

**ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРОЕКТ

ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ

**«Роды, осложненные дистокцией плечевого
пояса»**

**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.....	4
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.....	7
8. Перечень ситуаций и раздел подготовки.....	8
9. Информация (брифинг) для аккредитуемого	8
10. Регламент работы членов АК на станции.....	9
10.1. Действия членов АК перед началом работы станции:.....	9
10.2. Действия членов АК в ходе работы станции.....	9
11. Регламент работы вспомогательного персонала на станции	9
11.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции.....	9
11.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции	10
12. Нормативные и методические материалы, используемые для создания паспорта.....	10
12.2. Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции	11
См. Приложение 1	11
13. Информация для симулированного пациента	11
14. Информация для симулированного коллеги	11
15. Критерии оценивания действий аккредитуемого	11
16. Дефектная ведомость.....	11
17. Оценочный лист (чек-лист).....	13
18. Медицинская документация.....	14
19. Приложение 1	14

1. Авторы и рецензенты

1. **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
2. **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»
3. **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»
4. **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.
5. **Хаятова З.Б.** – д.м.н., руководитель симуляционной акушерско-гинекологической клиники МСАЦ ФГБОУ ВО НГМУ, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ
6. **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».
7. **Беришвили М.В.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Сеченовского университета
8. **Жолобова М.Н.** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Сеченовского университета
9. **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
10. **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

1. **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.
2. **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 родового пособия при родах, осложненных дистоцией плечевого пояса.

5. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым умений: осмотр и оценка состояния роженицы и плода в ходе оказания родового пособия, проведение родового пособия при родах, осложненных дистоцией плечевого пояса.

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

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 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	Гинекологическое кресло для размещения полуторса для акушерско-гинекологического обследования	1 шт.
5	Стол/ кушетка для размещения полуторса беременной (в зависимости от модели оборудования)	
6	Раковина с одно рычажным смесителем, с дозаторами для жидкого мыла, средств дезинфекции и диспенсерами для бумажных полотенец (допускается имитация)	1 шт.
9	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

2. Перечень медицинского оборудования (таблица 4)

Таблица 4. Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Столик инструментальный	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

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.	Зажим Кохера	1 шт.
5.	Бобовидный лоток	1 шт.
6.	Кислородная маска	1 шт.
7.	Пинцет анатомический	1 шт.
8.	Корнцанг	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.

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.	Простыни одноразовые нетканые	3 шт.
3.	Антисептик (имитация) для обработки рук	10 мл.
4.	Антисептик (имитация) для обработки кожных покровов	1 мл
5.	Антисептик (имитация) для проведения внутривенных (внутримышечных) инъекций	5 мл.
6.	Перчатки медицинские стерильные	1 пара
7.	Марлевые шарики	2 шт.
8.	Стерильные салфетки	5 шт.
9.	Силиконовое масло	5 мл
10.	Шприц стерильный 2 мл с иглой 0,1– 0,25 мм	2 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"> • Имитация беременной женщины в полный рост. • Реалистичная имитация наружных половых органов, в частности, позволяющая выполнить катетеризацию мочевого пузыря • Реалистичная имитация внутренних половых органов, позволяющая провести влагалищное обследование на предмет оценки состояния шейки матки, бимануальное влагалищное исследование. • Размеры живота и высоты стояния дна матки соответствуют сроку беременности. • Возможность определения положения плода. • Возможность проведения пельвиометрии • Имитация сердцебиения плода для проведения аускультации плода с помощью стандартного стетоскопа. • Плод с головкой реалистичных размеров, анатомически корректным череп с сагитальным швом, родничками и артикулирующими конечностями • Строение родовых путей и плода позволяют выполнить родовое пособие при дистоции плечевого пояса • Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки. • Проведение приема Леопольда-Левицкого. Имитация головного или тазового предлежания плода • Получение цервикального и влагалищного мазков.

8. Перечень ситуаций и раздел подготовки

Таблица 7.

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их матрице компетенций

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация
1	001	№1 Роды, осложненные дистоцией плечевого пояса (первая позиция передний вид)

9. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы - дежурный врач акушер-гинеколог родильного дома, присутствуете в родильном зале при втором периоде родов у роженицы с предполагаемыми крупными размерами плода. Родилась головка плода. Своевременно поставьте диагноз, окажите соответствующее пособие.

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 соответствие 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 симулятора роженицы на родовом столе, включение сценария «Дистоция плечевого пояса», размещение плода в соответствующем положении.
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)

Важно! Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов. Всё, что Вы бы хотели отметить, а этого нет в чек-листе оформляйте в дефектной ведомости

12. Нормативные и методические материалы, используемые для создания паспорта

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
2. Приказ Минздрава РФ от 1.11.2012 года N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (с изменениями на 12.01.2016 года)
3. Приказ Минздрава России от 6 ноября 2012 г. N 584н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании"
4. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по акушерству и гинекологии» (16.12.2015)
5. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов «Об утверждении САНПИН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
6. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде», 2014 г.
7. Клинические рекомендации (Протокол) оказания 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). Москва 2017г.

