

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Фармацевтический колледж

Сестринский уход в акушерстве и гинекологии

СБОРНИК

МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ВНЕАУДИТОРНОЙ
(САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ**

по специальности 34.02.01- Сестринское дело (очная форма обучения)

Красноярск
2015

УДК 618:614.253.52(07)

ББК 57.1

С 33

Сестринский уход в акушерстве и гинекологии: сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе по специальности 34.02.01 – Сестринское дело (очная форма обучения) / сост. В.Л.Дударь, Н.В. Фукалова, А.А. Черемисина; Фармацевтический колледж. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015. – 72с.

Составители: Дударь В.Л.

Фукалова Н.В.

Черемисина А.А.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС СПО 2009г. по специальности 34.02.01– Сестринское дело (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2012г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рецензенты: зав.отделением Сестринское дело Фармацевтического колледжа КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Кудрявцева Б.В.

к.м.н., доц. кафедры акушерства и гинекологии института последипломного образования ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Маисеенко Д.А.

Утверждено к печати методическим советом Фармацевтического колледжа (протокол № __ от __.__.__ г.)

КрасГМУ
2015

Содержание

Введение	4
Раздел 1. Сестринский уход в акушерстве	
1.1 Структура акушерско-гинекологической помощи. Женский таз и голова плода, как объекты родов	5
1.2 Физиология и патология беременности. Обследование и наблюдение беременных в женской консультации, подготовка к родам	11
1.3 Уход за беременными с осложнениями беременности	20
1.4 Роды и родоразрешение. Помощь в родах матери и плоду.	26
1.5 Послеродовый период и его осложнения	34
Раздел 2. Сестринский уход в гинекологии	
2.1 Обследование гинекологических больных. Нарушения менструального цикла.	39
2.2 Воспалительные заболевания женских половых органов. Бесплодие	44
2.3 Предопухолевые заболевания. Доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий	49
2.4 Оперативные методы лечения в гинекологии. Неотложные состояния и доврачебная помощь	55
Перечень тем рекомендуемых рефератов	59
Перечень вопросов к итоговому занятию	60
Приложение 1 Образец решения ситуационных задач	62
Приложение 2 Рекомендации по созданию кроссворда	64
Приложение 3 Выписка из приложения к №345, 430	66

Введение

Нет никаких сомнений в том, что слова «акушер» и «акушерка» появились значительно позже, чем люди, осуществлявшие профессиональные обязанности таких специалистов. Веками помощь в родах оказывали повивальные бабки, которых французы называли «мудрая женщина».

В России М.В. Ломоносов впервые поставил вопрос о борьбе с детской смертностью и о повышении рождаемости.

ВXVIII веке Н.М. Максимовичем-Амбодиком положено начало серьёзного развития акушерства как научной дисциплины и впервые было издано руководство по акушерству на русском языке.

Сейчас в нашей стране широко развита сеть медицинских и научно-исследовательских институтов. Подготовкой медицинских сестёр, работающих в многопрофильных больницах, родовспомогательных учреждениях и в поликлинической сети занимаются медицинские училища и колледжи, где уделяется большое внимание выработке практических навыков наряду с полноценной теоретической подготовкой среднего звена этих специалистов.

В акушерско-гинекологической службе широкое применение находит работа медицинских сестёр, они работают под руководством врача в женской консультации, в смотровых кабинетах, во всех подразделениях родовспомогательных учреждений, а, также, в гинекологических стационарах.

Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства; оно постоянно находится в центре внимания законодательной и исполнительной власти РФ и её субъектов.

Нынешнее поколение акушеров и медсестёр продолжает замечательные традиции российского родовспоможения.

Целью создания настоящего сборника является формирование навыков самостоятельной познавательной деятельности, способностей к саморазвитию и самоконтролю при организации собственной деятельности.

Раздел 1. Сестринский уход в акушерстве

Занятие 1.1

Тема: Структура акушерско-гинекологической помощи.

Женский таз и головка плода, как объекты родов

Значение изучения темы

Профилактическое направление отечественного здравоохранения находит яркое отражение в деятельности родовспомогательных и гинекологических учреждений. Ведущее значение в осуществлении профилактических мероприятий принадлежит женским консультациям, медико-санитарным частям, смотровым кабинетам, так как от качества их работы зависит состояние всей акушерско-гинекологической помощи. Строение и функции женских половых органов и головки плода представляют основы изучения предмета акушерства и гинекологии. Необходимо знать строение половых органов, их основное назначение, те изменения, которые происходят в организме женщины в норме вне беременности, во время беременности, после родов, а также при ряде гинекологических заболеваний. По этому разделу изучения анатомии и физиологии женских половых органов и особенностям строения женского таза придается большое значение.

Студент после изучения темы должен:

знать:

- организацию работы женской консультации; - акушерско-гинекологическая картотека;
- задачи женской консультации; - организацию работы в каждом отделении родильного дома;
- анатомия женского таза;
- строение головки плода.

уметь:

- обеспечивать санитарно-эпидемический режим акушерско-гинекологического стационара,
- проводить санитарную обработку наружных половых органов пациенток, поступающих в роддом.

овладеть ОК, ПК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 13. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Краткое содержание темы

Акушерство и гинекология – клинические дисциплины неразрывно связанные между собой, так как касаются научных и практических основ здоровья женщины, матери и будущего потомства.

Гинекология (от лат. *gynē* – женщина, *logos* – наука) – область клинической медицины, изучающая физиологию женской половой системы, ее болезни и разрабатывающая методы профилактики, диагностики и лечения.

Акушерство (от франц. *accoucher* – родить, принимать роды) – область клинической медицины, изучающая физиологию и патологию процессов, связанных с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, а также, разрабатывающая методы родовспоможения, профилактики и лечения осложнений беременности и родов.

Среди других клинических дисциплин акушерство и гинекология выделяются рядом особенностей, т.к. помощь оказывается не только при заболеваниях, но и при физиологических процессах – при беременности и родах.

Основоположником отечественного акушерства считается Н.М. Максимович-Амбодик (1744-1812) – автор первого фундаментального руководства по акушерству – «Искусство повивания, или наука о бабичем деле».

Организация работы женской консультации

Типовыми учреждениями по оказанию акушерско-гинекологической помощи являются: родильный дом, акушерско-гинекологическое отделение больницы, женская консультация (ж.к.) в составе поликлиники или родильного дома, фельдшерско-акушерский пункт, перинатальные центры. Работа женской консультации строится по территориально-участковому принципу, согласно которому за каждым врачом закрепляется определенный район с численностью 3300 человек женского населения старше 15 лет или 6000 взрослого населения. На участке работают акушер-гинеколог и акушерка (медицинская сестра). В сельской местности одна ставка врача рассчитывается на 10000 взрослого населения.

Задачи женской консультации:

1. Оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории (беременным, родильницам, гинекологическим больным)

2.Проведение профилактических осмотров, работы по планированию семьи; обеспечение женщин правовой защитой и организацией санитарно-просветительной работы

3.Внедрение в практику современных методов диагностики и лечения, соблюдение преемственности и систематической связи с родильным домом, поликлиникой для взрослых и детей, станцией скорой помощи и др.

Структура женской консультации

В число помещений входят: вестибюль-гардеробная, регистратура, кабинеты участковых акушеров-гинекологов, терапевта, стоматолога, процедурная для внутримышечных и внутривенных вливаний, операционная для амбулаторных операций, кабинеты функциональной и пренатальной диагностики, физиотерапевтический кабинет, кабинеты старшей медицинской сестры, заведующего женской консультации, юриста.

Показатели работы женских консультаций зависят от своевременного (до 12недель) поступления беременной под наблюдение, всестороннего обследования и систематического наблюдения. Диспансерное наблюдение в женской консультации– это взятие на учет всех беременных своего района и обеспечение наблюдения за ними (приказ № 50 «О совершенствовании акушерско – гинекологической помощи в амбулаторно – поликлинических учреждениях»).

Формы учета в женской консультации:

уч.ф. №111/у – индивидуальная карта беременной и родильницы.

