

**ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРОЕКТ

ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ

**Родоразрешение с помощью акушерских
щипцов**

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 ФГБОУ ВО «Сургутский государственный университет» МЗ РФ, руководитель симуляционно-тренингового центра БУ ХМАО-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».

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

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 акушерских щипцов.

5. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым умений провести родоразрешение с помощью акушерских щипцов.

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 видеоизображения ¹	1

7.2. Рабочее место аккредитуемого

Помещение, имитирующее рабочее помещение², 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 ³ (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.

¹ (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)

² 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

³ 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 (или стол с закреплённым на нем анатомической моделью-тренажером для проведения операций)	1 шт.
3.	Кардиомонитор фетальный дистанционный для контроля в родах (или распечатанные результаты кардиотокограмм нормального и патологического типов)	1 шт.
4.	Акушерские щипцы	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 полноростовой	<ul style="list-style-type: none"> Имитация беременной женщины в полный рост. Реалистичная имитация наружных половых органов. Реалистичная имитация внутренних половых органов Плод с головкой реалистичных размеров, анатомически корректным череп с сагитальным швом, родничками и артикулирующими конечностями Возможность проведения оперативных влагалищных родов Наличие и компьютера, управляющего родовым процессом, а также физиологическим статусом роженицы и плода Имитация сердцебиения плода для проведения аускультации плода с помощью стандартного стетоскопа Выполнение токографии

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	Экстрагенитальная патология, при которой необходимо выключить потуги	<p>Необходимые умения</p> <p>Определить показания для проведения консультации смежных специалистов</p> <p>Определить показания для оперативного вмешательства</p> <p>Выполнение диагностических и лечебных методик во время родов</p> <p>кардиотокография плода</p> <p>Хирургическое лечение во время родов: наложение акушерских щипцов</p> <p>Необходимые знания:</p>

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел матрицы компетенций
			<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	001	Острая гипоксия плода при его головке, находящейся стреловидным швом в прямом размере плоскости выхода малого таза, малым родничком кпереди и преэклампсия тяжелая.	<p>Необходимые умения:</p> <p>Выявить общие и специфические признаки осложнений беременности, родов и послеродового периода</p> <p>оценить тяжесть состояния</p> <p>определить показания к экстренному родоразрешению</p> <p>определить показания для экстренного оперативного вмешательства</p> <p>определить показания для проведения консультации смежных специалистов</p> <p>определение диагностических методик и подбор методов лечения при патологических родах</p> <p>при гипоксии плода</p> <p>преэклампсии</p> <p>Выполнение диагностических и лечебных методик во время родов:</p> <p>кардиотокография плода</p> <p>Хирургическое лечение во время родов:</p> <p>наложение акушерских щипцов.</p> <p>Необходимые знания:</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>

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел матрицы компетенций
			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.

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 отягощен миопией средней степени тяжести, заключение окулиста: «периферическая витреохориоретинальные дистрофии (ПВХРД), с наличием витреоретинальных тракций. Рекомендовано выключение потуг во втором периоде родов». Данная беременность вторая, срок 39 недель, первый период родов длился 7 часов. Второй период родов длится 30 минут. Схватки по 50-60 секунд через 2 минуты. Начинается АД 130/80 мм рт. ст. Околоплодные воды излились 2 часа назад – светлые в умеренном количестве. По КТГ признаков страдания плода нет. ЧССП (частота сердечных сокращений плода) 136 в минуту. Высота стояния дна матки 36 см, окружность живота 101 см. Размеры таза 26-29-31-21 см., 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. По КТГ отмечается появление длительных (>120 секунд) и глубоких (<90 уд/мин.) децелераций. ЧССП (частота сердечных сокращений плода) 86 в минуту. Отмечает появление жалоб на головную боль и боли в эпигастрии. АД 170/100 мм рт. ст. После появления жалоб пациентке проведена антигипертензивная и начата магниевая терапия, в соответствии с клиническим протоколом. Данная беременность первая, последние 3 недели сильно отекала, отмечалась гипертензия до 140/90 мм рт. ст. 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 36 см, окружность живота 100 см. Размеры таза 25-28-31-20 см, 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 мочевой пузырь	Сказать: «Будем считать, что мочевой 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&npa=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 акушерских щипцов проведено профессионально		да нет

