

**ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ  
АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРОЕКТ

# **ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ**

## **Вакуум-экстракция плода**

**Специальность:  
акушерство и гинекология (31.08.01)**

**2019**

## Оглавление

1. Авторы и рецензенты.....	3
2. Уровень измеряемой подготовки.....	4
3. Профессиональный стандарт (трудовые функции) .....	4
4. Проверяемые компетенции .....	4
5. Задача станции.....	5
6. Продолжительность работы станции .....	5
7. Информация по обеспечению работы станции .....	5
7.2. Рабочее место аккредитуемого .....	6
7.3. Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого).....	7
7.4. Симуляционное оборудование.....	8
8. Перечень ситуаций и раздел подготовки .....	8
9. Информация (брифинг) для аккредитуемого .....	10
10. Регламент работы членов АК на станции .....	11
10.1. Действия членов АК перед началом работы станции:.....	11
10.2. Действия членов АК в ходе работы станции.....	11
11. Регламент работы вспомогательного персонала на станции .....	11
11.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции.....	11
11.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции .....	12
12. Нормативные и методические материалы, используемые для создания паспорта.....	13
12.2. Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции .....	13
См. Приложение 1 .....	13
13. Информация для симулированного пациента .....	13
14. Информация для симулированного коллеги .....	13
15. Критерии оценивания действий аккредитуемого .....	13
16. Дефектная ведомость .....	14
17. Оценочный лист (чек-лист).....	15
18. Медицинская документация.....	16
19. Приложение 1 .....	16

## 1. Авторы и рецензенты

- 1 **Хаятова З.Б.** – д.м.н., руководитель симуляционной акушерско-гинекологической клиники МСАЦ ФГБОУ ВО НГМУ, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ НГМУ
- 2 **Иванников С.Е.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии БУ ВО «Сургутский государственный университет», руководитель симуляционно-тренингового центра Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр»
- 3 **Хаматханова Е.М.** – д.м.н., руководитель симуляционно-тренингового центра ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, мастер делового администрирования, отличник здравоохранения, эксперт Росздравнадзора
- 4 **Баев О.Р.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства-гинекологии, заведующий родовым блоком ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России
- 5 **Приходько А.М.** - к.м.н., ассистент кафедры акушерства-гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России
- 6 **Панова И.А.** – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России
- 7 **Пониманская М.А.** - к.м.н., заведующая родовым отделением филиала №2 ГКБ им. С.П. Боткина «Родильный дом с женскими консультациями 3, 6, 7, 12, 15, 32», инструктор-преподаватель Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы, «Московский врач»
- 8 **Ли Ок Нам.** – к.м.н., заведующая отделением патологии беременности филиала №2 ГКБ им. С.П. Боткина «Родильный дом с женскими консультациями 3, 6, 7, 12, 15, 32», инструктор-преподаватель Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы, «Московский врач»
- 9 **Беришвили М.В.** –к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Сеченовского университета
- 10 **Жолобова М.Н.** –к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Сеченовского университета

## **Эксперты Российского общества симуляционного обучения в медицине (Росомед):**

**Хаматханова Е.М.** – д.м.н., руководитель симуляционно-тренингового центра ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, мастер делового администрирования, отличник здравоохранения, эксперт Росздравнадзора.

**Горшков М.Д.** – председатель Президиума правления Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД, мастер Учебной виртуальной клиники «Ментор Медикус», Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава России, г. Москва

### **Ведущая организация:**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России*

## **2. Уровень измеряемой подготовки**

Лица, завершившие обучение по программе ординатуры в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), а также лица, завершившее обучение по программе профессиональной переподготовки по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), успешно сдавшие Государственную итоговую аттестацию и претендующие на должность врача-акушера-гинеколога или врача-акушера-гинеколога цехового врачебного участка. Приказ № 1043 н от 22.12.2017г «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».

## **3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)**

Проект профессионального стандарта «Специалист по акушерству и гинекологии».

Трудовая функция: А02.77

Оказание специализированной акушерско-гинекологической медицинской помощи детям и женщинам вне беременности, подросткам и женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде в стационарных условиях, в том числе дневного стационара.

## **4. Проверяемые компетенции**

Проведение родоразрешения с помощью вакуум-экстракции плода.

**5. Задача станции**

Демонстрация аккредитуемым умений провести родоразрешение с помощью вакуум-экстракции плода.

Примечание: оценка обработки рук, надевания халата и перчаток, общения с «трудным пациентом» не проводится.