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

II этап аккредитационного экзамена Специальность _____
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер задания _____

№	Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении
1	Диагностировать дистоцию плечевого пояса	Сделал	да нет
2	Позвать на помощь	Сделал	да нет
3	обработать руки как перед хирургической операцией	Сделал	да нет
4	Надеть халат, маску, перчатки	Сделал	да нет
5	Сделать тракцию за головку	Сделал	да нет
6	Выполнить прием McRobert	Сделал	да нет
7	Выполнить надавливание над лоном	Сделал	да нет
8	Выполнить Прием Rubin	Сделал	да нет
9	Выполнить Прием Wood	Сделал	да нет
10	Выполнить Обратный прием Wood	Сделал	да нет
11	Выполнить Винт Wood	Сделал	да нет
12	Извлечь заднюю ручку	Сделал	да нет
13	вести указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, приподнять туловище кпереди, извлечь ребенка.	Сделал	да нет
14	Выложить ребенка на живот матери	Сделал	да нет
15	Наложить два зажима Кохера на расстоянии 8-10 и 15-20 см от пупочного кольца	Сделал	да нет
16	Пересечь пуповину между зажимами	Сказал	да нет
17	Катетеризировать мочевой пузырь	Сделал	да нет
18	Назвать Признак Чукалова-Кюстнера	Сказал	да нет
19	Назвать Признак Альфельда	Сказал	да нет
20	Назвать Признак Шредера	Сказал	да нет
21	Назвать Признак Довженко	Сказал	да нет
22	Назвать Признак Клейна	Сказал	да нет
23	Попросить роженицу потужиться, выделил послед	Сказал и сделал	да нет
24	Плаценту разложить на гладком подносе материнской поверхность вверх и рассмотреть ее	Сказал и сделал	да нет
25	Перевернуть послед плодовой стороной кверху Осмотреть оболочки	Сказал и сделал	да нет
26	Провести профилактику кровотечения 5 ед окситоцина	Сделал	да нет

27	Оценить кровопотерю	Сказал	да нет
28	Оценить состояние родильницы	Сказал	да нет
29	Другие нерегламентированные и небезопасные действия	Указать количество	[_____]
30	Общее впечатление эксперта: Посobie при дистоции плечевого пояса проведено профессионально		да нет
ФИО члена АК _____		Подпись _____	
Отметка о внесении в базу (ФИО) _____			

18. Медицинская документация

Не предусмотрены

19. Приложение 1.

11.2.1. Самопроизвольные роды в затылочном предлежании неосложненные

Терминология

Код МКБ-10: **O80.0** Самопроизвольные роды в затылочном предлежании.

Самопроизвольные роды в затылочном предлежании неосложненные - это роды одним плодом в затылочном предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии (показанием для амниотомии являются результаты внутреннего мониторинга плода (КЩС, прямая ЭКГ плода) и проведение анальгезии. Нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании не подразумевают использование в первом периоде родов утеротонических средств и рассечение промежности (перине-, эпизиотомию).

После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Если у женщины из группы высокого риска роды протекают без осложнений, то они также могут быть отнесены к тем, к кому применимы рекомендации протокола при самопроизвольных родах (без осложнений).

Своевременные роды - это роды в сроке 37 недель 1 день - 41 неделя гестации.

Основная цель оказания помощи во время нормальных родов - обеспечить безопасность для женщины и ребенка при минимальном вмешательстве в физиологический процесс, включая латентную фазу родов.

Медицинская помощь женщинам во время родов и в послеродовом периоде оказывается в рамках специализированной медицинской помощи.

При наличии индивидуальных родильных залов, с учетом состояния здоровья, женщине предлагаются семейно-ориентированные (партнерские) роды - практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Партнерские роды способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур, повышают взаимоответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи и снижают частоту конфликтов и жалоб.

Подготовка к родам

Объективные признаки начала родов: регулярные схватки через 10 минут и менее, открытие шейки матки 2-3 см (более 1 пальца), укорочение и сглаживание шейки матки более 80% от исходной длины.

При поступлении женщины на роды, бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы не являются обязательными и проводятся по желанию женщины. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать ее проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы (ножницы), не травмирующие кожные покровы.

Нецелесообразно использовать бритву, так как это повышает риск инфекции. Постановка очистительной клизмы выполняется при наличии медицинских показаний. Душ назначается всем пациенткам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

При поступлении роженицы в акушерский стационар врач должен (в соответствии с **приказом** Минздрава России от 6 ноября 2012 г. N 584н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании"):

- 1) Оценить состояние роженицы.
- 2) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.
- 3) Выслушать сердцебиение плода.
- 4) Провести общий наружный акушерский осмотр.

- 5) Провести внутреннее акушерское исследование.
- 6) Установить диагноз при поступлении и выработать план родов.

