

## **Вопросы к Государственному экзамену специальность 31.02.02 акушерское дело**

1. План обследования беременных.
2. УЗ исследование во время беременности.
3. План ведения беременных с угрозой Rh – конфликта.
4. План ведения беременных с угрозой невынашивания.
5. План ведения беременных с угрозой поздних гестозов.
6. План ведения беременных с анемиями.
7. Многоплодная беременность.
8. Невынашивание беременности (аборты, преждевременные роды).
9. Ранние токсикозы.
10. Поздние гестозы.
11. Предвестники родов.
12. Роды вне лечебного учреждения.
13. Хроническая внутриутробная гипоксия плода.
14. Роды крупным плодом.
15. Беременность и роды с анатомически узким тазом.
16. Переношенная беременность и запоздалые роды.
17. Роды при разгибательных предлежаниях.
18. Поперечное положение плода.
19. Беременность и роды с тазовым предлежанием.
20. Роды и сахарный диабет.
21. Несвоевременное излитие околоплодных вод.
22. Аномалии родовой деятельности.
23. Предлежание плаценты.
24. Преждевременная отслойка плаценты.
25. Травматизм в родах.
26. Патология третьего периода родов.
27. Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.
28. Послеродовые инфекционные осложнения.
29. Лактостаз.
30. Лактационный послеродовой мастит.

### **Перечень манипуляций**

1. Продемонстрируйте технику осмотра с помощью зеркал.
2. Продемонстрируйте технику бимануального вагинального исследования.
3. Продемонстрируйте технику мазка на степень чистоты влагалища и объясните возможные результаты.
4. Продемонстрируйте технику бактериоскопического исследования.
5. Продемонстрируйте технику кольпоцитологического мазка.
6. Продемонстрируйте технику измерения артериального давления беременной.
7. Продемонстрируйте технику определения видимых отеков.

8. Продемонстрируйте технику определения белка в моче.
9. Продемонстрируйте технику осмотра и пальпации молочных желез.
10. Продемонстрируйте приемы наружного акушерского исследования.
11. Продемонстрируйте технику аускультации сердцебиений плода.
12. Продемонстрируйте технику пельвиометрии.
13. Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.
14. Продемонстрируйте технику определения предполагаемого веса плода
15. Продемонстрируйте технику определения активности родовой деятельности.
16. Продемонстрируйте технику вагинального исследования в родах и результаты его.
17. Продемонстрируйте технику определения индекса Соловьева и диагональной конъюгаты.
18. Продемонстрируйте 4 прием наружного акушерского исследования и прием Пискачека.
19. Продемонстрируйте приемы самообезболивания в родах.
20. Продемонстрируйте технику подготовки роженицы к оказанию акушерского пособия.
21. Продемонстрируйте подготовки акушерки к оказанию акушерского пособия.
22. Продемонстрируйте технику акушерского пособия.
23. Продемонстрируйте технику проверки признаков отделения плаценты.
24. Продемонстрируйте технику выделения отделившегося последа.
25. Продемонстрируйте технику приемов выделения задержавшихся оболочек последа.
26. Продемонстрируйте технику осмотра родовых путей
27. Продемонстрируйте технику осмотра и оценки последа
28. Продемонстрируйте технику учета и оценки кровопотери.
29. Продемонстрируйте технику проведения офтальмогонобленореи.
30. Продемонстрируйте технику первичной обработки новорожденного.
31. Продемонстрируйте технику пеленания новорожденного.
32. Продемонстрируйте технику обработки швов на промежности.
33. Продемонстрируйте технику проверки признаков Вастена и Цангемейстера.
34. Продемонстрируйте технику пособия по Цовьянову, классического ручного пособия и пособия по Морисо-Левре.
35. Продемонстрируйте технику ручного отделения и выделения последа.
36. Продемонстрируйте технику ручного обследования полости матки и массажа матки на кулаке.
37. Продемонстрируйте технику обработки гнойной раны.

## **БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Взятие мазка на степень чистоты влагалища

**ЦЕЛЬ:** выявление микробной флоры.

**ОСНАЩЕНИЕ:** влагалищные зеркала, предметные стекла, ложечки Фолькмана, желобоватые зонды, длинные пинцеты или корнцанги.

**ТЕХНИКА:**

Ввести во влагалище зеркало и обнажить шейку матки.

Взять ложечкой Фолькмана выделения из заднего свода влагалища, зеркало извлечь, а выделения нанести на предметное стекло тонким слоем вдоль стекла или в виде буквы V- влагалище (vagina) и высушить на воздухе.

Указать в направлении: Ф.И.О., домашний адрес, дату забора мазка, роспись акушерки.

Взятие мазка на гонококк

**ЦЕЛЬ:** выявление гонореи.

Мазок на гонококк берется из уретры и цервикального канала с провокацией через 24 ч, 48 ч, 72 ч.

**ТЕХНИКА:**

Протереть наружное отверстие уретры ватным тампоном, затем указательный палец правой руки ввести во влагалище и массировать уретру изнутри кнаружи, чтобы получить отделяемое.

Взять ложечку Фолькмана в правую руку как карандаш и ввести в уретру на 1-1,5 см, сделать соскоб с задней стенки уретры.

Нанести отделяемое на два предметных стекла в виде кружочка или буквы И – уретра (uretra).

Ввести во влагалище зеркало, обнажить шейку матки и после протирания ватным шариком, длинным пинцетом (корнцангом, другим концом ложечки Фолькмана) взять отделяемое из цервикального канала легким покашливанием, введя инструмент на 1-1,5 см. Зеркало извлечь, а полученный материал нанести на стекла в виде поперечной полоски или буквы С-шейка (cervix).

Заполнить направление в лабораторию.

## **ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**ЦЕЛЬ:** выявление атипических (измененных) клеток.

**ОСНАЩЕНИЕ:** влагалищное зеркало, предметное стекло (один край которого матовый), шпатель Эйра.

Материал на цитологию берется из поверхности шейки матки и цервикального канала в месте перехода многослойного эпителия в цилиндрический.

#### ТЕХНИКА:

Ввести во влагалище зеркало и осмотреть шейку матки.