**6. Продолжительность работы станции**

**Общая продолжительность станции – 10 минут**

**Фактическая продолжительность станции – 8,5 минут**

Таблица 1. Продолжительность работы станции

Голосовая команда	Действия аккредитуемого	Время начала действия	Время окончания действия	Продолжительность действия
«Ознакомьтесь с заданием!»	Ознакомление с заданием (брифингом)	0 сек	30 сек	30 сек
«Пройдите на станцию!»	Работа на станции	30 сек	8 мин	7 мин 30 сек
«Осталась одна минута!»	Завершение работы на станции	8 мин	9 мин	1 мин
«Покиньте станцию!»	Окончание работы на станции	9 мин	9 мин 15 сек	15 сек
«Пройдите на следующую станцию!»	Переход на следующую станцию	9 мин 15 сек	10 мин	45 сек

Для обеспечения синхронизации действий аккредитуемых при прохождении цепочки из нескольких станций, а также для обеспечения бесперебойной работы на каждой станции, перед началом процедуры первичной специализированной аккредитации целесообразно подготовить звуковой файл (трек) с записью голосовых команд, автоматически включаемых через установленные промежутки времени.

**7. Информация по обеспечению работы станции**

Для организации работы станции должны быть предусмотрены

**7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии (далее - АК) (таблица 2)**

Таблица 2. Рабочее место члена АК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2	Стул	2 шт.
3	Чек-листы в бумажном виде	по количеству аккредитуемых

4	Шариковая ручка	2 шт.
5	Персональный компьютер с выходом в Интернет для заполнения чек-листа в электронном виде (решение о целесообразности заполнения чек-листа в режиме on-line принимает председатель АК)	1 шт.
6	Компьютер с трансляцией видеозображения <sup>1</sup>	1

## 7.2. Рабочее место аккредитуемого

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (хирургический костюм или медицинский халат, сменная обувь, медицинская шапочка).

Помещение, имитирующее рабочее помещение<sup>2</sup>, обязательно должно включать:

1. Перечень мебели и прочего оборудования (таблица 3)

Таблица 3. Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1	Стол рабочий для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
2	Стул для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
3	Персональный компьютер, управляющий симуляционным оборудованием/ блок управления. Микрофон	1 шт.
4	Акушерский стол-кресло для размещения манекена-симулятора беременной	1 шт.
5	Раковина с однорычажным смесителем <sup>3</sup> (допускается имитация)	1 шт.
6	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
8	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1 шт.
9	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

<sup>1</sup> (по согласованию с председателем аккредитационной комиссии компьютер может находиться в другом месте, к которому члены аккредитационной комиссии должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись)

<sup>2</sup> Перечень обязательного оснащения кабинета (станции) не отражает перечень оснащения реального кабинета, а содержит только тот минимум, который необходим для решения конкретной задачи данной экзаменационной станции. По усмотрению организаторов кабинет может быть дополнительно оснащён в соответствии с нормативной базой, но не создавать при этом помех для основной цели работы на станции

<sup>3</sup> В случае, если раковиной оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала

## 2. Перечень медицинского оборудования (таблица 4)

Таблица 4. Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Столик инструментальный	1 шт.
2.	Функциональная кровать для приема родов для размещения симулятора роженицы	1 шт.
3.	Кардиомонитор фетальный дистанционный для контроля в родах (или распечатанные результаты кардиотокограмм нормального и патологического типов)	1 шт.
4.	Одноразовая система для вакуум-экстракции плода	1 шт.
5.	Бобовидный лоток	1 шт.
6.	Кислородная маска	1 шт.
7.	Антисептик в пульверизаторе для обработки рук, флакон 100 мл	1 шт.
8.	Пинцет анатомический	2 шт.
9.	Ножницы медицинские	1 шт.
10.	Мочевой катетер	1 шт
11.	Контейнер для сбора отходов класса А объемом 10 литров	1 шт.
12.	Контейнер для сбора отходов класса Б объемом 10 литров	1 шт.
13.	Раковина с одно рычажным смесителем, дозаторы для жидкого мыла, средств дезинфекции и диспенсеры для бумажных полотенец (имитатор)	1 шт

## 7.3. Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого)

Таблица 5. Расходные материалы

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого)
1.	Акушерские комплекты для приема родов (стерильные одноразовые)	2 шт.
2.	Перчатки медицинские	1 пара
3.	Спирт для обработки	1 мл
4.	Марлевые шарики	2 шт.
5.	Силиконовое масло	5 мл
6.	Антисептик (имитация) для проведения внутривенных (внутримышечных) инъекций	5 мл
7.	Шприц стерильный 2 мл с иглой 0,1– 0,25 мм	2 шт.

8.	Раствор антисептика для обработки рук (допускается имитация)	2 мл
9.	Простыни одноразовые нетканые	3 шт.

