▶ лейкопластырь;
- ▶ раствор хлорида натрия;
- ▶ изотонический раствор клеенка;
- ▶ перчатки (2 пары).

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- надеть перчатки;

- снять старую повязку, отклеивая ее по краям (при необходимости отмочить слабым раствором марганцовокислого калия);
- сбросить материал в лоток;
- поменять перчатки;
- с помощью корнцанга со стерильным шариком, смоченным в изотоническом растворе, вымыть послеоперационную рану;
- осушить рану сухими шариками или салфеткой;
- смазать вокруг раны 1% -ным раствором йодоната;
- закрыть рану сухой, стерильной салфеткой;
- наклеить сверху лейкопластырем;
- снять перчатки и вымыть руки.

Уход за нагноившимися швами на промежности

Цель: научить студента выполнять обработку нагноившихся швов на промежности.

Оснащение:

- ▶ судно;
- ▶ кувшин с теплым раствором фурацилина (1:5000);
- ▶ корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ 3% -ный раствор перекиси водорода;
- ▶ лоток стерильный;
- ▶ лоток для использованного материала;
- ▶ 1% -ный раствор йодоната;
- ▶ клеенка;
- ▶ пеленка;
- ▶ перчатки (2 пары).

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход процедуры;

- надеть перчатки;
- постелить клеенку;
- уложить на нее женщину в положение «на спине» с разведенными и согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами;
- поставить судно;
- подмыть женщину;
- просушить промежность с помощью сухих шариков;
- убрать судно;
- сменить перчатки;
- подстелить под женщину подкладную;
- обработать линию швов перекисью водорода;
- высушить;
- обработать раствором йодоната или йодной настойкой;
- сменить подкладную;
- снять перчатки, вымыть руки.

Помощь при мастите в послеродовом периоде

Цель: научить студента оказывать помощь при мастите и ухаживать за родильницей с этой патологией.

Оснащение:

- ▶ емкость для сцеживания молока;
- ▶ молокоотсос (ручной или электрический);
- ▶ корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пузырь со льдом;
- ▶ бинт широкий;
- ▶ антисептики;
- ▶ стерильная салфетка;
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;

- ▶ надеть перчатки;
- ▶ вымыть грудь и обработать ее антисептиком;
- ▶ сцеживать молоко в емкость с помощью молокоотсоса (не использовать молоко!);
- ▶ наложить на грудь типовую повязку, приподняв ее и выключив из кормления;

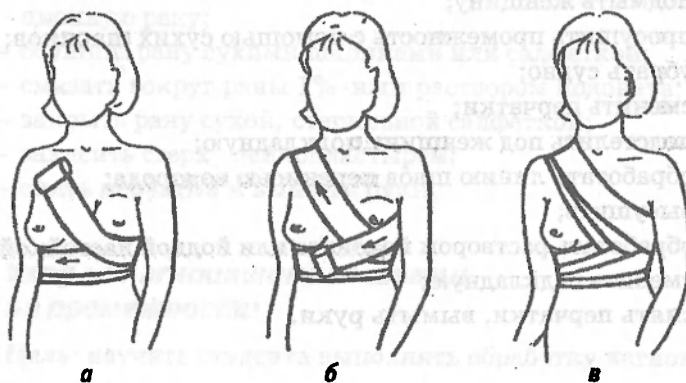


Рис. 86. Наложение повязки на молочную железу при мастите

- ▶ приложить к груди пузырь со льдом;
- ▶ сообщить врачу;
- ▶ снять перчатки и вымыть руки;
- ▶ предупредить женщину, что кормить этой грудью противопоказано.

При необходимости сцеживание молока можно повторять.



ОБСЛЕДОВАНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. УХОД ЗА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

К учреждениям, оказывающим гинекологическую помощь, относятся:

- ▶ женские консультации;
- ▶ МСЧ;
- ▶ гинекологические отделения;
- ▶ гинекологические кабинеты на промышленных предприятиях.

Гинекологическое отделение

Гинекологическое отделение может существовать в составе родовспомогательного отделения или городской (сельской) больницы. Оно предназначено для лечения гинекологических больных.

В состав гинекологического отделения входят консервативное и оперативное отделение.

Отделение консервативных методов лечения предназначено для лечения больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов, бесплодием, нарушениями менструальной функции и прочими заболеваниями.

Это отделение должно быть оборудовано малой операционной для производства гидротубаций, диагностических выскабливаний полости матки, взятия биопсии, диатермокоагуляций и т.д.

В *отделении оперативной гинекологии* находятся гинекологические больные для плановых оперативных вмешательств (опухоли, кисты, пластика маточных труб, выпадение половых органов и т.д.), а также сюда поступают больные для экстренного оперативного вмешательства

(внематочная беременность, разрыв кисты яичника, пельвиоперитонит и др.).

Гинекологическое отделение имеет операционный блок: предоперационная, операционная, стерилизационная, материальная, палата интенсивной терапии. Здесь есть и малая операционная, предназначенная для диагностических выскабливаний, пункций заднего свода влагалища, зондирования матки и т.д.

В материальной комнате хранятся инструменты, мягкий инвентарь (белье, марля, вата, бинты и пр.). В стерилизационном помещении производится стерилизация инструментов, перчаток, операционного белья, мягкого инвентаря.

В предоперационной медицинский персонал готовится к операции (моет и обрабатывает руки, надевает халат, маску и т.д.).

Операционных в гинекологическом отделении должно быть две: гнойная и чистая.

В операционной должны быть соблюдены все требования, обозначенные в соответствующих приказах. Полы, стены и потолок должны быть обложены кафелем или покрашены масляной краской. Помещение обрабатывается путем протирания с помощью ветоши 0,25–0,50% -ными растворами растворами гипохлорита натрия (ГПХН), получаемого на установке ЭЛМА-1М, для дезинфекции в лечебно-профилактических учреждениях. Затем помещение проветривают.

Уборочный инвентарь замачивают в дезинфицирующем растворе, затем прополаскивают и высушивают.

С целью обеззараживания помещения можно применять пероксид, каталин АВ, аламинол и другие средства, обозначенные в приказе № 345.

В предоперационной должно быть всё необходимое для мытья и обработки рук с соответствующими правилами хранения (см. «Акушерство»).

Операционный стол освещается безтеневого лампой и передвижным рефлектором, являющимся дополнительным источником света, особенно необходимым при влагалищных операциях.

Операционная оснащается центральной подачей кислорода.

Температура воздуха должна поддерживаться в пределах $+23...+25$ °С. При отсутствии кондиционера необходима установка для вентиляции воздуха.

Столы операционной накрываются общепринятым способом (см. выше).

Медицинский персонал перед операцией надевает сменную обувь, бахилы, моет и обрабатывает руки, надевает халат или костюм, шапочку или косынку, маску.

Входить в операционную в шерстяной, нейлоновой одежде без бахил, маски нельзя.

Вносить в операционный блок посторонние предметы воспрещается.

Средний медицинский персонал всего гинекологического отделения оказывает большую помощь врачу при выполнении операций и других манипуляций, а некоторые лечебные мероприятия проводит самостоятельно (взятие мазков, спринцевания, влагалищные ванночки, введение тампонов и т.д.).

Средний медицинский персонал гинекологического отделения должен уметь распознать любое осложнение в течение того или иного заболевания, послеоперационное осложнение и уметь оказать неотложную помощь больной в таких экстремальных ситуациях, как кровотечение, остановка дыхания, прорыв гнойника, внематочная беременность и прочие скоропомощные случаи.

В связи с тем, что для оказания скорой помощи гинекологической больной нередко требуется консультация смежных специалистов (хирурга, терапевта, кардиолога), предпочтительно иметь гинекологическое отделение на базе многофункциональной больницы.

В гинекологическом отделении желательно иметь отделение детской гинекологии, где оказывается специализированная помощь девочкам.

Студент должен знать:

- ▶ организацию гинекологической помощи;
- ▶ методы обследования гинекологических больных;
- ▶ структуру и классификацию гинекологической заболеваемости;
- ▶ нарушения менструальной функции;
- ▶ воспалительные заболевания женских половых органов;
- ▶ проблемы бесплодного брака;
- ▶ доброкачественные и злокачественные опухоли женской половой сферы;
- ▶ травмы женских половых органов;
- ▶ аномалии развития женских половых органов;
- ▶ неправильные положения матки и влагалища;
- ▶ неотложную помощь в гинекологии;
- ▶ гигиену женщины;
- ▶ гинекологию детского возраста;
- ▶ современные методы контрацепции;
- ▶ работу операционного блока в гинекологическом отделении.

Студент должен уметь:

- ▶ подготовить и накрыть столик для осмотра гинекологической больной;
- ▶ подготовить женщину к осмотру на гинекологическом кресле;
- ▶ взять мазки на степень чистоты, гонорею и цитологию из влагалища;
- ▶ подготовить женщину к дополнительным методам обследования (рентген, УЗИ и пр.);
- ▶ поставить влагалищную ванночку;
- ▶ ввести во влагалище тампон;
- ▶ ввести во влагалище присыпку;

- ▶ провести спринцевание влагалища;
- ▶ поставить микроклизму;
- ▶ оказать неотложную помощь при маточном кровотечении;
- ▶ объяснить мужчине, как нужно собрать сперму для исследования при бесплодном браке;
- ▶ ввести пессарий во влагалище при выпадении половых органов;
- ▶ оказать неотложную помощь при травме наружных и внутренних половых органов;
- ▶ помочь женщине подобрать контрацептив;
- ▶ подготовить больную к операции (в зависимости от ее объема);
- ▶ подготовить инструменты для стерилизации для гинекологических операций;
- ▶ одеться и обработать руки перед операцией;
- ▶ подготовить к операции врача;
- ▶ накрыть операционный стол;
- ▶ ассистировать врачу во время малых операций и подавать инструменты при больших операциях;
- ▶ осуществлять уход за послеоперационными больными;
- ▶ участвовать в обезболивании;
- ▶ осуществлять реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, наружный массаж сердца).

Методика внутреннего исследования

Цель: научить студента подготовить всё необходимое для осмотра женщины на гинекологическом кресле и, при необходимости, его провести, а также взять мазки на степень чистоты.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ столик, на котором лежат стерильные инструменты;

- ▶ зеркало Куско (необходимого размера);
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ предметное стекло;
- ▶ ложечка Фолькмана;
- ▶ перчатки;
- ▶ направление в лабораторию;
- ▶ клеенка обеззараженная;
- ▶ дезраствор (3% -ный раствор хлорамина).

Методика выполнения. При осмотре нужно оценить:

- состояние влагалища: емкость, длину, растяжимость, характер слизистой оболочки и выделений;
- состояние влагалищной части шейки матки: длина, наличие повреждений на ней, состояние наружного зева;
- состояние тела матки, форма, положение по отношению к тазу, величина, консистенция, подвижность, болезненность;
- состояние придатков матки: величина, форма, консистенция, подвижность;
- состояние таза: наличие экзостозов, мыс, седалищные ости, крестцовая впадина;
- взять мазки на степень чистоты влагалища и оформить направление в лабораторию;
- перед процедурой объяснить женщине цель исследования, его необходимость и ход выполнения процедуры;
- сообщить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- постелить на кресло клеенку;
- уложить женщину на гинекологическое кресло с ногами, разведенными и согнутыми в коленных и тазобедренных суставах;
- ноги уложить на ногодержатели кресла;



Рис. 87. Влагалищные зеркала:

а — створчатое зеркало; б — ложкообразное зеркало

- объяснить, что во время осмотра дыхание должно быть свободным;
- с помощью шарика на корнцанге, смоченного в дезрастворе, обработать наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер;
- надеть перчатки;
- левой рукой (I и II пальцами) развести большие половые губы, а правой — взять зеркало Куско или ложкообразное зеркало и в закрытом виде ввести его во влагалище сначала в продольном положении, а затем перевести в поперечное и раскрыть, не дойдя до шейки матки;
- продвинуть в раскрытом виде зеркало к сводам так, чтобы была видна шейка матки;
- с помощью вентиля закрепить зеркало в раскрытом виде;
- осмотреть шейку матки;
- при наличии большого количества выделений на шейке с помощью пинцета и шарика удалить их промокательными движениями;
- ложечкой Фолькмана, слегка прикасаясь к верхнебоковой стенке влагалища, взять с нее мазок;
- нанести мазок на предметное стекло тонким слоем, не раздавливая клеток;

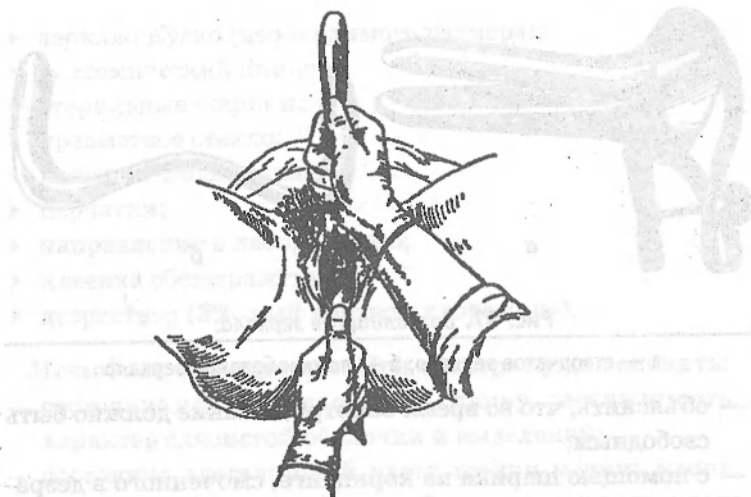


Рис. 88. Исследование при помощи ложкообразных зеркал

- раскрыть ventиль и, сдвинув створки зеркала, осторожно вынуть его из влагалища;
- поместить зеркало, пинцет, корнцанг и шарики в дезраствор (3%-ный раствор хлорамина) на 1 час;
- снова с помощью левой руки развести большие половые губы, а II и III пальцами правой руки войти во влагалище (I палец при этом обращен к лонному сочленению, а IV и V — прижаты к ладони, тыльная сторона руки упирается в промежность);
- введенными во влагалище пальцами правой руки исследовать состояние влагалища, сводов;
- подвести пальцы под матку, исследовать с помощью надавливания левой руки над лоном (при этом пальцы левой и правой рук должны быть обращены навстречу друг другу);
- обследовать матку (положение, величину, подвижность, консистенцию и болезненность), пальцы обеих рук (внутри и снаружи) перевести от углов матки к боко-

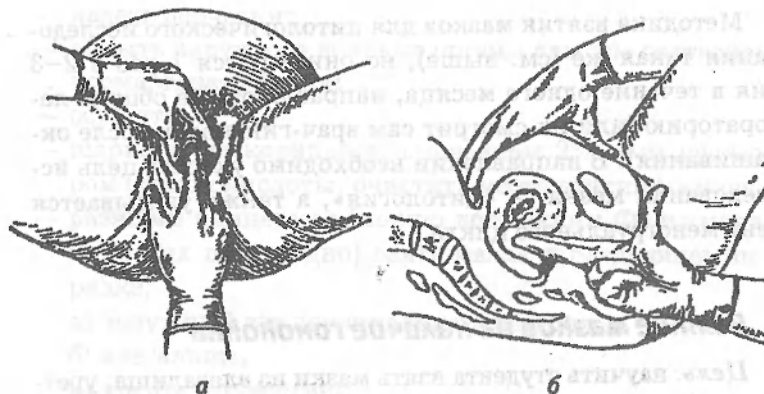


Рис. 89. Влагалищное исследование:

а — введение пальцев; б — двуручное исследование

вым поверхностям таза, исследовав при этом яичники и маточные трубы (величина, подвижность, консистенция, форма, болезненность);

- с помощью правой (внутренней) руки пропальпировать внутреннюю поверхность таза (седалищные ости, крестцовую впадину, наличие экзостозов);
- извлечь правую руку, обращая внимание на наличие на ней выделений и их характер (количество, цвет, запах, наличие кровянистых выделений);
- снять перчатки, вымыть руки;
- оформить направление в лабораторию на мазок по форме:

Направление в бактериологическую лабораторию

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____
3. Диагноз _____
4. Дата взятия мазка _____

Цель: мазок из влагалища на степень чистоты.