уч.ф. №113/у – обменная карта

уч.ф. №025/у – медицинская карта амбулаторного больного

уч.ф. №030/у –карта диспансерного наблюдения

уч.ф. №039-1/у – дневник работы медицинской сестры

Организация работы родильного дома

Акушерская стационарная помощь оказывается в лечебных учреждениях двух типов: самостоятельных родильных домах и родильных отделениях, входящих в состав больниц и медико-санитарных частей. Гинекологическая стационарная помощь оказывается в гинекологическом отделении, которое входит в состав МСЧ, родильного дома, общесоматической больницы.

Задачи родильного стационара:

1.Оказание высококвалифицированной медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде, а также новорожденным

2.Профилактика инфекционных заболеваний женщин и новорожденных детей. (Приказ №345 от 26.09.1997 г. “О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах” в ред. Приказов Минздрава РФ от 24.11.1998N338,от05.05.2000 N 149)

Структура и организация работы родильного стационара:

Структура стационара строится по единому принципу в соответствии с приказами, инструкциями, методическими рекомендациями и действующим положением родильного дома. Отделения родильного дома :

- 1.Фильтр – отделение здоровых рожениц от больных и подозрительных, в отношении инфекции.
- 2.Первое (физиологическое) акушерское отделение – для госпитализации женщин без признаков инфекционных заболеваний.
- 3.Второе (обсервационное) акушерское отделение для госпитализации инфицированных и подозрительных в этом отношении рожениц.
- 4.отделение патологии беременных.
- 5.Гинекологическое отделение – при условии полной изоляции от акушерских отделений.
- 6.Лечебно-диагностические отделения (лаборатории, физиотерапевтический, рентгеновский кабинеты и др.)
7. Административно-хозяйственные службы.

Формы учета в родильном стационаре:

уч.ф. №002/у – журнал учета приема беременных, рожениц

уч.ф. № 096/у - история родов

уч.ф. № 010/у – журнал записи родов

уч.ф. №097/у – история развития новорожденного

В сельской местности акушерско-гинекологическая помощь оказывается на первом этапе: в фельдшерско-акушерском пункте (ФАП), на втором этапе в участковых больницах мощностью 50 и более коек, на третьем этапе в женских консультациях районных и центральных больниц, на четвертом этапе - в женской консультации областных и городских родильных домов, на пятом этапе - женскими консультациями и стационарами специализированных акушерско-гинекологических учреждений.

Анатомия женского таза

Женский таз вместе с расположенными в нем мягкими тканями представляет собой родовой канал, по которому продвигается рождающийся плод. Таз состоит из 4 костей: двух массивных тазовых, крестца и копчика. Каждая тазовая (безымянная) кость состоит из 3, сросшихся между собой, костей: подвздошной, лонной и седалищной. Подвздошная кость состоит из тела и крыла, которое расширено кверху и заканчивается гребнем.

Седалищная кость состоит из тела и двух ветвей. На задней поверхности ее имеется выступ – седалищная ость.

Лонная кость имеет тело, верхнюю и нижнюю ветви. Крестец состоит из 5 сросшихся позвонков в виде усечённого конуса. Верхушка крестца неподвижно соединяется с копчиком, который состоит из 4-5 неразвитых сросшихся позвонков.

Выделяют большой и малый таз, между которыми проходит пограничная линия. Большой таз доступен для наружного исследования и измерения. По размерам большого таза судят о малом. Малый таз является костной частью родового канала. Выделяют следующие размеры таза:

1. Истинная (акушерская) конъюгата - прямой размер входа в малый таз, т. Е. расстояние от передней поверхности мыса крестца до наиболее выступающей точки внутренней поверхности лонного сочленения. В норме (11см).
2. Диагональная конъюгата – расстояние от середины передней поверхности мыса крестца до середины нижнего края лонного сочленения. Определяется при влагалищном исследовании (12.5-13см).
3. Прямой размер выхода малого таза – расстояние от вершины копчика до нижнего края симфиза (9.5см).



Рис.1 Женский таз

1 – крестец, 2 – подвздошная кость (крыло), 3 – передне-верхняя ость, 4 – передне-нижняя ость, 5 – вертлужная впадина, 6 – запирающее отверстие, 7 – седалищный бугор, 8 – лонная дуга, 9 – симфиз, 10 – вход в малый таз, 11 – безымянная линия.

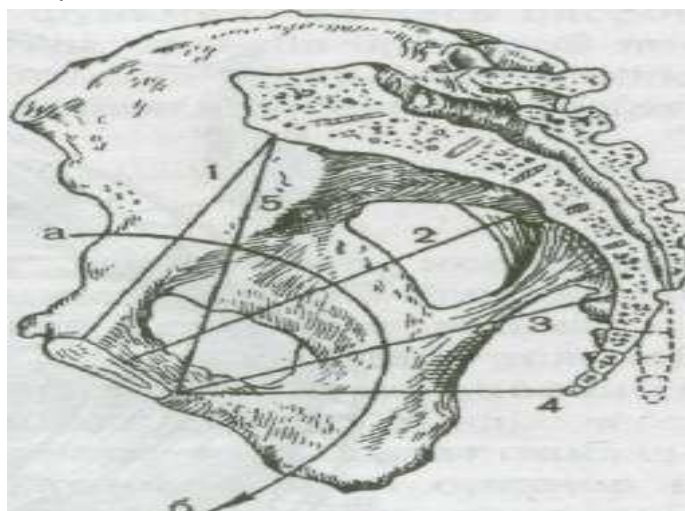


Рис.2 Прямые размеры полости малого таза

Часть тазового дна, располагающаяся между задней спайкой половых губ и заднепроходным отверстием, называется акушерской или передней поверхностью. Часть тазового дна между заднепроходным отверстием и копчиком носит название задней промежности. Тазовое дно является опорой для внутренних органов. Несостоятельность мышц тазового дна ведет к опущению и выпадению внутренних органов.

Вопросы для самоконтроля

1. Организация работы женской консультации.
2. Задачи женской консультации.
3. Организация акушерско-гинекологической картотеки.
4. Организация работы каждого отделения родильного дома.
5. Строение женского таза.
6. Характеристика головки плода, как объекта родов.

Самостоятельная работа студентов

1. Изучить схему сбора анамнеза у беременной женщины.
3. Рассмотреть костный таз и отметить проводную ось таза.
4. Измерить наружные размеры таза, рассчитать истинную конъюгату.
5. Ознакомиться с Приказом № 345 от 26.09.1997 г. “О совершенствовании мероприятий по профилактике внутриутробной инфекции в акушерских стационарах” Приложение 3.
6. Ознакомиться с Приказом № 430 “О диспансерном наблюдении беременных” Приложение 3.

Тестовые задания.

Выберите один правильный ответ

1. НОМЕР ПРИКАЗА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО РАБОТУ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
 - а) 430
 - б) 345
 - в) 1230
 - г) 720
2. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ РАЗМЕРОВ ТАЗА
 - а) линейка
 - б) тазомер
 - в) сантиметровая лента
3. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ГОЛОВКИ
 - а) малый родничок
 - б) большой родничок
 - в) середина между большим и малым родничками
 - г) затылочный бугор
4. КОЛИЧЕСТВО ПЛОСКОСТЕЙ МАЛОГО ТАЗА
 - а) 2

б)3

в)4

г)5

5. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА В НОРМЕ (СМ)

а)10

б) 13

в)11

г) 12

6. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ИЗМЕРЯЕТСЯ НА

а) середине расстояния между пупком и мечевидным отростком

б) уровне пупка

в) 3 п/п ниже пупка

г)2 п/п выше пупка

Дополните

7. НА МЕСТЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ СТРЕЛОВИДНОГО, ЛОБНОГО И ВЕНЕЧНОГО ШВОВ НАХОДИТСЯ _____ РОДНИЧОК

8.НА МЕСТЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ СТРЕЛОВИДНОГО И ЗАТЫЛОЧНОГО ШВОВ НАХОДИТСЯ _____ РОДНИЧОК

9.ПРОВОДНОЙ ОСЬЮ ТАЗА НАЗЫВАЕТСЯ _____

10. РОМБ МИХАЭЛИСА – ЭТО _____

Эталон ответов

1-1, 2-2, 3-3, 4-3, 5-3, 6-2, 7- большой, 8-малый, 9-линия, проведённая через середины всех прямых размеров таза, 10-ромбовидная площадка в области поясницы

Занятие 1.2

Тема: Физиология и патология беременности. Обследование и наблюдение беременных в женской консультации, подготовка к родам. Значение изучения темы.

