«Акушерсько-гінекологічні навики»

«Зовнішнє акушерське обстеження. Аускультація серцебиття плоду акушерським стетоскопом. Визначення передбачуваної маси плода та передбачуваної дати пологів»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитись, ознайомитись із завданням, вказати мету обстеження та отримати згоду на проведення.
2.	Підготовка до огляду: вдягнути рукавички, підібрати необхідні засоби (сантиметрова стрічка).
3.	*Перший прийом.* Мета – визначити висоту стояння дна матки і частину плоду, що знаходиться в її дні. Методика: Долоні обох рук розташовуємо на дні матки. Зближуючи пальці, обережним натискуванням донизу визначаємо рівень стояння дна матки, що дає можливість уточнити термін вагітності. Також визначається (за розмірами і консистенцією) частина плоду, яка знаходиться біля дна матки. Тазовий кінець плоду більший, менш щільний та менш округлий, ніж голівка. Вказати результат. Наприклад: дно матки на рівні реберних дуг, у дні пальпується тазовий кінець.
4.	*Другий прийом.* Мета – визначити положення, позицію та вид плода. Методика: обидві долоні переміщуємо з дна матки по її бокових поверхнях донизу, до рівня пупка, пальпуючи при цьому почергово правою чи лівою рукою частини плоду. Спинка пальпується у вигляді гладкої поверхні, а на протилежному боці визначаються множинні дрібні частини у вигляді невеликих виступів, що часто змінюють своє положення. При поперечному або косому положенні визначаємо розташування голівки та тазового кінця плоду. Вказати результат. Наприклад: Положення плоду поздовжнє, I позиція, передній вид
5.	*Третій прийом.* Мета – визначити характер частини, що передлежить. Методика: праву руку переміщуємо на лобкову ділянку. Натискаючи на нижній матковий сегмент, розведеним великим пальцем з однієї сторони та чотирма іншими з другої, охоплюємо передлягаючу частину. При цьому визначається її форма, консистенція, розташування за відношенням до входу в малий таз. Зміщуючи передлягаючу частину легкими рухами в сторони, визначаємо наявність балотування. При притиснутій до входу в малий таз передлягаючій частині балотування відсутнє. Голівка пальпується у вигляді твердої округлої частини, що має чіткі контури. При тазовому передлежанні пальпується об'ємна м'яка частина, що не балотує та немає округлої форми. При поперечному і косому положеннях передлеглу частину виявити не вдається. Вказати результат. Наприклад: передлежить голівка
6.	*Четвертий прийом*, доповнює третій прийом при головному передлежанні. Мета - визначити рівень її стояння відносно входу в малий таз. Методика: лікар стоїть обличчям до ніг вагітної, пальцями обох рук, обережно натискуючи на ділянку нижнього маткового сегменту, заглиблюється між передлягаючою частиною та входом у малий таз. Якщо пальці обох рук акушера проникають між головкою і площиною входу в малий таз – голівка рухлива над входом в малий таз. Якщо ковзними рухами по голівці плода кисті рук акушера розходяться – голівка знаходиться малим сегментом у вході в малий таз. Якщо долоні рук акушера знаходяться над голівкою – голівка знаходиться великим сегментом у вході в малий таз. Вказати результат. Наприклад: передлежить голівка над входом в малий таз

7.	Формулювання висновку про розташування плода в порожнині матки: положення плода повздовжнє (поперечне, косе), I (II) позиція, передній (задній) вид, головне (тазове) передлежання, якщо головне передлежання, то голівка над входом в малий таз. (Результати змінюються в залежності від створеної екзаменаторами ситуації) Наприклад: Положення плоду поздовжнє, I позиція, передній вид, головне передлягання, голівка над входом в малий таз
8.	Вимірювання окружності живота (на рівні пупка спереду та середини поперекової ділянки хребта ззаду) та висоти стояння дна матки (від середини верхнього краю лобкового симфізу до найбільш виступаючої точки дна матки). Вказати результат. Наприклад: 98 см окружність і 36 см висота дна матки
9.	Завершити обстеження (зняти рукавички). Розрахунок передбачуваної маси плода: добуток окружності живота та висоти стояння дна матки. Вказати результат. Наприклад: 98х36= 3528±200
10.	Встановлення місця розташування стетоскопа: при головному передляганні - нижче пупка, при поперечному положенні плоду - на рівні пупка, при тазовому передляганні - вище пупка. При I позиції плоду - ліворуч від серединної лінії, при II позиції - праворуч. При задньому виді - більш латерально, при передньому - більш медіально до серединної лінії живота. Наприклад: згідно отриманих результатів місце розташування стетоскопа має бути: вище пупка справа ближче до серединної лінії живота.
11.	Вислуховування серцебиття плода. Аускультація виконується акушерським стетоскопом, який притискається своєю лійкоподібною частиною до відповідної ділянки передньої черевної стінки. Виконувати аускультацію потрібно таким чином, щоб не притримувати стетоскоп рукою. При вислуховуванні серцебиття підраховується частота серцевих скорочень (кількість серцевих скорочень за 30 секунд помножити на 2) (межі норми 110-170 уд/хв), визначається звучність тонів і ритм. Паралельно потрібно визначити пульс вагітної і відмітити, що частота пульсу не співпадає з серцебиттям плода.
12.	Завершити обстеження (зняти рукавички). Інтерпретація результатів аускультації. Наприклад: серцебиття плода звучне, ритмічне 140 уд/хв, що відповідає межам норми (110-170 уд/хв) та не співпадає із пульсом матері.
13.	Встановлення передбачуваної дати пологів за формулою Негеле: до першого дня останньої менструації додають 7 днів і віднімають 3 місяці. Вказати результат. Наприклад: якщо ПДОМ 8. 10.2024 то ПДП - 15.07. 2025