После осмотра и оформления документации акушерка приемного отделения должна лично проводить роженицу и сопровождающего в родовой блок до палаты, в которой она будет находиться во время родов.

При поступлении роженицы в родильный блок врач должен (в соответствии с **приказом** Минздрава России от 6 ноября 2012 г. N 584н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании"):

1) Провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазу; 2) Определить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуацию.

- 3) Оценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов.

Наблюдение за родами включает:

1) Возможность для женщины экстренного вызова медицинских работников.

2) Наблюдение за роженицей акушеркой родового блока (в основном), которая должна находиться непосредственно с пациенткой: в 1-м периоде - периодически (каждые 15-30 мин); в конце 1-го периода, во 2-м и в 3-м периодах - постоянно.

3) Возможность свободного положения пациентки в родах. При излитии околоплодных вод при неприжатой головке рекомендуется положение на боку. Следует иметь в виду, что роды в вертикальном положении (на коленях, сидя на корточках) на четвереньках, по сравнению с положением на спине, полусидя, на боку, укорачивают роды на 1 час и в меньшей степени требуют регионарной анальгезии.

- 4) Обучение женщины технике дыхания во время родов.

5) Исследование пульса - каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела - 1 раз в 4 часа, сократительная деятельность матки - каждые 30 мин. Регистрация полученных результатов на партограмме обязательна.

6) Оценку частоты и объема мочеиспускания - самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет - контроль за мочеиспусканием каждые 2-3 часа). При отсутствии самостоятельного мочеиспускания - выведение мочи катетером.

7) Запись дневников в истории родов каждые 3 часа. Внутреннее акушерское исследование в первом периоде родов проводится не реже 1 раза в 6 часов.

- 8) Мониторинг сердечной деятельности плода (аускультация, КТГ).

9) Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных вод, перед и после обезболивания обязателен.

10) При наличии врача анестезиолога-реаниматолога показана его консультация, для выбора оптимального метода обезболивания:

- роды могут быть обезболены (при наличии жалоб пациентки на боли) лекарственными средствами, предусмотренными **приказом** Минздрава России от 6 ноября 2012 г. N 584н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании".

- также может быть использована регионарная анальгезия: эпидуральная (люмбальная и сакральная), спинномозговая, и комбинированная спиноэпидуральная, парацервикальная и пудендальная анестезия. Чувствительные волокна от тела и шейки матки проходят в составе корешков Th11 и Th12, от промежности - в составе корешков S2-S4.

11) **NB! Ведение партограммы обязательно**

Ведение партограммы - наиболее простой, но эффективный метод графического ведения родов, который точно отражает динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода. Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи.

Ведение партограммы - наиболее простой, но эффективный метод графического ведения родов, который точно отражает динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода. Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи.

Ведение партограммы (акушеркой) в родах осуществляется с регистрацией следующих показателей:

- сократительной активности матки (тонус, частота, амплитуда (в т.ч. по данным наружной гистерографии), продолжительность) - каждый час;

- частоты сердечных сокращений плода - каждые 30 мин;

- высоты стояния предлежащей части плода (оценка опускания головки пальпацией живота) - каждый час;

- характера околоплодных вод - каждый час;

- динамики раскрытия маточного зева, конфигурации головки, динамики продвижения предлежащей части плода - вагинальный осмотр проводится по показаниям, но не реже 1 раза в 6 часов (излитие околоплодных вод является дополнительным показанием к влагалищному исследованию).

Первый период родов включает:

1) Латентную фазу - характеризуется регулярной родовой деятельностью, которая приводит к прогрессивному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева до 3-4 см. Длина шейки матки должна быть менее 1 см.

2) Активную фазу родов - дальнейшая дилатация маточного зева до 8 см открытия и фазу замедления от 8 см до полного раскрытия маточного зева).

Длительность фаз родов и скорость раскрытия маточного зева

Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу в среднем 0,35 см/час, в активную - не менее 1,2 см/час у первородящих и 1,5 см/час у повторнородящих.

Средняя продолжительность родов у первородящих около 8-14 часов, у повторнородящих 6-12 часов.

Мониторинг сердечной деятельности плода

- Периодическая аускультация сердцебиений плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии показаний со стороны плода (Уровень доказательности 1А).

- Выслушивание сердцебиения плода (норма: 110-160 уд./мин) проводится в первый период родов каждые 15-30 мин в течение одной полной минуты после окончания схватки; после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см. Во время потуг - после каждой потуги.

- Рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как данная методика имеет высокий процент ложноположительных результатов, а, следовательно, увеличивает частоту вмешательств, в том числе оперативных родов (Уровень доказательности 1а).

- Непрерывная КТГ плода в родах проводится при наличии медицинских показаний

- Результаты мониторинга сердечной деятельности плода и сократительной деятельности матки обязательно фиксируются в соответствующей части партограммы.

- УЗИ плода (при необходимости).

В первом периоде нормальных родов не рекомендуется:

1) родостимуляция посредством амниотомии и окситоцина;

2) рутинная амниотомия при открытии маточного зева менее 7 см. Показанием для амниотомии может являться только внутренний мониторинг плода (КЩС, прямая ЭКГ плода).