В акушерско-гинекологической службе широкое применение находит работа медицинской сестры. Под руководством врача медсестра работает в женской консультации, МСЧ на производстве, в смотровых кабинетах, во всех подразделениях родовспомогательных учреждений, за исключением род блока. Медицинская сестра должна четко представлять изменения, происходящие в организме женщины. От ее знаний и умений зависит качество медицинской помощи матери и плоду.

Знать:

- изменения в организме беременной, методы обследования беременной, подготовки её к родам.
- сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию беременных.
- схема опроса и обследования беременных.
- обязательные, специальные методы обследования беременных.

- признаки беременности.
- диагностика беременности.
- принципы работы женской консультации, методики исследования беременных

уметь:

- пользоваться простейшими тестами для определения беременности.
- провести дородовой патронаж
- подготовить рабочее место врача акушера-гинеколога для приема беременных.
- анализировать полученные клинические данные.
- делать выводы, принимать решения на основании теоретического материала и проведенной практической работы
- оформление документации.

Овладеть ОК, ПК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Краткое содержание темы

Физиологические изменения в организме женщины во время беременности

Общие изменения:

1. Перестройка деятельности ЦНС под влиянием гормонов и рефлексов, поступающих с нервных окончаний (рецепторов) матки в результате раздражения их растущим плодным яйцом (раздражительность, быстрая смена настроения, утомляемость, сонливость, снижение внимания).

2. Перестройка эндокринной системы, в связи с деятельностью желтого тела и плаценты.

3. Перестройка обмена веществ, направленная на удовлетворение потребностей растущего плода и построение его органов и тканей.

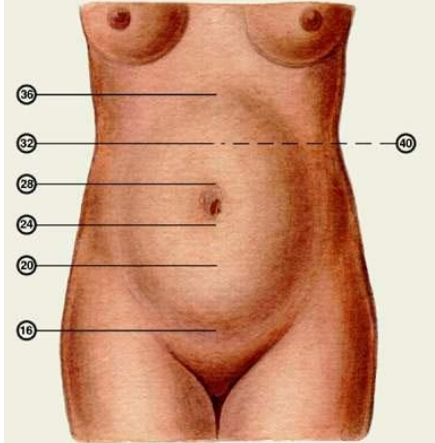
Прибавка массы тела за всю беременность в норме не превышает 11-12кг, в неделю 300-400г.

4. Изменения в иммунной системе связаны с антигенной неоднородностью с организмом плода.
5. Изменения в сердечно-сосудистой системе, связанные с увеличением массы тела, с включением в кровообращение маточно-плацентарного круга (пульс увеличивается на 10-12 ударов в минуту, АД не меняется).
6. Усиливаются процессы кроветворения: увеличивается кол-во эритроцитов, СОЭ, свертываемость крови; снижается показатель гемоглобина и гематокрита.
7. Функция органов дыхания усиливается в связи с повышенной потребностью организма беременной и плода в кислороде.
8. Изменения в пищеварительной системе связаны с тошнотой, рвотой, соливацией, извращением вкуса.
9. Почки испытывают максимальную нагрузку по выведению продуктов обмена матери и плода (физиологическая глюкозурия беременных)
10. Молочные железы под влиянием гормонов гипофиза интенсивно развиваются, достигая максимума к родам. Они увеличиваются в размерах, становятся напряженными, пигментируются, гипертрофируются.

Изменения в половых органах:

Масса матки (вне беременности 50-100) к концу беременности увеличивается в 10-20 раз и более, достигая 1000г. Длина матки (небеременной – 7-9см) достигает 37-38см. Главным фактором увеличения матки является гипертрофия и гиперплазия мышечных волокон. Связки матки гипертрофируются и удлинняются. Наружные половые органы, влагалище, шейка матки разрыхляются становятся сочными, синюшными. Маточные трубы и яичники утолщаются и размягчаются. В одном из яичников находится желтое тело беременности, которое с началом функционирования плаценты подвергается обратному развитию.

Высота стояния дна матки при различных сроках беременности (цифрами обозначены недели беременности)

16 нед. — 6 см; 20 нед — 12—14 см; 24 нед — 20 см; 28 нед. — 24—26 см; 32 нед. — 28—30 см; 36 нед. — 32—34 см; 40 нед. — 28—30 см	
---	--

Диагностика беременности

Все признаки беременности разделяют на предположительные (сомнительные), вероятные и достоверные.

К предположительным относятся: изменения обоняния, аппетита; извращение вкуса, появление тошноты, рвоты, слабость, недомогание, сонливость.

К вероятным относятся: задержка менструации, цианоз слизистой влагалища и шейки матки, увеличение молочных желез, появление молозива из сосков.

К достоверным относятся: пальпация частей плода, шевеление плода, выслушивание сердцебиения плода, рентгенологическое или ультразвуковое изображение плода.

Методы обследования

1. Опрос – начинается с подробного анамнеза жизни и протекания беременности у женщин.
2. Общее исследование – включает в себя измерение температуры тела, массы, роста, АД. После оценки телосложения, состояния кожных покровов, слизистых оболочек, молочных желез, формы живота, приступают к исследованию отдельных органов и систем по общепринятой методике. Кроме того, всем беременным производят неоднократно анализы крови, мочи, исследуют кровь на групповую и резусную принадлежность, на реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, а также подвергают исследованию выделения из цервикального канала, уретры, влагалища.
3. Специальное акушерское исследование.

Специальное акушерское исследование

I. Наружное акушерское исследование производится в положении беременной лежа на кушетке:

1. исследование таза проводится при первом посещении ж.к., путем осмотра, ощупывания и измерения. Таз измеряют тазомером. Выделяют 4 размера таза: три поперечных и один прямой.

-*distantiapinarum* - это расстояние между передне - верхними остями подвздошных костей (25-26см)

-*distantiacristarum* – это расстояние между наиболее удаленными точками гребней подвздошных костей (28-29см)

-*distantiatrochanterica* – это расстояние между большими вертелами бедренных костей (30-31см).

-*conjugataexterna* – это прямой размер таза, расстояние от середины верхнего края симфиза до надкрестцовой ямки (20-21см).

Индекс Соловьева (14-15см) - это окружность лучезапястного сустава, по которому судят о толщине костей таза.

2. после измерения таза определяют высоту стояния дна матки и окружность живота.

Определение положения плода в матке

1. Положение плода – это отношение его продольной оси к продольной оси матки. Различают продольное, поперечное и косое положение плода.
2. Членорасположение плода – это отношение его конечностей и головки к туловищу.
3. Предлежание плода – это отношение крупной части плода ко входу в малый таз. Различают головное и тазовое предлежание.
4. Позиция плода – это отношение его спинки к левой (первая позиция) или правой (вторая позиция) стороне матки.
5. Вид позиции – отношение спинки плода к передней или задней стенке матки.

Приемы наружного исследования

Первый прием определяет высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится в дне матки.

Второй прием определяет позицию плода и ее вид.

Третий прием определяет предлежащую часть плода и отношение ее ко входу в малый таз.

Четвертый прием дополняет третий и уточняет уровень стояния предлежащей части плода.

Информацию о состоянии плода также получают путем аускультации (выслушивания) сердечных тонов плода акушерским стетоскопом (в норме 120-140 ударов в минуту).

II. Внутреннее акушерское исследование проводится на гинекологическом кресле с соблюдением правил асептики и антисептики.

Дополнительные методы исследования

1. Определение в сыворотке крови или в моче хориального гонадотропина (ХГ).
2. Ультразвуковое исследование (3-4 раза, первое в ранние сроки, второе исследование в 18-24 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода, третье необходимо назначать в 32-34 недели беременности для биометрии плода). С помощью УЗИ возможно наблюдение за развитием плода с самых ранних сроков беременности. Так, изображение плодного яйца можно получить в 3 недели беременности, выявить эмбрион – в 4-5 недель и далее следить за его развитием, определять размеры плода (фетометрия), его движения, сердечную деятельность, структуру плаценты.



Рис.1 Вид плода на мониторе



Рис.2 Ультразвуковое исследование беременной женщины

3. Амниоскопия и амниоцентез – это исследование околоплодных вод с помощью амниоскопа, который вводят в цервикальный канал. Методика позволяет определить целостность плодного пузыря, характер околоплодных вод, предлежащую часть плода
4. Амниотомия применяется в акушерстве для вскрытия плодного пузыря во время родов. (рис.3)



Рис.3 Вскрытие плодного пузыря

5. Кардиотокография (КТГ) – это непрерывная регистрация частоты сердечных сокращений плода с одновременной записью сокращений матки и движений плода.

Сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию беременных

В течение всей беременности женщина должна находиться под наблюдением в женской консультации (беременная должна посетить ж.к. не менее 10-14 раз, в первой половине не реже 1 раза в месяц, после 20 недели – 2 раза в месяц, с 30-й недели – 3-4 раза в месяц).

Наблюдение осуществляется по территориально-участковому принципу. Для беременной назначают индивидуальный план наблюдения в зависимости от степени риска развития акушерских осложнений или перинатальной патологии.

При первом посещении собирают анамнез, осмотр, спец.исследование, измеряют массу, рост и т.д., Дают направление на исследование биологических жидкостей. При определении резус-отрицательной крови исследуют резус-принадлежность крови мужа. При возникновении резус-конфликта (приводящему к гемолитической болезни плода) беременную при наличии антител госпитализируют.

Каждую женщину осматривают терапевт, стоматолог, окулист, лор, а по показаниям и др. специалисты. Все женщины с патологическим течением беременности или экстрагенитальной патологией должны стоять на особом учете.

С диспансерного учета женщина снимается после завершения беременности и послеродового периода.

Медицинская сестра участвует в приёме больной или беременной женщины. Так, она заполняет паспортную часть индивидуальной карты беременной, измеряет рост, взвешивает, измеряет размеры таза, АД, берёт кровь из вены для исследований, подготавливает женщину к осмотру на кресле, берёт мазки, выписывает направления на консультации специалистов и в лаборатории. При последующих посещениях беременной женской консультации медицинская сестра проводит контроль массы тела, взвешивает беременную, измеряет АД, высоту дна матки, окружность живота, может выслушать сердцебиение плода, выписывает направления на анализы, даёт рекомендации по питанию и гигиене и т.д.

Медицинская сестра строго следит за своевременным посещением женской консультации беременными и гинекологическими больными.

Вопросы для самоконтроля:

- 1.Сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию беременных.
2. Схема опроса и обследования беременных
3. Обязательные, специальные методы обследования беременных.
4. Признаки беременности.
5. Диагностика беременности.

Самостоятельная внеаудиторная работа

1. Решение ситуационных задач.
- 2.Выписать необходимые направления для обследования беременных.

Ситуационные задачи

Задача №1 У первобеременной женщины срок последней менструации 14.01.03., 1-е шевеление 10.06.03. ВДМ – 37см, ОЖ – 98 см. головка плода расположена

над входом в малый таз, согнута, тазовый конец в дне матки, конечности приведены к туловищу, спинка плода обращена к левой стороне задней стенки матки.

Задания:

1. Определите предполагаемый срок родов всеми известными вам способами.
2. Определите предполагаемую массу плода
3. Определите положение, предлежание плода, вид и позицию.

Задача №2 У повторнобеременной женщины срок последней менструации 20.04.03., 1-е шевеление 31.08.03. ВДМ – 33 см, ОЖ – 92 см. головка плода расположена в дне матки, согнута, тазовый конец над входом в малый таз, конечности приведены к туловищу, спинка плода обращена к правой стороне задней стенки матки.

Задания:

1. Определите предполагаемый срок родов всеми известными вам способами.
2. Определите предполагаемую массу плода
3. Определите положение, предлежание плода, вид и позицию

Задача №3 У повторнобеременной женщины срок последней менструации 10.02.03., 1-е шевеление 10.06.03. ВДМ – 36 см, ОЖ – 99 см. головка плода расположена в дне матки, согнута, тазовый конец над входом в малый таз, конечности приведены к туловищу, спинка плода обращена к правой стороне передней стенки матки.

Задания:

1. Определите предполагаемый срок родов всеми известными вам способами.
2. Определите предполагаемую массу плода
3. Определите положение, предлежание плода, вид и позицию

Тестовые задания с эталонами ответов

1. ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) пигментация кожи лица, белой линии живота, сосков, наружных половых органов
- 2) увеличение молочных желез и выделение молозива
- 3) появление рубцов беременности на коже живота
- 4) увеличение живота

2. СОМНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) прекращение менструаций
- 2) положительные биологические реакции на беременность
- 3) изменение обонятельных ощущений
- 4) увеличение молочных желез и выделение молозива

3. НОРМАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА

- 1) 150 уд/мин, аритмичное, приглушенное
- 2) 136 уд/мин, ясное, ритмичное
- 3) 124 уд/мин, ясное, аритмичное
- 4) 110 уд/мин, ясное, ритмичное

4. ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) аменорея
- 2) шевеление плода
- 3) пальпация частей плода
- 4) сердцебиение плода
- 5) увеличение размеров матки

5. ОСЬ ПЛОДА ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ЕГО ПОЛОЖЕНИИ

- 1) перпендикулярна оси матки
- 2) пересекается под углом с осью матки
- 3) совпадает с осью матки

6. ПРИЧИНЫ НЕПРАВИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

- 1) пороки развития матки
- 2) курение
- 3) ожирение
- 4) наследственность

7. ОСЬ ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА

- 1) находится под прямым углом к продольной оси матки
- 2) находится под острым углом к оси матки
- 3) совпадает с длинником матки
- 4) находится под тупым углом к оси матки

8. ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

- 1) продольное
- 2) косое
- 3) поперечное, с головкой плода, обращенной влево
- 4) поперечное, с головкой плода, обращенной вправо

9. СПИНКА ПЛОДА ПРИ ПЕРВОЙ ПОЗИЦИИ ОБРАЩЕНА

- 1) вправо
- 2) ко дну матки
- 3) влево
- 4) ко входу в малый таз

10. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА – ЭТО

- 1) отношение спинки плода к боковым стенкам матки
- 2) отношение головки плода ко входу в таз
- 3) отношение оси плода к длиннику матки
- 4) взаимоотношение различных частей плода

11. ВИД ПОЗИЦИИ ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ

- 1) спинки к сагитальной плоскости
- 2) головки к плоскости входа в малый таз
- 3) спинки к передней и задней стенкам матки
- 4) оси плода к длиннику матки

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- ягодичное
- 2) ягодично-ножное
- 3) ножное
- 4) головное (черепное)

1) чисто

13. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА – ЭТО ОТНОШЕНИЕ

- 1) пуповины к головке плода
- 2) плаценты ко входу в малый таз
- 3) наиболее низколежащей части плода ко входу в таз
- 4) головки плода к дну матки

Эталон ответа:

1-2; 2-3; 3-2; 4-2,3,4; 5-3; 6-1; 7-3; 8-1; 9-3;10-1; 11-3; 12-4; 13-3

Занятие 1.3

Значение изучения темы.

При определенных условиях в организме беременной женщины происходят те или иные паталогические изменения. Медицинская сестра должна уметь оказать неотложную помощь при акушерских осложнениях, таких как приступ эклампсии, кровотечения и пр. Только хорошая теоретическая подготовка и знание последовательности ввыполнении любой процедуры позволяет медсестре быть полноценным помощником врача.

Знать:

- Изменения в организме беременной, методы обследования беременной
- Основные виды осложнений беременности.
- Методы диагностики, лечения и профилактики невынашивания и патологии плаценты.
- Роль инфекции в развитии осложнений для матери и плода
- Профилактику гипоксии плода.
- Причины и признаки не вынашивания.
- Методы диагностики, лечения и профилактики гестозов.
- Течение беременности и родов при заболевании сердечно-сосудистой системы, мочеполовых путей, Rh-отрицательный фактор.
- Медикаментозные средства для лечения гестозов;

Уметь:

- Оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях при беременности, преэклампсии и эклампсии, кровотечения.

овладеть ОК,ПК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

Краткое содержание темы

Во время беременности организм женщины претерпевает значительные функциональные изменения, которые в норме не выходят за грань физиологических.

В случае несоблюдения гигиены, диеты, либо при экстрагенитальной патологии, беременность не редко приобретает патологический характер. Поэтому в женских консультациях и акушерских стационарах у каждой беременной оценивают степень риска возникновения осложнений, связанных

Всех беременных женщин подразделяют на 3 группы по степени риска развития осложнений:

1 группа- практически здоровые перво- и повторнородящие (2-Зроды), в анамнезе не более 1 аборта и нормальное течение данной беременности.