Методика взятия мазков для цитологического исследования такая же (см. выше), но они берутся 1 раз в 2–3 дня в течение одного месяца, направляются в общую лабораторию (или их смотрит сам врач-гинеколог после окрасивания). В направлении необходимо указать цель исследования мазка — «цитология», а также указывается день менструального цикла.

Взятие мазков на наличие гонококка

Цель: научить студента взять мазки из влагалища, уретры, шейки матки, парауретральных ходов и анального отверстия для определения наличия в мазке гонококка. Научить студента методам провокации перед взятием мазков.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ зеркало Куско (необходимого размера);
- ▶ пинцеты анатомические;
- ▶ корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ предметные стекла;
- ▶ дезраствор (3% -ный раствор хлорамина);
- ▶ 2% -ный раствор борной кислоты;
- ▶ изотонический раствор хлорида натрия;
- ▶ спринцовка;
- ▶ перчатки;
- ▶ направление;
- ▶ клеенка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- уложить женщину на гинекологическое кресло (см. выше), предупредив о необходимости опорожнения мочевого пузыря;

- надеть перчатки;
- обмыть наружные половые органы слабым раствором перманганата калия;
- осушить;
- шариком на корнцанге, смоченном 2%-ным раствором борной кислоты, очистить места взятия мазков;
- разными пинцетами (можно ложечками Фолькмана, меняя их поочередно) взять мазки в следующем порядке:
 - а) наружный зев цервикального канала;
 - б) влагалище;
 - в) урерта (отверстие);
 - г) парауретральные ходы (с обеих сторон), анальное отверстие;
- нанести все мазки тонким слоем на предметные стекла;
- перед взятием мазков из железы преддверия влагалища необходимо двумя пальцами левой руки (I и II) слегка помассировать железу с двух сторон (снаружи и со стороны влагалища) и только после этого брать мазки;
- для получения отделяемого из прямой кишки в нее вводят 50–80 мл теплого изотонического раствора натрия хлорида с помощью спринцовки; промывной раствор собирают в стерильную посуду. Затем вылавливают пинцетом из раствора комочки слизи и наносят их тонким слоем на предметные стекла;
- при взятии мазка из урерты и цервикального канала бранши анатомического пинцета вводят в сложенном виде, а введя пинцет, их нужно слегка развести, затем вновь сложить вместе и вынуть из отверстия;
- вынуть зеркало из влагалища;
- высушить стекла с мазками на спиртовой горелке;
- замочить использованный материал (зеркала, пинцеты, корнцанг, ложечки Фолькмана, шарики, спринцовку) в 3%-ном растворе хлорамина на 1 час для дезинфекции;
- снять перчатки, вымыть руки;

- написать для каждого предметного стекла отдельное направление в лабораторию, указав фамилию, имя, отчество, возраст и диагноз больной и место, откуда взят мазок (шейка матки, влагалище, уретра, парауретральные ходы, анус). Поставить на направлении дату и расписаться;
- завернуть каждое предметное стекло в принадлежащее ему направление;
- отослать в лабораторию.

При хронической гонорее для выявления возбудителя используются различные методы провокации.

1. *Химический метод*: отверстие мочеиспускательного канала смазывают 1–2% -ным раствором нитрата серебра, а канал шейки матки — 2–5% -ным раствором нитрата серебра или раствором Люголя на глицерине.

2. *Биологический метод*: внутримышечно вводят 0,5 мл гоновакцины или пирогенал. С этой же целью можно применять 2% -ный раствор синестрола 1,5 мл.

3. *Алиментарный метод*: перед взятием мазка рекомендуется съесть острую пищу и выпить пиво.

4. *Термический метод*: больной на область живота назначают от 3 до 5 сеансов индуктотермии или диатермию.

После провокации (одного из перечисленных методов) берут мазки по описанной методике. Лучше всего провокацию проводить сразу же после менструации.

Иногда методы провокации комбинируют между собой.

Постановка влагалищных ванночек

Цель: научить студента ставить влагалищные ванночки с лекарственным веществом по назначению врача, а также сделать орошение влагалища из спринцовки.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ зеркало Куско (необходимого размера);

- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ лекарственное вещество (по назначению);
- ▶ лоток;
- ▶ перчатки;
- ▶ часы;
- ▶ дезраствор (3% -ный раствор хлорамина);
- ▶ процедурная карточка;
- ▶ клеенка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- уложить женщину на гинекологическое кресло с разведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, подстелив под ягодицы клеенку;
- поставить между ногами лоток;
- обмыть наружные половые органы теплой водой и просушить;
- надеть перчатки;
- ввести во влагалище зеркало Куско необходимого размера вышеописанным способом, раскрыть его и закрепить вентилем;
- протереть влагалище сухим шариком на корнцанге;
- влить во влагалище 20–25 мл лекарственного раствора, подогретого до +37 °С;
- засесть время;
- через 15–20 минут слить раствор с помощью наклона зеркала;
- осушить влагалище сухим шариком на корнцанге;
- закрыть зеркало описанным способом;
- вложить между половыми губами сухую стерильную салфетку на 20 минут;

- замочить в дезрастворе (3% -ный раствор хлорамина) весь использованный инструментарий и шарики на 1 час;
- снять перчатки, вымыть руки;
- записать процедуру в процедурной карточке, пронумеровав ее очередность.

По такой же методике выполняется *орошение влагалища* назначенным лекарственным веществом, но вместо вливания лекарственного вещества во влагалище проводится орошение влагалища с помощью принцовки (одномоментно по всем стенкам: передняя, задняя и две боковые).

Введение во влагалище тампонов и присыпок

Цель: научить студента приготовить тампон и присыпку и ввести их во влагалище по назначению врача.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ зеркало Симпсона с подъемником;
- ▶ анатомические пинцеты (2 шт.);
- ▶ корцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ стерильные турунды марлевые;
- ▶ лекарственные вещества (по назначению);
- ▶ порошокдуватель;
- ▶ дезраствор (3% -ный раствор хлорамина);
- ▶ перчатки;
- ▶ клеенка;
- ▶ ножницы;
- ▶ процедурная карточка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;

- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- уложить в типичное положение (см. выше) на кресло, подстелив под ягодицы клеенку;
- обмыть половые органы и высушить;
- надеть перчатки;
- первым и вторым пальцами левой руки развести большие и малые половые губы;
- правой рукой ввести во влагалище зеркало Симпсона: сначала в продольном положении, а потом развернуть его в поперечное, оттянув промежность книзу;
- таким же способом ввести во влагалище подъемник, повернув его и оттянув к лону;
- обнажить шейку матки;
- протереть шейку матки, своды и влагалище с помощью сухого шарика на корнцанге;
- с помощью пинцета ввести во влагалище тампон, смоченный или смазанный назначенным врачом лекарственным веществом — так, чтобы он верхним краем находился в заднем своде влагалища;
- придерживая пинцетом тампон, извлечь из влагалища вначале подъемник, а затем зеркало Симпсона, переведя их сначала в продольное положение;
- удалить пинцет из влагалища;
- срезать тампон ножницами, оставив снаружи 2–3 см его конца;
- снять перчатки и вымыть руки.

При введении присыпки:

- с помощью специального порошокдувателя ввести во влагалище присыпку;
- припудрить этим же порошком наружные половые органы и анальное отверстие;
- извлечь зеркало с подъемником;
- прикрыть половые губы снаружи сухой салфеткой или шариком;

- замочить в дезрастворе использованный во время введения тампона или присыпки инструмент, шарики (сроком на 1 час);
- снять перчатки, вымыть руки;
- записать выполненную процедуру в процедурную карточку, пронумеровав ее;
- предупредить женщину, что через 8 часов она может самостоятельно удалить тампон, потянув его за свободный конец.

Проведение спринцевания влагалища

Цель: научить студента проведению спринцевания влагалища по назначению врача.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ кружка Эсмарха со стерильным наконечником (специальным для влагалища);
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ салфетка;
- ▶ лекарственные вещества (по назначению врача);
- ▶ вода для подмывания;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ перчатки;
- ▶ судно;
- ▶ клеенка;
- ▶ штатив;
- ▶ процедурная карточка.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;

- предупредить о необходимости опорожнить мочевой пузырь;
- уложить на гинекологическое кресло в типичное положение, подстелив под ягодицы клеенку;
- поставить между ногами судно;
- подмыть половые органы и просушить их;
- налить в кружку Эсмарха назначенное лекарственное вещество в подогретом виде ($+37^{\circ}\text{C}$), закрыть вентиль;
- надеть стерильный наконечник, открыть вентиль и, опустив шланг, заполнить его до тех пор, пока жидкость не покажется из наконечника;
- вновь закрыть вентиль;
- укрепить кружку Эсмарха на штативе на высоте 30–50 см выше уровня лежащей на кресле женщины;
- надеть перчатки;
- первым и вторым пальцами левой руки развести половые губы у больной; а правой — ввести во влагалище наконечник на глубину 5–6 см осторожно по задней стенке, продвигая его к своду;
- открыть вентиль и провести спринцевание влагалища, перемещая с осторожностью наконечник во влагалище так, чтобы жидкость попадала на все стенки влагалища;
- извлечь наконечник из влагалища;
- после того, как жидкость закончится, отсоединить его от кружки Эсмарха и поместить в 3%-ный раствор хлорамина на 1 час;

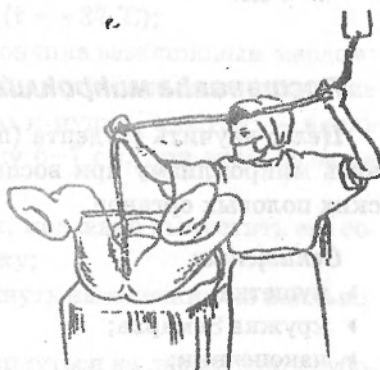


Рис. 90. Проведение спринцевания

- туда же сложить весь использованный инструментарий и шарики;
- с помощью сухого шарика и пинцета осушить преддверие влагалища;
- дать женщине сухую стерильную салфетку;
- снять перчатки и вымыть руки;
- записать процедуру в процедурный лист, пронумеровав ее.

Женщина может выполнять спринцевание в домашних условиях, но ее нужно обучить этому. Необходимо знать, что:

- ▶ роль гинекологического кресла может выполнять край кушетки (положение, как в гинекологическом кресле);
- ▶ на краю кушетки стелят клеенку и опускают ее в тазик, который стоит внизу;
- ▶ кружку Эсмарха вешают на гвоздь на стене на высоте 30–50 см;
- ▶ раствор должен быть назначен врачом, и он должен быть в подогретом виде;
- ▶ глубина введения наконечника не должна превышать 7–8 см.

Постановка микроклизмы

Цель: научить студента (по назначению врача) поставить микроклизму при воспалительных процессах женских половых органов.

Оснащение:

- ▶ кушетка;
- ▶ кружка Эсмарха;
- ▶ наконечник;
- ▶ резиновый баллончик емкостью 100 мл;
- ▶ лекарственный препарат (по назначению врача);
- ▶ корнцанг;

- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ стерильная салфетка;
- ▶ клеенка;
- ▶ судно;
- ▶ 3%-ный раствор хлорамина;
- ▶ вазелиновое масло;
- ▶ перчатки (2 пары).

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- постелить на кушетку клеенку;
- уложить женщину на левый бок, левая нога согнута в колене, правая — выпрямленная);
- надеть перчатки;
- поставить очистительную клизму (см. выше);
- после опорожнения кишечника вновь уложить женщину в положение «на спине»;
- сменить перчатки;
- подмыть теплой водой и высушить вокруг анального отверстия сухой салфеткой;
- набрать в резиновый баллончик лекарственное вещество в требуемом объеме ($t = +37^{\circ}\text{C}$);
- смазать наконечник баллончика вазелиновым маслом;
- ввести наконечник правой рукой в анальное отверстие (вначале по направлению к пупку, а затем — вдоль позвоночника) на глубину 6–7 см, при этом разводя левой рукой ягодицы;
- надавливая на баллончик, медленно выпустить его содержимое в прямую кишку;
- не разжимая пальцев, вынуть наконечник из анального отверстия;
- попросить женщину повернуться на левый бок, глубоко подышать и удержать лекарственное вещество в прямой кишке;

- поместить использованный инструментарий, салфетки и баллончик в дезраствор сроком на 1 час (3%-ный раствор хлорамина);
- снять перчатки и вымыть руки.

Измерение ректальной (базальной) температуры

Цель: объяснить женщине, как нужно правильно измерить ректальную (базальную) температуру, вычертить график и помочь женщине при выполнении этой процедуры.

Оснащение:

- ▶ температурный лист;
- ▶ карандаши разного цвета (черный и красный);
- ▶ линейка;
- ▶ термометр (2 шт.);
- ▶ дезраствор.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель измерения температуры;
- объяснить правила, условия и правильность выполнения процедуры;
- поставить на тумбочку 2 стакана с дезраствором (можно тройной раствор), положив в каждый по термометру и промаркировав стаканы: для «подмышечной температуры» и для «прямой кишки»;
- утром, не вставая с постели (2 часа перед этим нужно находиться в постели), поставить два термометра: один — в подмышечную область, другой — в прямую кишку;
- через 10 минут достать оба термометра (не перепутав их!);
- отметить на листочке их показания;

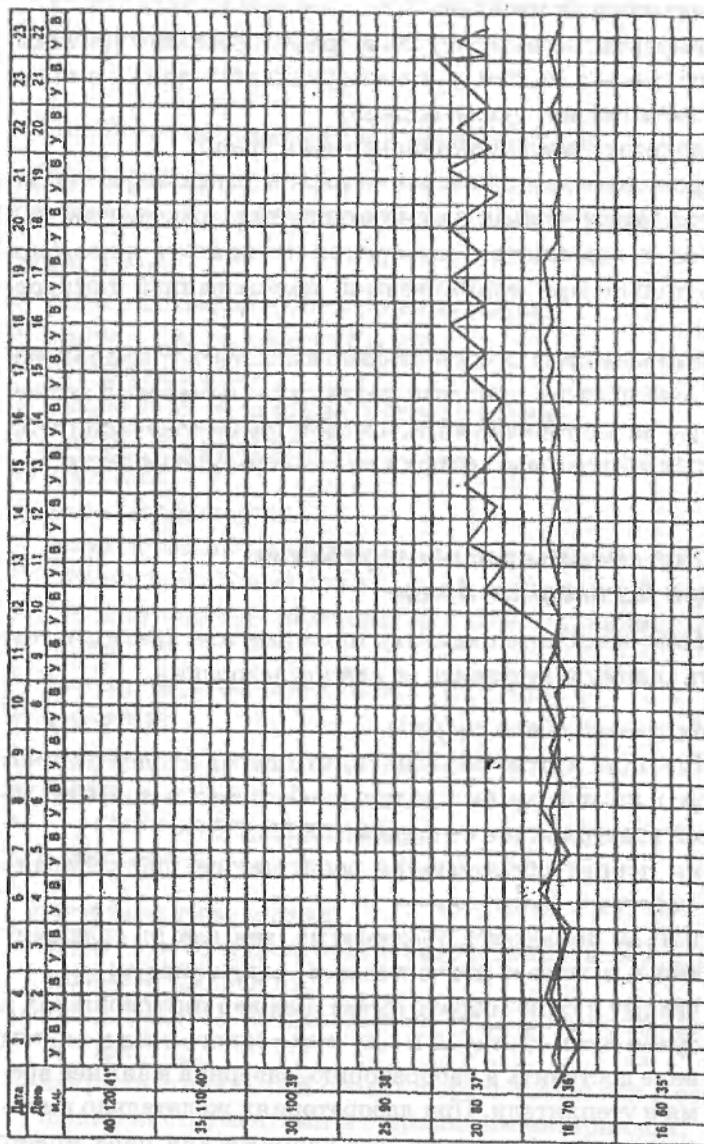


Рис. 91. График ректальной температуры

- процедуру повторять по утрам (ежедневно) в течение одного-двух месяцев;
- вычертить температурный график разными цветами, обозначив на нем дни менструального цикла и количество менструальных дней;
- показать температурный график врачу.