При отсутствии видимого патологического очага, без предварительного вытирания шейки матки, путем легкого надавливания и круговым движением шпателем Эйра на слизистую оболочку (удлиненный конец вставляется в наружный зев), избегая травматических манипуляций, получают соскоб сразу со всей поверхности шейки матки.

Нанести полученный материал на обезжиренное предметное стекло шпателем, делая равномерный тонкий мазок.

При обильном материале часть его перенести на другое стекло, высушить на воздухе. На матовом (натертом) крае стекла простым карандашом подписать фамилию женщины, что исключает возможность ошибки.

Указать в направлении: Ф.И.О., домашний адрес, возраст, дата последней менструации, диагноз, дата забора материала, роспись акушерки (врача).

При предопухолевых процессах и подозрении на рак шейки матки, материал надо получить с пораженного участка методом поверхностного соскоба. Соскоб более богат клеточными элементами патологического очага, в соскобе отсутствуют элементы влагалищного содержимого и эндометриальные клетки, что значительно облегчает цитологическую диагностику.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** инструменты для получения материала должны быть стерильными и сухими, т.к. вода и дезрастворы разрушают клеточные элементы, извращают восприятие краски.

Если в заднем своде влагалища имеется скопление выделений, их осторожно удалить тампоном. При отсутствии шпателя Эйра поверхностный соскоб с шейки матки может быть получен с помощью шпателя любой формы, из любого материала (металлическим, деревянным и др.). Материал из цервикального канала может быть получен с помощью желобоватого зонда, ложечки Фолькмана, деревянной палочки.

### **ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ**

Влагалищное исследование подразделяется на одноручное и двуручное (бимануальное); исследование проводят в перчатках.

#### ТЕХНИКА:

Раздвинуть указательным и большим пальцами левой руки большие и малые половые губы.

Ввести II и III пальцы правой руки во влагалище, большой палец отведен кверху, IV и V прижаты к ладони, а тыльная сторона упирается в промежность.

Пальцами исследовать; состояние мышц тазового дна, стенки влагалища (складчатость, растяжимость), своды влагалища, шейку матки (форма, консистенция) и наружный зев шейки матки (закрыт, открыт и т.д.).

Затем приступить к двуручному исследованию.

#### ТЕХНИКА:

Расположить пальцы, введенные во влагалище, в переднем своде, шейку матки отвести кзади.

Надавить пальцами левой руки на брюшную стенку по направлению к полости малого таза, навстречу пальцам правой руки.

Найти тело матки, сближая пальцы обеих рук, и определить ее положение, величину, консистенцию, подвижность.

Приступить к исследованию придатков. Для этого пальцы внутренней (правой) руки переместить в левый, а затем в правый боковой свод, а наружную (левую) руку на соответствующую пахово-подвздошную область.

В норме трубы и яичники не пальпируются.

В конце исследования прощупать внутреннюю поверхность костей таза и измерить диагональную конъюгату.

## **ИЗМЕРЕНИЕ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА ИНДЕКСА СОЛОВЬЕВА**

**ЦЕЛЬ:** диагностика узкого таза.

**ОСНАЩЕНИЕ:** тазомер, сантиметровая лента.

**ТЕХНИКА:**

Взять тазомер за пуговики.

Встать справа от женщины лицом к ней.

Нащупать пальцами передне-верхние ости подвздошных костей, приложить пуговики тазомера к ним, посмотреть на шкалу. Норма 25-26 см. Цена большого тазомера 5 см, малого 1 см. Не отрывая пуговики тазомера, вести его по гребням подвздошных костей до наиболее отдаленных точек. Посмотреть на шкалу. Норма 28-29 см.

Нащупать большие вертелы бедренных костей (при затруднении попросить женщину подвигать стопами из стороны в сторону). Норма 30-31 см.

Попросить женщину повернуться на бок, к нам спиной, левую ногу (нижнюю) согнуть в коленном и тазобедренном суставах, правую ногу вытянуть, нащупать верхний край лона, приложить пуговики тазомера к верхнему краю лона и верхнему углу ромба Михаэлиса. Посмотреть на шкалу. Норма 20-21 см.

Записать размеры в порядке измерения.

Индекс Соловьева-это окружность лучезапястного сустава.

Измеряется сантиметровой лентой (норма 14-16 см.) По величине индекса Соловьева судят о толщине костей таза, чем больше индекс Соловьева, тем больше толщина костей таза.

## **ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЪЮГАТЫ**

**ЦЕЛЬ:** Проводится с целью диагностики узкого таза.

**ОСНАЩЕНИЕ:** Тазомер или сантиметровая лента, перчатки.

ТЕХНИКА:

Диагональная конъюгата измеряется при влагалищном исследовании.

Надеть стерильные перчатки.

Ввести указательный и средний пальцы правой руки во влагалище по направлению к мысу.

Если мыс достижим, то кончик среднего пальца фиксировать на его вершущке, а ребро ладони упереть в нижний край симфиза. Если мыс не достижим, то указать длину своих пальцев.

Отметить указательным пальцем левой руки место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза.

Извлечь руки из влагалища, не отнимая указательный палец.

Измерить тазомером или сантиметровой лентой расстояние от вершущки среднего пальца до точки соприкасающейся с нижним краем симфиза (измерение проводит помощник). Диагональная конъюгата в норме равна 12,5-13 см.

#### **ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА И ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ**

ЦЕЛЬ: Выявление срока беременности и предполагаемой массы плода.

ОСНАЩЕНИЕ: Сантиметровая лента.

Беременная (роженица) лежит на спине с обнаженным животом. Измерение окружности живота проводят сантиметровой лентой: сзади на уровне середины поясничной области, спереди - на уровне пупка. Для измерения высоты стояния дна матки (ВСДМ) один конец сантиметровой ленты правой рукой прижимают к верхнему краю симфиза, а левой рукой натягивают ленту по поверхности живота до дна матки. Окружность живота (ОЖ) и высота стояния дна матки выражается в сантиметрах. Предполагаемая масса плода по формуле Жордания равна  $ОЖ \times ВСДМ$ .