2 группа (средняя) - беременные с гестозом, предлежанием плаценты, анатомически суженным тазом 1 ст., крупным плодом, после оперативного вмешательства на матке, абортов с осложнениями, с экстрагенитальной патологией, первородящие старше 30 лет.

3 группа (высокая) - в анамнезе массивные акушерские кровотечения, тяжелые экстрагенитальные заболевания (СН, ревматические и септические эндокардиты, ГБ второй и третьей степени, легочная гипертензия, обострение системных заболеваний соединительной ткани, крови, тяжелое течение гестоза).

Осложнения беременности. Невынашивание беременности (НБ).

Классификация НБ.

Прерывание до 28 недель называется абортom или выкидышем, но если родившийся ребенок в срок от 22 до 28 недель имеет массу от 500 грамм до 999 граммов, живой и живёт 1 неделю - тогда поздний выкидыш становится ранними преждевременными родами.

Выкидыш может быть:

1. Искусственным:

медицинский до 12 недель
криминальный

2. Самопроизвольным:

ранний до 12 недель
поздний после 12 недель

По клинике:

- угрожающий - чувствотяжести, ноющие боли внизу живота. Прогноз благоприятный.

- Начавшийся - схваткообразные боли, мажущие кровянистые выделения. Прогноз - сохранение беременности возможно.

- Аборт «входу» - плодное яйцо полностью отслоилось,

выталкивается через канал шейки матки, схваткообразные боли, кровотечения. Сохранить беременность невозможно. Необходимо остановить кровотечение.

- Неполная - задержка частей плодного яйца и матке.
- Полный - в конце второго триместра - жалоб нет.
- Не состоявшийся аборт.

Гестозы (токсикозы беременных)

Гестозы - патологические состояния, возникающие во время и связи с беременностью. Является одним из самых тяжелых осложнений беременности и ведущей причиной в структуре материнской и перинатальной смертности.

По сроку возникновения гестозы бывают

- ранние (1 триместр)
- поздние (3 триместр)
- редкие формы (в любом сроке) По тяжести проявления рвота подразделяется на:

- легкую
- умеренную (10-12 раз в сутки)
- чрезмерную(до 25 раз в сутки)

Поздние гестозы (ОПГ - гестозы)

- отеки, протеинурия, артериальная гипертензия

Классификация:

- чистые (первичные)- у женщин бывших до беременности практически здоровыми

- сочетанные (осложненные) - развиваются на фоне хронических патологий

По степени тяжести:

1. Легкийгестоз (начавшийся) - одна - две недели.
2. средней степени тяжести (развившийся) - 3-4 недели
3. тяжелыйгестоз (прогрессирующий) - более четырех недель
4. эклампсия, кома.

Редкие формы гестозов

- гепатопатия, дерматозы, хорея, тетания беременных, артропатия, остеомалация, бронхиальная астма.

Заболевания сердечно – сосудистой системы и беременность, гестационный пиелонефрит

Беременность и Rh-конфликт.

Существует 2 вида изосерологической несовместимости:

- 1) По Rh фактору (а/т гр «Д» - 85%, «С», «Е»).
- 2) По АВО а/г (реже).

Самостоятельная внеаудиторная работа

1.Составить словарь акушерских терминов по теме: «Осложнения беременности».2.Написать реферат на тему «Гестозы первой и второй половины беременности»

3.Выполнить тестовые задания, решить ситуационные задачи. Пример решения задачи приведён в Приложении1.

Вопросы для самоконтроля

- 1.Назвать причины и признаки не вынашивания.
- 2.Перечислить методы диагностики, лечения и профилактики невынашивания беременности и патологии плаценты.
3. Определить роль инфекции в развитии осложнений для матери и плода
- 4.Назвать методы диагностики, лечения и профилактики гестозов
- 5.Назвать группы риска по возникновению осложнений беременности.

Ситуационные задачи

Пользуясь таблицей, решить задачи.

Оценка степени тяжести гестоза

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Отеки	Нет	На голенях или патологическая прибавка массы	На голенях и передней брюшной стенке	Генерализованные отеки
Протеинурия	Нет	0,033 – 0,132	0,132 – 1,0	1,0 и выше
АД систолическое	< 130	130 - 150	150 – 170	>170
АД диастолическое	< 85	85 - 90	90 - 110	> 150
Гипотрофия плода	Нет	Нет	Отставание на 1 – 2 недели	Отставание на 3 недели и более
Фоновые заболевания	Нет	До беременности	Во время беременности	До- и во время беременности
Срок беременности, при котором диагностирован гестоз	Нет	36 – 40 недель или в родах	На сроке 30 – 35 недель	24 – 30 недель и ранее

Гестоз легкой степени оценивается в 7 баллов и менее, средней степени 8 – 11 баллов, тяжелой степени – 12 и более баллов.

Задача №1

Беременная О.Н., 20 лет поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность 8 недель, ранний гестоз, умеренная рвота.

При сестринском обследовании получены следующие данные: у беременной 2 недели назад появились тошнота, рвота по утрам, но вскоре рвота участилась до 10 раз в сутки до и после приема пищи. Появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, похудела на 3 кг. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, боится повторения рвоты, жалуется на усталость, на контакт идет, но выражает опасение за исход беременности..

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные сухие. АД 100/80 мм рт. ст. Ps 100 уд. В минуту. Температура тела 37,7. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Пациентке назначено лечение: пустырник, церукал, метионин, спленин, витамин ЕН, внутривенно 5% - 100,0 гидрокарбонат натрия, альбумин 500,0, кокарбоксилаза 2,0 внутримышечно, подсчет водного баланса.

Задания:

- Выявите потребности пациентки, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы беременной.
- Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача № 2

Беременная 18 лет, страдающая врожденным пороком сердца находится на лечении в стационаре. Ночью внезапно проснулась от ощущения удушья при осмотре возбуждена, сидит на кровати, губы и ногтевые фаланги пальцев цианотичны. В углах рта розовые пенистые выделения, вены шеи набухшие. ЧДД 28 в мин., Ps 100 уд. в мин., АД 130/75 мм рт. ст.

Задания:

- Определите и обоснуйте осложнение беременности
- Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи с аргументацией каждого этапа.

Задача №3

Оцените тяжесть гестоза, если женщина 26 лет, беременна на сроке 33 недели, находится в стационаре с жалобами на недавно возникшие отеки на ногах и брюшной стенке. Объективно: АД 155/90, отставание в массе плода на 2 недели, протеинурия 0,66 г/л.

Задания:

- Определите и обоснуйте осложнение беременности
- Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи с аргументацией каждого этапа

Задача № 4.

Оцените тяжесть гестоза, если женщина 25 лет, страдающая хроническим холециститом, беременна на сроке 32 недель, находится в стационаре с

жалобами на недавно возникшие отеки на ногах. Объективно: АД 160/100, отставание в массе плода нет, протеинурия 0,145 г/л.

Задания:

- Определите и обоснуйте осложнение беременности
- Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи с аргументацией каждого этапа

Тестовые задания с эталонами ответов

Выберите правильные ответы

1. ПРИЗНАКИ НАЧАВШЕГОСЯ АБОРТА

- а) боли внизу живота
- б) кровянистые выделения из половых путей
- в) размягчение и укорочение шейки матки
- г) отхождение элементов плодного яйца

2. ТЯЖЕСТЬ РАННЕГО ГЕСТОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) потеря массы тела
- б) отёки
- в) субфебрилитет
- г) головная боль
- д) боли внизу живота

3. СИМПТОМЫ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- а) боли внизу живота
- б) изменение сердцебиения плода
- в) изменение формы матки
- г) кровотечение различной интенсивности

Выберите один правильный ответ

4. ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (ПОНРП)

- а) сильные схватки
- б) ожирение
- в) поздний токсикоз
- г) преждевременное излитие вод

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАННЕГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

- а) несовместимость по Rh-фактору
- б) поднятие тяжести, травма
- в) хромосомные аномалии
- г) инфекции
- д) истмико-цервикальная недостаточность

6. ПРИЗНАКИ ЭКЛАМПСИИ

- а) гипертензия
- б) альбуминурия и отеки
- в) диарея
- г) судороги и кома

7. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- а) кесарево сечение в плановом порядке
- б) роды через естественные родовые пути с перинеотомией
- в) кесарево сечение в родах
- г) роды через естественные родовые пути

Дополните

8. ТРИАДА СИМПТОМОВ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА ОПИСАНА _____

9. ЭКЛАМПСИЯ - ЭТО _____

Эталон ответа 1-1,2; 2-1,3; 3-2,4; 4-3; 5-3; 6-4; 7-4; 8-Цангенмейстер; 9-самая тяжелая клинической форма позднего токсикоза

Занятие 1.4

Тема: Роды и родоразрешение. Помощь в родах матери и плоду.