#### 7.4. Симуляционное оборудование

Таблица 6. Медицинское симуляционное оборудование

№ п/п	Перечень оборудования	Техническая характеристика симуляционного оборудования
1	Симулятор беременной женщины полноростовый	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имитация беременной женщины в полный рост.</li> <li>• Реалистичная имитация наружных половых органов.</li> <li>• Реалистичная имитация внутренних половых органов</li> <li>• Плод с головкой реалистичных размеров, анатомически корректным череп с сагитальным швом, родничками и артикулирующими конечностями</li> <li>• Возможность проведения влагалищных родов с помощью вакуум-экстракции</li> <li>• Наличие и компьютера, управляющего родовым процессом, а также физиологическим статусом роженицы и плода</li> <li>• Имитация сердцебиения плода для проведения аускультации плода с помощью стандартного стетоскопа</li> <li>• Выполнение токографии</li> </ul>

#### 8. Перечень ситуаций и раздел подготовки

Таблица 7.

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их матрице компетенций

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел матрицы компетенций
1	001	Слабость родовой деятельности во втором периоде родов, не поддающаяся медикаментозной терапии окситоцином, при головке плода находящейся в узкой части полости малого таза стреловидным швом в правом косом размере	<p><b>Необходимые умения</b></p> <p>Выявить общие и специфические признаки осложнений беременности: определить показания для экстренного оперативного вмешательства</p> <p>подбор методов лечения при возникновении осложнений во время родов:</p> <p>при аномалиях сократительной деятельности матки</p>

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел матрицы компетенций
			<p>Выполнение диагностических и лечебных методик во время:</p> <p>аускультация плода с помощью стетоскопа</p> <p>кардиотокография плода</p> <p>Хирургическое лечение во время родов:</p> <p>вакуум-экстракция плода</p> <p><b>Необходимые знания:</b></p> <p>Порядки оказания медицинской помощи детям и женщинам с гинекологическими заболеваниями, подросткам и женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде.</p> <p>Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям и женщинам с гинекологическими заболеваниями, подросткам и женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде.</p>
2	002	Острая гипоксия плода при его головке, находящейся стреловидным швом в прямом размере плоскости выхода малого таза, малым родничком кпереди.	<p><b>Необходимые умения:</b></p> <p>Выявить общие и специфические признаки осложнений беременности, родов и послеродового периода</p> <p>Определить показания к экстренному родоразрешению</p> <p>Определить показания для проведения консультации смежных специалистов</p> <p>Определение диагностических методик и подбор методов лечения при патологических родах при гипоксии плода</p> <p>Выполнение диагностических и лечебных методик у девочек и женщин с гинекологическими заболеваниями, у подростков и женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде:</p> <p>кардиотокография плода</p>

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел матрицы компетенций
			<p>Хирургическое лечение во время родов: вакуум-экстракция плода</p> <p><b>Необходимые знания:</b></p> <p>Порядки оказания медицинской помощи детям и женщинам с гинекологическими заболеваниями, подросткам и женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде.</p> <p>Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям и женщинам с гинекологическими заболеваниями, подросткам и женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде.</p>

## 9. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Брифинг (сценарий) № 1. Вы врач - акушер-гинеколог родильного отделения. Предполагается, что Ваша рабочая смена только что началась. В родильном зале находится роженица 28 лет. Из анамнеза известно, что соматический анамнез неотягощен. Данная беременность первая, протекала без осложнений, срок 39 недель, первый период родов длился 10 часов. Второй период родов длится 3 часа. Схватки по 20–30 секунд через 3–4 минуты. В течение последних 30 минут проводится родоусиление окситоцином, без клинического эффекта. АД 130/80 мм рт. ст. Жалобы на слабость и усталость. Околоплодные воды излились 5 часов назад – светлые в умеренном количестве. По КТГ признаков страдания плода нет. ЧССП (частота сердечных сокращений плода) 126 в минуту. Высота стояния дна матки 37 см, окружность живота 103 см. При пельвиометрии ОРСТ 1 ст., индекс Соловьева 14 см.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте необходимость и вид оперативного вмешательства.
3. Проведите оперативное вмешательство.

Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Брифинг (сценарий) № 2. Вы врач - акушер-гинеколог родильного отделения. Предполагается, что Ваша рабочая смена только что началась. В родильном зале находится роженица 26 лет. Второй период родов длится 90 минут. АД 135/85 мм рт. ст. По КТГ отмечается появление длительных (>120 секунд) и глубоких (<90 уд/мин.) децелераций. ЧССП (частота сердечных сокращений плода) 86 в минуту. Из анамнеза известно, что соматический анамнез неотягощен. Данная беременность первая, срок 39 недель, первый период родов длился 10 часов, в активную фазу первого периода применяли длительную эпидуральную анестезию. Околоплодные воды излились 3 часа назад – светло-зелёные,

прозрачные, в умеренном количестве. Высота стояния дна матки 37 см, окружность живота 101 см. Размеры таза в норме, индекс Соловьева 14 см.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте необходимость и вид оперативного вмешательства,
3. Проведите оперативное вмешательство.

Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

## **10. Регламент работы членов АК на станции**

### **10.1. Действия членов АК перед началом работы станции:**

1. Проверка комплектности и соответствия оснащения станции требованиям паспорта (оснащение рабочего места членов АК, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества аккредитуемых).
3. Проверка наличия письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.
4. Проверка наличия паспорта станции в печатном виде.
5. Проверка наличия бумажных чек-листов (с учетом количества аккредитуемых), или сверка своих персональных данных в электронном чек-листе (ФИО и номера сценария).
6. Активизация на компьютере Единой базы данных ОС (Минздрава России) по второму этапу аккредитации.

### **10.2. Действия членов АК в ходе работы станции**

1. Идентификация личности аккредитуемого, внесение идентификационного номера в чек-лист (в бумажном или электронном виде).
2. Заполнение чек-листа - проведение регистрации последовательности и правильности/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с критериями, указанными в чек-листе.
3. Заполнение дефектной ведомости (в случае необходимости).

## **11. Регламент работы вспомогательного персонала на станции**

### **11.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции**

1. Подготовка оснащения станции в соответствии с требованием паспорта (рабочее место членов АК, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).
1. Размещение на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества аккредитуемых).
2. Размещение письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.
3. Размещение тренажера - полуторс для гинекологического осмотра и тренажер для обследования молочных желез
4. Подготовка паспорта станции в печатном виде (2 экземпляра для членов АК и 1 экземпляр для вспомогательного персонала).
5. Подключение персонального компьютера для работы членов АК.

6. Проверка готовности трансляции и архивации видеозаписей.
7. Проверка на наличие беспрепятственного доступа к сети Интернет.
8. Проведение синхронизации работы станции с другими станциями при использовании звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
9. Выполнение иных мероприятий необходимых для обеспечения работы станции.

### 11.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции

1. Запуск нужного сценария, используя систему управления тренажером (в случае, если используется робот-пациент).
1. Приведение станции после работы каждого аккредитуемого в первоначальный вид.
2. Включение видеокамеры при команде: «Прочтите задание...» (в случае отсутствия постоянной видео регистрации).
3. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
4. Не менее чем через 1,5' после выхода аккредитуемого пригласить следующего аккредитуемого.
5. Включение звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
6. Включение видеокамеры по голосовой команде: «Ознакомьтесь с заданием!» (в случае, если нет автоматической видеозаписи).
7. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости)

№п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1	При попытке уточнить ФИО и возраст пациента	Сказать: «Будем считать паспортные данные выяснены»
2	При попытке начать мыть руки	Сказать: «Будем считать, что руки обработаны»
3	При попытке провести обработку наружных половых органов	Сказать: «Будем считать, что обработка проведена»
4	При попытке опорожнить мочевого пузырь	Сказать: «Будем считать, что мочевого пузырь опорожнен»
5	При попытке уточнить наличие аллергических реакций на медикаменты	Сказать: «Аллергических реакций на медикаменты нет»
6	При попытке назначить медикаментозную терапию	Сказать: «Будем считать, что препараты назначены и введены»
7	При попытке провести местную анестезию места предполагаемой эпизиотомии	Сказать: «Будем считать, что анестезия проведена»
8	При попытке провести эпизиотомию	Сказать: «Будем считать, что эпизиотомия проведена»
9	По окончании работы аккредитуемого на станции	Поблагодарить за работу и попросить перейти на следующую станцию

**Важно!** Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Нельзя высказывать требования типа:

«Продолжайте!», «Аккуратнее!», «Не так быстро!» и т.п.; задавать уточняющие вопросы: «И что дальше?», «Как долго?» и т.п. Всё, что Вы бы хотели отметить, а этого нет в чек-листе оформляйте в дефектной ведомости (раздел 16).

## **12. Нормативные и методические материалы, используемые для создания паспорта**

1. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 23 августа 2017 г. №15-4/10/2-5871 Клинические рекомендации (протокол) «Оказание специализированной медицинской помощи при оперативных влагалищных родах при наличии живого плода (с помощью акушерских щипцов или с применением вакуум-экстрактора или родоразрешение с использованием другого акушерского пособия)».
2. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 мая 2014 г. № 15-4/10/2-3185 Клинические рекомендации (протокол лечения) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде».
3. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2016 г. № 15-4/10/2-3483 Клинические рекомендации (протокол лечения) «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия».
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е издание, перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015
5. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
6. Профессиональный стандарт «Специалист по акушерству и гинекологии». – <http://regulation.gov.ru/projects#okveds=29&search=акушерство&npr=45156>

### **12.2. Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции**

См. Приложение 1

### **13. Информация для симулированного пациента**

Не предусмотрена.