НАПРИМЕР: ОЖ-100 см. ВСДМ- 35 см.

Масса плода равна 3500,0

#### **ПРОВЕДЕНИЯ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (4 ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА - ЛЕВИЦКОГО)**

Наружное акушерское исследование проводится с целью определения: положения, позиции, вида позиции, предлежание плода.

ТЕХНИКА:

Беременная лежит на спине, акушерка становится справа от нее, лицом к лицу женщины.

1. ПРИЕМ (для определения высоты стояния дна матки, срока беременности и части плода, расположенной в дне матки)

расположить ладони обеих рук на дне матки.

надавливать вниз, сближая пальцы рук, определить высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в дне матки.

2. ПРИЕМ (для определения позиции и вида позиции плода)

расположить ладони рук на боковых поверхностях матки на уровне пупка.

левая рука лежит спокойно на одном месте. Пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности матки, ощупать обращенную сюда часть плода.

правая рука лежит спокойно на стенке матки, а левой рукой ощупать часть плода, обращенную к правой стенке матки (спинка пальпируется в виде ровной площадки, мелкие части в виде небольших выступов).

3. ПРИЕМ (для определения предлежащей части плода)

одну руку (обычно правую) уложить немного выше лобкового соединения так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре пальца - на другой стороне нижнего сегмента матки.

медленным и осторожным движением, пальцы погрузить вглубь и охватить предлежащую часть (головка пальпируется в виде плотной, округлой части, имеющей отчетливые контуры, а тазовый конец - в виде неправильно-округлой формы, мягковатой консистенции, не способной к баллотированию).

4. ПРИЕМ (как дополнение к 3 приему и определение уровня стояния предлежащей части над входом в малый таз)

встать справа от женщины лицом к ее ногам.

расположить ладони обеих рук на нижнем сегменте матки справа и слева, концы пальцев доходят до симфиза.

проникнуть вытянутыми пальцами, осторожно внутрь по направлению к полости таза.

определить концами пальцев предлежащую часть и высоту ее стояния.

## **ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА**

ЦЕЛЬ: Определение состояния плода.

ОСНАЩЕНИЕ: Стетоскоп, часы.

Беременная (роженица) находится лежа на спине с обнаженным животом. Акушерка становится справа от женщины и проводит пальпацию живота с целью определения положения, позиции, вида позиции и предлежащей части плода. Сердцебиение плода выслушивается со стороны спинки, ближе к головке.

ТЕХНИКА:

Стетоскоп взять в правую руку, широкой воронкой приложить к животу так, чтобы не было просвета между стетоскопом и кожей живота. К другому концу стетоскопа приложить ухо, слегка прижать, руку от стетоскопа

отнять. Одновременно свободной рукой прощупать пульс женщины для контроля (синхронность ударов должна отсутствовать). Сердцебиение плода выслушивают в течение одной минуты (считать каждые 10 секунд). Получают 6 цифр сердцебиения плода. За сердцебиение плода берется то число ударов, которое чаще повторяется.

НАПРИМЕР: за 10 секунд: 20-120 уд. в мин, 22-132, 23-138, 22-132, 22-132, 24-144.

Сердцебиение данного плода составляет 132 уд. в минуту т. к. число 132 чаще повторяется. Это внутриминутный подсчет сердцебиения плода. Если бы на протяжении 1 минуты было только одно число сокращений, то это говорило бы о гипоксии плода. В норме частота сердечных тонов 120-160 уд. в минуту. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Примечание: при головном предлежании плода сердцебиение прослушивается ниже пупка слева или справа в зависимости от позиции, при тазовом предлежании - выше пупка, а при поперечном положении – на уровне пупка.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАТЫ РОДОВ И ДОРОДОВОГО ДЕКРЕТНОГО ОТПУСКА**

ОСНАЩЕНИЕ: Календарь, тазомер, сантиметровая лента.

**ДАТА ПРЕДСТОЯЩИХ РОДОВ, Т.Е. 40 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

По последней менструации: к первому дню последней менструации прибавить 40 недель или от даты первого дня последней менструации отсчитать назад 3 календарных месяца и прибавить 7 дней.

По дате последней овуляции: к дате примерной овуляции прибавить 40 недель (овуляция при 28-дневном цикле происходит на 14 день, при 21-дневном-на 7 день, при 35-дневном-на 21 день).

По первой явке в женскую консультацию: зная дату первой явки и срок беременности, продолжить счет до 40 недель.

НАПРИМЕР: 1 явка 04.01., срок беременности 9-10 недель. Продолжаем счет от 04.01. до 40 недель и получаем дату родов – 2 августа.

По УЗИ – аналогично (см. п.3).

По 1 шевелению плода. Первое шевеление плода у первородящих отмечается на 20 неделе, а у повторнородящих на 18 неделе. Зная дату 1 шевеления плода продолжить счет до 40 недель.

**ДАТА ВЫДАЧИ ДОРОДОВОГО ДЕКРЕТНОГО ОТПУСКА (ДДО)**

ДДО выдается в 30 недель беременности. Дата ДДО определяется по последней менструации, по дате предполагаемого зачатия, по 1 явке, по УЗИ, по 1 шевелению плода (аналогично, как дату родов), по данным объективного исследования.

Объективные данные: ВСДМ, ОЖ, лобно-затылочный размер головки. ВСДМ в сроке 30 недель у большинства беременных колеблется в пределах 29-31 см. Лобно-затылочный размер головки плода, измеренный тазомером равен 10-11 см.

## **ПАТРОНАЖ БЕРЕМЕННОЙ**



ОСНАЩЕНИЕ: Акушерский стетоскоп, сантиметровая лента, тонометр, фонендоскоп, пробирки для кипячения мочи.

ТЕХНИКА:

Обратить внимание на жилищно-бытовые условия.

Узнать о самочувствии женщины, что ее беспокоит, о режиме труда и отдыха, как она питается, как спит, какие упражнения выполняет.

Провести объективный осмотр:

измерить АД (на двух руках)

определить частоту пульса

проверить наличие отеков на стопах, голенях, передней брюшной стенке, лице.