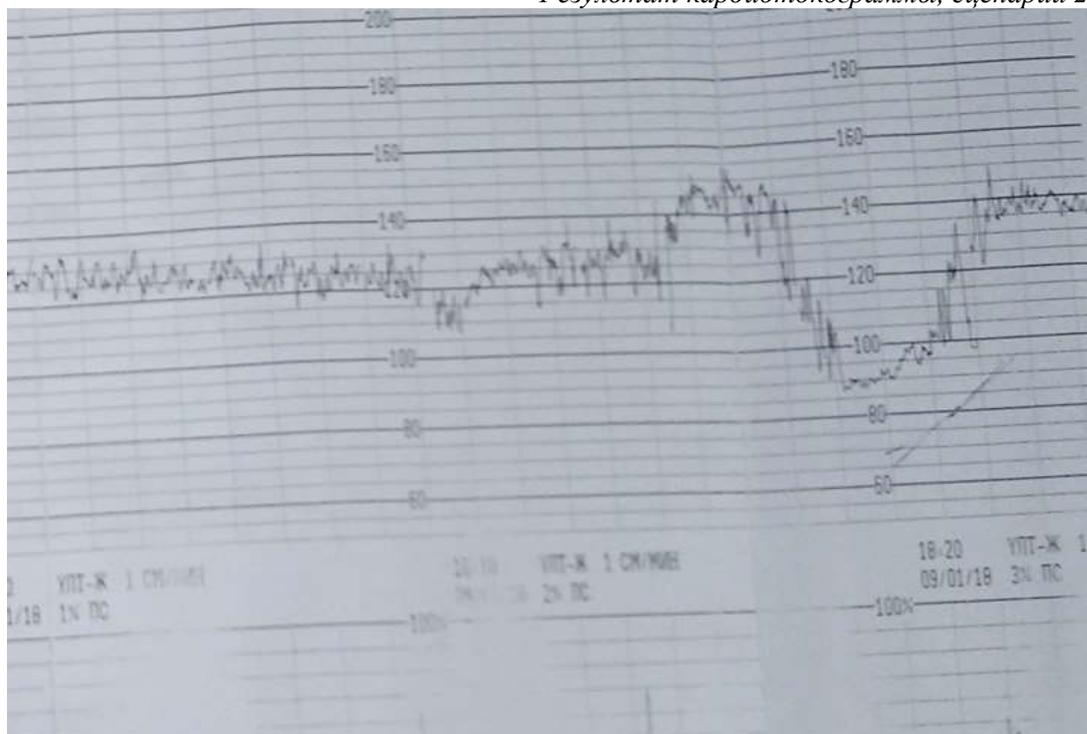
ФИО члена АК_____
подпись_____
Отметка о внесении в базу (ФИО)

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.

7.1.1. Методика проведения операции наложения акушерских щипцов (АЩ)

Показания к операции наложения АЩ

1. Острая асфиксия плода, либо прогрессирующая гипоксия плода при условии, что роды самопроизвольно в ближайшее время закончиться не могут (головка плода в узкой части полости малого таза и ниже).
2. Упорная вторичная слабость родовой деятельности, неподдающаяся консервативной терапии окситоцином. Во втором периоде обычно головка плода проходит каждую плоскость малого 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.
3. Экстрагенитальная патология, при которой необходимо выключить потуги (по рекомендациям смежных специалистов: окулистов, неврологов, кардиологов и т.д.)
4. Эклампсия, если приступ произошёл при головке плода, находящейся в плоскости узкой части полости малого таза и ниже.
5. Кровотечение во 2 периоде родов при благоприятном расположении головки плода в тазу матери и необходимости быстрого завершения родов.
6. Высокая температура у матери (выше 38°C при хориоамнионите и при затяжных родах, если лечение гипертермии неэффективно).
7. Затруднённое рождение головки при родах в тазовом предлежании.
8. Отказ пациентки тужиться.

Обезболивание. Операцию АЩ возможно проводить с использованием:

1. Общей внутривенной анестезией (на самостоятельном дыхании).
2. Общей анестезией с интубацией трахеи (при состояниях, угрожающих жизни роженицы).
3. Регионарной анестезией.
4. Пудендальной анестезией (при нахождении головки ниже узкой части).

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 (уровень доказательности В).
7. Также нет данных о целесообразности проведения антибиотикопрофилактики.

Техника проведения операции АЩ

1. Уточнение акушерской ситуации.
2. Складывание ложек щипцов.
3. Введение ложек щипцов.
4. Замыкание замка.
5. Пробная тракция.
6. Тракции. **Направление всех тракций указывается по отношению к вертикально стоящей женщине.**
7. Снятие щипцов.

«Золотым стандартом» для наложения АЩ в русскоязычной литературе являются три тройных правила

Тройное правило № 1: «Три слева - три справа». Левая ложка щипцов вводится левой рукой в левую сторону таза, правая ложка - правой рукой в правую сторону.

Тройное правило № 2 относится к введению и расположению щипцов: а) введенные ложки щипцов должны быть направлены вверх, в сторону проводной точки; б) ложки должны лежать бипариетально, захватить головку по наибольшей периферии, заходя за теменные бугры; в) проводная точка и ось головки лежат в плоскости замковой части щипцов.

Тройное правило № 3: «Три позиции - три тракции». Помогает определить направление тракций. При головке плода, находящейся в широкой части полости таза, тракции направлены кзади, вниз и кпереди; в узкой части – вниз и кпереди, в выходе - кпереди».