### **14. Информация для симулированного коллеги**

Не предусмотрена.

### **15. Критерии оценивания действий аккредитуемого**

**В оценочном листе (чек-листе) (раздел 16) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения аккредитуемым.**

**В электронном чек-листе** это осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие было произведено;
- «Нет» – действие не было произведено

В случае демонстрации аккредитуемым не внесенных в пункты оценочного листа (чек-листа) важных действий или не безопасных или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости (раздел 15 паспорта) по данной станции, а в оценочный лист (чек-лист) аккредитуемого внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция непременно вносится членом АК в электронный оценочный лист (пока этого не произойдет, лист не отправится).

Для фиксации показателя времени необходимо активировать электронный оценочный лист (чек-лист), как только аккредитуемый приступил к выполнению задания, и фиксировать соответствующее действие, как только оно воспроизвелось аккредитуемым.

### 16. Дефектная ведомость

Станция «Амбулаторный прием врача акушера гинеколога» Образовательная организация _____				
№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в чек-листе	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в чек-листе	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод аккредитации

ФИО члена АК \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**17. Оценочный лист (чек-лист)****ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ**

Находится в стадии разработки

II этап аккредитационного экзамена      Специальность \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_      Номер кандидата \_\_\_\_\_

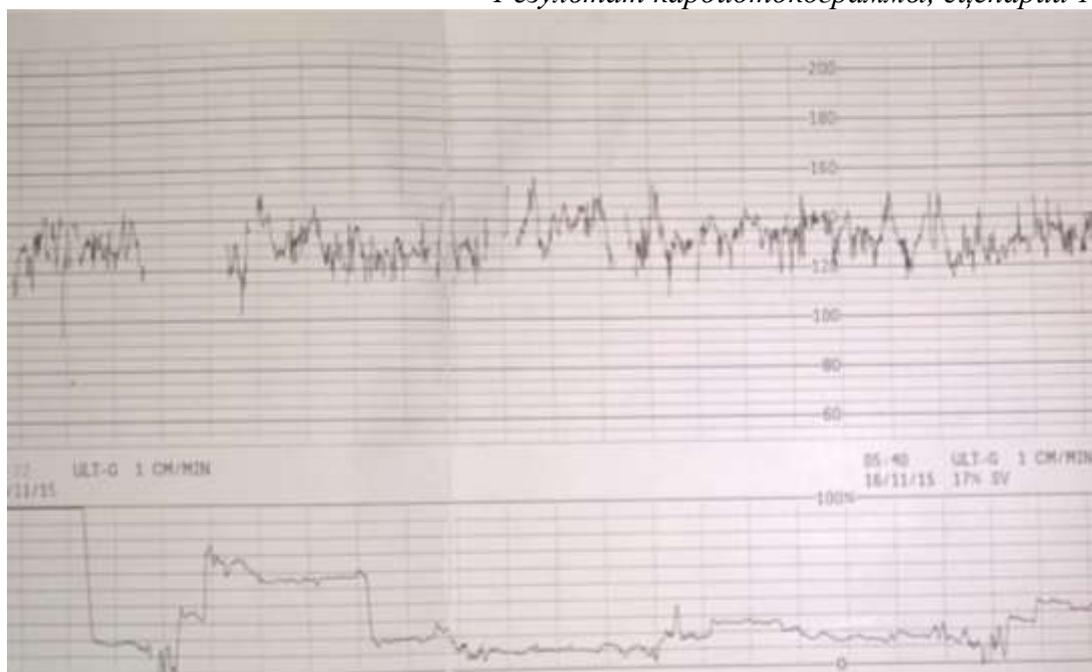
Номер задания \_\_\_\_\_

№	Действие аккредитуемого	Критерий оценки	Отметка о выполнении
1.	Надеть стерильные одноразовые перчатки	Выполнил	да нет
2.		Выполнил Сказал	да нет
3.		Выполнил Сказал	да нет
4.		Выполнил Сказал	да нет
5.		Выполнил Сказал	да нет
6.		Выполнил Сказал	да нет
7.		Выполнил Сказал	да нет
8.		Выполнил Сказал	да нет
9.	Другие нерегламентированные и небезопасные действия		количество
10.	Общее впечатление члена АК: родоразрешение с помощью вакуум-экстракции плода профессионально проведено		да нет