Провести акушерское обследование:

- измерить ОЖ и ВСДМ.
- определить положение плода, вид позиции, предлежащую часть.
- обратить внимание на шевеление плода.
- выслушать сердцебиение плода и подсчитывают число ударов в минуту.

Взять мочу и провести качественную реакцию на содержание белка в моче.

Дать рекомендации.

Назначить следующую явку на прием в женскую консультацию или при ухудшении состоянии направить на госпитализацию в стационар.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СХВАТОК И ПАУЗ**

ЦЕЛЬ: Наблюдение за характером родовой деятельности.

ОСНАЩЕНИЕ: Секундомер или часы с секундной стрелкой.

ТЕХНИКА: Роженица лежит на спине.

Встать справа от роженицы.

Ладонь правой руки расположить на дне матки, в левой руке - часы.

Отметить время в момент начала напряжения стенок матки - это начало схваток.

Отметить время расслабления матки - это окончание схватки. Продолжительность схватки выражается в секундах.

Пауза-это промежуток между схватками, т.е. расслабление матки. Продолжительность паузы выражается в минутах. Подсчитывается не менее 2-3 схваток и пауз подряд. Началом родов принято считать появление ритмично повторяющихся каждые 10 минут сокращений матки (1,2 или 3 схватки), которые постепенно усиливаются, а паузы между ними укорачиваются. В начале родов схватки продолжаются 10-15 секунд, к концу их в среднем 55-60 секунд.

## **ПРИГОТОВИТЬ ВСЕ НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ**

Выдвинуть ножной конец кровати Рахманова, на него положить лоток для последа.

Подкатить к кровати передвижной инструментальный столик.

Вскрыть стерильный акушерский комплект одноразового пользования. Достать корнцангом (пинцетом) большую простынь и накрыть кровать Рахманова окрашенной стороной наружу. Малой простынею накрыть инструментальный столик. Адсорбирующую подстилку поместить на большую простынь для впитывания околоплодных вод и крови.

На столик с одного края поставить баночки: 1% раствор йодоната, 96 % этиловый спирт, 30 % раствор сульфацил натрия (от того же дня), 2-3 подписанные пробирки (для крови из материнского конца пуповины), шприц с 10 ед. окситоцина для профилактики кровотечения.

На другой конец столика положить пинцетом (корнцангом) женский пакет, детский пакет №1 для 1 этапа обработки пуповины (его акушерка разворачивает, когда родится ребенок), женский катетер, детский катетер, который соединяют с электроотсосом, салфетки из акушерского комплекта или ватные шарики, детские пеленки, перчатки.

## **ПОДГОТОВКА АКУШЕРКИ К ПРИЕМУ РОДОВ**

Надеть фартук из непромокаемого материала и марлевую маску.

Помыть руки, как для хирургической операции, одним из принятых способов.

Надеть стерильный халат из женского пакета (он должен уже лежать на передвижном инструментальном столике) и стерильные перчатки.

Встать у ножного конца кровати справа от роженицы (акушерка должна быть готова к приему родов, когда головка врезывается, а принимать роды, когда головка прорезывается).

## **ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКОГО ПОСОБИЯ (прием родов)**

**ЦЕЛЬ:** Бережное выведение головки. Предупреждение травматизма плода и матери.

Акушерка по общим правилам готовится к приему родов. Она находится у нижнего конца кровати справа от роженицы, должна быть готова при врезывании головки, приступает к оказанию пособия при прорезывании головки.

I МОМЕНТ. Препятствуют преждевременному разгибанию головки, чтобы головка рождалась в согнутом положении своей наименьшей окружностью (32 см.).

ТЕХНИКА:

Положить ладонь левой руки на лобок так, чтобы ладонные поверхности сомкнутых пальцев располагались на головке, не надавливая и осторожно препятствовать ее разгибанию.

II, III, IV МОМЕНТЫ проводятся одновременно.

II МОМЕНТ. Бережное выведение головки из половой щели вне потуг.

ТЕХНИКА:

Сразу же после окончания потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растянуть вульварное кольцо над прорезывающейся головкой.

III МОМЕНТ. Уменьшение напряжения тканей промежности.

ТЕХНИКА:

Положить правую руку ладонной поверхностью на промежность так, чтобы 4 пальца располагались в области левой большой половой губы, а правый большой палец - на правой. Надавливая на ткани, расположенные книзу и кнаружи от больших половых губ, осторожно оттеснить их книзу, таким образом, уменьшая напряжение тканей промежности. Благодаря этому улучшается кровоснабжение тканей промежности, снижается возможность разрыва.

IV МОМЕНТ. Регулирование потуг.

ТЕХНИКА:

Когда головка плода установилась теменными буграми в половой щели, а затылочной ямкой – под лонным сочленением, заставить роженицу глубоко и часто дышать открытым ртом. При таком дыхании тужиться невозможно. В это время правой рукой осторожно сдвинуть промежность над личиком плода кзади, а левой рукой медленно и бережно разогнуть головку и приподнять ее кверху. Если в это время будет необходима потуга, роженице предлагают потужиться с достаточной для выведения головки силой.

V МОМЕНТ. Освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода.

ТЕХНИКА:

После рождения головки предложить роженице потужиться. Происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. При выведении плечевого пояса следует действовать очень осторожно, чтобы не травмировать шейный отдел позвоночника. Головку плода захватить обеими руками в области околушных раковин и слегка отвести назад до тех пор, пока под лонное сочленение не подойдет переднее плечико. В это время другая акушерка (медсестра) вводит 10 ед. окситоцина (профилактика кровотечения). После этого левой рукой захватить головку так, чтобы ладонь находилась на задней щеке. Приподнимая головку кпереди, правой рукой осторожно сдвигают промежность с заднего плечика. В результате рождается заднее, а затем и переднее плечико. После рождения плечевого пояса со стороны спинки в подмышечные впадины ввести указательные пальцы и приподнять туловище кпереди, в результате без затруднений рождается нижняя часть туловища, ребенка выложить на живот матери.

## **ПЕРВЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО**

ОСНАЩЕНИЕ: Детские пакеты № 1,2; 2-3 детские пеленки, детский катетер, весы, 1% раствор йодоната, 96 % этиловый спирт, 30 % раствор сульфацил натрия, 5% раствор калия перманганата, перчатки.