Объяснить женщине, что измерять ректальную температуру нужно только при нормальной подмышечной, а в случае ее повышения, измерения прекратить и возобновить только при нормализации подмышечной температуры.

Если женщина самостоятельно вычертить график не может, она должна принести результаты измерений температуры на листочке бумаги, а медсестра на основании этих данных вычерчивает график на температурном листе.

Сбор спермы для обследования при бесплодном браке

Цель: объяснить пациенту-мужчине, как правильно собрать сперму и доставить ее для исследования.

Методика сбора спермы

Мужчине нужно объяснить, что перед исследованием спермы по поводу бесплодия необходимо в течение 5–7 дней воздержаться от полового акта;

- ▶ на период обследования запрещается употребление спиртных напитков;
- ▶ нельзя применять презерватив, так как он содержит тальк и лишает сперматозоиды подвижности;
- ▶ сперму нужно собрать путем прерванного сношения в сухой чистый стакан и в течение одного часа в теплом виде доставить в лабораторию, завернув в зимнее время в утеплители. При лабораториях желательно иметь специальную комнату, где супружеская пара может

непосредственно получить сперму, не транспортируя ее по улице на большие расстояния, особенно в холодное время года.

Подготовка женщины к пертубации

Цель: научить студента подготовить женщину к пертубации и ассистировать врачу во время ее проведения.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло или кушетка;
- ▶ зеркала Симпсона или Куско;
- ▶ пулевые щипцы;
- ▶ наконечник от прибора Мандельштама;
- ▶ аппарат Мандельштама;
- ▶ корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ 1%-ный раствор йодоната или 5%-ная йодная настойка;
- ▶ раствор перманганата калия (1:6000);
- ▶ перчатки;
- ▶ клеенка;
- ▶ судно;
- ▶ 3%-ный раствор хлорамина;
- ▶ фонендоскоп.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- накрыть стерильный столик перечисленными в оснащении инструментами и стерильным материалом;

- уложить женщину на гинекологическое кресло в типичное положение, подстелив под ягодицы клеенку;
- подмыть женщину раствором перманганата калия и высушить половые органы;
- надеть перчатки;
- обработать наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер с помощью шарика на корнцанге 1%-ным раствором йодоната или 5%-ной настойкой йода;
- постелить под ягодицы пеленку;
- после введения врачом наконечника и присоединения его к аппарату Мандельштама следить за состоянием больной в момент нагнетания давления в системе;
- по заданию врача следить за кимографической кривой и сообщить врачу при ее снижении; после процедуры весь используемый инструментарий поместить на 1 час в раствор хлорамина; снять перчатки, вымыть руки.

Подготовка женщины к гистеросальпингографии

Цель: научить студента подготовить женщину к проведению гистеросальпингографии и ассистировать врачу во время проведения процедуры.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ клеенка;
- ▶ пеленка;
- ▶ влагалищные зеркала Симпсона с подъемником;
- ▶ корнцанг;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ шприц Брауна с маточным наконечником;
- ▶ маточный зонд;
- ▶ 5%-ная настойка йода или 1%-ный раствор йодоната;
- ▶ 3%-ный раствор хлорамина;

- ▶ раствор марганцовокислого калия (1:6000);
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пулевые щипцы;
- ▶ судно;
- ▶ перчатки;
- ▶ рентгеноконтрастное вещество.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- приготовить весь перечисленный в оснащении инструментарий и накрыть стерильный столик;
- уложить женщину на кресло;
- подмыть половые органы слабым раствором перманганата калия;
- просушить половые органы;
- смазать половые органы и внутреннюю поверхность бедер раствором йодоната или настойкой йода;
- подстелить под ягодицы пеленки;
- надеть перчатки;
- набрать в шприц Брауна 2–5 мл рентгено-контрастного вещества (по назначению врача);
- во время процедуры выполнять все назначения врача (держат зеркала, подать зонд, подать шприц и пр.);
- снять перчатки, вымыть руки;
- после введения контрастного вещества в полость матки отвести женщину на каталке в рентгеновский кабинет;
- использованный инструментарий и перевязочный материал поместить в раствор хлорамина на 1 час.

Рентгеновский снимок делается сразу же после введения контрастного вещества, через 5–8 минут, при необходимости его можно повторить через 15–20 минут (для исключения спазма маточных труб).

Подготовка женщины к проведению гидротубации

Цель: научить студента подготовить женщину к проведению гидротубации с целью восстановления проходимости маточных труб.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ зеркала Симпсона с подъемником;
- ▶ корнцанг;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ шприц с маточным наконечником;
- ▶ пулевые щипцы;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ 1%-ный раствор йодоната или 5%-ная настойка йода;
- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ раствор перманганата калия (1:6000);
- ▶ судно;
- ▶ клеенка;
- ▶ пеленка;
- ▶ перчатки;
- ▶ лидаза (1 флакон);
- ▶ гидрокортизон (1 флакон);
- ▶ антибиотик (с учетом чувствительности к нему);
- ▶ физиологический раствор стерильный или 5%-ный раствор глюкозы.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- уложить на гинекологическое кресло в типичном положении, подстелив клеенку под ягодицы;
- поставить судно между ногами;

- подмыть половые органы раствором перманганата калия, просушить;
- обработать половые органы и внутреннюю поверхность бедер раствором йодоната или настойкой йода;
- подстелить под ягодицы пеленку;
- надеть перчатки;
- приготовить весь инструментарий, перечисленный в оснащении, и накрыть стерильный столик;
- по назначению врача набрать в шприц необходимые лекарственные вещества в обозначенном количестве;
- положить шприц на стерильный стол;
- во время выполнения процедуры ассистировать врачу, подавая ему необходимые инструменты, перевязочный материал, шприц и пр.;
- после выполнения процедуры переложить женщину на каталку, подложив пеленку;
- отвезти в палату и переложить на кровать;
- весь использованный инструментарий и перевязочный материал поместить в раствор хлорамина на 1 час;
- снять перчатки и вымыть руки;
- объяснить женщине, что ей в течение двух часов не рекомендуется вставать с постели.

Подготовка ко взятию биопсии из эрозированной поверхности шейки матки

Цель: научить студента подготовить женщину ко взятию биопсии и ассистировать в проведении этой процедуры.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ зеркала Симпсона с подъемником;
- ▶ корнцанг;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ биотон;

- ▶ пулевые щипцы;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ пенициллиновый флакончик с 70% -ным этиловым спиртом или 40% -ным раствором формалина;
- ▶ направление в лабораторию;
- ▶ судно;
- ▶ клеенка;
- ▶ пленка;
- ▶ гемостатическая губка;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ раствор перманганата калия (1:6000);
- ▶ перчатки.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- уложить женщину на гинекологическое кресло в типичном положении, подстелив под ягодицы клеенку;
- подмыть половые органы и внутреннюю поверхность бедер раствором перманганата калия, высушить;

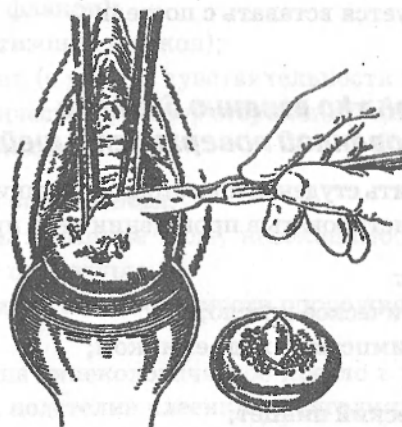


Рис. 92. Взятие биопсии шейки матки

- обработать половые органы и внутреннюю поверхность бедер раствором йодоната или настойкой йода;
- подстелить под ягодицы пеленку;
- надеть перчатки;
- приготовить всё перечисленное в оснащении;
- накрыть стерильный столик;
- ассистировать врачу во время проведения биопсии, подавая ему инструменты и стерильный материал по требованию;
- после процедуры стерильным пинцетом поместить кусочек ткани, взятой при биопсии, во флакончик со спиртом или формалином, закрыв пробкой;
- снять перчатки, вымыть руки;
- написать направление в лабораторию по форме:

Направление

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____
3. Диагноз _____
4. Цель: исследование полученного при биопсии кусочка ткани из шейки матки.
5. Дата _____
6. Подпись _____

- переложить женщину на каталку, постелив чистую подкладную, и перевезти ее в палату, переложив на кровать;
- объяснить больной, что в течение двух часов ей не рекомендуется вставать с постели;
- замочить весь использованный инструментарий и перевязочный материал в 3%-ном растворе хлорамина на 1 час.

**Подготовка женщины к выскабливанию
полости матки**

Цель: научить студента подготовить женщину к выскабливанию полости матки, ассистировать врачу во время операции, направить на исследование материал, полученный при диагностическом выскабливании полости матки.

Выскабливание полости матки проводится:

- с целью диагностики;
- при самопроизвольном аборте;
- при искусственном аборте;
- при задержании в полости матки частей плаценты или оболочек после родов.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло;
- ▶ зеркала Симпсона с подъемником;
- ▶ пулевые щипцы;
- ▶ маточный зонд;
- ▶ набор расширителей Гегара;

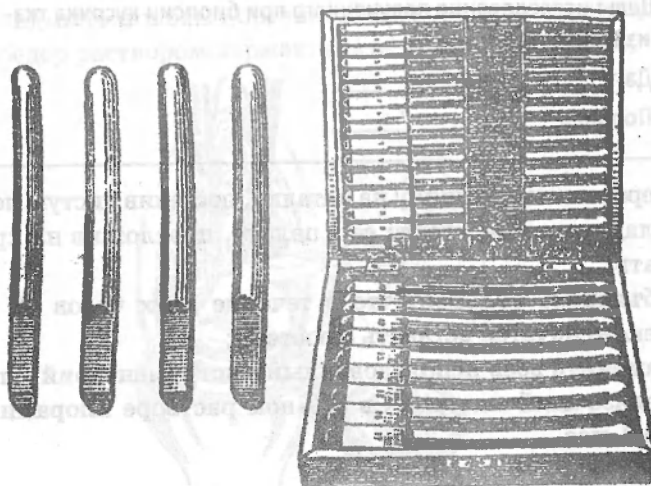


Рис. 93. Расширители Гегара

- ▶ набор кюреток;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ корнцанг;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ 3%-ный раствор хлорамина;
- ▶ раствор перманганата калия (1:6000);
- ▶ перчатки;
- ▶ флакончик с 70%-ным этиловым спиртом или 40%-ным раствором формалина;
- ▶ направление в лабораторию;
- ▶ пузырь со льдом.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и выполнение процедуры;
- предупредить о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- уложить женщину на гинекологическое кресло, подстелив под ягодицы клеенку;
- подмыть половые органы и внутреннюю поверхность бедер раствором перманганата калия, высушить;
- смазать половые органы и внутреннюю поверхность бедер раствором йодоната или настойкой йода;
- надеть перчатки;
- подготовить весь инструментарий, перечисленный в оснащении, и накрыть стерильный столик;
- постелить под ягодицы больной пеленку; ассистировать врачу во время операции, подавая необходимые инструменты, придерживая зеркала;
- после проведения выскабливания с помощью сухого или смоченного в физиологическом растворе шарика произвести туалет наружных половых органов женщины;
- положить на живот больной пузырь со льдом;
- переложить женщину на каталку, постелив под ягодицы пеленку;

- перевезти больную в палату и переложить на кровать;
- предупредить женщину о том, что в течение двух часов ей не рекомендуется подниматься с кровати;
- при проведении диагностического выскабливания весь материал, полученный во время выскабливания, собрать во флакончик, написать направление по форме и направить для исследования в лабораторию;
- замочить весь использованный инструментарий и перевязочный материал в 3%-ном растворе хлорамина на 1 час;
- снять перчатки, вымыть руки;
- наблюдать в течение двух часов за состоянием женщины, обращая внимание на подкладную (кровотечение!);
- при появившихся обильных кровянистых выделениях немедленно сообщить врачу.

Подготовка к рентгенологическим исследованиям половых органов

Цель: научить студента подготовить женщину к рентгенологическим исследованиям половых органов.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель исследования;
- в течение 2–3 дней из рациона исключить продукты, вызывающие газообразование;
- при повышенном газообразовании по назначению врача дают активированный уголь;
- предупредить женщину о том, что накануне исследования ужин должен быть не позднее 19 часов;
- накануне вечером, в 20–21 час, поставить две очистительные клизмы;
- транспортировать больную с историей болезни в рентгенологический кабинет и оттуда на каталке;
- подклеить данные исследования в историю болезни.

Подготовка женщины к УЗИ половых органов

Цель: научить студента провести подготовку женщины к проведению УЗИ на половых органах.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель исследования;
- исключить из рациона за 2–3 дня до исследования продукты, вызывающие газообразование (молоко, капуста, черный хлеб, бобовые);
- предупредить женщину, что исследование проводится натощак;
- за 2–3 часа до УЗИ (в день исследования) дать больной выпить 1,5 литра жидкости (чай, вода, компот, сок);
- до исследования не мочиться;
- транспортировать женщину к месту исследования с индивидуальным полотенцем и историей болезни;
- после исследования отвести женщину в палату;
- подклеить данные исследования в историю болезни.

Введение во влагалище pessария

Цель: научить студента ввести во влагалище больной с выпадением матки pessарий.

Оснащение:

- ▶ кресло гинекологическое или кушетка;
- ▶ дезраствор (фурацилин 1:5000 или 3%-ный раствор перекиси водорода);
- ▶ pessарий стерильный;
- ▶ перчатки;
- ▶ синтомициновая эмульсия;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ анатомический пинцет;
- ▶ корнцанг;
- ▶ клеенка;

- ▶ пленка;
- ▶ судно.

Методика выполнения:

- объяснить женщине цель, необходимость и ход выполнения процедуры;
 - уложить больную на гинекологическое кресло или край кушетки в типичное положение, подстелив под ягодичы ее клеенку;
 - подмыть раствором фурацилина половые органы и высушить;
 - надеть перчатки;
 - стерильный пессарий смазать синтомициновой эмульсией;
 - правой рукой сжать пессарий в поперечнике;
 - левой рукой (I и II пальцами) развести половые губы;
 - правой рукой ввести сжатый пессарий во влагалище в продольном размере и там расправить его, разжав и вынув руку;
 - научить больную выполнять эту процедуру, предупредив, что менять пессарий нужно каждые 10–14 дней, предварительно вынув его из влагалища и прокипятить в течение 20–30 минут в воде, а затем смазать синтомициновой эмульсией.
- Процедура самостоятельно выполняется после подмывания и надевания стерильных перчаток.

**Оказание неотложной помощи
при маточном кровотечении**

Цель: научить студента оказанию неотложной помощи при маточном кровотечении до прихода врача.

Оснащение:

- ▶ набор стандартных сывороток для определения группы крови;

- ▶ маркированная тарелка для определения группы крови;
- ▶ одноразовая система для внутривенного вливания, заполненная изотоническим раствором;
- ▶ штатив для системы;
- ▶ шприцы одноразовые;
- ▶ аппарат для измерения АД;
- ▶ секундомер;
- ▶ пузырь со льдом;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ корнцанг;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ кровь донорская (по распоряжению врача);
- ▶ лекарственные кровоостанавливающие препараты;
- ▶ инструменты для выскабливания полости матки;
- ▶ перчатки;
- ▶ судно;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ раствор фурацилина (1:6000).