Значение изучения темы

Роды – это самое прекрасное событие в жизни каждой женщины! И чтобы все прошло действительно прекрасно нужно очень постараться и готовиться к такому событию стоит начать задолго до начала родов, однако, процесс рождения человека таит в себе много неожиданностей и опасностей. Медицинская сестра работает в роддоме под руководством врача, однако, при необходимости она должна уметь принять нормальные роды, обработать новорождённого и, соблюдая все правила асептики и антисептики, доставить его с матерью в ближайший роддом. Это требует высокой квалификации и отработанных практических навыков этих специалистов. Результативность работы среднего звена состоит в благополучном исходе родов.

Знать:

- Возможные способы родоразрешения.
- Структура родильного отделения.
- Кровотечения во второй половине беременности.
- Предлежание плаценты, классификация, клиника, диагностика.
- Аномалии родовой деятельности.
- Процессы, происходящие в организме женщины в родах.
- Характеристики родового акта.
- Сестринский процесс в каждом периоде родов (раскрытия, изгнания, последовый)
- Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания;

Уметь:

- Оказывать акушерское пособие в родах на фантоме.
- Проводить обработку рожениц.

Овладеть ОК, ПК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Краткое содержание темы

Роды – это сложный многозвеньевой физиологический процесс, который возникает и завершается в результате взаимодействия многих систем организма.

Роды – это физиологический процесс изгнания из матки плода, плаценты с плодными оболочками и околоплодными водами, через родовые пути после достижения плодом жизнеспособности.

Роды наступившие в срок 38-40 недель беременности, или через 10 акушерских месяцев называют своевременными; роды, наступившие в срок беременности от 28 до 37 недель – преждевременные; после 41-42 недель – запоздалые.

Способы родоразрешения

Выделяют 2 способа родоразрешения:

I – через естественные родовые пути

II – оперативный способ родоразрешения.

Механизмы, определяющие срок родов, полностью не изучены, однако, общепризнано, что роды – это рефлекторный акт, в начале которого участвуют многие факторы. Наиболее важная роль принадлежит нейрогуморальным и гормональным системам, как материнского организма, так и фетоплацентарного комплекса.

Родовая деятельность – это процесс, сопровождающийся схватками, происходящими с нарастающей частотой, интенсивностью и приводящими к раскрытию шейки матки, рождению плода и последа.

Сократительная деятельность матки в родах характеризуется следующими показателями:

1. тонусом матки;
2. интенсивностью (силой схватки);
3. продолжительностью схватки;

4. интервалом между схватками;
5. ритмичностью и частотой схваток;
6. во II период родов – наличием потуг.

Продолжительность схваток в первом периоде родов клинически равна 30-60 сек., во втором периоде – 90 сек.

Интервал между схватками по мере прогрессирования родов уменьшается и в I период составляет 1,5-2 мин., во II периоде – 60 сек. В норме регистрируется 3-4 схватки за 10 мин.

Общая продолжительность родов для первородящих составляет 10-12 часов, у повторнородящих 6-8 часов.

К патологическим родам относят:

- 1) «Затяжные» - продолжительность свыше 18 часов;
- 2) стремительные – у первородящих менее 4 часов, у повторнородящих менее 2 часов;
- 3) быстрые – у первородящих от 6 до 4 часов, у повторнородящих от 4 до 2 часов.

Клиническое течение родов.

Клинически выделяют 3 периода родов:

I- период раскрытия шейки матки, осуществляется за счет сокращения (контракции), перемещения (ретракции) и растяжения (дистракции) по отношению друг к другу мышечных волокон тела, дна матки и шейки матки. С момента опускания подлежащей части во вход в малый таз она со всех сторон охватывается нижним сегментом матки, образуя внутренний пояс соприкосновения. Он препятствует свободному перемещению околоплодных вод и делит их на передние и задние. Воды расположенные выше пояса соприкосновения называются задними, их количество 800-1000 мл, ниже – передними, их количество 200-300 мл.

В норме разрыв плодного пузыря и излитие околоплодных вод происходит при раскрытии маточного зева 8-9 см – это своевременный разрыв.

Продолжительность I периода родов у первородящих приблизительно 10-11 часов, у повторнородящих – 6-7 часов.

II период - период изгнания – начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. У первородящих его продолжительность приблизительно 1-2 часа, у повторнородящих – 30-60 минут. В этот период к сокращениям матки синхронно присоединяются сокращения поперечно-полосатых мышц брюшного пресса – потуги (потугами женщина может управлять). III период – последовый, начинается с момента рождения плода и завершается выходом последа. Он состоит из плаценты, околоплодных оболочек и пуповины. Через 2-3 минуты после рождения плода начинается последовые схватки, которые вызывают отделение плаценты от стенок матки.

При нормальном течении родов общая кровопотеря составляет 0,5% от массы тела или не более 250 мл – это физиологическая кровопотеря. Кровопотеря 250-400 мл – пограничная; свыше 400 мл – патологическая.

Продолжительность последового периода 15-20 минут.

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути матери, называется **биомеханизм родов**. Наиболее часто встречаются роды при переднем виде затылочного предлежания и в них выделяют 4 основных момента биомеханизма:

1. сгибание головки плода. При этом малый родничок становится проводной(ведущей) точкой. Проводной точкой называется та, которая первая опускается в полость малого таза, следует по проводной оси таза и первой показывается из половой щели.
2. внутренний поворот головки – происходит в полости малого таза: начинается при переходе из широкой части в узкую и заканчивается на тазовом дне. Затылок плода поворачивается кпереди, а личико – кзади (к крестцу) – это правильная ротация.
3. разгибание головки – происходит в выходе малого таза, после того, как подзатылочная ямка установилась под нижним краем ложного сочленения. Подзатылочная ямка это 1-я точка фиксации головки вокруг которой происходит её разгибание (клинически это соответствует врезыванию и прорезыванию головки). Совершив разгибание головка рождается малым косым размером (9,5 см) и окружностью 32 см.
4. наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Личико плода, в зависимости от позиции, поворачивается к левому бедру матери при II, к правому бедру при I позиции. Плечики поворачиваются из поперечного размера в прямой. Переднее плечико подходит под ложную дугу – образуется 2-я точка фиксации, туловище сгибается в шейно-грудном отделе и рождается второе плечико, затем туловище и ножки.

При поступлении в родильный дом беременная направляется в санпропускник, где выявляется наличие инфекционных заболеваний и затем женщина определяется в наблюдательное отделение. Санитарная обработка включает обработку НПО, очистительную клизму, душ, после этого роженица переодевается в стерильные рубашку, халат, косынку и переходит в родильное отделение в смотровую. В смотровой записывается история родов, проводится взвешивание, измерение роста, давления, температуры тела, пульса, берут анализы на группу крови, резус фактор, гемоглобин и проводят наружное акушерское исследование. Выслушивают сердцебиение плода, проводят вагинальное исследование.

Ведение первого периода родов. Вставать разрешается только при целостности вод, либо при фиксированной предлежащей части во входе в малый таз. Наблюдение за роженицей в основном ведет акушерка. Она должна обращать внимание на общее состояние, жалобы роженицы, измеряет каждые 2 часа пульс и давление, 2 раза в сутки измеряется температуру тела. Осуществляется контроль за силой, частотой, регулярностью схваток; пользуясь 3 и 4 приемами Леопольда уточняет отношение предлежащей части ко входу в малый таз. Ведется наблюдение за околоплодными водами (количеством, цветом, запахом); сердцебиениями

плода. В норме количество сердечных сокращений плода 120-160 ударов. Отклонения в ту или иную сторону свидетельствуют о гипоксии. По назначению врача для профилактики гипоксии делает внутривенное вливание витамина «С», глюкозы, кокарбоксилазы. Контролирует своевременное опорожнение мочевого пузыря (каждые 2-3 часа) и кишечника.