Туалет новорожденного включает:

Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей

Профилактику гонобленореи

I этап обработки пуповины

II этап обработки пуповины

Антропометрию

Заполнение «браслетов» и «медальонов»

Пеленание

ТЕХНИКА:

- выложить ребенка на живот матери, отсосать слизь из дыхательных путей.

- вскрыть детский пакет № 1, взять пипетку и провести профилактику гонобленореи 30% раствором сульфацил натрия с помощью ватного шарика (для каждого глаза отдельный), придерживая веки ребенка закапать в глаза, а девочкам и на наружные половые органы 2-3 капли сульфацил натрия.

- после прекращения пульсации пуповины, ватным шариком отжать пуповину и наложить зажимы на расстоянии 10 см и 8 см., третий зажим - у наружных половых органов женщины.

между 1 и 2 зажимами обработать пуповину ватным шариком и 96 % этиловым спиртом, а затем ножницами пересечь ее.

срез детской культи пуповины смазать 1% раствором йодоната, а саму культю с зажимом уложить под ребенка, показать ребенка матери, обращая внимание на пол ребенка.

на пеленальный стол выложить из бикса пинцетом детский пакет №2 (II этап обработки пуповины проводится на пеленальном столе).

помыть руки и надеть стерильные перчатки.

вскрыть детский пакет №2; с помощью марлевой салфетки (шарика) отжать пуповинный остаток от основания к периферии, затем протереть шариком с 96% этиловым спиртом пуповину.

на пуповинный остаток наложить лигатуру на расстоянии 0,5 см от пупочного кольца, ножницами отсечь остаток пуповины на 0,5 см от верхнего края лигатуры.

остаток пуповины над лигатурой обработать ватным шариком со спиртом. Поверхность среза, пуповину обработать палочкой с ватой раствором калия перманганата 5%.

на пуповину наложить косыночную повязку.

первородную смазку не снимать т.к. она обеспечивает защиту ребенка от контаминационной микрофлоры.

взвесить ребенка, измерить рост от затылка до пяточных бугров. Окружность головы измеряется по линии, проходящей через лобные бугры и затылок в области малого родничка; грудь – по линии сосков и подмышечных впадин.

заполнить «браслетки» и «медальоны» соблюдая стерильность. На них указать: Ф.И.О. матери, номер истории родов, пол ребенка, массу, рост, дату и время рождения. «Браслетки» привязать к рукам ребенка.

запеленать ребенка, за пеленку положить 2 медальона, пипетку, ватные шарики. Через 2 часа провести повторную профилактику гонобленореи.

#### ПРИМЕЧАНИЕ:

При резус отрицательном факторе крови, недоношенным и детям, рожденным в тяжелом состоянии, на пуповину накладывают лигатуру на расстоянии 3-4 см от пупочного кольца, т.к. сосуды пуповины могут понадобиться для проведения инфузионной терапии. В случае загрязнения кожи ребенка кровью или меконием акушерка легкими движениями удаляет их стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным маслом из индивидуального флакона.

### **ВЕДЕНИЕ III (ПОСЛЕДОВОГО) ПЕРИОДА РОДОВ**

**ЦЕЛЬ:** Не допустить патологической кровопотери.

После рождения ребенка, вывести мочу катетером, отделить ребенка от матери. Материнский конец пуповины опустить в чистый лоток для последа.

III период родов ведется активно и продолжается до 20 минут (в среднем 5-10 минут). Акушерка наблюдает за состоянием роженицы, признаками отделения последа и выделениями из половых путей.

#### **ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ:**

**Признак Шредера** – изменение формы и высоты стояния дна матки. После рождения плода матка имеет округлую форму, дно находится на уровне пупка после отделения плаценты, матка вытягивается в длину, дно поднимается выше пупка, и отклоняется вправо от средней линии.

**Признак Альфельда** – удлинение наружного отрезка пуповины. После отделения плаценты от стенок матки послед опускается в нижний сегмент матки, что приводит к удлинению наружного отрезка пуповины. Зажим, наложенный на пуповину на уровне половой щели, опускается на 10-12 см.

**Появление выпячивания над симфизом** – когда отделившаяся плацента опускается в тонкостенный нижний сегмент матки, передняя стенка вместе с брюшной стенкой приподнимается и образуется выпячивание над симфизом.

**Признак Довженко** – втягивание и опускание пуповины при глубоком дыхании свидетельствует о том, что плацента не отделилась, и наоборот отсутствие втягивания пуповины при входе свидетельствует об отделении плаценты.

**Признак Кюстнера - Чукалова** – при надавливании ребром ладони на матку над лонным сочленением пуповина не втягивается во влагалище.

Для установления отделения плаценты достаточно 2-3 признака.

Если плацента отделилась, предлагают роженице потужиться и послед рождается, а при неэффективности потуг применяют способы выделения отделившегося последа. После изгнания последа матка плотная, округлой формы, дно ее находится на 2 поперечных пальца ниже пупка.

## **СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА**

**ЦЕЛЬ:** Выделить отделившийся послед

**ПОКАЗАНИЯ:** Положительные признаки отделения последа и безэффективность потуг

**ТЕХНИКА:**

**СПОСОБ АБУЛАДЗЕ:**

Произвести бережный массаж матки, с целью ее сокращения.

Обеими руками взять брюшную стенку в продольную складку и предложить роженице потужиться. Отделившийся послед обычно рождается легко.

**СПОСОБ КРЕДЕ–ЛАЗАРЕВИЧА:** (применяется при безэффективности способа Абуладзе).

Привести дно матки в срединное положение, легким наружным массажем вызвать сокращение матки.

Встать слева от роженицы (лицом к ногам), дно матки обхватить правой рукой, таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь – дне, а четыре пальца – на задней поверхности матки.

Провести выжимание последа: сжать матку в переднезаднем размере и одновременно надавить на ее дно по направлению вниз и вперед по оси таза. Отделившийся послед при этом способе легко выходит наружу. При безэффективности способа Креде-Лазаревича проводят ручное выделение последа по общим правилам.