Методика выполнения:

- уложить женщину на гинекологическое кресло в типичное положение, подложив под ягодицы клеенку;
- срочно вызвать врача и лаборанта;
- постараться успокоить женщину;
- положить на живот пузырь со льдом;
- измерить АД и посчитать пульс;
- определить группу крови и оставить тарелку до прихода врача;
- надеть перчатки;
- подмыть женщину раствором фурацилина и высушить половые органы;
- при сильном кровотечении до прихода врача ввести внутривенно 10 мл 10% -ного раствора хлорида

- кальция, настроить одноразовую систему и подключить ее к больной, вводя изотонический раствор;
- приготовить инструменты для выскабливания полости матки и накрыть для этого стерильный столик;
- с приходом врача выполнять все его назначения;
- после выполнения назначений замочить весь использованный инструментарий и перевязочный материал в растворе хлорамина на 1 час;
- снять перчатки, вымыть руки.

Оказание неотложной помощи при повреждении половых органов

Цель: научить студента оказанию неотложной помощи при различных травмах половых органов.

Оснащение:

- ▶ гинекологическое кресло или кровать;
- ▶ перчатки;
- ▶ раствор фурацилина (1:6000);
- ▶ 3% -ный раствор перекиси водорода;
- ▶ 3% -ный раствор хлорамина;
- ▶ клеенка;
- ▶ пеленка;
- ▶ 70% -ный этиловый спирт;
- ▶ корнцанг;
- ▶ пинцет анатомический;
- ▶ пинцет хирургический;
- ▶ иглодержатель;
- ▶ иглы различной кривизны;
- ▶ шовный материал (шелк, кетгут);
- ▶ одноразовые шприцы;
- ▶ 0,25 и 0,5% -ные растворы новокаина;
- ▶ одноразовая система для внутривенного вливания;
- ▶ донорская кровь и кровезаменители;
- ▶ лекарственные вещества;

- ▶ набор стандартных сывороток для определения группы крови;
- ▶ маркированная тарелка;
- ▶ аппарат для измерения АД;
- ▶ секундомер;
- ▶ пузырь со льдом;
- ▶ судно;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ перевязочный материал;
- ▶ 1%-ный раствор йодоната или 5%-ная спиртовая йодная настойка.

Методика выполнения:

- успокоить женщину и объяснить ей ход выполняемых процедур;
- уложить в кровать или на кресло, создав необходимое положение;
- положить пузырь со льдом на место кровотечения;
- вызвать немедленно врача и лаборанта;
- измерить АД и посчитать пульс.

При травме наружных половых органов:

- надеть перчатки;
- подмыть половые органы раствором фурацилина, высушить;
- промыть рану перекисью водорода;
- обработать наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер раствором йодоната или настойкой йода;
- постелить пеленку под ягодицы;
- до прихода врача на рану положить салфетку, смоченную фурацилином;
- накрыть стерильный столик со всем необходимым для обезболивания и ушивания раны.

При повреждении влагалища:

- после обработки половых органов в случае обильного кровотечения ввести стерильное зеркало Симпсона и

- затампонировать влагалище стерильным бинтом, постепенно вводя его с помощью пинцета во влагалище, а затем, придерживая этим же пинцетом, извлечь зеркало с подъемником;
 - определить группу крови;
 - приготовить систему для переливания крови;
 - положить пузырь со льдом на живот;
 - ввести внутривенно 10 мл 10%-ного раствора хлорида кальция;
 - накрыть стерильный столик для ушивания раны.
- При повреждении матки и придатков:*
- создать женщине строгий постельный режим;
 - успокоить ее;
 - срочно вызвать врача и лаборанта;
 - при открытой травме живота ввести обезболивающее средство;
 - положить на живот пузырь со льдом;
 - надеть перчатки;
 - обработать рану вокруг фурацилином и 3%-ным раствором перекиси водорода;
 - наложить на рану асептическую повязку;
 - измерить АД, посчитать пульс;
 - определить группу крови;
 - войти в вену и начать введение физиологического раствора с помощью одноразовой системы для переливания крови;
 - приготовить инструменты для полостной операции и накрыть операционный стол;
 - ассистировать врачу и выполнять все его назначения;
 - после операции все инструменты замочить в растворе хлорамина на 1 час;
 - снять перчатки, вымыть руки.

Оказание неотложной помощи при синдроме «острого живота» (внематочная беременность, разрыв кисты яичника)

Цель: необходимо научить студента оказывать неотложную помощь при синдроме «острого живота».

Методика выполнения:

- создать больной строгий постельный режим;
- если женщина находится в сознании, постараться успокоить ее;
- срочно вызвать врача и лаборанта;
- положить пузырь со льдом на живот;
- не давать больной пить, есть;
- не вводить обезболивающие средства и спазмолитики;
- срочно приготовить всё для полостной операции и накрыть операционный стол;
- определить группу крови;
- изменить АД, посчитать пульс;
- после прихода врача выполнять все его назначения.

Подготовка к влагалищной операции

Цель: научить студента подготовить и накрыть стол для влагалищной операции.

Оснащение:

- ▶ зеркала Симпсона с подъемником;
- ▶ пулевые щипцы (2 шт.);
- ▶ маточный зонд;
- ▶ расширители Гегара (при необходимости);
- ▶ кюретки (различных размеров);
- ▶ металлический и резиновый катетеры;
- ▶ скальпель;
- ▶ пинцеты хирургические (2 шт.);
- ▶ пинцеты анатомические (2 шт.);

- ▶ ножницы;
- ▶ кровоостанавливающие зажимы;
- ▶ иглодержатель;
- ▶ иглы различной кривизны;
- ▶ стерильные шарики, салфетки;
- ▶ корнцанг;
- ▶ шовный материал (кетгут, шелк, капрон);
- ▶ перчатки;
- ▶ 3%-ный раствор хлорамина;
- ▶ 70%-ный этиловый спирт;
- ▶ раствор фурацилина (1:6000);
- ▶ судно;
- ▶ 1%-ный раствор йодоната или 5%-ная настойка йода;
- ▶ бахилы.

Методика выполнения:

- накрыть операционный стол с учетом объема операции;
- объяснить женщине ход предстоящих мероприятий;
- предупредить женщину о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- надеть перчатки;
- уложить женщину в типичное положение «на спине» с разведенными и согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами;
- подмыть женщину раствором фурацилина, просушить;
- надеть бахилы на больную;
- подстелить под нее пеленку;
- изолировать с помощью стерильной пеленки внутреннюю поверхность бедер и анальное отверстие;
- выполнять все назначения врача;
- после операции весь использованный инструмент замочить в растворе хлорамина на 1 час;
- снять перчатки, вымыть руки.

Подготовка к полостной операции

Цель: научить среднего медработника подготовить все необходимое для полостной операции, подготовить больную и оказать помощь врачу во время операции.

В обязанности среднего медработника входят:

- выполнение правил асептики и антисептики;
- подготовка шовного материала;
- подготовка белья;
- подготовка инструментов;
- знание последовательности действий хирурга во время операции;
- знание правил мытья рук, надевание стерильного халата;
- одевание хирурга;
- подготовка и правильное накрытие стерильного операционного стола (в установленной последовательности);
- знание количества используемых инструментов и подсчет их до и после операции;
- салфетки подаются только на зажимах во избежание их оставления в брюшной полости;
- операционная сестра до операции согласовывает с хирургом вопрос о необходимых инструментах, дренажных трубках, отсосе и др.;
- при необходимости медсестра может ассистировать врачу во время операции;
- подготовка больной к операции соответственно назначениям врача;
- в послеоперационном периоде медицинская сестра осуществляет уход за больной, наблюдая за жизненно важными функциями организма, регистрирует показатели в требуемой документации и сообщает врачу о любых отклонениях в течение послеоперационного периода, а также следит за гигиеной и питанием больной.

**Надевание стерильного халата, шапочки,
маски, перчаток**

Цель: научить студента надеть стерильную маску и халат, шапочку (или косынку), маску и перчатки перед оперативным вмешательством.

Оснащение:

- ▶ стерильный бикс с бельем на подставке;
- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ стерильный корнцанг;
- ▶ стерильный пинцет;
- ▶ стерильное вазелиновое масло;
- ▶ стерильные перчатки.

Методика выполнения:

- вымыть руки одним из общепринятых способов;
- операционная сестра открывает с помощью ножной педали бикс на подставке;
- извлечь индикатор стерильности и оценить его состояние (сера должна быть расплавлена);
- провести дезинфекцию рук с помощью шарика, смоченного этиловым спиртом;
- извлечь из бикса стерильное полотенце, просушить руки;
- надеть стерильную маску с косынкой, подав ее концы назад, которые должна завязать сзади санитарка (при этом руки не должны ничего касаться, кроме маски);
- закрыть бикс;
- обработать руки салфеткой, смоченной спиртом (салфетку стерильным корнцангом или пинцетом подает санитарка);
- вновь открыть бикс и извлечь оттуда халат;
- развернуть халат, держа за верх на вытянутых руках, ничего не касаясь;

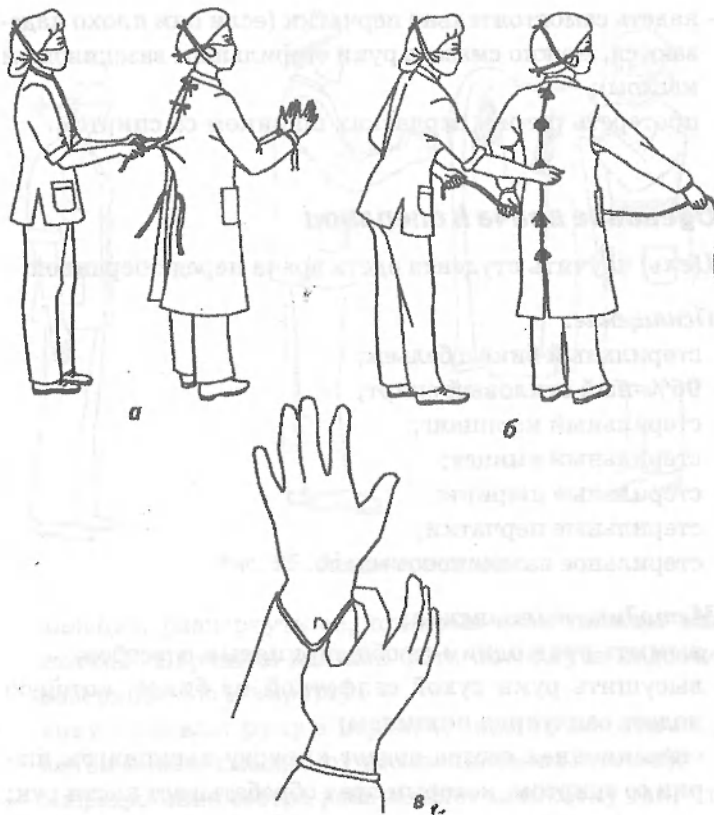


Рис. 94. Надевание стерильного халата и перчаток
операционной сестрой

- повернуть халат внутренней стороной к себе;
- вдеть обе руки одновременно в рукава, подняв руки вверх и разведя их в стороны;
- санитарка сзади натягивает халат за верхние тесемки и завязывает их;
- операционная сестра самостоятельно завязывает тесемки на рукавах и заправляет их за манжеты;
- подать концы пояса санитарке, не касаясь ее рук, которые она подхватывает сзади и завязывает;

- надеть самостоятельно перчатки (если они плохо надеваются, можно смазать руки стерильным вазелиновым маслом);
- протереть руки в перчатках шариком со спиртом.

Одевание врача к операции

Цель: научить студента одеть врача перед операцией.

Оснащение:

- ▶ стерильный бикс с бельем;
- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ стерильный корнцанг;
- ▶ стерильный пинцет;
- ▶ стерильные шарики;
- ▶ стерильные перчатки;
- ▶ стерильное вазелиновое масло.

Методика выполнения:

- вымыть руки одним из общепринятых способов;
- высушить руки сухой салфеткой из бикса, которую подает санитарка пинцетом;
- операционная сестра подает хирургу корнцангом шарик со спиртом, которым врач обрабатывает кисти рук;
- операционная сестра достает из бикса халат, разворачивает его на весу так, чтобы врач мог вдеть сразу обе руки в рукава;
- санитарка, подтягивая за верхние тесемки, завязывает их сзади;
- операционная сестра подает стерильную косынку вместе с маской за кончики тесемок;
- хирург берет маску за углы и забрасывает тесемки назад, ничего не касаясь руками;
- санитарка сзади завязывает тесемки;
- операционная сестра подает поочередно хирургу перчатки. Перчатку нужно взять за манжетку кончиками

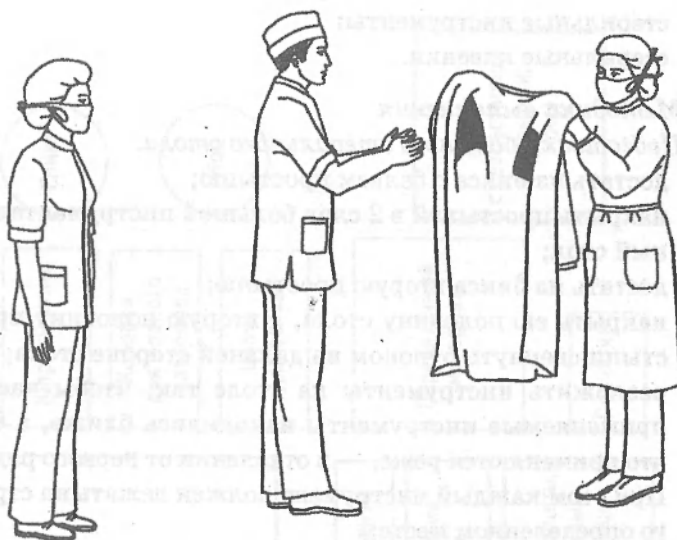


Рис. 95. Одевание хирурга

- пальцев, развернуть ее, прикрыв свои пальцы манжеткой. Перчатка должна быть повернута ладонной поверхностью к хирургу;
- хирург вдевает руку в перчатку (при трудности надевания можно смазать руки вазелиновым маслом);
 - операционная сестра расправляет манжетку так, чтобы она была натянута на манжет халата;
 - операционная сестра подает хирургу шарик со спиртом, которым он обрабатывает руки в перчатках.

Подготовка инструментальных столов

Цель: научить студента подготовить большой и малый операционные столы к операции.

Оснащение:

- ▶ столы;
- ▶ стерильное белье (в биксах);

- ▶ стерильные инструменты;
- ▶ стерильные клеенки.

Методика выполнения

Подготовка большого стерильного стола:

- достать из бикса с бельем простыню;
- накрыть простыней в 2 слоя большой инструментальный стол;
- достать из бикса вторую простыню;
- накрыть ею половину стола, а вторую половину простыни свернуть рулоном на дальней стороне стола;
- разложить инструменты на столе так, чтобы часто применяемые инструменты находились ближе, а те, что применяются реже, — в отдалении от первого ряда. При этом каждый инструмент должен лежать на строго определенном месте;
- правый край стола не закрывают простыней, а используют для банок с антисептиками, игл и скальпелей;
- в лоток или на стерильную салфетку на правом краю стола кладут корнцанг или длинный пинцет для захвата нужного инструмента и переноса его на малый стол;
- после того как инструменты разложены на столе, оставшимся краем простыни стол накрывают так, чтобы ее края свисали со стола;
- по углам свисающих краев простыни накладывают зажимы, за которые приподнимают простыню, чтобы взять необходимый инструмент или стерильный материал;
- на одном из угловых зажимов прикрепляют бирку с датой и временем накрытия стерильного стола;
- медсестра на бирке должна поставить свою подпись.