3) медикаментозное усиление маточных сокращений в первом периоде нормальных родов: от рутинного использования утеротоников (окситоцина) для ускорения родов следует отказаться;

4) заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.

Второй период родов это период с момента полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка.

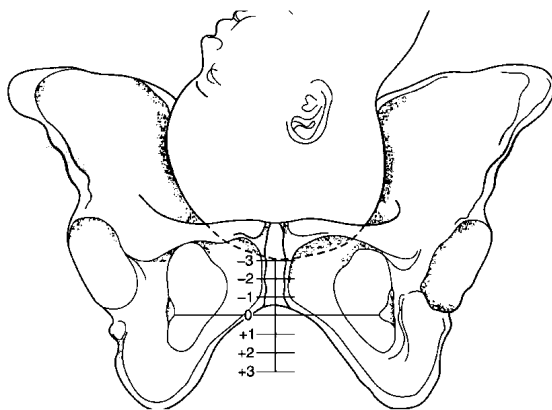
В среднем, второй период родов у первородящих длится 1,1 час (максимальная длительность 2,9 часа), у повторнородящих - 0,4 часа (максимально 1,1 часа).

Длительность второго периода родов у первородящих при эпидуральной аналгезии в родах не должна составлять более 3 часов, у повторнородящих - более 2 часов.

Особенностями ведения второго периода родов является:

- 1) Нахождение акушерки с роженицей постоянно
- 2) Документированный мониторинг:
 - АД, ЧСС роженицы 1 раз в час;
 - Контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час;
 - Мониторинг родовых схваток акушеркой с занесением в партограмму каждые 30 минут;
 - Мониторинг сердечной деятельности плода;
 - При расположении головки в узкой части или на тазовом дне аускультация плода - после каждой схватки.
- 3) При бради- или тахикардии плода - оценка по отношению к пульсу матери.
- 4) Прогрессия родов с указанием продвижения предлежащей части плода оценивается врачом с документированием в партограмме.
- 5) Роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы).

Прогрессия родов с ведением партограммы.



- 1) Во втором периоде родов показателем прогрессии родов является продвижение предлежащей части плода:

- Если подлежащая часть на 1 см выше седалищных остей, степень ее вставления обозначают как "-1"

- Если на 2 см ниже - как "+2".

- Если степень вставления подлежащей части более "-3", то подлежащая часть подвижна над входом в малый таз.

- Если степень вставления "+3", то подлежащая часть располагается на тазовом дне и во время потуги появляется в половой щели

2) Влагалищное исследование во втором периоде родов выполняется каждый час.

3) Во втором периоде головка плода находится в одной плоскости у первородящих в среднем 30-40 мин, 20-30 мин у повторнородящих. Скорость продвижения головки по родовым путям в среднем составляет: у первородящих - 1 см/ч, у повторнородящих - 2 см/ч.

NB! Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным.

NB! Любые приемы выдавливания плода (в т.ч. - Кристеллера) не проводить!

4) Акушеркой осуществляется подготовка места для принятия родов (разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов), необходимого оборудования и места для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка).

5) Рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина. Наиболее удобное положение в родах - полусидя. Наиболее неудобное и опасное для плода положение - лежа на спине.

6) Физиологические роды принимает акушерка.

7) Пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка. Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки проводится в удобное для акушерки время. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком. Марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается.

8) При рождении ребенка следует обеспечить присутствие неонатолога, который осматривает новорожденного сразу после рождения и дает развернутую оценку состояния ребенка.

Перинео- и эпизиотомия

1) Не рекомендуется рутинное рассечение промежности в родах (перинео- и эпизиотомия);

2) Рассечение промежности в родах также не должно выполняться и у пациенток, имеющих в анамнез разрыв промежности 3 или 4 степени.

3) В настоящее время ВОЗ ограничила использование рассечения промежности в родах:

- осложненными вагинальными родами (тазовое предлежание, дистоция плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода);

- рубцовыми изменениями гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывах третьей и четвертой степени;

- дистрессом плода.

4) Латеральная эпизиотомия не должна выполняться.

5) Предпочтительна медиолатеральная техника (справа между углом в 45° и 60°).

Операцию производят в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается участок головки диаметром 3-4 см. Метод обезболивания - предшествующая регионарная анестезия, инфильтрационная или пудендальная анестезия.

В родах не следует:

1. переводить в родильный зал (на родильную кровать) до момента врезывания головки (появление головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги - головка не уходит);

2. выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию (понятия "угроза разрыва промежности", "высокой промежности" как показания для проведения вмешательства в современном акушерстве отсутствуют. Понятие "ригидная промежность" предполагает препятствие для продвижения (рождения) головки в течение 1 часа и более);

3. использовать утеротоники для укорочения второго периода родов;

4. противодействовать разгибанию головки управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы);

5. форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при не тугом - ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком;

6. поднимать ребенка при непережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты);

7. использовать окситоцин и метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения.