## **ОСМОТР ПОСЛЕРОДОВОЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

**ОСНАЩЕНИЕ:** Набор для осмотра шейки матки (широкое пластинчатое зеркало, два окончатых зажима, подъемник).

**ЦЕЛЬ:** Диагностировать возможный разрыв шейки матки

**ТЕХНИКА:**

Без предварительного обезболивания с соблюдением правил асептики и антисептики, после окончания последового периода (не раньше) шейку матки обнажить широким влагалищным пластинчатым зеркалом с подъемником, которые передать помощнику.

Переднюю губу шейки матки захватить двумя зажимами, отступая друг от друга на 3-4 см. Растягивая зажимы в стороны, осмотреть участок между ними.

Затем слева расположенный зажим снять и наложить на таком же расстоянии по другую сторону оставшихся неосмотренных участков. После осмотра следующего участка шейки матки снова переложить один зажим.

Таким образом осуществить последовательный гарантированный осмотр шейки матки по ходу часовой стрелки. По мере надобности помощник передвигает и оттягивает влагалищное зеркало и подъемник для создания лучшего обзора. Чаще разрывы шейки матки бывают на 3 и 9 часах.

## **ОСМОТР ПОСЛЕДА НА ЦЕЛОСТНОСТЬ**

**ЦЕЛЬ:** Определение целостности плаценты и оболочек.

**ОСНАЩЕНИЕ:** Лоток, перчатки, послед.

**ТЕХНИКА:**

Плаценту разложить на лотке материнской поверхностью вверх.

Внимательно осмотреть всю плаценту: одну дольку за другой, дольки должны плотно прилегать друг к другу, отсутствие дольки на материнской поверхности называется дефектом плаценты.

Внимательно осмотреть края плаценты (края целой плаценты гладкие, и не имеют отходящих от них оборванных сосудов).

Перевернуть плаценту материнской стороной вниз. А плодовой кверху.

Взять края разрыва оболочек пальцами. Расправить оболочки, стараясь восстановить яйцевую камеру.

Обратить внимание на целостность водной и ворсистой оболочек. Выяснить, нет ли между оболочками оборванных сосудов, отходящих от края плаценты (наличие таких сосудов указывает на то, что была добавочная долька плаценты, которая осталась в полости матки).

Выяснить место разрыва оболочек (чем ближе от края плаценты место разрыва оболочек в родах, тем ниже была прикреплена плацента, т.е. в нижнем сегменте матки). Показать плаценту врачу.

Измерить плаценту, взвесить, выписать направление на гистологическое исследование. В направлении указать: название роддома, Ф.И.О. родильницы, возраст, домашний адрес, клинический диагноз, состояние новорожденного по шкале Апгар, дата и роспись акушерки.

## **ИЗМЕРЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ**

**ЦЕЛЬ:** Учет количества теряемой крови.

**ОСНАЩЕНИЕ:** Лоток для последа, градуированный сосуд.

**ТЕХНИКА:**

1. Вывести мочу катетером, после рождения ребенка и отделения его от матери.

2. Под таз роженицы подложить лоток и в него опустить материнский конец пуповины.
3. Кровь в III (последовом периоде) из лотка вылить в градуированный сосуд и определить количество крови в III периоде.
4. Учитывается также кровопотеря в раннем послеродовом периоде (в течение 2-х часов, когда роженица находится в род зале) таким же способом.
5. В истории родов (форма 096/У) указать общую кровопотерю путем суммирования кровопотери в последовом и раннем послеродовом периодах.

Допустимая физиологическая кровопотеря с учетом веса роженицы в норме не более 0,5 % от веса роженицы. В среднем кровопотеря в норме составляет 150-200 мл. Для женщин, угрожаемых по кровотечению, допустимая физиологическая кровопотеря с учетом веса роженицы не более 0,3 % от веса роженицы. 400 мл - это пограничная кровопотеря, свыше 500 мл – патологическая кровопотеря.

### **ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ**

ОСНАЩЕНИЕ:

Сантиметровая лента.

Фонендоскоп.

Тонометр.

О результатах патронажа сведения заносятся в индивидуальную карту беременной и родильницы и в патронажный журнал участка.

Проверить жилищно-бытовые условия.

Спросить о самочувствии женщины, режиме труда и отдыха, режиме питания, обратить внимания на уход за младенцем (пеленание, купание, туалет ребенка), режим кормления, соблюдении правил гигиены при уходе за ребенком. Проверить правильность ухода за молочными железами для профилактики мастита. Провести беседу о контрацепции

Провести объективный осмотр: измерить АД, пульс, температуру, общее состояние родильницы.

Провести акушерское обследование:

- а) состояния молочных желез
- б) инволюцию матки
- в) характера выделений из половых путей (лохий).

Назначить следующую явку на прием в женскую консультацию.

Дать рекомендации (по питанию, грудному вскармливанию, гигиене, контрацепции).

### **ТУАЛЕТ ШВОВ НА ПРОМЕЖНОСТИ**



ЦЕЛЬ: Предупреждение послеродовых заболеваний.

ОСНАЩЕНИЕ: Набор для

туалета швов, пинцетов и корнцангов столько, сколько родильниц, для каждой родильницы отдельный инструмент, стерильные ватные и марлевые шарики, 3 % р-р перекиси водорода, 5 % р-р перманганата калия, кружка Эсмарха.

ТЕХНИКА:

Перед туалетом швов, надеть клеенчатый фартук, маску и стерильные перчатки.

Застелить кресло чистой клеенкой, а поверх стерильной пленкой.

Осмотреть состояние швов.

Взять корнцанг (он будет рабочим), этим корнцангом достать еще один – для подачи стерильного материала.

Стерильным ватным шариком на корнцанге, обмыть наружные половые органы перманганатом калия из кружки Эсмарха от лобка вниз, без затекания раствора во влагалище, не касаясь швов на промежности.

Осушить область швов на промежности от лохий стерильным марлевым шариком, поданным в рабочий пинцет вторым стерильным корнцангом.

Обработать швы 3% р-ром перекиси водорода, затем 5% р-ром перманганата калия.