«Пельвіометрія. Розрахунок справжньої кон'югати за даними зовнішньої та діагональної кон'югати»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитись, ознайомитись із завданням, вказати мету обстеження та отримати згоду на проведення.
2.	Підготовка до огляду: вдягнути рукавички, підібрати необхідні засоби (тазомір, сантиметрова стрічка).
3.	Вимірювання distantia spinarum: відстань між передньо-верхніми остями клубових кісток. (норма 25-26 см)
4.	Вимірювання distantia cristarum: відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток. (норма 28-29 см).

5.	Вимірювання distantia trochanterica: відстань між великими вертлюгами стегнових кісток. (норма 31-32 см)
6.	Вимірювання зовнішньої кон'югати: відстань від верхньо-зовнішнього краю середини лобкового симфізу до надкрижової ямки, яка розміщена між остистими відростками V поперекового і I крижового хребців. (норма 20-21 см)
7.	Вимірювання окружності променево-зап'ясткового суглоба та розрахунок справжньої кон'югати (conjugata vera): від величини зовнішньої кон'югати вираховують: 8 см при окружності менше 14 см; 9 см при окружності зап'ястя 14-15,9 см; 10 см при окружності 16 см і більше.
8.	Вимірювання діагональної кон'югати. Заміна рукавичок на стерильні (озвучити). Діагональна кон'югата − відстань між зафіксованою точкою на руці, де прилягає нижній край симфізу та кінчиком середнього пальця, що досягнув promontorium.
9.	Виміряти сантиметровою стрічкою висоту лобкового симфізу та розрахувати справжню кон'югату на основі діагональної та висоти лобкового симфізу: від діагональної кон'югати відняти коефіцієнт, який корелює з висотою лона (віднімають 1,5 см при висоті лона менше 5 см або 2 см при висоті лона більше 5 см).
10.	Завершити обстеження (зняти рукавички) та зробити висновок про анатомічну будову тазу: distantia spinarum – 25 см, distantia cristarum – 28 см, distantia trochanterica – 31 см, conjugata externa – 20 см, індекс Соловйова – 15 см, conjugata diagonalis – 12,5 см, висота лона – 4 см, conjugata vera – 11 см. Заключення: анатомічно нормальний таз.

«Акушерська допомога по захисту промежини при фізіологічних пологах»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитися, ознайомитися із завданням, вказати мету надання допомоги та отримати згоду на проведення.
2.	Підготовка медичного персоналу до прийому пологів (одягнути маску, шапочку, стерильні рукавиці, фартух).
3	Підготовка роділлі до прийому пологів (обробка зовнішніх статевих органів, підкласти стерильну пеленку під фантом).
4.	Прийом 1. Запобігання передчасному розгинанню голівки плода: долоня лівої кисті опирається в лобок, пальцями стримують стрімке просування та розгинання голівки, обережно натискаючи на неї.
5.	Прийом 2. Зменшення напруження тканин промежини: долонна поверхня правої кисті розташовується на промежині, пальцями зсувають тканини великих статевих губ у бік промежини.
6.	Прийом 3. Виведення голівки плода із статевої щілини – керування потугами (озвучувати: «тужтеся», «не тужтеся») та народження голівки поза потугою, обережно знімаючи бокові краї вульварного кільця з голівки, дають їй можливість розігнутись.
7.	Прийом 4. Керування потугами після народження голівки (попросити жінку глибоко подихати та тужитися з наступною потугою).