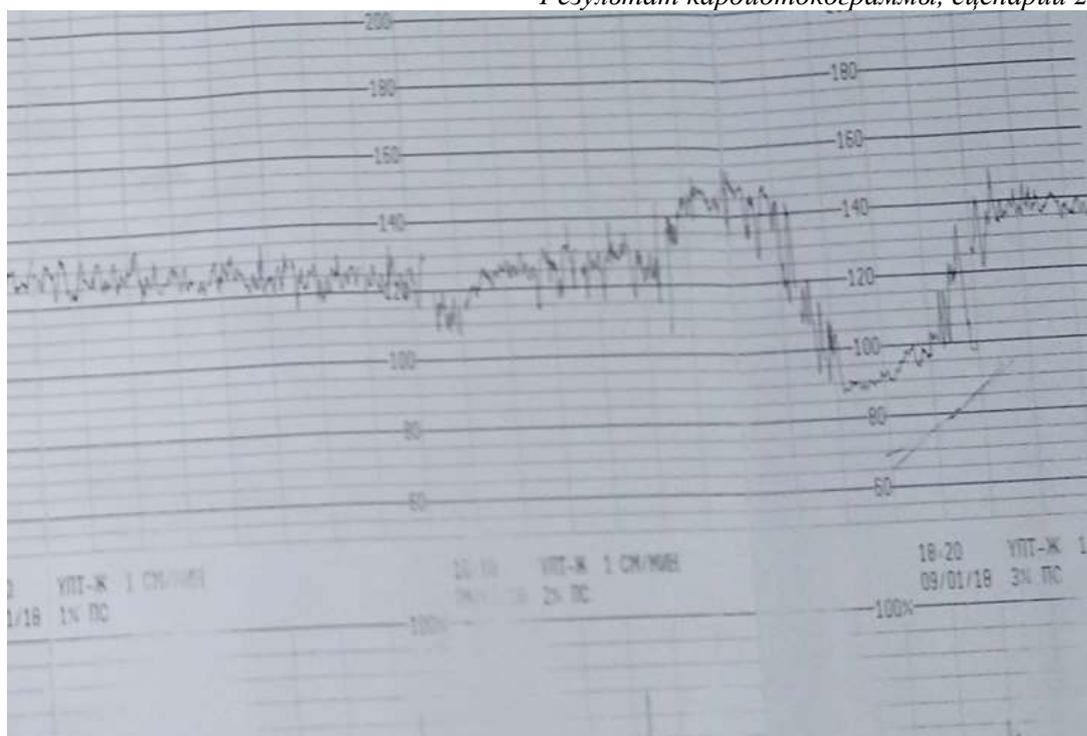
\_\_\_\_\_  
ФИО члена АК\_\_\_\_\_  
подпись\_\_\_\_\_  
Отметка о внесении в базу (ФИО)

## 18. Медицинская документация

Результат кардиотокограммы, сценарий 1.



Результат кардиотокограммы, сценарий 2.



## 19. Приложение 1.

**Методика подготовки к оперативным влагалищным родам** при живом плоде включает тщательное уточнение акушерской ситуации (справочная информация приведена в таблице 10):

1. Расположение стреловидного шва.
2. Расположение малого и большого родничка; локализацию проводной точки по отношению к малому и большому родничкам.
3. Расположение лобного шва.
4. Расположение больших теменных бугров и ушек плода;
5. Наличие или отсутствие асинклитизма.
6. Опознавательные точки, характеризующие границы соответствующих плоскостей таза.
7. Определение диаметра большого сегмента головки; и его отношение к плоскостям таза и их границам.
8. Определить направление тракций.

Таблица 10.

Анатомические ориентиры таза матери в зависимости от позиции головки плода

Локализация головки	Наружное и внутреннее влагалищное исследование
Головка малым сегментом во входе в малый таз	Над лоном определяется большая часть головки Определяется средняя и нижняя часть лонной кости До мыса (если достигается) можно достичь только согнутым пальцем за головкой Передняя часть крестца доступна не вся Головка фиксирована во входе в малый таз
Головка большим сегментом во входе в малый таз	Большая часть головки не определяется Определяется нижний и средний край лонной кости Достигается нижняя часть крестцовой впадины (4 и 5 крестцовые позвонки) Седалищные ости определяются
Головка в широкой полости малого таза	При наружном исследовании определяется только шейно-плечевая область плода Достигается только нижний край лобковой кости Достигается только нижняя часть крестцовой впадины (4 и 5 крестцовые позвонки) Седалищные ости определяются
Головка в узкой полости малого таза	Головка над лоном не определяется, определяется лишь шейно-затылочная область Лонная и крестцовая кости не достигаются С трудом достигается крестцово-копчиковое соединение Седалищные ости не определяются Стреловидный шов в косом размере ближе к прямому
Плоскость выхода	Головкой выполнена вся крестцовая впадина. Седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение, лобковая кость не достигаются

#### Подготовка к операции

1. Письменное добровольное информированное согласие пациентки.
2. Опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки (если позволяет время).
3. Соблюдение асептических условий.
4. Положение роженицы на спине с приподнятым головным концом, который образует с тазом прямой угол, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, колени широко разведены в стороны.