Рабочий пинцет отправить на обработку.

Родильнице дать стерильную подкладочную пленку, а кресло обработать дезраствором.

Туалет швов на промежности проводится 2 -3 раза в день.

ПРИМЕЧАНИЕ: При наличии гиперемии, отека или гнойного налета на швах сообщить врачу.

## **РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПО ЦОВЪЯНОВУ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

ЦЕЛЬ: Сохранение нормального членорасположения плода

ТЕХНИКА: Акушерское пособие оказывается согласно биомеханизму родов. Когда ягодичцы прорезались, их захватить руками следующим образом: большие пальцы расположить на прижатых к животу ножках, остальные пальцы обеих рук – на поверхности крестца. Такое расположение рук предупреждает:

а) преждевременное выпадение ножек

б) свисание туловища вниз

Рождающееся туловище направлять вверх, по продолжению оси родового канала. По мере рождения туловища, руки постепенно продвигать по направлению половой щели роженицы. Надо стремиться к тому, чтобы ножки не выпали раньше рождения плечевого пояса. При рождении плечевого пояса ручки обычно выпадают сами. Если ручки самостоятельно не рождаются, их освобождают. Не меняя положения рук, установить плечевой пояс в прямом размере выхода таза и отклонить туловище плода кверху. При этом

задняя ручка выходит над промежностью. Затем туловище опускать книзу и родить верхнюю треть переднего плечика и весь плечевой пояс. После этого в половой щели появляются подбородок и ротик плода. Туловище плода направить вверх, выкладывая ребенка на живот матери, при потугах головка рождается самостоятельно.

## **РУЧНОЕ ПОСОБИЕ (КЛАССИЧЕСКОЕ) ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ**

**ЦЕЛЬ:** Освобождение ручек и головки плода.

**ТЕХНИКА:**

Ручное пособие начинать с освобождения ручек, к этому моменту плод должен родиться до нижнего угла лопаток. Первой всегда освобождают заднюю ручку, потому что со стороны промежности и крестца ручка доступнее, чем со стороны лонной дуги. Каждую ручку освобождают одноименной рукой (правую ручку – правой, левую ручку – левой).

Обе ножки захватить за голени рукой и отвести их вверх и в сторону, противоположную пахового сгиба матери. При этом задняя ручка может выйти из половой щели сама, если ручка не родится, ее освободить указательным и средним пальцами свободной руки. Вытянутые пальцы ввести внутрь со стороны спинки плода, осторожно скользить по лопатке до локтевого сгиба и в (трети предплечья). Ручку осторожно свести книзу, не отвести ее от туловища, она скользит по личику, совершая «умывательное» движение. После освобождения задней ручки туловище повернуть на 180°. Для этого обеими руками захватить туловище плода в области грудной клетки вместе с выведенной ручкой: большие пальцы расположить вдоль позвоночника, остальные на передней поверхности грудной клетки. Поворот делать так, чтобы спинка прошла под симфизом и повернулась к другому бедру матери, во время поворота плод подтягивать не следует. После поворота вновь захватить ножки, отвести их вверх и в сторону другого пахового сгиба, затем освободить вторую ручку так же, как первую. После выпадения ручек приступить к освобождению головки. Освобождение головки производят следующим образом (метод Морисо – Левре – Лашапель). Во влагалище ввести ту руку, которая освобождала вторую ручку плода, плод сидит верхом на предплечье этой руки, ножки свисают по бокам. Конец указательного пальца внутренней руки ввести в ротик плода, этим пальцем способствовать сгибанию головки и ее внутреннему повороту. Извлечение производить наружной рукой. Указательный и средний пальцы наружной руки согнуть и виллообразно расположить по бокам шеи, концы пальцев не должны надавливать на ключицы и подключичные ямки. Наружной рукой провести влекущие движения плода. В начале тракции совершаются по направлению книзу, когда область подзатылочной ямки подойдет под симфиз, влечение производится вперед (кверху). При направлении туловища вперед над промежностью показывается рот, лицо, а затем и вся головка.

## **РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ**

**ПОКАЗАНИЯ:**

дефект плаценты

сомнения в целостности последа

рубец на матке при вагинальных родах

гипотоническое кровотечение

разрыв шейки матки III степени с переходом на свод.

УСЛОВИЕ: наркоз.

ТЕХНИКА:

Проводят катетеризацию мочевого пузыря. Обрабатывают наружные половые органы раствором йодоната. На живот кладут стерильную пелёнку. Акушерка моет руки одним из способов, как на операцию. Надевает стерильные перчатки.

Развести левой рукой половую щель, конически-сложенную правую руку («рука акушера») ввести во влагалище, а затем в матку. Когда руку проводят через влагалище, её тыльная поверхность должна быть обращена к крестцу. В момент введения правой руки в зев, левую руку переносят на дно матки (на стерильную пелёнку).

Правой рукой тщательно проверить внутреннюю поверхность матки, чтобы полностью исключить возможность задержания частей плаценты, нарушения целостности стенки матки, удалить сгустки крови особенно пристеночные, препятствующие сокращению матки. Стенки матки гладкие, за исключением плацентарной площадки, которая слегка шероховатая.

После обследования полости матки руку извлечь и одновременно медленно ввести сокращающее средство (окситоцин или метилэргометрин на глюкозе), положить «холод» на низ живота (другая акушерка). Матка должна быть плотной, хорошо сократившейся.

### **РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА**

ПОКАЗАНИЯ:

отсутствие признаков отделения последа при начавшемся кровотечении

отсутствие признаков отделения последа и отсутствие кровотечения в течение 20 минут

наличие признаков отделения последа при кровотечении более 250 мл

отсутствие эффекта удаления последа наружными приёмами

ущемление последа

предлежание плаценты

ПОНРП.

УСЛОВИЕ: наркоз

Провести катетеризацию мочевого пузыря. Обработать наружные половые органы раствором йодоната. На живот положить стерильную пелёнку, помыть руки одним из способов как на операцию, надеть стерильные перчатки.