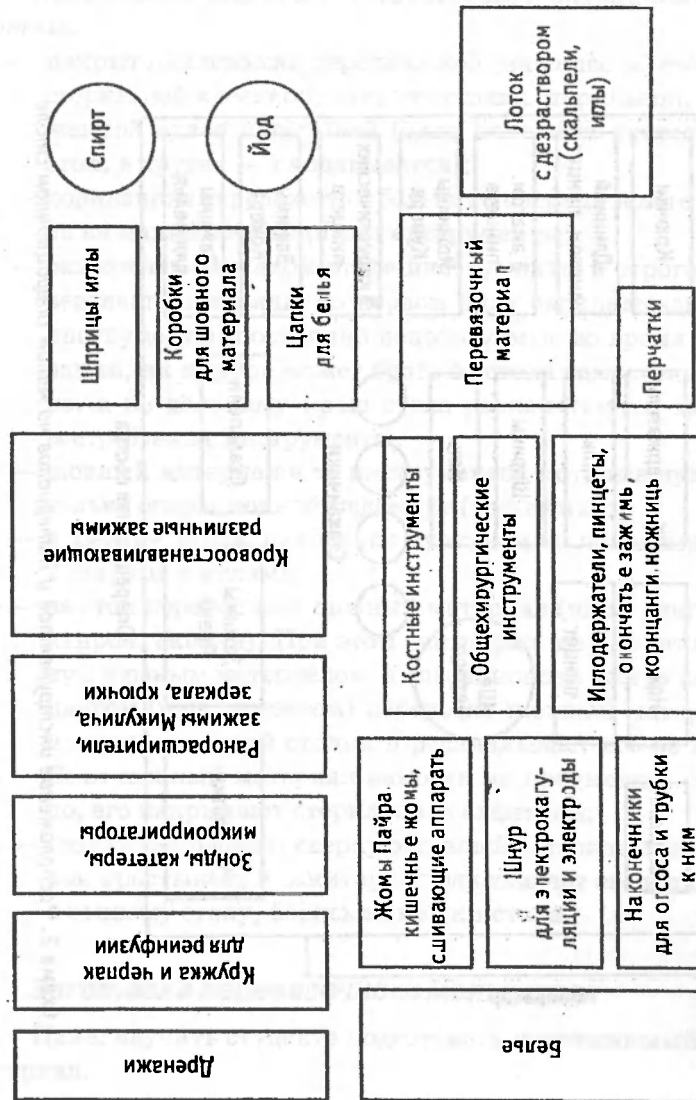


Схема 1. Расположение инструментов на большом операционном столе

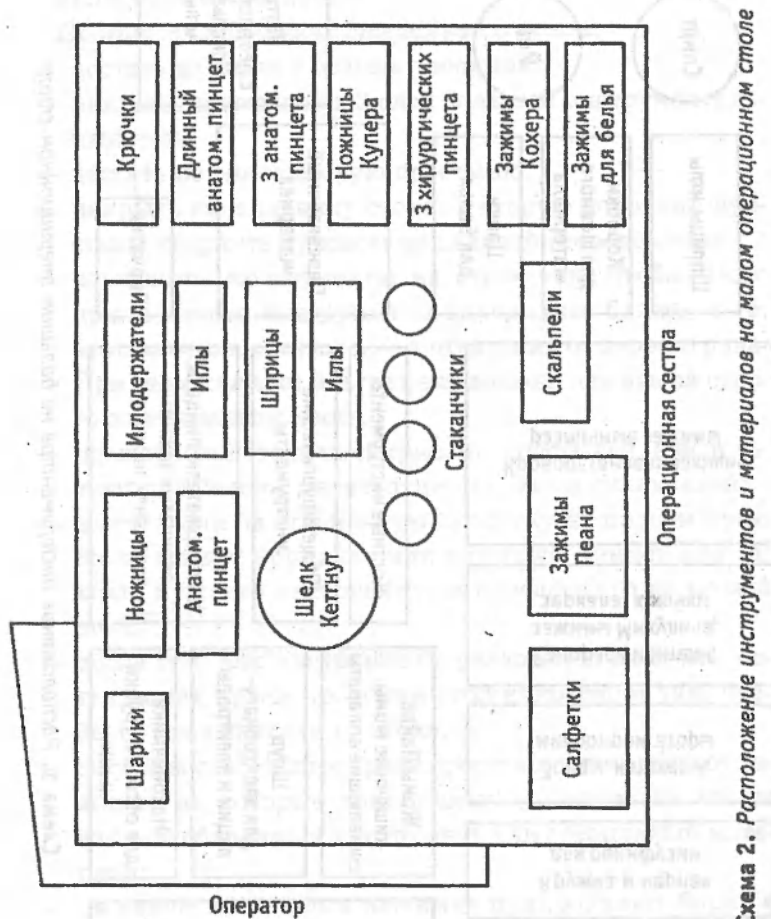


Схема 2. Расположение инструментов и материалов на малом операционном столе

Подготовка малого (передвижного) операционного стола:

- накрыть маленький передвижной (на колесах) столик стерильной клеенкой; накрыть столик стерильной, сложенной вдвое простыней (одна половина накрывает стол, а другая — складывается);
- корнцангом переложить с большого операционного стола на малый необходимые инструменты;
- разложить на малом столе инструменты в строго определенном порядке: в первом ряду раскладываются инструменты, постоянно используемые во время операции, их хирург может брать со стола самостоятельно, а по дальнему краю стола располагаются менее востребуемые инструменты;
- шовный материал и те инструменты, которые нужны только операционной медсестре (ножницы);
- в центре стола находятся стакан для новокаина и 2 шприца с иглами;
- на стол переносится шовный материал (шелк, кетгут, капрон, скобки). При этом санитарка открывает банку с шовным материалом, а операционная сестра корнцангом (или пинцетом) переносит шовный материал на операционный столик и раскладывает его на нем. Если шовный материал намотан на предметное стекло, его накрывают стерильной салфеткой;
- столик накрывают сверху оставшейся неиспользованной простыней, и санитарка подкатывает его к операционному столу, берясь за ножки стола.

Заготовка перевязочного материала

Цель: научить студента подготовить перевязочный материал.

Оснащение:

- ▶ марля;
- ▶ бинты;

- ▶ деревянная палочка;
- ▶ ножницы;
- ▶ вата.

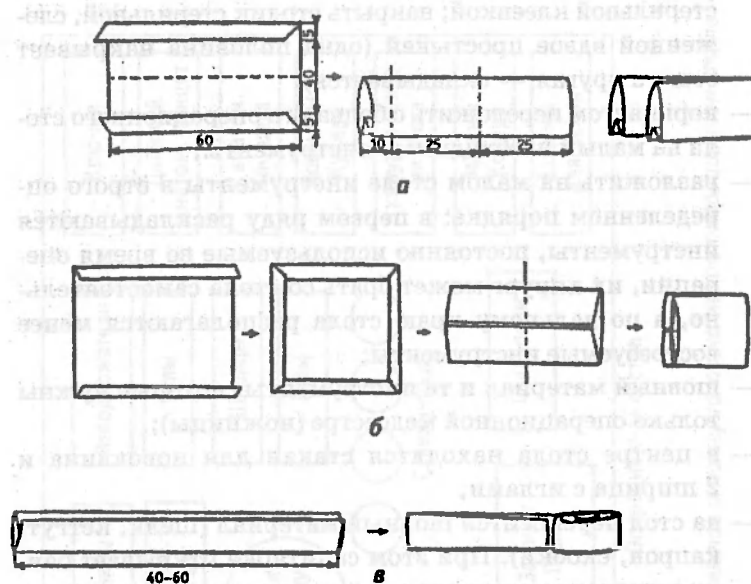


Рис. 96. Заготовка операционного материала:

а — большая салфетка; б — малая салфетка; в — турунда

Методика выполнения:

- проверить качество марли (она должна быть белой, мягкой, обезжиренной и гигроскопичной);
- вымыть руки с мылом, просушить полотенцем;
- для операции и перевязок приготовить большие, средние и малые салфетки. Для этого нарезать марлю с на кусочки размерами: 40×60 см, 37×30 см, 20×15 см;
- сложить салфетку так, чтобы все края были внутри;
- для операции и перевязок приготовить тампоны и шарики. Шарики готовят из кусочков марли размером 11×10 см или 11×5 см, сворачивая таким образом,

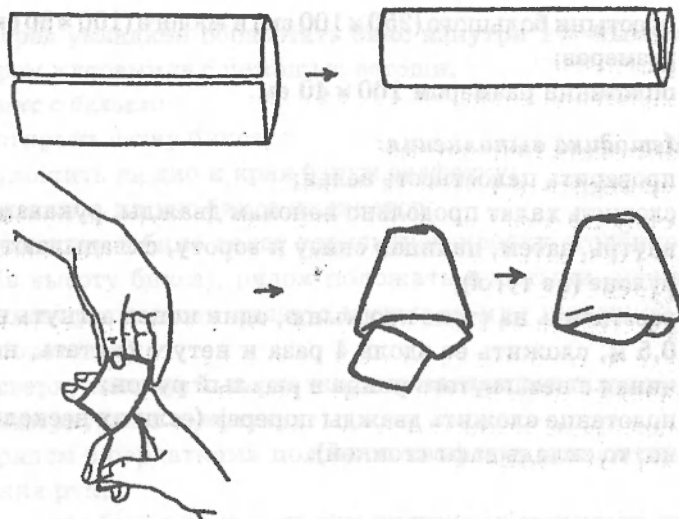


Рис. 97. Заготовка операционного материала (шарики)

чтобы сформировался марлевый комок в виде треугольного или четырехугольного конверта (нити должны быть убраны в середину шарика);

- турунды и полоски делают из бинта шириной 5 см и длиной 40–50 см, подворачивая его концы внутрь на 1–1,5 см;
- ватный тупфер готовят, наматывая кусочки ваты на конец деревянной палочки длиной 15–20 см.

Заготовка и складывание операционного белья

Цель: научить студента подготовить и сложить операционное белье для стерилизации.

Оснащение:

- ▶ халат;
- ▶ маска с косынкой или шапочка;

- ▶ простыни большого (250 × 100 см) и малого (100 × 80 см) размеров;
- ▶ полотенце размером 100 × 40 см.

Методика выполнения:

- проверить целостность белья;
- сложить халат продольно пополам дважды, рукавами внутрь, затем, начиная снизу к вороту, складывают в рулоне (не туго!);
- расстелить на столе простыню, один конец загнуть на 0,5 м, сложить ее вдоль 4 раза и нетуго скатать, начиная с незагнутого конца в рыхлый рулон;
- полотенце сложить дважды поперек (если их несколько, то складывают стопкой).

Подготовка к стерилизации и укладка в бикс перевязочного материала

Цель: научить студента подготовить бикс с бельем к стерилизации.

Оснащение:

- ▶ бикс;
- ▶ 1% -ный раствор хлорамина;
- ▶ ветошь;
- ▶ пипетка (2 шт.);
- ▶ большая салфетка;
- ▶ шарики в марлевых мешочках;
- ▶ индикаторы (3 шт.);
- ▶ бирки;
- ▶ халат;
- ▶ маска с косынкой или шапочкой;
- ▶ простыня — большая и малая (2 шт.);
- ▶ полотенце;
- ▶ салфетки;
- ▶ перчатки.

Перед укладкой обработать бикс изнутри 1%-ным раствором хлорамина с помощью ветоши.

Бикс с бельем:

- открыть сетку бикса;
- уложить на дно и края банки салфетку;
- уложить на дно бикса индикатор;
- уложить в бикс халат горловиной кверху столбиком (в высоту бикса), рядом положить простыни, между ними разместить маску с косынкой или шапочкой и полотенце);
- сверху положить перчатки, пересыпанные тальком и завернутые в салфетку;
- рядом с перчатками положить салфетку для вытирания рук;
- в центр белья положить еще индикатор стерильности;
- завернуть края салфетки;
- под крышку положить индикатор стерильности;
- плотно закрыть крышку бикса;
- привязать к крышке бикса бирку с указанием отделения, кабинета, содержимого, даты укладки и подписью медсестры, проводившей укладку в бикс.

Бикс с перевязочным материалом:

- после дезинфекции бикса изнутри открыть сетку бикса;
- уложить большую салфетку на дно и края бикса;
- поместить на дно индикатор стерильности;
- уложить в бикс салфетки по размерам, связанные по 10 шт. полоской бинта;
- уложить в бикс марлевые и ватные шарики в марлевых мешочках (по 10–15 шт. в каждом);
- перевязочный материал уложить вертикально, послойно, рыхло;
- в центр положить индикатор стерильности;
- завернуть края большой салфетки;

- под крышку положить третий индикатор стерильности;
- плотно закрыть крышку бикса;
- привязать к крышке бирку с надписями (см. выше).

Порядок подачи инструментов хирургу

Цель: научить студента подавать инструменты хирургу во время операции.

Подавая инструменты, операционная сестра не должна дотрагиваться рукой до той части инструмента, которая касается тканей больного.

Шприц подают после набора в него лекарственного вещества и выпускания из него воздуха (при этом нельзя касаться иглой и шприцем стенок банки).

Скальпель подают вперед рукояткой, держа его за шейку или лезвие салфеткой, тупой край скальпеля должен быть обращен к ладони.

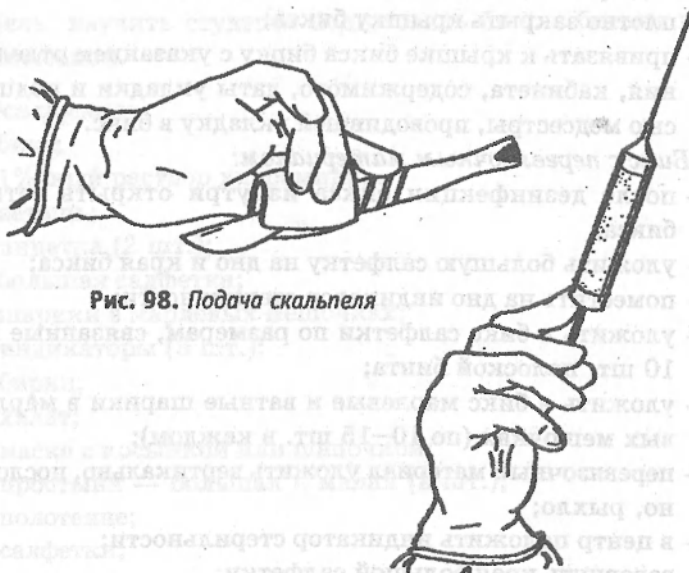


Рис. 98. Подача скальпеля

Рис. 99. Подача шприца



Рис. 100. Подача ножниц, зажимов и крючков

Ножницы, зажимы и крючки подают в закрытом виде, ручкой от себя.

Иглодержатель подают после того, как зажмут в нем иглу, при этом острие иглы должно быть обращено влево, а оба конца направлены вверх. После этого необходимо в иглу вдеть нить. Подавая иглодержатель, следят за тем, чтобы хирург мог этой же рукой захватить длинный конец нити, до этого момента операционная сестра держит этот конец пинцетом на весу.

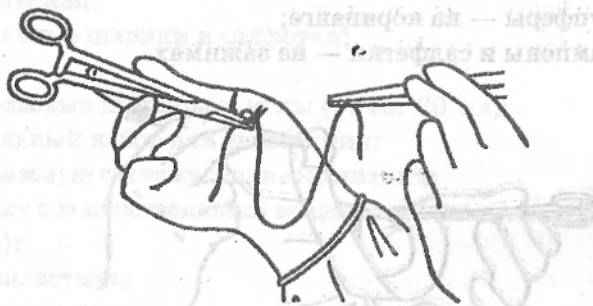


Рис. 101. Подача иглодержателя

Шовный материал: нити без иглы подают пинцетом, отрезая ножницами ту длину, которую укажет хирург.

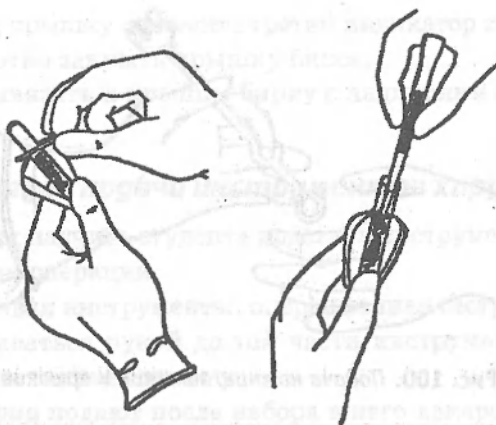


Рис. 102. Извлечение шовного материала из ампулы

Длина нити определяется видом шва:

- ▶ для непрерывного шва — 40–45 см;
- ▶ для узловых швов — 18–20 см;
- ▶ для шитья в глубине раны — 25–30 см;
- ▶ кисетный шов — 25–30 см.