8.	Прийом 5. Допомога при звільненні переднього плечика: голівку, що народилася, захоплюють обома руками так, щоб долоні лягли на ділянку вушних раковин і обережно спрямовують донизу доти, поки переднє плічко не підійде під лобкову дугу і зафіксується на межі верхньо-середньої третини.
9.	Прийом 6. Допомога при народженні плечового поясу: поза потугою голівку захоплюють лівою рукою і відводять до лона, правою рукою обережно знімають тканину промежини з заднього плечика.
10.	Прийом 7. Після народження плечового поясу тулуб дитини охоплюють обома руками, кінці пальців мають перебувати у пахвових ямках та спрямовують угору, виймають плід, викладають дитину на живіт матері.

«Первинний туалет новонародженого»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитися, ознайомитися із завданням, вказати мету обстеження та отримати згоду на проведення.
2.	Підготовка до проведення навички: підібрати необхідні засоби (пеленки, шапочка, шкарпетки, затискачі, клема, ножниці, вата, розчин декаметоксину), вдягнути рукавички.
3.	Первинний туалет новонародженого: 1-ий етап: відразу після народження викладають дитину животиком на живіт матері.
4.	2-ий етап: обсушують дитину теплою пеленкою на животі у матері.
5.	3-ій етап: одягають дитині чисті шапочку і шкарпетки.
6.	4-ий етап: накривають дитину сухою, чистою, теплою пеленкою та ковдрою.
7.	Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар на 1-ій хвилині після народження: Умова. Відповідь: 10 балів, стан задовільний.
8.	І момент обробки пуповини: перетискають пуповину двома затискачами на відстані 10 та 12 см відповідно від пупкового кільця й перерізають (імітація на фантомі) пуповину між затискачами.
9.	Профілактика офтальмії: протирають повіки новонародженого сухою стерильною ватною кулькою, для кожного ока окремо (очі протирають у напрямку від зовнішнього кута до внутрішнього); в кон'юктивальні мішки закапують по 2 краплі розчину декаметоксину (0,2 мг/мл) після народження і через 2 години після пологів. Дівчаткам закапують розчин в статеву щілину.
10.	ІІ момент обробки пуповини. Озвучують, що через 2 години після народження дитину перекладають на зігрітий пеленальний столик. На залишок пуповини накладають стерильну клему на відстані 0,5-0,7 см від пупкового кільця та відсікають (імітація на фантомі) вільний кінець пуповини біля клеми.

НАПРИКЛАД:

У новонародженого спостерігається:

- серцеві тони звучні, ритмічні, 142 уд/хв;
- дихання регулярне, крик голосний;
- шкірні покриви рожеві;
- м'язовий тонус нормальний;
- рефлекторна реакція на подразнення - активні рухи.

«Активне ведення третього періоду пологів»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитися, вказати мету надання допомоги та отримати згоду на проведення.
2.	Підготовка медичного персоналу до ІІІ періоду пологів: одягнути рукавиці та підготувати необхідні засоби (шприц з окситоцином, 2 затискачі, пеленка).
3.	Підготовка роділлі до ІІІ періоду пологів: попросити спорожнити сечовий міхур (озвучити).
4.	Крок 1. Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово.
5.	Крок 2. Накласти затискач на пуповину ближче до промежини, тримати перетиснуту пуповину на затискачі в одній руці.
6.	Крок 3. Покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона; тримати пуповину у стані легкого натяжіння та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину)
7.	Крок 4. Одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (**тракція**) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти; під час тракції продовжувати проводити другою рукою **контртракцію** у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона); якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натяжіння, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку; одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.
8.	Крок 5. Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз; Оцінка цілісності посліду: плаценту викладають на лоток материнською поверхнею доверху, після промокання пеленкою, визначають наявність всіх дольок; піднімають плаценту за пуповину і перевіряють цілісність оболонок. (Висновок озвучити: послід без дефектів)
9.	Крок 6. Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною. В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб упевнитись в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною. (Озвучити методику).
10.	Порахувати величину фізіологічної крововтрати в пологах для даної пацієнтки (0,5% від ваги тіла, спитати у пацієнтки) та оцінити фактичну крововтрату за кількістю в лотку (250 мл). (Висновок озвучити: крововтрата фізіологічна).