ТЕХНИКА:

Развести левой рукой половую щель, конически-сложенную правую руку ввести во влагалище, в момент введения правой руки в зев, левую руку перенести на стерильную пелёнку в области дна матки. Правую руку вводить, придерживаясь пуповины. Когда рука, идущая по пуповине достигла плаценты, нужно найти край её, который может быть уже отслоившимся.

Ввести руку между плацентой и стенкой матки и пилообразными движениями руки постепенно отделить всю плаценту: в это время наружная рука помогает внутренней, осторожно надавливая на дно матки через стерильную пелёнку.

После отделения плаценты, её свести к нижнему сегменту матки и извлечь левой рукой путем влечения за пуповину.

Правой рукой ещё раз тщательно проверить внутреннюю поверхность матки. После полного удаления последа стенки матки гладкие за исключением плацентарной площадки.

При выделении руки из матки ввести внутривенно сокращающее средство (метилэргометрин или окситоцин на глюкозе), положить «холод» на низ живота (другая акушерка).

**ПРИМЕЧАНИЕ:** дифференцированный диагноз плотного прикрепления или приращения плаценты устанавливаются во время операции её ручного отделения.

Если попытка ручного отделения плаценты не удастся, то необходимо прекратить операцию, т. к. исключена возможность приращения, врастания, прорастания плаценты; и насильственное отделение плаценты в таких случаях может привести к расслоению миометрия или даже к насильственному разрыву матки и значительному усилению кровотечения.

В такой ситуации необходима немедленная операция: чревосечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ ЭКЛАМПСИИ**

**ЦЕЛЬ:** купирование эклампсии и предупреждение последующих приступов эклампсии.

**ОСНАЩЕНИЕ:** роторасширитель, языкодержатель, жгут, шприцы, лекарственные препараты, мешок Амбу, кислород.

В момент приступа женщину уложить на ровную поверхность, избегая повреждений и повернуть голову в сторону.

удерживая женщину, быстро ввести между зубами роторасширитель (шпатель или рукоятку ложки, обернутую несколькими слоями марли), вытягивать языкодержателем вперёд язык с целью профилактики его прикусывания и быстро аспирировать содержимое полости рта и верхних дыхательных путей.

Оценить степень дыхательных расстройств: подсчет ЧСС, ЧДД и начать респираторную терапию. При сохранении и быстром восстановлении спонтанного дыхания после судорожного припадка дать кислород.

при ЧДД 16-18 в минуту дать кислород через аппарат Боброва или маску наркозного аппарата.

при ЧДД 10-12 в минуту начать вспомогательную вентиляцию легких с помощью мешка Амбу.

при ЧДД менее 10 в минуту ИВЛ по методу «изо рта в рот», или «изо рта в нос», или с помощью мешка Амбу.

Ввести больную в состояние нейрорелепсии и начать противосудорожную терапию;

- ввести внутримышечно:

1 мл 2% раствора промедола

2 мл 0,5% раствора седуксена (сибазона)

2 мл 2,5% раствора пипольфена

1 мл 0,25% раствора дроперидола

Измерить АД, подсчитать пульс и ЧДД. При отсутствии эффекта инъекции этих препаратов повторить через 15 минут, под контролем ЧСС, ЧДД, АД.

- ввести внутривенно медленно:

10 мл 25% раствора магния сульфата и 10 мл внутримышечно.

Начать лечение генерализованного артериолоспаза под контролем АД, САД не должен быть ниже исходного ДАД:

- 4 мл 1% раствора дибазола внутривенно

1 таблетка клофелина

1 таблетка нитроглицерина - под язык

- ввести спазмолитические препараты:

2 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида внутримышечно, 5 мл баралгина внутривенно медленно.

Измерить АД, подсчитать пульс и ЧДД.

- при отсутствии эффекта от введения гипотензивных и спазмолитических препаратов ввести подкожно:

1 мл 2,5% раствора бензогексония

Для профилактики отёка головного мозга ввести внутривенно струйно медленно:

90 мг преднизолона

40-60 мг лазикса

10 мл 2,4% раствора эуфилина

С целью профилактики тромботических осложнений ввести 2,5 тыс. ед. гепарина подкожно.

Для лечения гипоксии плода ввести внутривенно 20 мл 40% раствора глюкозы с 3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты

Сообщить об эклампсии в ЦРБ зам. гл. врача по лечебной работе или в ближайшее родовспомогательное учреждение и вызвать бригаду врачей на «себя».

В случае задержки прибытия бригады врачей (погодные условия или другие причины) каждые 3-4 часа повторить мероприятия с 3 по 7 пункты.

## **СПРИНЦЕВАНИЕ ВЛАГАЛИЩА**

**ПОКАЗАНИЯ:**

кольпит

эндоцервицит

эрозия шейки матки

хроническое заболевание придатков матки и другие.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:**

острые воспалительные процессы внутренних половых органов

маточное кровотечение

менструация

беременность.

**ОСНАЩЕНИЕ:** кружка Эсмарха, влагалищный наконечник, лекарственный раствор, назначенный врачом.

**ТЕХНИКА:**

В кружку Эсмарха налить 1-1,5 литра лекарственного раствора.

Подвесить кружку Эсмарха на подставке на 70-100 см над уровнем таза больной.

Проверить температуру жидкости в кружке водяным термометром, обмыть наружные половые органы.

Ввести наконечник во влагалище на глубину 6-7 см.

Открыть кран, пуская жидкость с большей или меньшей скоростью.

По окончании процедуры извлечь наконечник.

**ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ВАННОЧКИ**

**ПОКАЗАНИЯ:**

кольпит

цервицит.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:**

острые воспалительные процессы внутренних половых органов

маточное кровотечение

менструация

беременность.

ОСНАЩЕНИЕ: двустворчатые зеркала, лекарственный раствор по назначению врача

ТЕХНИКА:

Ввести во влагалище створчатое зеркало, фиксировать его и влить раствор (первую порцию сразу сливают и заменяют воду).

Продолжительность ванночки 10-15 минут. Таз больной должен быть приподнят, чтобы раствор не выливался.

Наклонить зеркало и вылить раствор.

Просушить влагалище стерильным тампоном

Извлечь зеркало.