5. Перед началом операции необходимо еще раз уточнить:
  - характер вставления головки плода;
  - высоту нахождения головки в малом тазу (по расположению большого сегмента головки);
  - проводную точку и конфигурацию головки плода, размеры родовой опухоли при ее наличии;
  - уточнить особенности таза роженицы ниже плоскости расположения головки плода.
6. Вопрос о целесообразности проведения эпизиотомии решается индивидуально, так как данные рандомизированных исследований о необходимости рутинной эпизиотомии отсутствуют.
7. Также нет данных о целесообразности проведения антибиотикопрофилактики.

### **Методика проведения вакуум-экстракции плода (ВЭП)**

Устройство вакуум-экстрактора (ВЭ). Основными элементами одноразового ВЭ являются:

- пластиковая чашечка одноразового использования и связанный с ней тросик, ручной отсос для создания отрицательном давления, шкала индикатора разряжения и кнопка сброса отрицательном давления.
- на тросике - градуировка в сантиметрах (см), что позволяет оценить высоту стояния головки плода в полости малом таза.
  - «6 см» - головка плода в плоскости выхода малом таза.
  - «11 см» - головка плода в широкой части полости малом таза.

Перед применением необходимо протестировать герметичность чашечки ВЭ путем её прикладывания к ладонной поверхности руки хирурга с одновременным созданием разряжения.

### **Показания к использованию ВЭП.**

1. Выявление признаков внутриутробном страдания плода или нарастание их тяжести во втором периоде родов.
2. Острая гипоксия плода при головке плода находящейся в выходе малом таза.
3. Слабость родовой деятельности во 2-ом периоде родов. Во II периоде обычно головка плода проходит каждую плоскость малом таза не более чем за 30-40 минут у первородящих и 20-30 минут - у повторнородящих. Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным. Общая длительность 2 периода родов у первородящих не должна превышать 3 часа и 2 часа у повторнородящих.
4. Запланированное укорочение 2-го периода родов при наличии экстрагенитальной патологии, когда длительные и сильные потуги противопоказаны.
5. Низкое поперечное стояние стреловидного шва.
6. Асинклитическое вставление головки плода, препятствующее нормальному течению родов.
7. Выведение головки плода при операции кесарева сечения.

Подготовка к операции ВЭП, подготовка к влагалищному оперативному родоразрешению представлена в разделе 12.2.1.

Вопрос о рассечении промежности (информация в дополнение к данным из раздела 12.2.1) - сопротивление мягких тканей промежности обеспечивают дополнительную фиксацию чашечки ВЭ, и способствуют более естественному процессу прохождения головки по родовому каналу за счет ее сгибания и вращения.

### **Обезболивание ВЭП.**

Проведение ВЭП не требует проведения анестезиологического пособия, так как в процессе оперативных родов значимо не нарушается биомеханизм родов, не увеличиваются размеры, рождающейся головки плода. Кроме того, роженица должна активно участвовать в процессе родов, поэтому анестезиологическое пособие нежелательно.

Техника выполнения операции ВЭП.

1. После уточнения акушерской ситуации, врач двумя пальцами смещает вниз заднюю спайку, открывая вход во влагалище, берёт чашечку ВЭ «как писчее перо» и вводит в родовую канал внутренней стороной к головке плода.
  2. Чашечка ВЭ устанавливается таким образом, что стреловидный шов делит ее пополам. Расстояние между краем чашечки ВЭ и задним краем большом родничка должно составлять около 3 см (или 2 см кпереди от малого родничка) Таким образом, центр чашечки прибора располагается в области проводной точки головки плода (при переднем виде затылочном предлежания), что позволяет совмещать направление тракций с проводной осью малого таза, сохранять сгибание головки и синклитизм, а значит, гарантировать рождение головки плода с соблюдением биомеханизма родов.
  3. Правой рукой необходимо создать разряжение в системе ВЭ – граница между зелёной и красной зонами шкалы индикатора разряжения, что соответствует 500-600 мм рт. ст.
  4. Перед началом тракций необходимо убедиться, что под чашечку ВЭ не попали мягкие ткани родового канала.
  5. Направление тракций осуществляется в соответствии с кривизной таза и биомеханизмом родов. Количество тракций зависит от высоты положения головки. В 76-96% случаев достаточно 4 потуг. Продолжительность операции не должна превышать 20 минут
- Положение рук врача: тянущая рука - концевые фаланги 2-х или 4-х пальцев на ручке ВЭ (2 пальца, когда головка находится в выходе малого таза, 4 - когда головка в полости малого таза), предплечье руки является как бы продолжением «тросика», соединяющего чашечку ВЭ и рукоятку прибора. Концевые фаланги пальцев контролирующей руки находятся: большой палец - на чашечке прибора, указательный - на головке плода рядом с краем чашечки ВЭ, пальцы почти параллельны.
  - Задачи «тянущей руки»: совершение тракций в момент потуги, соблюдение направления тракций;
  - Задачи «контролирующей руки»: оценивать поступательное движение головки плода, предотвращать соскальзывание чашечки прибора - большой палец прижимает чашечку к головке, нивелируя силу тракций, соблюдение осевого направления тракций, контроль поворота головки по мере поступательного движения её по родовому каналу.
  - Определение направления тракций: это перпендикуляр из центра плоскости большого сегмента головки плода к плоскости таза, которую предстоит преодолеть. Для благополучного исхода операции важное значение имеет правильный выбор тракций в соответствии с биомеханизмом родов.