В период изгнания. Наблюдения за роженицей должно быть особенно пристальным, так как резко возрастает физическая нагрузка на весь организм. Особенно наибольшее напряжение испытывает сердечно-сосудистая, дыхательная, мышечная, нервная системы.

Оценивается общее состояние роженицы, характер родовой деятельности, состояние НПО (отеки, кровянистые выделения и т.д.).

С момента врезывания головки приступают к приему родов. Роженицу переводят в родильный зал, переодевают, укладывают на родильный стол, обрабатывают НПО и готовится м/ск оказанию акушерского пособия, предварительно обработав руки как перед операцией, надевает стерильный халат, маску. Во время оказания пособия акушерка стоит справа от беременной.

Последовый период требует неотлучного присутствия врача и акушерки и проведения динамического наблюдения за состоянием роженицы. Измеряется пульс, давление, обращают внимание на цвет кожных покровов, слизистых. С момента его окончания женщина называется родильницей.

Самостоятельная внеаудиторная работа

1. Работать с конспектом и учебником.
2. Работать с ЦИОРами.
3. Решить ситуационные задачи. Пример решения задачи приведён в Приложении 1.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислить периоды родов.
2. Перечислить моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания.
3. Назвать сестринский процесс в каждом периоде родов.
4. Перечислить возможные способы родоразрешения.
5. Назвать продолжительность каждого периода родов.
6. Перечислить виды аномалии родовой деятельности.

Ситуационные задачи

Задача 1.

20.02.10. в 4 часа утра в роддом поступила первородящая, 24 лет с регулярными схватками, начавшимися в 1 час 30 мин 20.02. Беременность доношенная, масса тела -68 кг.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. АД 120/75, 120/80 мм.рт. ст., пульс -84 уд. в 1 мин., ритмичный. Живот овоидной формы, увеличен за счёт беременности. ВДМ-38 см, ОЖ-98 см, ПМП-3700,0. Схватки через 3 – 4 мин. по 30 сек., регулярные. ЧСП-140 уд./мин. В 2 ч. 50 м. излились светлые околоплодные воды. При влагалищном осмотре: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка. Схватки нарастают, состояние роженицы удовлетворительное. В 12 час. зарегистрировано полное раскрытие маточного зева. Головка плода на тазовом дне. С/тоны плода ясные, ритмичные 142 уд/мин. В 12 час, 15 мин. к схваткам присоединились потуги – через 1,5 мин по 50-55 сек. АД 120/80, 110/70 мм. рт. ст., пульс -86 уд. в 1 мин., ритмичный. ЧСП-144 уд./мин. Головка плода на тазовом дне. В 12 час.55 мин. 20.02.10. в переднем виде затылочного предлежания родилась живая доношенная девочка массой 3550,0, с нетугим 2-х кратным обвитием пуповины вокруг шеи с оценкой по шкале Апгар 7 - 8 баллов. 13 ч. 05 мин. самостоятельно отделился и выделился послед. Плацента цела, оболочки все. Кровопотеря 200 мл АД 125/80, 120/80 мм рт. ст. пульс 80 уд. в мин.

Задание:

1.

Определить продолжительность 1-го, 2-го, 3-го периодов и общей продолжительности родов.

2. Характер излития околоплодных вод (своевременность)

3. Оценить величину кровопотери

Задача 2.

19.02.10. в 10 часа утра в роддом поступила первородящая, 20 лет с регулярными схватками, начавшимися в 6 час 19.02. Беременность доношенная, масса тела -60 кг.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. АД 110/75, 110/70 мм рт. ст., пульс -80 уд. в 1 мин., ритмичный. Живот овоидной формы, увеличен за счёт беременности. ВДМ-37 см, ОЖ-98 см, ПМП-3600,0. Схватки через 4 – 5 мин. по 30 сек., регулярные. ЧСП-144 уд/мин. В 5 ч. 30 м. 19.02 излились светлые околоплодные воды. При влагалищном осмотре: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет, предлежит головка. Схватки нарастают, состояние роженицы удовлетворительное. В 16 час.10 мин. отмечается полное раскрытие маточного зева. Головка плода на тазовом дне. С/тоны плода ясные, ритмичные 142 уд/мин. Околоплодные воды зеленоватые.

В 16 час, 35 мин. к схваткам присоединились потуги – через 1- 2 мин по 50-55 сек. АД 120/80, 110/70 мм рт. ст., пульс -86 уд. в 1 мин., ритмичный. ЧСП-144 уд/мин. Головка плода на тазовом дне. В 16 час.50 мин. 19.02.10.в переднем виде затылочного предлежания родился доношенный мальчик массой 3500,0с тугим однократным обвитием пуповины вокруг шеи в лёгкой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 6 - 7 баллов.

17ч. 00мин. самостоятельно отделился и выделился послед. Плацента целая, оболочки все. Кровопотеря 250мл АД 125/80, 120/80 мм рт. ст. пульс 80 уд. в мин.

Задание:

1. Определить продолжительность 1-го, 2-го, 3-го периодов и общую продолжительность родов.
2. Характер излития околоплодных вод (своевременность)
3. Оценить величину кровопотери.

Тестовые задания с эталонами ответов

Выберите один правильный ответ

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ
 - 1) от 10 до 18 часов
 - 2) от 6 до 4 часов
 - 3) от 4 до 2 часов
 - 4) от 8 до 6 часов
2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ
 - 1) от 10 до 8 ч
 - 2) от 8 до 6 ч
 - 3) от 6 до 4 ч
 - 4) от 4 до 2 ч
3. КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СХВАТОК В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ
 - 1) характер схваток
 - 2) динамика раскрытия шейки матки
 - 3) продвижение плода по родовому каналу
4. ДОПУСТИМАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ
 - 1) 450 мл
 - 2) 500 мл
 - 3) 250 мл
 - 4) 0.5% от массы тела беременной
5. ПРОФИЛАКТИКА ОФТАЛЬМОБЛЕНОРЕИ ПРОВОДИТСЯ
 - 1) раствором 2% нитрата серебра
 - 2) раствором 1% нитрата серебра
 - 3) 30% раствором альбумида
 - 4) раствором фурацилина
6. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 - 1) опускание предлежащей части в малый таз

- 2) потуги
- 3) внутренний поворот головки
- 4) полное раскрытие шейки матки
- 5) рождение плода

7. ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩИХ РОДОВ

- 1) излитие вод
- 2) нарастающие боли в животе
- 3) увеличивающаяся частота схваток
- 4) укорочение и раскрытие шейки матки
- 5) боли в надлобковой и поясничной области

8. НОРМАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

- 1) передне-головное
- 2) затылочное
- 3) лобное
- 4) лицевое

9. ВЕДУЩАЯ ТОЧКА ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- 1) малый родничок
- 2) большой родничок
- 3) середина лобного шва
- 4) середина расстояния между большим и малым родничком

10. СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ КОНТРОЛИРУЕТСЯ

- 1) после каждой потуги
- 2) через каждые 15 минут
- 3) через каждые 10 минут
- 4) через каждые 5 минут

Эталон ответов 1-1; 2-1; 3-2; 4-4; 5-3; 6-2,4; 7-3; 8-2; 9-3; 10-1

Занятие 1.5

Тема: Послеродовый период и его осложнения. Уход за родильницей.

Значение изучения темы

Знание изменений, происходящих в организме родильницы, путей распространения внутрибольничной инфекции является залогом предупреждения инфекционных заболеваний матери и новорожденного. Это важнейшая задача в работе акушерского стационара. Соблюдение нормативов, предупреждающих возникновение и распространение инфекционных осложнений в послеродовом периоде, способствует получению здорового потомства и резкому снижению материнской и детской заболеваемости.

Знать:

- процессы, происходящие в послеродовом периоде;

- правила совместного пребывания матери и ребенка; осложнения, их профилактику;
- структуру и работу наблюдационного отделения;
- сестринский процесс при уходе за родильницами в послеродовом периоде, осложнения и их профилактику;
- признаки и методы профилактики мастита;
- схему наблюдения за родильницей;
- гигиену родильницы;

Уметь:

- объяснить родильнице меры профилактики мастита, помочь при сцеживании молока;
- обработать наружные половые органы, швы промежности;
- осуществить уход за молочными железами.