Акушерские пособия при самопроизвольных родах в затылочном предлежании — ручные манипуляции, выполняемые во время родов без помощи инструментов с целью защиты промежности, ускорения родов и бережного выведения плода из родовых путей.

При головном предлежании плода с начала прорезывания головки проводится акушерское пособие по защите промежности, состоящее из 5 моментов.

1-й момент — воспрепятствование преждевременному разгибанию головки плода. Оказывающий акушерское пособие, стоя справа от роженицы, кладёт ладонь левой руки на лобок и кончиками пальцев осторожно задерживает быстрое поступательно-разгибательное движение головки, не производя при этом никакого сгибания. Это способствует прорезыванию головки наименьшей окружностью (32 см), проходящей по малому косому размеру, и меньшему сдавлению головки.

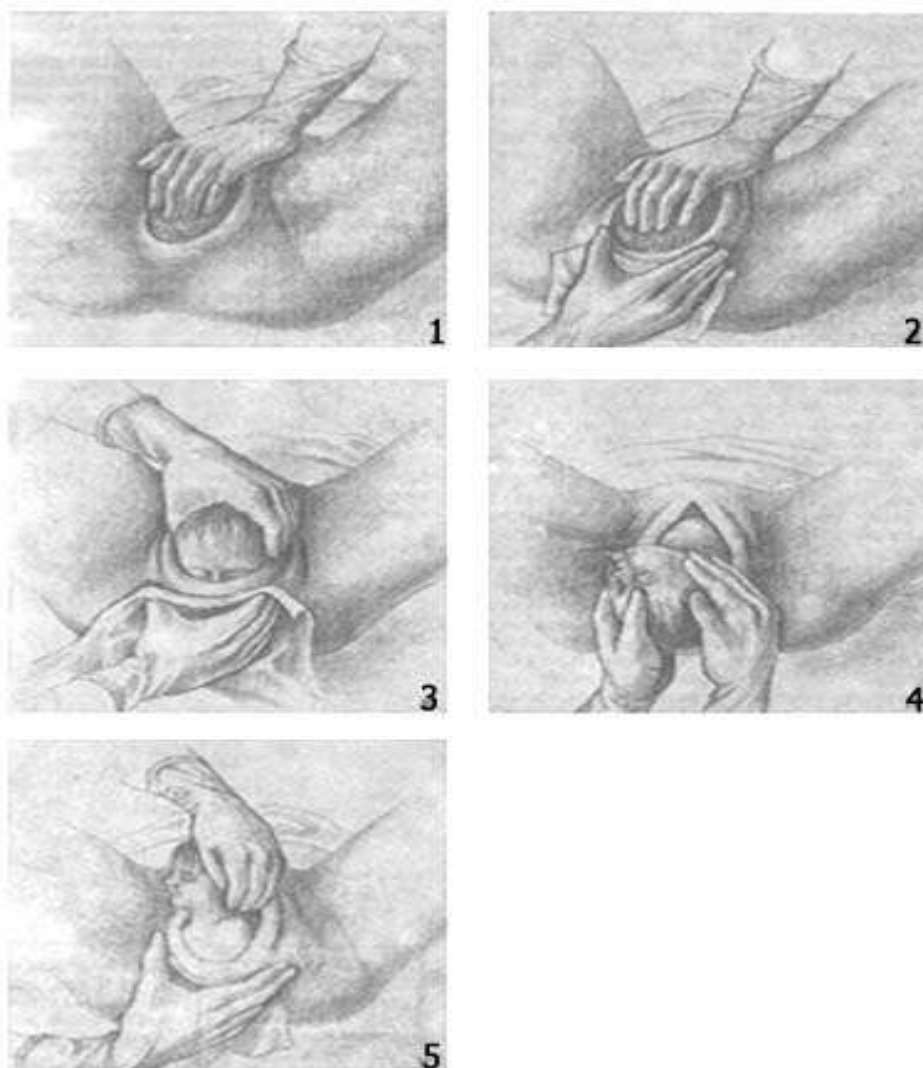
2-й момент — уменьшение напряжения тканей промежности и их растяжения. С момента прорезывания головки во время потуги ладонную поверхность правой руки располагают на промежности так, чтобы 4 пальца плотно прилегали в области левой половой губы к головке плода, а большой палец — в области правой половой губы. Надавливая кончиками пальцев на мягкие ткани, низводят их книзу в сторону промежности, что способствует уменьшению её напряжения и предупреждению разрыва. Между потугами большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают над прорезывающейся головкой вульварное кольцо, и сводя задне-боковые отделы его вниз по направлению к промежности, производят так называемый „заём тканей“.