«Огляд в дзеркалах. Забір матеріалу для бактеріоскопічного. Забір матеріалу для цитологічного дослідження за Папаніколау та методом рідинної цитології»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитися, ознайомитися із завданням, вказати мету обстеження та отримати

	згоду на проведення.
2.	Промаркувати скельце (поділити на відповідні три зони, пронумерувати).
3.	Підготовка до огляду: підібрати необхідні засоби (скельце, дзеркала, ложечки Фолькмана, стерильна ватна паличка, пробірка з поживним середовищем) та вдягнути рукавички.
4.	Огляд зовнішніх статевих органів. Зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння за жіночим типом; великі та малі статеві губи, ділянка промежини – без патологічних змін.
5.	Введення дзеркал. Дзеркало Куско з зімкнутими стулками беруть у домінуючу руку; великим та вказівним пальцями іншої руки розводять великі та малі статеві губи у нижній третині; дзеркало вводять у піхву паралельно до статевої щілини, повертають на 90° і розміщують на задній стінці піхви, злегка натиснувши донизу; розкривають стулки так, щоб вагінальна частина шийки розташувалася між ними; фіксують дзеркало за допомогою замка. За допомогою ложкоподібного дзеркала Сімса і підіймача Отто: беруть дзеркало у домінуючу руку і вводять у вагіну паралельно до статевої щілини, повільно, не торкаючись уретри та клітора, повертають на 90° і розміщують на задній стінці піхви, злегка натиснувши донизу; паралельно введеному дзеркалу вводять підіймач Отто й піднімають передню стінку вагіни.
6.	Характеристика шийки матки та піхви. **Можливі варіанти:** -шийка матки – циліндричної форми, слизова блідо рожева, поверхня гладка, зовнішнє вічко цервікального каналу округлої форми; виділення – слизові, помірні, без запаху; -на шийці матки кистозні утворення у вигляді «горбиків» розмірами біля 4-х мм; в ділянці зовнішнього вічка – поліповидне розростання розміром 0,5×1 см (наботові кісти та поліп шийки матки); виділення – слизові, в побільшеній кількості, без запаху; -на шийці матки навколо зовнішнього вічка в I та II зонах − яскраво червона поверхня із сосочковим рельєфом (ектопія циліндричного епітелію шийки матки); виділення – слизові, в побільшеній кількості, без запаху; Слизова піхви – блідо рожевого кольору, складчаста, без патологічних утворень, склепіння – високі.
7.	Забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження. Проводять забір виділень з цервікального каналу й заднього склепіння піхви різними кінцями ложечки Фолькмана, з уретри – стерильною ватною паличкою та наносять на скельце.
8.	Забір матеріалу для цитологічного дослідження (за **Папаніколау**): ватним тампоном, затиснутим в пінцеті, обережно знімають залишки слизу та виділень з шийки матки; пряму гінекологічну щіточку (цервікобраш) вводять в цервікальний канал, провертають її на 360° 2-3 рази; зібраний матеріал наносять на предметне скло, обертаючими рухами; гінекологічною щіточкою, зігнутою під кутом 90°, проводять зішкріб з поверхні шийки матки шляхом виконання повного оберту (на 360°); наносять матеріал на предметне скло; При виявлені патології шийки матки рекомендується кольпоскопія (прицільна біопсія)
9.	Забір матеріалу для рідинної цитології: розкручують спеціальний транспортний контейнер; ватним тампоном, затиснутим в пінцеті, обережно знімають залишки слизу та виділень з шийки матки; щіткою Валлаха або спеціальною комбіщіткою беруть матеріал одночасно з цервікального каналу і вагінальної частини шийки матки, повернувши щіточку на 360° 3-4 рази; занурюють щіточку в консервуючий розчин, добре виполоскавши її; від'єднують щіточку від ручки і залишають в контейнері.
10.	Виведення дзеркал. Повернути фіксатор дзеркала Куско на 90°, стулки дещо послабити, в нижній третині піхви стулки закрити, повернути дзеркало на 90° і вивести з піхви. Ложкоподібні дзеркала виводять з піхви у зворотному порядку: спочатку підіймач, потім дзеркало.

11.	Назвати дані, які вказують у направленні: лікувальний заклад та відділення; № медичної картки; прізвище, ім'я, по-батькові пацієнтки; вік; діагноз; дата забору; прізвище лікаря.