Перевязочный материал подают инструментом, фиксируя его:

- ▶ шарики подают по одному;
- ▶ тупферы — на корнцанге;
- ▶ тампоны и салфетки — на зажимах.

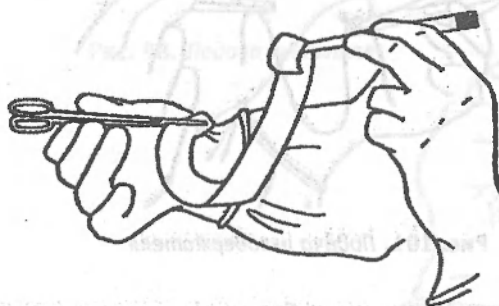


Рис. 103. Подача перевязочного материала

Подготовка наркозного столика

Цель: научить студента подготовить наркозный столик перед дачей наркоза больной.

Оснащение:

- ▶ столик на колесах;
- ▶ инструменты;
- ▶ перевязочный материал;
- ▶ шприцы;
- ▶ 96% -ный этиловый спирт;
- ▶ одноразовая система;
- ▶ лекарственные препараты;
- ▶ маски.

Методика выполнения

На наркозном столике необходимо приготовить:

- эндотрахеальные трубки;
- роторасширитель;
- языкодержатель;
- корнцанг;
- воздуховод;
- ножницы;
- ларингоскоп;
- стерильные шарики и салфетки;
- спирт;
- одноразовые шприцы и иглы (5, 10, 20 мл);
- стерильный набор для венесекции;
- одноразовую систему для переливания;
- коробку с лекарственными веществами (по назначению врача);
- лейкопластырь;
- наркозные маски;
- полотенца.



СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И МАТЕРЕЙ

Студент должен знать:

- ▶ признаки клинической и биологической смерти;
- ▶ тактику оказания помощи новорожденному при асфиксии;
- ▶ тактику оживления взрослой женщины.

Студент должен уметь:

- ▶ диагностировать клиническую смерть у новорожденного и у взрослой женщины;
- ▶ провести искусственную вентиляцию легких у новорожденного методом дыхания «рот в рот», «рот в нос»;
- ▶ провести искусственную вентиляцию легких у взрослой женщины теми же способами;
- ▶ осуществить непрямой массаж сердца у новорожденного и женщины.

Признаки клинической смерти

1. Отсутствие пульсации на крупных сосудах (сонная, бедренная, плечевая артерии).
2. Потеря сознания.
3. Расширение зрачков.
4. Появление клинических и тонических судорог.
5. Остановка дыхания.

Основные принципы оказания помощи

1. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей.
2. Провести искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) и восстановить дыхание.
3. Провести закрытый непрямой массаж сердца (ЗМС) и восстановить кровообращение.

Реанимация новорожденного

Цель: научить студента проводить реанимационные мероприятия у новорожденного.

Оснащение:

- ▶ детский столик;
- ▶ стерильный материал (салфетки, шарики);
- ▶ интубационные трубки для детей или маленькая наркозная маска (можно заменить акушерским стетоскопом);
- ▶ перчатки;
- ▶ часы или секундомер;
- ▶ дезраствор.

Методика проведения

Искусственная вентиляция легких:

- срочно вызвать врача;
- надеть перчатки;
- положить новорожденного на детский столик на спину;
- убедиться, что дыхательные пути свободны, отсосав слизь с помощью ручного отсоса или электрического;
- запрокинуть головку новорожденного, подложив под плечики валик из пеленки;
- наложить увлажненную марлевую салфетку, сложенную вчетверо, на рот или нос новорожденного;
- через салфетку, плотно обхватив рот или нос новорожденного своими губами, сделать вдувание воздуха путем выдоха (в это время у новорожденного происходит «вдох»);
- затем сделать глубокий вдох (у новорожденного происходит «выдох»);
- такие движения повторять со скоростью 30 вдуваний в 1 минуту (для вдувания можно использовать наркозную маску или акушерский стетоскоп).



Рис. 104. Реанимация новорожденного

Необходимо следить за тем, чтобы не превысить давление на вдохе, так как это может привести к разрыву альвеол у новорожденного.

В настоящее время широкое распространение получил аппарат ВИТА-1 с масками, поэтому к приходу врача акушерка должна подготовить этот аппарат и продезинфицировать маски к нему.

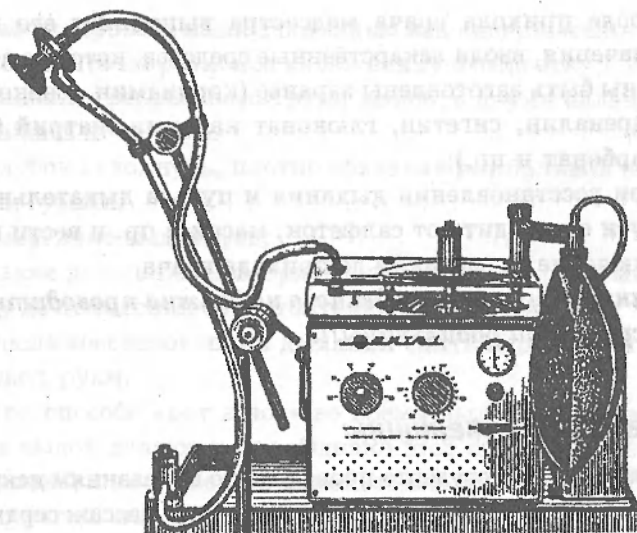


Рис. 105. Аппарат ВИТА-1 с насадками

Иногда пользуются просто дыхательными масками с воздушным мешком.

Непрямой массаж сердца у новорожденного

Если у новорожденного нет сердцебиения или толчки единичные и пальпаторно не определяются, необходимо сразу же после нескольких (2–3) вдохов:

- опустить головной конец (с целью увеличения кровотока через мозг);
- расположить кончики второго и третьего пальцев правой руки на середине грудины;
- на выдохе прижать грудину так, чтобы она смещалась на 1–2 см вглубь к позвоночнику;
- следить при этом, чтобы за один выдох выполнять 2–3 сдавления (искусственных систол);
- ритм должен соответствовать 100–120 надавливаниям в 1 минуту;

- после прихода врача медсестра выполняет его назначения, вводя лекарственные средства, которые должны быть заготовлены заранее (кордиамин, глюкоза, адреналин, сигетин, глюконат кальция, натрий бикарбонат и пр.);
- при восстановлении дыхания и пульса дыхательные пути освободить от салфеток, масок и пр. и вести наблюдение за ребенком до прихода врача.

Реанимация новорожденного не должна проводиться в присутствии родильницы!!!

Реанимация женщины

Цель: научить студента проводить по показаниям искусственную вентиляцию легких и наружный массаж сердца.

Оснащение:

- ▶ стол или кушетка (при необходимости — на полу);
- ▶ марлевая салфетка;
- ▶ физраствор (для смачивания салфетки);
- ▶ секундомер или часы;
- ▶ перчатки;
- ▶ полотенце;
- ▶ языкодержатель.

Методика проведения

Искусственная вентиляция легких:

- уложить больную на твердую поверхность в положение «на спине» и расстегнуть одежду;
- надеть перчатки;
- максимально запрокинуть голову, положив левую руку на лоб, а правую — под шею;
- подложить валик под плечевой пояс и лопатки;
- выдвинуть нижнюю челюсть вперед и открыть рот большой;
- очистить с помощью отсоса или салфетки полость рта;

- зафиксировать язык с помощью языкодержателя;
- положить на рот и нос увлажненную салфетку;
- надавить ребром левой руки на лоб, а двумя пальцами зажать нос;
- глубоко вдохнуть, плотно обхватив рот больной своими губами;
- энергично выдохнуть;
- такие движения повторять в ритме 12–18 раз в минуту до появления самостоятельного дыхания;
- после восстановления дыхания снять перчатки и вымыть руки.

При способе «рот в нос» во время выдоха закрывают рот, а выдох делают в нос. Однако этот способ менее эффективный и не позволяет использовать языкодержатель.

Непрямой массаж сердца:

- уложить женщину на твердую поверхность (голова при этом должна быть на одном уровне с сердцем или ниже его);
- надеть перчатки;
- ладонь левой руки расположить на 2–3 пальца выше мечевидного отростка грудины, а правую — сверху, положив ладонью на тыльную поверхность левой руки;
- максимально расслабить руки в лучезапястных суставах;
- выпрямить руки в локтевых суставах;
- надавить правой рукой на левую с такой силой, чтобы грудина совместилась вглубь на 3–4 см;
- поддерживая постоянный ритм, без пауз, повторять движения со скоростью 60 нажатий в 1 минуту;
- если реанимацию проводит один человек, то после каждых 4–5 нажатий нужно сделать женщине два вдоха через дыхательные пути, а если реанимируют вдвоем, то один вдох должен приходиться на 4–5 нажатий;
- при проведении реанимации необходимо контролировать ее эффективность каждые 1–2 минуты путем

- определения пульса на сонной артерии и по реакции зрачка на свет;
- после восстановления пульса снять перчатки, вымыть руки и наблюдать за жизненно важными функциями больной до прихода врача.

Биологическая смерть

Признаками которой биологической смерти являются:

- ▶ полное прекращение дыхания;
- ▶ отсутствие пульса;
- ▶ отсутствие сердцебиения;
- ▶ исчезновение рефлексов;
- ▶ мертвенная бледность кожных покровов;
- ▶ расслабление мускулатуры;
- ▶ опущение нижней челюсти;
- ▶ отсутствие реакции зрачка на свет;
- ▶ постепенное охлаждение тела;
- ▶ появление трупных пятен;
- ▶ трупное окоченение.

В случае наступления биологической смерти необходимо:

- 1) с трупа необходимо снять одежду и уложить его на спину. Снять ценности и отдать под расписку родственникам;
- 2) подвязать с помощью широкого бинта нижнюю челюсть, опустить веки, накрыть простыней и оставить в отделении на 2 часа;
- 3) на бедре умершей химическим карандашом написать фамилию, имя, отчество и номер истории болезни или родов;
- 4) написать сопроводительную записку, указав паспортные данные, номер истории, диагноз, дату и время смерти;
- 5) доставить труп в патолоанатомическое отделение в сопровождении медработника через 2 часа после окончательной констатации смерти двумя врачами.



ХРАНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Студент должен знать:

- ▶ влияние лекарственных веществ на организм;
- ▶ правила выписывания лекарственных веществ;
- ▶ принципы хранения лекарственных веществ;
- ▶ правила учета наркотических веществ;
- ▶ способы применения лекарственных веществ;
- ▶ обучение больной приему лекарств;
- ▶ основные возможные осложнения при применении различных лекарственных веществ;
- ▶ правила парентерального введения лекарств и возможные осложнения при этом.

Студент должен уметь:

- ▶ объяснить больной действие лекарственных веществ на организм;
- ▶ раздать назначенные врачом лекарственные вещества больным;
- ▶ применить лекарственное вещество в виде присыпки, ванночки, спринцевания, орошения, тампона;
- ▶ обучить больную самостоятельно провести спринцевание, введение тампона;
- ▶ выполнить любой вид инъекции (подкожную, внутримышечную, внутривенную);
- ▶ ввести капельно и струйно лекарственное вещество с помощью системы;
- ▶ провести вакцинацию.

Правила хранения лекарственных веществ

Из аптеки лекарственные вещества выписывает старшая медицинская сестра женской консультации, родильного или гинекологического отделений на основании заявок медсестер.

Требование подписывается главным врачом или заведующим отделением и заверяется печатью.

При выписывании наркотических, ядовитых, сильнодействующих и дефицитных лекарственных веществ в требовании указываются номер истории болезни, фамилия, имя, отчество и диагноз больной.

При получении лекарственных веществ из аптеки старшая медицинская сестра проверяет их соответствие требованию, срок годности, серию и упаковку.

Хранят лекарственные вещества соответственно их группам:

- ▶ список А (ядовитые и наркотические);
- ▶ список Б (сильнодействующие), хранятся в сейфе под замком.

Другие лекарственные вещества хранят в запирающихся шкафах с этикетками:

- ▶ «Наружные»;
- ▶ «Внутренние»;
- ▶ «Парентеральные».

Лекарственные вещества должны храниться при определенном температурном режиме. Ряд лекарственных веществ необходимо предохранять от доступа света или влажности.

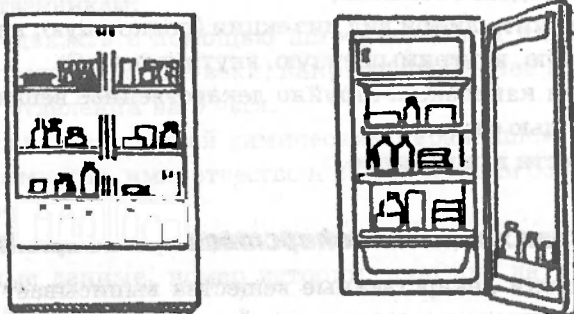


Рис. 106. Хранение лекарственных веществ в процедурном кабинете

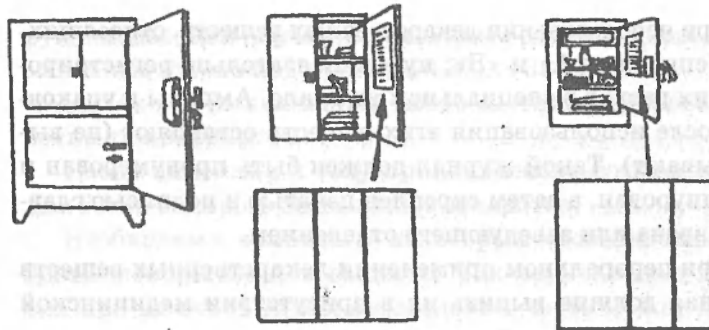


Рис. 107. Хранение в сейфе лекарственных веществ группы А

Сильнопахнущие средства хранят отдельно, в плотно закрытых коробках.

Такие лекарственные вещества, как антибиотики, настои, свечи, сыворотки, мази, необходимо хранить только в холодильнике при температуре $+2...+10^{\circ}\text{C}$.

При использовании лекарственных веществ необходимо строго следить за сроком годности и качеством (помутнение, осадок и пр.).

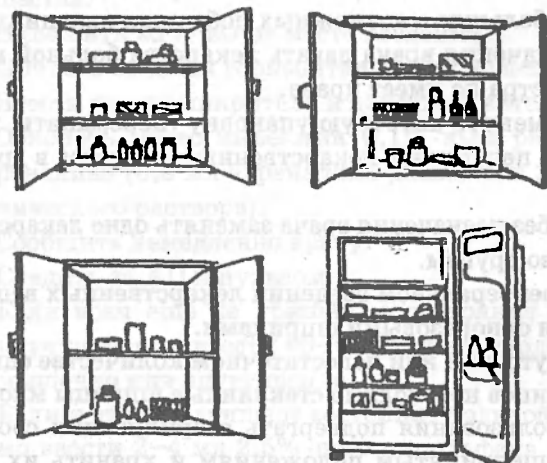


Рис. 108. Хранение лекарственных веществ в шкафах и холодильнике

При использовании лекарственных веществ, относящихся к спискам «А» и «Б», нужно обязательно регистрировать их расход в специальном журнале. Ампулы и упаковки после использования этих веществ оставляют (не выбрасывают). Такой журнал должен быть пронумерован и прошнурован, а затем скреплен печатью и подписью главного врача или заведующего отделением.