3-й момент — выведение головки из половой щели вне потуг. При прорезывании головки до точки фиксации (подзатылочной ямки) роженице предлагают глубоко дышать через рот, руки переводятся на грудь и запрещается тужиться. После рождения затылочного бугра большим и указат. пальцами правой руки низводят боковые отделы вульварного кольца за теменные бугры. Затем головку плода захватывают левой рукой и осторожно её разгибают, а правая рука в это время сводит ткани промежности через лобик и личико плода.

4-й момент — уменьшение напряжения тканей промежности при освобождении плечевого пояса, наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. После рождения головки роженице предлагают потужиться. При этом головка плода поворачивается в сторону бедра роженицы, происходит внутренний, поворот плечиков и их рождение. Если плечики самостоятельно не рождаются, то головку захватывают обеими руками так, чтобы ладони плашмя легли на височную область, и во время потуги

производят поворот головки плода на 90° личиком к бедру роженицы. Одновременно происходит внутренний поворот плечиков. Головку осторожно оттягивают книзу, до тех пор, пока переднее плечико не подойдёт под лобковую дугу.

5-й момент — освобождение плечиков и рождение туловища.левой рукой головку приподнимают и отводят к лобку роженицы, а правой рукой осторожно снимают ткани промежности с заднего плечика. При прорезывании плечиков вновь значительно растягиваются мягкие ткани промежности, возможен её разрыв. После рождения плечевого пояса ребёнка обхватывают обеими руками так, чтобы кончики пальцев находились в подмышечных впадинах, туловище направляется кверху и легко рождается.



Пять моментов защиты промежности:

- 1 — воспрепятствование преждевременному разгибанию головки;
- 2 — уменьшение напряжения тканей промежности;
- 3 — выведение головки из половой щели;

4 — регуляция потуг, освобождение плечевого пояса (выведение переднего плечика);

5 - освобождение плечевого пояса (выведение заднего плечика) и рождение туловища.

Третий период родов

При ведении третьего периода родов необходимо знать и использовать:

- признаки отделения плаценты;
- способы выделения отделившего последа.

Признаки отделения плаценты:

Шредера - изменение формы и высоты стояния дна матки.

Альфельда - удлинения наружного отрезка пуповины.

Клейна - после потуги удлинившийся отрезок пуповины не втягивается.

Кюстнера-Чукалова - при надавливании ребром ладони над лоном отрезок пуповины не втягивается.

Способы выделения последа (послед выделяют после опорожнения мочевого пузыря):

Абуладзе - после бережного массажа матки переднебрюшную стенку двумя руками берут в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

Методы Гентера и Креде-Лазаревича - менее щадящи, поэтому используются после безуспешного применения метода Абуладзе.

Профилактика послеродового кровотечения осуществляется путем рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода - 10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину при наличии подготовленных специалистов.

NB! Учитывая, что контролируемые тракции за пуповину незначительно влияют на частоту массивных кровотечений, то от их применения неподготовленными специалистами нужно воздержаться и ограничиться введением окситоцина.

Умбиликальное введение простагландинов и окситоцина не рекомендуется.

NB! Последовый период не должен длиться более 30 мин.

- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
- Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.
- Медленно потяните плаценту для завершения родов.

- Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.

- Внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности.

- Если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа.

- После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.

- Оценивайте тонус матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.

- Оценка тонуса матки не должна проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (становится мягкой).

При нормальном течении послеродового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5% от массы тела.

Оценка разрывов и их ушивание

1) Оценка состояния родовых путей должна быть полная. При необходимости допустимо использование ректального исследования.

2) Разрывы родовых путей I-й степени принято считать незначительными (не повреждается мышечный слой промежности) и в ряде случаев они не требуют ушивания. Разрывы I-й степени могут быть ушиты однорядным узловым швом с использованием рассасывающихся нитей (предпочтительно - викрил) (инфильтрационная анестезия при отсутствии регионарной).

3) Для разрывов промежности II-й степени, помимо кожи и слизистой, характерно повреждение мышц промежности, но без вовлечения наружного анального сфинктера. Ушивание разрывов промежности II-й степени должно проводиться под тщательным обезболиванием (регионарная, инфильтрационная или пудендальная анестезия) путем наложения 3-4 узловых рассасывающихся швов, зашивание мышц тазового дна (промежности) - с наложением 3-4 узловых рассасывающихся швов (предпочтительно - викрил). Кожу целесообразно восстановить непрерывным рассасывающимся внутрикожным швом (для профилактики раневой инфекции).

4) Ушивание разрыва промежности III ст. (с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки) или IV ст. (с вовлечением передней стенки прямой кишки) должен

проводить опытный врач с участием ассистента и операционной сестры. Обезболивание - продолжающаяся регионарная аналгезия или в/в анестезия.

Оказание медицинской помощи новорожденному в родильном зале

Готовность к первичным реанимационным мероприятиям

Независимо от прогноза и степени риска рождения ребёнка в асфиксии, весь медицинский персонал, участвующий в приёме родов (акушер-гинеколог, акушерка, анестезиолог, неонатолог) должен владеть приемами первичной реанимации новорождённого в полном объёме. Заведующий родильным блоком и дежурный врач - неонатолог являются ответственными за обеспечение исправности необходимого оборудования для проведения первичной реанимационной помощи новорожденному.