**! Направление всех тракций проводится относительно вертикально стоящей женщины.**

**Тракции при головке плода, находящейся в узкой части полости малого таза:** кзади, учитывая, что седалищные ости - поперечный диаметр полости располагаются несколько выше продольного диаметра полости - расстоянию от нижнего края симфиза до крестцово-копчикового сочленения, далее книзу, что способствует опусканию головки плода до момента, когда при переднем виде затылочного предлежания подзатылочная ямка головки плода будет касаться нижнего края симфиза и кпереди, разгибая головку плода и способствуя её прорезыванию.

**Тракции при головке плода, находящейся в полости выхода малого таза в переднем виде затылочного предлежания:** если подзатылочная ямка головки плода находится на уровне нижнего края симфиза, то только кпереди, разгибая головку плода и способствуя её прорезыванию, если подзатылочная ямка находится чуть выше нижнего

края симфиза, то направление тракций книзу будет способствовать опусканию головки плода с последующим переходом на тракции кпереди.

### **Признаки успеха проводимой операции ВЭП:**

1. Поступательное движение головки плода по родовому каналу.
2. Сгибание головки и самопроизвольная коррекция асинклитизма.
3. Самопроизвольный поворот головки в соответствии с биомеханизмом родов.

### **Характеристика стандартной операции ВЭП.**

1. Количество тракций – 3-6.
2. Случаев соскальзывания чашечки - не более 2.
3. Обязательное продвижение головки плода при первой или второй тракциях, поворот головки плода согласно биомеханизму родов.
4. Продолжительность операции не более 20 минут.
5. Равномерное потягивание за ручку прибора во время потуги без качательных движений.

### **Осложнения операции ВЭП.**

1. Повреждения у плода: мягких тканей головки плода, кефалогематома, подапоневротическая гематома.
2. Дистоция плечиков.
3. Нарушение мочеиспускания у роженицы.
4. Гематомы и разрывы мягких тканей родового канала.

### **Причины осложнений при ВЭП.**

1. Неправильное расположение чашечки на головке плода.
2. Неверное направление тракций.
3. Сильные тракции.
4. Качательные движения во время выполнения операции.

### **Показания к прекращению операции ВЭП**

1. Если при двух тракциях нет поступательного движения плода.
2. Если общее время тракций превышает 20 мин.
3. Если «соскальзывание» чашечки произошло более 2 раз.
4. При возникновении затруднений.

При неудавшейся попытке ВЭП и живом плоде, роды возможно закончить:

- Путем операции кесарева сечения.
- Путем операции наложения акушерских щипцов (при отсутствии клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери).
- Через естественные родовые пути (когда вакуум-экстрактор был применен в связи со слабостью родовой деятельности).

Таблица 11.

Техника проведения оперативных влагалищных родов в предусмотренных сценариях

Название операции	Показа родов	Условия	Контроль эффективности
Вакуум-экстракция плода.	1. Слабость родовой деятельности во	1. Полное открытие зева и отсутствие плодного пузыря.	1. Имеется поступательное продвижение

	<p>2-ом периоде родов. 2. Острая гипоксия плода во втором периоде</p>	<p>2. Живой плод. 3. Головное предлежание, лонная и крестцовая кости не достигаются, с трудом достигается крестцово-копчиковое соединение, седалищные ости не определяются, стреловидный шов в косом размере ближе к прямому 4. Соответствие размеров таза матери и головки плода. 5. Владение техникой операции и полным спектром оказания помощи при развитии осложнений: дистоция плечиков, кровотечение. 6. Опорожненный мочевой пузырь</p>	<p>головки плода при тракциях. 2. Время операции не более 20 мин. 3. Не возникает затруднений.</p>
--	---	---	--