«Бімануальне дослідження»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитись, ознйомитись із завданням, вказати мету обстеження та отримати згоду на проведення.
2.	Туалет рук. Одягнути стерильні рукавички.
3.	Підготувати пацієнтку до огляду: вказати про необхідність спорожнити сечовий міхур.
4.	Введення руки гінеколога в піхву. Великі та малі статеві губи розводять великим та вказівним пальцями лівої руки. Праву руку складають таким чином: безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, вказівний та середній – складені разом та випрямлені, великий – відігнутий під прямим кутом до долоні (рука гінеколога). Вводять в піхву середній палець, обережно натискаючи на промежину, а потім вводять вказівний.
5.	Дослідження вагіни та склепінь. Вхід у вагіну вільний, не болючий, стан промежини задовільний, склепіння високі, патологічних утворень у піхві не виявлено.
6.	Дослідження шийки матки. Шийка матки відхилена до крижів, консистенція щільна, форма циліндрична, довжина біля 3 см, зовнішнє вічко закрите, поверхня гладка, болючість при зміщенні відсутня.
7.	Бімануальне дослідження матки та параметрію. Матка розташована в anteflexio anteversio, не побільшена (побільшена до 16 тижнів вагітності), грушеподібної форми, тугоеластичної консистенції, поверхня гладка, рухома, не болюча; параметрії вільні.
8.	Бімануальне дослідження правих додатків. Праві придатки матки еластичні, мигдалеподібної форми, не побільшені, рухомі, не болючі.
9.	Бімануальне дослідження лівих додатків. Ліві придатки матки еластичні, мигдалеподібної форми, не побільшені, рухомі, не болючі.
10.	Завершення огляду. Пальці рук вивести з піхви, зняти рукавички й замочити в дезсередник.

«Клінічне обстеження молочної залози»

№ п/п	Навичка
1.	Вступ: представитися, ознайомитися із завданням, вказати мету обстеження та отримати згоду на проведення.
2.	Підготовка до огляду: вдягнути рукавички.

	Огляд молочних залоз проводять у світлому приміщенні (жінка повинна бути роздягнена до пояса) в положенні пацієнтки - стоячи з опущеними руками, стоячи з піднятими руками і в положенні лежачи на спині і на боці.
3.	Провести огляд правої молочної залози. Права молочна залоза добре розвинута, без патологічних дефектів, шкіра блідорожевого кольору, чиста, підшкірні вени не розширені; сосок сформований, без видимої патології; ареола світло коричневого кольору.
4.	Провести огляд лівої молочної залози, порівняти. Ліва молочна залоза добре розвинута, без патологічних дефектів, шкіра блідорожевого кольору, чиста, підшкірні вени не розширені; сосок сформований, без видимої патології; ареола світло коричневого кольору. Молочні залози симетричні.
5.	Пальпацію проводять в положенні стоячи, лежачи на спині і боці. Пальпація проводиться подушечками, а не кінчиками пальців, чотирма або трьома зімкнутими пальцями, круговими рухами. Спочатку проводиться так зване поверхневе промацування, коли подушечки пальців не проникають у товщу залози, що дає можливість виявити невеликі утворення, розташовані безпосередньо під шкірою. Досліджують область ареоли, потім периферичні відділи залози послідовно і щоб не пропустити ділянку при пальпації використовують метод квадрантів або метод спіралі. У такій же послідовності проводять глибоку пальпацію. Спочатку пальпують здорову молочну залозу. Провести пальпацію правої молочної залози. Права молочна залоза м’яка, без патологічних ущільнень.
6.	Провести пальпацію лівої молочної залози. **Можливі варіати:** 1) Ліва молочна залоза м’яка, без патологічних ущільнень. 2) Права молочна залоза м’яка, пальпується пухлиноподібний утвір розмірами 2-3 см у верхньозовнішньому квадранті молочної залози, рухомий, не болючий.
7.	Визначити наявність виділень з правого і лівого соска. Виділення з правого соска відсутні.
8.	Для пальпації регіонарних лімфовузлів пацієнтка повинна розслабити руки, поклавши їх собі на талію. При пальпації надключичних лімфатичних вузлів краще стояти позаду пацієнтки, вона повинна злегка нахилити голову в бік обстеження для розслаблення грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Визначають величину, консистенцію, кількість, рухливість, болючість лімфатичних вузлів. Надключичні, підключичні, аксілярні лімфатичні вузли не пальпуються;
9	Завершити огляд (зняти рукавички), дати заключення, **варіанти:** 1) молочні залози без видимих патологічних змін), надати рекомендації щодо самообстеження; 2) фіброаденома правої молочної залози, надати рекомендації (УЗД, мамографія, консультація мамолога); Рекомендація: Жінки проводять самообстеження щомісяця, на 2-3 день після закінчення менструації, у період менопаузи – щомісяця одного й того ж дня (стоячи перед дзеркалом, або лежачи, або під час душу).