Обсушивание новорождённого, осмотр и оценка состояния

Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать. Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребёнка снижается до 36 С и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.

NB! После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

Оценка состояния новорожденного

После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. При осмотре важно обратить внимание на следующее:

- наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов - оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов;

- выявление врождённых дефектов и признаков заболеваний - позволяет обеспечить своевременное и адекватное лечение;

- определение степени зрелости ребёнка и наличие задержки внутриутробного развития.

NB! Спонтанное дыхание в течение 30 с после рождения, громкий крик, частота сердечных сокращений более 100 в минуту, розовый цвет кожи - признаки удовлетворительного состояния при рождении.

Первый осмотр новорожденного желательно проводить непосредственно после рождения, на груди у матери, с целью исключения тяжелой патологии и контроля адаптации ребенка. Санация верхних дыхательных путей проводится только по показаниям (IV), зондирование желудка всем новорожденным проводить не рекомендуется (IIIВ).

Если состояние ребенка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует положить на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть тёплой пелёнкой.

NB! Масса тела при рождении фиксируется при первом измерении в течение первых часов после родов.

Низкой массой тела при рождении считают показатель менее 2500 г.

Пережатие и отсечение пуповины

Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко приводит к развитию гиперволемии и полицитемии, которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии. Рекомендуется пережимать пуповину через 1 минуту, но не позднее 10 минут после рождения ребенка.

Пережатие пуповины в конце первой минуты жизни:

Один зажим Кохера наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца

Второй зажим Кохера наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы

Третий зажим наложить на 2 см кнаружи от первого, участок пуповины между первым и третьим зажимами Кохера протереть марлевым шариком, смоченным 95% раствором этилового спирта, пересечь стерильными ножницами.

Первое прикладывание к груди

Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. В течение нескольких часов жизни новорождённый бодрствует, активен и готов к кормлению. Ребёнок может быть менее активным, если матери во время родов были назначены седативные или обезболивающие лекарственные препараты.

Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов.

Для того чтобы первое кормление было успешным, необходимо:

- принимая роды, нужно свести объём медицинского вмешательства к минимуму;
- по возможности избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребёнка;
- после родов обеспечить ребёнку контакт с матерью "кожа к коже";
- предоставить матери и ребёнку возможность общаться друг с другом;

- помочь ребёнку найти грудь, правильно приложив его, если мать находится под влиянием седативных средств или очень устала.

NB! Разлучать ребёнка с матерью следует только при крайней необходимости.

Необходимые процедуры (взвешивание, вторичная обработка пуповинного остатка, пеленание ребёнка) рекомендуется проводить после первого прикладывания ребенка к груди, после того, как он получит первые капли молозива.

Рождение ребенка и первые минуты, и часы сразу после рождения, требуют от матери большого физического и эмоционального напряжения. Консультирование и помощь в родильном зале по вопросам грудного вскармливания сразу после рождения ребенка закладывают основы правильного вскармливания ребенка в последующем. От того, как быстро и правильно ребенок будет приложен к груди в родильном зале, зависит отсутствие многих проблем с грудным вскармливанием в дальнейшем. Оказывая медицинскую помощь матери и ребенку, персонал не должен забывать об эмоциональном состоянии матери.

Сразу после рождения ребенка:

- Поздравьте мать с рождением ребенка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите ее.

- Убедите родившую женщину, что в первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная. Это не означает, что в груди нет молока, молозиво вырабатывается в небольшом объеме, а "зрелое" молоко появится в течение нескольких дней.

- Помогите приложить ребенка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).

Во время первых кормлений грудью мать может почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объема кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует не только выделению молока, но и сокращению матки. В дальнейшем кормление грудью способствует остановке послеродовых кровянистых выделений.

Вторичная обработка пуповинного остатка

Для вторичной обработки пуповины в настоящее время наиболее надежным и безопасным является одноразовый пластмассовый зажим, который накладывается на пуповинный остаток, при этом оптимальное расстояние от кожи живота до зажима составляет 1 см. При наложении зажима слишком близко к коже может возникнуть потёртость. После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровь.

Уход за кожей новорождённого в родильном зале

Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (vernix caseosa), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется. Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным тёплой водой.

Обмывание ребёнка под краном в родильном зале не рекомендуется.

Уход за глазами

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать:

- 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);
- мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г (однократное закладывание за нижнее веко).

Не рекомендуется использовать раствор нитрата серебра, который может вызывать химические конъюнктивиты и болевую реакцию у новорожденных. В настоящее время нет исследований, свидетельствующих об эффективности применения препарата альбуцид.

11.2.2. Дистоция плечиков

(ДП) — задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода, клиническое несоответствие плечевого пояса тазу матери, невозможность рождения плечиков после рождения головки плода в течение 60 с без применения специальных пособий.