При пероральном применении лекарственных веществ больная должна выпить их в присутствии медицинской сестры.

Лекарства нужно раздавать с учетом времени их приема: «до» или «после» еды с интервалом в 20–30 минут от приема пищи.

Те лекарственные средства, которые назначают натощак (диуретики при токсикозе II половины беременности и др.), больная принимает сразу же после сна, а снотворные — за 30–40 минут до сна.

Разделить можно только ту таблетку, которая имеет соответствующую насечку.

Медицинская сестра, раздавая лекарства, должна предупредить больную о возможных побочных явлениях.

Без назначения врача давать лекарства больной медицинская сестра не имеет права.

Нельзя менять аптечную упаковку (пересыпать, перекладывать, переливать лекарственные вещества в другую посуду).

Нельзя без назначения врача заменять одно лекарственное средство другим.

При парентеральном введении лекарственных веществ пользуются одноразовыми шприцами.

При отсутствии или недостаточном количестве одноразовых шприцев необходимо стеклянные шприцы многократного использования подвергать стерилизации соответственно общепринятым положениям и хранить их с соблюдением всех требований асептики и антисептики. Пользуются шприцами после соответствующей обработки

рук и надевания перчаток. Масляные растворы перед применением нужно подогреть до $+37...+38^{\circ}\text{C}$.

Инъекции выполняются после соответствующей обработки ткани спиртом.

После инъекции к телу прикладывают легкую грелку для более быстрого всасывания лекарства.

Необходимо помнить о некоторых особенностях введения лекарственных веществ. Так сернокислая магнезия при не очень глубоком введении часто может давать уплотнения или даже абсцессы, особенно у женщин с избыточным весом.

Иногда инъекция того или иного лекарственного вещества может осложниться аллергической реакцией, а может развиться даже анафилактический шок.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке

- Немедленно прекратить введение лекарственного вещества.
- Наложить жгут выше места введения.
- Придать больной горизонтальное положение.
- Ввести роторасширитель и языкодержатель.
- Обколоть место инъекции 0,1%-ным раствором адреналина (0,5 мл адреналина развести в 20 мл изотонического раствора).
- Сообщить немедленно врачу.
- Следить за АД и пульсом.
- Если врач еще не пришел, а состояние больной не улучшается — ввести 60–90 мг преднизолона внутримышечно или внутривенно).
- Если и это не улучшает состояние больной, необходимо ввести 2–4 мл 2,5%-ного пипольфена или 2–4 мл 2%-ного супрастина внутримышечно (при АД не ниже 100/60 мм рт. ст.).

- При необходимости приступить к искусственной вентиляции легких и непрямому массажу сердца.
- При введении лекарственного вещества внутривенно (инъекция или с помощью капельницы) необходимо строго следить за тем, чтобы игла не вышла из вены и в вену не попали пузырьки воздуха (опасность воздушной эмболии).
- При любом осложнении во время или после введения лекарственных веществ при парентеральном их применении медицинская сестра должна немедленно сообщать врачу и далее выполнять все его назначения.
- До прихода врача медицинская сестра обязана уметь оказать доврачебную неотложную помощь.



Для того чтобы беременность наступила, необходимо выполнение ряда условий:

- 1) мужская семенная жидкость, содержащая жизнеспособные сперматозоиды, должна попасть во влагалище;
- 2) во влагалище должна быть благоприятная для сперматозоидов среда;
- 3) сперматозоиды должны попасть в матку, а из нее — в маточные трубы;
- 4) в маточной трубе сперматозоиды должны встретиться с яйцеклеткой;
- 5) оплодотворенная яйцеклетка (зародыш) должна попасть в матку и там имплантироваться.

Контрацепция — это мероприятие, исключающее один или несколько из этих условий.

При этом необходимо помнить следующее:

1. Сперма может попасть во влагалище даже если мужской половой член туда не вводится (затекание спермы во время извержения с половых губ).

2. Несмотря на кислую среду влагалища сперматозоиды могут жить там 6 часов.

3. В матке сперматозоиды сохраняют свою жизнеспособность в течение 4–5 дней.

При регулярной половой жизни у здоровых партнеров имеется 60% возможности наступления беременности.

С целью контрацепции (рис. 109) применяются:

- 1) барьерные методы;
- 2) химические методы;
- 3) внутриматочные методы;
- 4) физиологические методы;

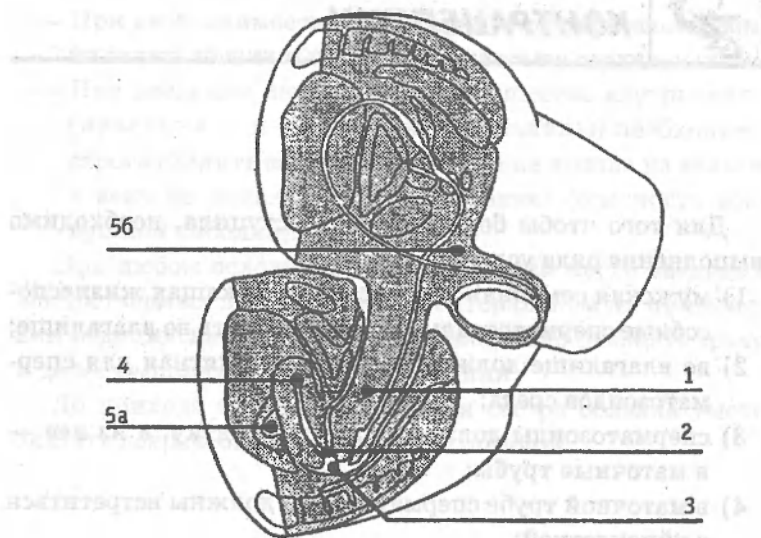


Рис. 109. Области применения контрацептивных средств:

1 — презерватив; 2 — диафрагма, колпачок; 3 — спермициды;
4 — ВМС; 5а — стерилизация женщин; 5б — стерилизация мужчин

- 5) метод прерванного сношения;
- 6) стерилизация.

К барьерным методам относятся:

- а) презервативы (мужские и женские);
- б) средства, закрывающие вход в шейку матки (диафрагмы, колпачки, мячик Бакалейникова).

Презерватив мужской — это чехол из латекса, который надевается на эрегированный мужской половой член. Сперма остается в нем и не попадает во влагалище.

Презерватив женский бывает двух типов:

- а) мешочек из латекса, который вводится во влагалище;
- б) такой же мешочек, скомбинированный с латексными трусиками.

Лечебный эффект презерватива применяется при ускоренной эякуляции. Кроме контрацепции презервативы пре-

дохраняют от заражения венерическими заболеваниями, СПИДом.

Не рекомендуется использовать в виде смазки презерватива вазелин, детский крем и др., так как снижается контрацептивный эффект и часто презерватив рвется.

Диафрагма представляет собой резиновый колпачок, вставляемый во влагалище самостоятельно. Он закрывает шейку матки и является преградой на пути сперматозоидов. Диафрагму не рекомендуется применять длительно.

Колпачок изготавливается из резины, металла (алюминий, серебро), кости. Надевается на шейку матки перед половым сношением.

Мячик Бакалейникова делается из резины, очень эластичен, наполнен на $\frac{2}{3}$ объема смесью газов. Под влиянием повышенной температуры во влагалище газы расширяются и закрывают наружный зев шейки матки.

При длительном применении всех перечисленных механических средств может развиваться эрозия шейки матки, поэтому необходимо эти способы комбинировать с другими методами.

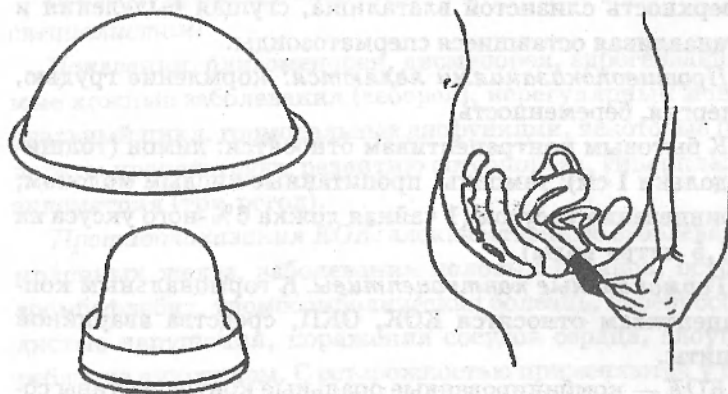


Рис. 110. Техника вставления диафрагмы во влагалище

Противопоказаниями к применению барьерных методов являются:

- а) воспалительные процессы внутренних половых органов;
- б) эрозия шейки матки и эндоцервицит. Методы стерилизации и ухода за диафрагмой и колпачком прилагаются к средству контрацепции.

Химические противозачаточные средства делятся:

- на гормональные контрацептивы;
- инъекционные;
- оральные;
- имплантанты;
- местные противозачаточные средства;
- ноноксилон;
- бытовые;
- хлорид бензалкалониума.

Местные противозачаточные средства действуют прежде всего как спермициды. Это означает, что в течение первых секунд контакта с ними, они уничтожают сперматозоиды и выстилают тонкой защитной пленкой всю поверхность слизистой влагалища, сгущая выделения и останавливая оставшиеся сперматозоиды.

Противопоказаниями являются: кормление грудью, аллергия, беременность.

К бытовым контрацептивам относятся: лимон (толщина дольки 1 см); тампоны, пропитанные кислым молоком; спринцевание уксусом (1 чайная ложка 6% -ного уксуса на 1–1,5 литра воды).

Гормональные контрацептивы. К гормональным контрацептивам относятся КОК, ОКП, средства аварийной защиты.

КОК — комбинированные оральные контрацептивы содержат аналоги женских половых гормонов эстроген и прогестерон.

Действие:

- 1) подавление овуляции;
- 2) сгущают слизь в канале шейки матки;
- 3) затрудняют имплантацию яйцеклетки в эндометрий, изменяя его.

Различные виды КОК насчитывают 21 или 28 таблеток в упаковке, причем в 21 содержатся гормоны, а в семи оставшихся — соли железа и (или) витамины.

Гормональные таблетки с постоянной концентрацией гормонов называются *монофазными*.

Препараты: диане-35, минизистон, ригевидон, микрогином-28, мерсилон, фемоден, марвелон, силест.

Хорошим средством контрацепции являются КОК с двумя или тремя изменениями в содержании гормонов в упаковке, которые получили название двух- или трехфазных соответственно. В этих КОК колебания в содержании гормонов приближены к таковым в женском организме. Трирегол, триквилар, тризистон, антеовин, спектр пациенток: однофазные КОК — от 18 до 35 лет, двух- и трехфазные КОК — до 18 и после 35 лет.

Все КОК применяются только после консультации со специалистом!

Показания: олигоменорея, дисменорея, андрогензависимые кожные заболевания (себорея), нерегулярный менструальный цикл, гормональные дисфункции, некоторые препараты препятствуют развитию остеопороза, гиперплазии эндометрия (три-регол).

Противопоказания КОК: злокачественные заболевания молочных желез, заболевания половых органов, острый тромбоз, тромбоз, тромбоз, тромбоз, церебрососудистые нарушения, поражения сосудов сердца, злоупотребление никотином. С осторожностью применяются у подростков; женщин старше 35 лет, лиц с тяжелой формой гипертонической болезни, лиц с выраженным ожирением, больных эпилепсией; лиц, страдающих тяжелыми

формами сахарного диабета, хроническими поражениями желчного пузыря; у лиц, имеющих выраженные приступы депрессии в прошлом.

Значительно уменьшают контрацептивный эффект КОК одновременное употребление:

- 1) противосудорожных или снотворных средств;
- 2) рифампицина, пенамециллина.

Прием КОК приостанавливают за 2 недели до серьезной операции, в течение всего периода вынужденной неподвижности».

Правило забытых таблеток. Если < 12 часов — сразу принять таблетку. Дальнейших мер предосторожности не требуется.

Если > 12 часов — принять последнюю пропущенную таблетку. Последующие таблетки принимать как обычно. Дополнительные меры предосторожности в последующие 7 дней.

ОКП — это современные гормональные оральные контрацептивы, содержащие только прогестерон (гестаген), которые принимают регулярно по 1 таблетке в день (строго!) без перерывов. Препараты: экслютон, микролют.

Действие: сгущают слизь в цервикальном канале.

Недостаток: противозачаточный эффект ниже, чем у КОК.

Норплант — одна из последних разработок в области длительной контрацепции для женщин. Это средство обеспечивает надежную защиту от нежелательной беременности в течение пяти лет. Система контрацепции при помощи норпланта подходит для большинства женщин репродуктивного возраста, желающих иметь длительную, высокоэффективную и обратимую контрацепцию. Этот метод может быть рекомендован женщинам: желающим увеличить промежуток между родами, которым противопоказана контрацепция при помощи ВМС, оральных контрацептивов; тем, кто не принял окончательного решения

о стерилизации, а также тем, кто не может использовать оральные и инъекционные контрацептивы регулярно.

Активное вещество норпланта — *левоноргестрел* — содержится в 6 пластиковых капсулах, похожих на маленькие трубочки, которые вводятся подкожно во внутреннюю поверхность плеча с помощью небольшого хирургического вмешательства. После введения капсулы практически незаметны. В течение пяти лет малая доза гормона регулярно выделяется в кровоток женщины. Норплант не содержит эстрогенов и поэтому является более безопасным по сравнению с КОК, особенно для тех женщин, которым применение эстрогенов противопоказано.

Механизм действия: наступление беременности становится невозможным за счет подавления развития яйцеклеток, образования густой цервикальной слизи, препятствующей проникновению сперматозоидов в полость матки. Кроме того, контрацептивный эффект достигается путем подавления роста эндометрия и снижением секреции прогестерона (гормона, отвечающего за развитие беременности) во вторую фазу менструального цикла.

Противопоказания: злокачественные заболевания половых органов, поражения печени, поражения коронарных сосудов, сосудов головного мозга, курение (особенно в возрасте после 35 лет).

Спектр пациенток, применяющих ОКП: больные гипертонической болезнью, ожирением, сахарным диабетом, кормящие матери (они принимают таблетки «мини», которые не влияют на лактацию).

Противопоказания к применению ОКП: злокачественные заболевания молочных желез; злокачественные заболевания половых органов; поражения печени; поражения коронарных сосудов, сосудов головного мозга, активное курение, тромбоз, тромбоэмболическая болезнь.

При пропуске в приеме одной таблетки, остальные принимаются как обычно, дополнительно применяются

другие методы контрацепции (барьерные, химические) в течение семи дней.

Средства аварийной контрацепции. Постинор — один из наиболее известных препаратов надежной посткоитальной контрацепции.

Женщины, не живущие регулярно половой жизнью, не хотят постоянно принимать противозачаточные средства. В Венгрии левоноргестрел для посткоитальной контрацепции стал использоваться с середины 1970 года. Постинор содержит 0,75 мг левоноргестрела.

Противопоказания: см. норплант, ОКП. Максимальная доза — 4 таблетки в месяц.

Инъекционные контрацептивы, вводимые с помощью укола внутримышечно, в состав которых входят прогестины пролонгированного действия, пользуются большой популярностью более чем в 80 странах мира. Наиболее часто используются: депопровера (апджон) — 3-месячная контрацепция, НЭТ — 2-месячная контрацепция.

Механизм действия:

- 1) сгущение слизи в цервикальном канале;
- 2) предупреждение наступления овуляции.

Инъекция препарата проводится в течение первых 7 дней менструального цикла.

Противопоказания: злокачественные заболевания молочных желез; злокачественные заболевания половых органов; поражения печени; поражения коронарных сосудов; поражения сосудов головного мозга.

Инъекционные контрацептивы также обладают некоторыми свойствами, оказывающими положительное влияние на здоровье женщины. Их применение предупреждает развитие анемии, внематочной беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза, рака яичников, рака эндометрия.

Применение ВМС

Этот способ предохранения известен человечеству на протяжении веков. Однако современные ВМС используются в течение трех десятилетий.