Если ветви щипцов сомкнулись в замок без затруднений, следует проверить правильность наложения ложек щипцов следующими способами: а) малый родничок должен находиться на середине между ложками щипцов; б) малый родничок должен находиться на расстоянии толщины одного пальца от поверхности щипцов в области замка. В противном случае тракции приведут к разгибанию головки; в) стреловидный шов должен находиться перпендикулярно замку щипцов.

После замыкания ложек АЩ необходимо провести пробную тракцию: рабочей рукой захватывают рукоятки щипцов, противоположной рукой фиксируют их, указательный палец левой руки касается головки плода, если во время тракции данное положение сохраняется, то АЩ наложены правильно.

Направление тракций согласно тройному правилу №3.

- при головке плода, находящейся в широкой или узкой частях полости малого таза, тракции осуществляются по направлению кзади;

- если головка плода находится в полости таза, когда диаметр большого сегмента головки находится между плоскостью узкой части полости малого таза и плоскостью выхода, то тракции направляют книзу;

- при нахождении головки в выходе малого таза, когда диаметр большого сегмента головки находится на уровне плоскости прямого размера выхода малого таза - тракции направляют кпереди.

При затылочном вставлении, когда головка плода находится большим сегментом в широкой части полости малого таза, тракции кзади осуществляют до тех пор, пока большой сегмент головки плода не достигнет уровня прямого размера узкой части малого таза (пальпация верхушек седалищных остей невозможна).

Тракции книзу проводят до тех пор, пока точка фиксации – подзатылочная ямка не окажется на уровне нижнего края симфиза (от проводной точки расстояние примерно 7см по головке плода). При дальнейших тракциях кпереди - головка начнёт разгибаться и врезываться. Если состояние плода удовлетворительное, тракции проводятся в режиме потуг, длительностью по 30-60 секунд с интервалом 1,5-2 минуты, операция длится от 3 до 8 минут, чтобы ткани родового канала успели растянуться при поступательном движении головки, а тело плода совершить повороты, характерные для биомеханизма родов.

При страдании плода операция проводится по возможности максимально быстро. Ложки АЩ снимают после рождения головки плода. Далее роды заканчиваются обычными акушерскими приемами.

Наложение АЩ при затылочном предлежании в плоскости выхода малого таза, передний вид:

Положение швов и родничков: стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под лоном, ниже большого, проводная точка – малый родничок.

Анатомические ориентиры таза матери: не определяются.

Наложение АЩ и тракции. Щипцы накладываются в поперечном размере, ложки щипцов проходят через ушки к подбородку (верхушки ложек). Тракции книзу проводят до тех пор, пока точка фиксации – подзатылочная ямка, не подойдёт под нижний край симфиза, затем тракции проводят кпереди.

Осложнения при операции наложения АЩ.

1. Вертикальное и горизонтальное соскальзывание ложек щипцов.
2. Повреждение мягких тканей родового канала и смежных органов: шейки матки, влагалища, промежности, прямой кишки, мочевого пузыря. Возможен разрыв матки.
3. Разрыв лонного сочленения.
4. Повреждения у плода: ссадины мягких тканей головки плода, кефалогематомы, подапоневротическая гематома, перелом костей черепа, повреждения лицевого нерва.
5. Дистоция плечиков.
6. Нарушения мочеиспускания у родильницы.

Наложение АЩ считается неудачным если:

1. Головка плода при каждой тракции не продвигается вперед.
2. Плод не рождается после трех тракций при отсутствии его опускания или спустя 30 минут от начала операции. Не продолжайте процедуру, если нет опускания при каждой тракции.
3. Каждое наложение щипцов следует рассматривать как попытку.
4. Если не удастся произвести родоразрешение наложением щипцов, необходимо провести кесарево сечение. Симфизиотомия не является выходом из ситуации.

Причинами неудач при операции наложения АЩ являются

1. Нераспознанное выраженное клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода.

2. Неправильное определение характера вставления головки плода и высоты её положения в малом тазу.
3. Неверное расположение ложек на головке плода.
4. Неправильное направление тракций при выполнении операции.
5. Тракции при незамкнутом замке щипцов.

Таблица 11.

Техника проведения оперативных влагалищных родов в предусмотренных сценариях

Название операции	Показа родов	Условия	Контроль эффективности
Типичные акушерские щипцы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экстрагенитальная патология, при которой необходимо выключить потуги 2. Острая гипоксия плода при его головке, находящейся стреловидным швом в прямом размере плоскости выхода малого таза, малым родничком кпереди и презклампися тяжелая. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Полное открытие маточного зева и отсутствие плодного пузыря. 2. Живой плод. 3. Головное предлежание, головкой выполнена вся крестцовая впадина, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение, лобковая кость не достигаются. 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 мочевого пузырь. 7. Адекватное обезболивание. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Головка плода при каждой тракции продвигается вперед. 2. Направление собственной тракции щипцов по проводной оси таза. 3. Время операции не более 30 минут.