ДП выходит на первое место среди причин родового травматизма новорождённого вследствие:

- снижения частоты родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании;
- почти полного отказа от применения полостных акушерских щипцов;
- роста числа случаев макросомии.

Синонимы

Затруднённое рождение (выведение) плечиков. Shoulder dystocia.

КОД ПО МКБ-10 - О66 Другие виды затруднённых родов.

Эпидемиология

Сообщаемая частота при влагалищных родах в головном предлежании — 0,6–2,8%. Причина роста частоты ДП, возможно, кроется в лучшем антенатальном уходе, повышении среднего возраста рожаящих, ожирении, большей прибавке массы тела во время беременности и устранении факторов, ведущих к преждевременным родам.

Причина разброса цифр встречаемости ДП в популяции — нечёткость определения ДП. Очевидно частота ДП выше указанных цифр, но большую часть случаев ДП (при отсутствии ближайших осложнений) в истории родов не регистрируют.

При ДП повышен уровень материнского травматизма и травматизма новорождённого.

В целом травматизм новорождённого наблюдают в 15–29% всех случаев ДП, причём в 68% — это травма плечевого сплетения.

Даже своевременное и правильное использование стандартных приёмов ведения второго периода родов при ДП не всегда позволяет избежать осложнений.

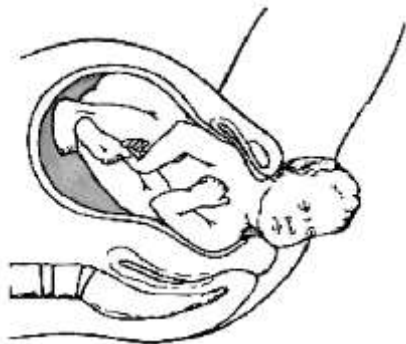
Классификация

- Высокая ДП — задержка рождения обоих плечиков (двусторонняя ДП).
- Низкая ДП — задержка рождения одного плечика (переднего).

Существует также классификация, основанная на степени выраженности ДП.

Патогенез

При неосложнённом течении периода изгнания родов синхронно с наружным поворотом головки плечики устанавливаются в косом размере плоскости входа в малый таз. Это позволяет переднему плечу легко преодолеть препятствие со стороны лонного сочленения матери или спонтанно во время схватки-потуги или при дополнительной лёгкой тракции головки кзади. ДП возникает при установлении плечиков в прямом размере плоскости входа в малый таз и задержке переднего плечика над лонным сочленением.





Клинические признаки:



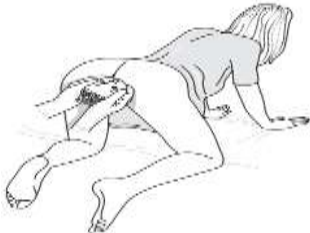
- шея плода не визуализируется, головка зажата промежностью - **симптом «черепяхи»**
- задержка рождения плечиков более 1 минуты после рождения головки плода
- личико плода багровеет

Действовать следует быстро, избегая трёх вещей (в английской литературе 3 P: pulling, pushing, pivoting):

- не тянуть (не производить чрезмерных тракций за головку);
- не толкать (не стараться выдавливать плод);
- не сгибать (не совершать чрезмерных латеральных сгибаний головки).

В англоязычном акушерстве есть мнемоническая аббревиатура **HELPERR**, которая завоевала популярность на курсах ALSO. Впервые мнемонический термин «HELPERR» был предложен Carlan и соавт. Термин довольно легко позволяет вспомнить в острой ситуации последовательность действий при ДП. Одно из основных правил при оказании всех пособий — исключение потуг. Эффективным может быть любой из приёмов, но ни один из них не универсален.

H-HELP	Позвать на помощь!	Акушера-гинеколога, неонатолога, анестезиолога, врача детского реанимационного отделения
E- evaluate for EPISIOTOMY	Оценить целесообразность эпизиотомии	Срединно-латеральная эпизиотомия
L - LEGS (ноги)	Приём Мак-Роберта	
P	Максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных и коленных суставах и умеренное давление ассистента над лоном (непрерывно или качательные движения)	
R R E		
E	Приём Рубина	
-	Во влагалище ввести два (или один) пальца по спинке плода до подмышечной ямки передней ручки, надавить, пытаюсь перевести плечевой пояс	
E N T E		

	<p>в косой или поперечный размер. Винт Вудса Ввести два пальца одной руки к передней поверхности заднего плечика, два пальца другой – на заднюю поверхность переднего плечика, повернуть на 180°.</p>	
<p>R - R</p>	<p>Извлечение задней ручки «Умывающим» движением в направлении от спинки к груди извлечь заднюю ручку плода</p>	
<p>R-ROLL (поворот)</p>	<p>Поворот по Гаскину - изменение позиции женщины в коленно-локтевую позу, повтор приемов</p>	

Все ручные манипуляции выполняют последовательно по мере увеличения сложности исполнения. Вначале применяют менее сложные и менее травматичные для плода, при их неэффективности переходят к более сложным.