Среди современных ВМС выделяют:

- а) *пластиковые* — препятствуют проникновению сперматозоидов в матку и маточные трубы, также препятствуют закреплению оплодотворенной яйцеклетки в матке;
- б) *медь-, серебросодержащие* — обладают спермицидным действием;
- в) *гормоносодержащие спирали* влияют на эндометрий, сгущают слизь в канале шейки матки.

Процедура введения ВМС в целом безболезненна, но могут возникнуть тянущие ощущения. После введения ВМС во влагалище свисают нейлоновые нити, женщина с их помощью контролирует, на месте ли спираль.

Противопоказания к применению ВМС:

- а) воспалительные заболевания половых органов;
- б) частая смена партнеров;
- в) сниженный иммунитет;
- г) злокачественные заболевания половых органов;
- д) эрозия шейки матки;
- е) недостаточность тонуса шейки матки;
- ж) анемии.

Примеры современных ВМС:

- 1) «петля Липпса» — полиэтилен + антимикробное покрытие;
- 2) Т-Си-200 — полиэтилен + медное покрытие;
- 3) прогестрел — полиэтиленовая капсула с гормоном внутри.

Если при применении ВМС у женщины не пришла очередная менструация, возникли боли в животе, затруднения при половом акте, появились признаки воспаления половых органов (боль, повышение температуры, озноб,

неприятные или необычные выделения из половых органов) — особенно если это произошло в первые 3–6 недель применения ВМС, — необходимо срочно обратиться к врачу.

Физиологические методы

1. Календарный метод.
2. Метод измерения температуры в прямой кишке.
3. Изучение слизи из влагалища.
4. Метод лактационной аменореи.

Часто женщины при временном воздержании используют так называемый *календарный метод*.

Сущность метода состоит в том, что изучается длительность менструального цикла (от первого дня предыдущей менструации до первого дня последующей менструации). В течение хотя бы шести месяцев выбираются самый короткий и самый длинный менструальные циклы. Далее рассчитываются дни, наиболее благоприятные для зачатия. Первый день возможного зачатия определяется как разница между количеством дней в самом коротком цикле и числом 18, последний день — как разница между продолжительностью самого длинного цикла и числом 11. Таким образом, рекомендуется прекратить половые сношения в период между первым и последним днями вероятного зачатия. Методом может пользоваться женщина с регулярным менструальным циклом.

Второй метод заключается в измерении женщиной температуры в заднем проходе.

Измерение температуры должно продолжаться в течение всего менструального цикла. Измерять температуру нужно лежа, утром, в одно и то же время, не вставая с постели после 4–5 часов спокойного сна, одним и тем же термометром (желательно ректальным) в прямой кишке. Если женщина занята на работе в ночную смену, то допускается измерение температуры лежа, вечером, в одно и то же время, после 3–4-часового отдыха.

Показатели следует записывать, а затем строить график изменения температуры по дням менструального цикла. Если по какой-либо причине термометр был заменен на другой, то в графике фиксирования должна быть сделана соответствующая пометка. Это крайне необходимо, так как изменение показателей на $0,2^{\circ}\text{C}$ существенно для данного метода. Если температура в заднем проходе в течение как минимум 3 дней подряд не менее чем на $0,2^{\circ}\text{C}$ выше, чем в течение 6 предыдущих дней (правило «3 после 6»), женщина не способна к зачатию.

Способ предохранения от нежелательной беременности, основанный на изучении самой женщиной слизи из влагалища. С этой целью женщина либо непосредственно пальцем, введенным во влагалище, получает слизь для оценки, либо делает это с помощью промокания влагалища туалетной бумагой. Слизистые выделения оцениваются по цвету, консистенции, способности вытягиваться. Женщина способна к зачатию, если слизь прозрачная, хорошо тянется и упругая. В эти дни необходимо избегать половых контактов.

Женщина не способна к зачатию, если слизь липкая, молочно- или кремообразная на вид, хлопьевидная. В эти дни пара может иметь половые акты с большей долей вероятности, что беременность у партнерши не наступит. Если у женщины воспалены фаллопиевы трубы или яичники, то этот метод применять нецелесообразно, как и второй физиологический метод.

Эти способы контрацепции требуют от женщины дисциплинированности, аккуратности, полного понимания происходящих в ее организме перемен и способности их оценить на практике. При соблюдении необходимых рекомендаций и условий эффективность метода около 93%.

Метод лактационной аменореи. Кормление ребенка грудью издавна считалось средством, предохраняющим от беременности. Однако только в 1988 году этот метод стал

признанным способом контрацепции, когда на международном совещании по грудному вскармливанию (Италия, Белладжио) были четко названы условия применения данного способа, оценены его достоинства и эффективность.

На сегодняшний день надежность этого метода составляет 98%. При условии, что в течение шести месяцев после родов женщина кормит ребенка грудью с интервалами не более 6 часов, не применяя докармливания, и менструации у нее не было в течение этого времени, т.е. менструальный цикл не восстановился.

Несомненным достоинством метода является его доступность для каждой кормящей матери. Кроме того, использование такого способа предохранения от беременности делает грудное вскармливание, столь необходимое для ребенка, более привлекательным для матери.

Метод прерванного сношения

Мужчина прерывает сношение непосредственно перед эякуляцией, которая происходит вне влагалища. Условием успеха является способность мужчины прервать сношение прежде, чем произойдет первый выброс спермы.

Использование этого метода является стрессом для обоих партнеров, предъявляя к мужчине очень высокие требования.

Длительное обращение к прерванному сношению может неблагоприятно отразиться на способности мужчины и женщины получить полное сексуальное удовлетворение и привести к явлению, известному под названием *аноргазмии*. Ненадежность метода состоит в том, что сперматозоиды могут попасть во влагалище до наступления эякуляции вместе с секретом, выделяемым из куперовых желез.

Более вредным прерванный половой акт оказывается для тех женщин, которые используют его постоянно. С течением времени, вследствие постоянного кровенаполнения тазовых органов, могут появиться боли в низу живота,

в пояснице, выделение белей. Застойное полнокровие может привести к увеличению матки, нарушениям менструального цикла. У мужчин этот способ вызывает сокращение времени полового акта, чрезмерно быструю эякуляцию.

Стерилизация постоянная, временная

Медицинскую стерилизацию как метод контрацепции разрешается производить только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего 2 детей.

Противопоказания: воспаление у мужчины семявыносящих протоков, яичек; у женщины — воспаление маточных труб.

При *постоянной стерилизации* у мужчин перерезают семявыносящие протоки, у женщин — маточные трубы (перевязывают, прижимают).

Временная стерилизация возможна только у женщин — зажимами перекрывают маточные трубы. Когда зажимы удаляют, репродуктивная способность быстро восстанавливается.

Секс-консультация специалистов	34
Исследования артериального давления	
у беременной	35
Исследования сердца	37
Определение числа лейкоцитов в моче	38
Наружное измерение температуры	39
Измерение окружности живота	42
Определение высоты стояния дна матки	43
Определение зевоты при беременности, влагалища и видах родов	
История родов у женщины	
Исследования беременной	45
Детские болезни и их профилактика	46
Дородовальные методы исследования	49
Питание и диета беременных	40
Подготовка к родам	
(включая беседы с беременными)	51



ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ СССР от 09.01.1986 № 55 «Об организации работы родильных домов (отделений)».
2. Приказ МЗ РФ от 29.11.1997 № 345 «О режиме родильных стационаров».
3. Акушерство. Практикум / Под ред. проф. В.Е. Радзинского. — М., 2002.
4. *Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В.* Основы сестринского ухода. — Ростов н/Д: Феникс, 2000.
5. *Славянова И.К.* Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. — Ростов н/Д: Феникс, 2004.
6. *Славянова И.К.* Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Практикум. — Ростов н/Д: Феникс, 2004.
7. Учебное пособие по сестринскому делу в акушерстве и гинекологии. — Курск, 1996.



ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Обследование беременной в женской консультации	5
Структура и оснащение женской консультации	5
Диагностика беременности и определение ее сроков	8
Признаки беременности	8
Опрос беременной	9
Медицинская помощь в женской консультации	11
Обследование беременной	13
Методика взятия мазка на степень чистоты влагалища и подготовка к осмотру врача	14
Взвешивание беременной	17
Измерение роста	18
Взятие крови из вены на RW и СПИД	19
Взятие мазка из зева и носа	21
Взятие мазка из прямой кишки на дезгруппу	24
Оформление направления для консультации специалистов	24
Измерение артериального давления у беременной	25
Исследование пульса	27
Определение числа дыхательных движений	28
Наружное измерение таза	29
Измерение окружности живота	32
Определение высоты стояния дна матки	33
Определение положения, предлежания, позиции и вида плода с помощью четырёх приемов наружного акушерского исследования беременной	35
Выслушивание и оценка сердцебиения плода	38
Дополнительные методы исследования	40
Гигиена и диететика беременной	40
Подготовка к родам (содержание бесед с беременными)	51

Глава 2. Санитарно-гигиенический и противозидемический режимы в акушерском стационаре	57
Акушерский стационар	57
Оснащение родильного отделения	58
Обработка предметов ухода	65
Обработка операционного поля	72
Дезинфицирующие средства нового поколения	75
Глава 3. Санитарно-гигиеническая обработка поступающих в отделение рожениц и беременных	77
Осмотр беременных и рожениц	77
Стрижка ногтей на руках	78
Стрижка ногтей на ногах	79
Сбривание волос в подмышечных впадинах	80
Сбривание волос на лобке	80
Постановка очистительной клизмы	81
Мытье роженицы (беременной) в душе	83
Глава 4. Обследование и уход за роженицей в предродовом отделении	85
Оснащение предродового отделения	85
Обследование роженицы	86
Проведение пробы с сульфосалициловой кислотой (проба на белок)	88
Определение группы крови	89
Определение группы крови с применением цоликлонов	92
Проведение пробы на свертываемость крови	93
Определение резус-фактора экспресс-методикой	94
Обработка наружных половых органов перед влагалищным исследованием	95
Ведение первого периода родов и ухода за роженицей	97
Подсчет и оценка схваток	98
Обезболивание первого периода родов	99
Обезболивание ингаляционными средствами	100

Глава 5. Уход за роженицей в родзале и ведение II и III периодов родов	101
Ведение второго периода родов	101
Перевод роженицы в родзал	102
Оснащение родзала	102
Подготовка к приему родов	105
Первый туалет новорожденного	113
Ведение третьего периода родов	115
Методы ручного отделения последа	117
Мероприятия при кровотечении в послеродовом периоде	120
Первичная обработка новорожденного	120
Подготовка к осмотру родовых путей	125
Глава 6. Уход за родильницей	128
Послеродовое физиологическое отделение	128
Обсервационное отделение	131
Режим дня послеродового отделения	131
Измерение температуры у родильницы с регистрацией на температурном листе	135
Уход за молочными железами	137
Туалет родильницы в постели	138
Подготовка к снятию швов	140
Гимнастика в первые дни после родов	141
Глава 7. Уход за новорожденными	153
Оснащение отделения новорожденных	153
Утренний туалет новорожденного	155
Современные перинатальные технологии	159
Клиника периода новорожденности	159
Пеленание новорожденного	161
Кормление детей грудью	163
Подготовка посуды и пастеризация сцеженного молока	166
Уход за детьми с родовой травмой	167
Уход за недоношенными детьми	169
Уход за детьми с инфекционными (гнойно-септическими) заболеваниями	171
Противотуберкулезная вакцинация новорожденных	173

Глава 8. Уход за беременными, роженицами и рожильницами с патологическим течением беременности, родов и послеродового периода	174
Патологическое течение беременности и родов	174
Ранние токсикозы и гестозы	175
Отделение патологии беременных	177
Уход за беременной с ранним гестозом	179
Оказание помощи беременной при рвоте	180
Уход за беременной с поздним гестозом	181
Кровотечения при беременности и родах	182
Уход за беременными с кровотечениями	184
Беременность и роды у женщин с экстрагенитальными заболеваниями	184
Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность	185
Измерение суточного диуреза и определение водного баланса	186
Постановка лекарственной клизмы	187
Катетеризация мочевого пузыря	189
Проведение внутрикожной инъекции	191
Проведение внутримышечной инъекции	193
Проведение внутривенной инъекции	195
Оказание неотложной помощи при приступе эклампсии	197
Внутривенное капельное введение лекарственных веществ с помощью системы	198
Неотложная помощь при любом виде кровотечения из половых путей (самопроизвольный аборт, внематочная беременность и пр.)	201
Оказание неотложной помощи при острой сосудистой недостаточности	202
Оказание неотложной помощи при отеке легкого	203
Оказание неотложной помощи при тромбоэмболии	204
Течение патологических родов	205
Роды при многоплодной беременности	205
Роды при узком тазе	206

<i>Роды при неправильных предлежаниях головки и неправильных положениях плода</i>	209
Несвоевременное родоразрешение	215
Преждевременные роды	215
Переношенная беременность	216
Роды при тазовых предлежаниях	218
Глава 9. Подготовка к операции и уход за послеоперационными больными при различной патологии	223
Малая операционная	223
Большая операционная	224
Отделение интенсивной терапии	225
<i>Перечень набора инструментов для различных манипуляций в акушерстве</i>	226
Подготовка к влагалищной операции	232
Промывание желудка	233
Введение газоотводной трубки	235
Подача грелки	237
Применение пузыря со льдом	239
Согревающий компресс	239
Применение пиявок	241
Подача кислорода	243
Постановка горчичников	246
Постановка банок	248
Подача судна	250
Профилактика пролежней	251
Смена постельного белья	253
Смена повязки на послеоперационной ране	255
Уход за нагноившимися швами на промежности	256
Помощь при мастите в послеродовом периоде	257
Глава 10. Обследование гинекологических больных. Уход за гинекологическими больными	259
Гинекологическое отделение	259
Методика внутреннего исследования	263
Взятие мазков на наличие гонококка	268
Постановка влагалищных ванночек	270

Введение во влагалище тампонов и присыпок	272
Проведение спринцевания влагалища	274
Постановка микроклизмы	276
Измерение ректальной (базальной) температуры	278
Сбор спермы для обследования	
при бесплодном браке	280
Подготовка женщины к пертубации	281
Подготовка женщины к гистеросальпингографии ...	282
Подготовка женщины	
к проведению гидротубации	284
Подготовка к взятию биопсии	
из эрозированной поверхности шейки матки	285
Подготовка женщины к выскабливанию	
полости матки	288
Подготовка к рентгенологическим	
исследованиям половых органов	290
Подготовка женщины к УЗИ половых органов	291
Введение во влагалище пессария	291
Оказание неотложной помощи	
при маточном кровотечении	292
Оказание неотложной помощи	
при повреждении половых органов	294
Оказание неотложной помощи	
при синдроме «острого живота»	
(внематочная беременность,	
разрыв кисты яичника)	297
Подготовка к влагалищной операции	297
Подготовка к полостной операции	299
Надевание стерильного халата, шапочки,	
маски, перчаток	300
Одевание врача к операции	302
Подготовка инструментальных столов	303
Заготовка перевязочного материала	307
Заготовка и складывание операционного белья	309
Подготовка к стерилизации и укладка	
в бикс перевязочного материала	310
Порядок подачи инструментов хирургу	312
Подготовка наркозного столика	315

Глава 11. Сердечно-легочная реанимация новорожденных и матерей _____ **316**

- Признаки клинической смерти 316
- Основные принципы оказания помощи 316
- Реанимация новорожденного 317
- Непрямой массаж сердца у новорожденного 319
- Реанимация женщины 320
- Биологическая смерть 322

Глава 12. Хранение лекарственных веществ _____ **323**

- Правила хранения лекарственных веществ 323
- Неотложная помощь при анафилактическом шоке 327

Глава 13. Методы и способы контрацепции _____ **329**

Литература _____ **342**

Издательство "Антарис"
г. Минск, ул. Островского, 44
тел.: 02-13-10
e-mail: antaris@pionet.ru