Овладеть ОК, ПК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК2.2.

Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

Краткое содержание темы

Период после родов. Часто его называют, «четвертый триместр беременности». Когда говорят «четвертый период беременности», хотят подчеркнуть важность для всей семьи послеродового периода.

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и продолжается до того момента, когда заканчивается инволюция (восстановление) тех органов и систем, которые подвергались изменениям во время родов. В послеродовом периоде выделяют ранний и поздний этапы. Ранний этап - это первые 2–4 часа после родов. В это время возможны осложнения (кровотечение, физиологическое повышение температуры тела, повышение артериального давления). Поэтому первые 2–4 часа после родов женщина находится в родовом зале. Затем ее переводят в послеродовое отделение, в палату.

В течение позднего послеродового периода организм роженицы окончательно возвращается к тому состоянию, которое было до беременности. В первые месяцы после родов нужна особая забота не только о ребенке, но и о матери так как именно в этом периоде женщина подвержена различным инфекционным заболеваниям.

Выписка родильницы

При физиологическом течении родов, удовлетворительном состоянии родильницы её выписывают на 6-7 сутки.

М/с выдает ей медицинское свидетельство о рождении ребёнка (уч. №103), обменную карту со сведениями о течении родов и о новорожденном. Проводят санитарно-просветительскую беседу о правилах соблюдения личной гигиены в домашних условиях, режиме, питании. Половая жизнь через 7-8 недель после родов, сон не менее 7-8 часов и т.д. Женскую консультацию женщина должна посетить через 7-10 дней после выписки из родильного дома.

Патология послеродового периода

Инфекционное заболевание половых органов часто осложняют течение послеродового периода. Ранние их формы встречаются в 2-10% родах.

Этиология: в качестве возбудителей могут быть аэробы, анаэробы, и их ассоциации.

Возникновению послеродовой инфекции способствуют:

1. изменение биоценоза влагалища.
2. иммунодефицит.

Предрасполагающие факторы:

- железодефицитная анемия
- гестоз
- предлежание плаценты
- затяжные роды
- длительный безводный промежуток
- кровопотеря
- оперативные вмешательства

Входные ворота инфекции:

- раневая поверхность матки
- трещины сосков
- разрывы шейки матки, влагалища, промежности
- раневая поверхность, возникающая при рассечении передней брюшной стенки (лапаротомия)
- **Классификация послеродовых инфекций по Сазонову-Бартеньсу:**
- 4 этапа развития инфекции:
- I этап: инфекции ограничена областью входных ворот – послеродовая язва, эндометрит.

- II этап: инфекция вышла за пределы входных ворот, но осталась локализованной в пределах малого таза – метрит, параметрит, тромбофлебит вен таза, матки, конечностей, пельвиоперитонит.
- III этап: инфекция вышла за пределы малого таза – разлитой перитонит, прогрессирующий тромбофлебит.
- IV этап: генерализованная инфекция – септикопиемия (сепсис с mts) и септицемия (сепсис без mts).

Профилактикой развития послеродовой инфекции служит соблюдение правил санитарно-противоэпидемического режима в акушерском стационаре, выполнение норм приказа №345.

Самостоятельная внеаудиторная работа

1. Составить комплекс физических упражнений беременным с послеродовыми осложнениями
2. Выписать необходимые направления для обследования беременных,
3. Выполнить тестовые задания, решить ситуационные задачи. Пример решения задачи приведён в Приложении 1.

Вопросы для самоконтроля

1. Характеристика послеродового периода.
2. Изменения, происходящие в организме женщины в послеродовом периоде.
3. Входные ворота инфекции.
4. Факторы, предрасполагающие к осложненному течению послеродового периода, входные ворота инфекции.
5. Принцип классификации послеродовых инфекций
6. Назвать сроки выписки родильницы из роддома.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Родильница 23 лет на четвертый день послеродового периода пожаловалась на ощущение жжения и умеренную боль в области промежности.

Объективно: состояние удовлетворительное, самочувствие страдает мало. Температура тела 36,8°, Ps - 86 ударов в минуту. Живот мягкий, матка на 3 п/п ниже пупка, лохии серозно-кровянистые. Местно: в области швов мягких тканей промежности отёк и гиперемия тканей, швы покрыты гнойным налетом.

Задания:

1. О каком патологическом процессе можно подумать и почему?
2. Составьте карту сестринского процесса.

Задача №2

Родильница 18 лет на третий день послеродового периода пожаловалась на значительную слабость, снижение аппетита, озноб

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,5°, Ps 112 ударов в минуту. Живот мягкий, пальпация матки болезненна, высота стояния дна матки на уровне пупка, лохии кровянистые с неприятным запахом.

Задания:

1. О каком патологическом процессе можно подумать и почему?
2. Составьте карту сестринского процесса

Задача №3

Родильница 21 года на третий день послеродового периода пожаловалась на значительную резкую боль в левой молочной железе, затруднение сцеживания молока.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 39,2°, P- 116 ударов в минуту. Живот мягкий, высота стояния дна матки 2 п/п ниже пупка, лохии кровянистые, без запаха. Левая молочная железа гиперемирована в верхне-наружном квадранте, здесь же пальпируется болезненное уплотнение. Молокоприбыло в последние сутки, ребёнок сосёт вяло.

Задания:

1. О каком патологическом процессе можно подумать и почему?
2. Составьте карту сестринского процесса

Задача №4

Родильница 25 лет на шестой день послеродового периода пожаловалась на слабость, болезненность в области левой голени. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°, Ps 88 ударов в минуту. Живот мягкий, пальпация матки безболезненна, высота стояния дна матки на 3 п/п выше лона, лохии серозно-сукровичные. Передне-внутренняя область левой голени гиперемирована, по ходу вены болезненное уплотнение.

Задания:

1. О каком патологическом процессе можно подумать и почему?
2. Составьте карту сестринского процесса.

Тестовые задания с эталонами ответов

Выберите один правильный ответ

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИЙ

- 1) мастит
- 2) тромбофлебит
- 3) эндометрит
- 4) септический шок
- 5) перитонит

2. ПРИЗНАКИ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА

- 1) повышение температуры тела с ознобом
- 2) нагрубание молочных желез
- 3) болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе
- 4) свободное отделение молока
- 5) гиперемия молочной железы

3. ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА

- 1) антибиотики
- 2) аспирация содержимого полости матки
- 3) инфузионная терапия
- 4) эстраген-гестагенные препараты
- 5) анаболики

4. ЛИХОРАДКА НА 3-4-й ДЕНЬ ПОСЛЕ РОДОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) инфекция мочевого тракта
- 2) эндометрит
- 3) мастит
- 4) тромбоз вен
- 5) ничего из выше перечисленного

5. ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) антибактериальную терапию
- 2) выскабливание полости матки
- 3) физиотерапию
- 4) санаторно-курортное лечение

6. ПРИЧИНЫ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

- 1) хронические очаги инфекции
- 2) безводный промежуток в родах 2-3 часа
- 3) продолжительность родов 6 часов
- 4) гемоглобин 120 мг/л

Эталон ответов 1-1; 2-1,3; 3-1,3; 4-3; 5-1; 6-1

Раздел 2. Сестринский уход в гинекологии

Занятие 2.1

Тема: Обследование гинекологических больных. Нарушения менструального цикла.

Значение изучения темы

Нарушения менструального цикла возникают при повреждении нейрогуморальной регуляции цикла и должны рассматриваться как результат заболевания целостного организма. В свою очередь, расстройства менструальной функции могут вызывать нарушения состояния других органов и систем. Медсестра должна представлять причины вышеуказанной патологии для того, чтобы грамотно лечить больных, знать методы обследования гинекологических больных, уметь собрать акушерско-

гинекологический анамнез, забрать мазки, оформить направление их в лабораторию.

Знать:

- методы обследования гинекологических больных (основные и дополнительные);
- акушерско-гинекологический анамнез и его значение в постановке диагноза гинекологическим больным;
- основные виды нейроэндокринных синдромов, нарушений менструального цикла;
- группы гинекологических заболеваний;
- порядок опроса и обследования гинекологических больных;
- классификацию нарушения менструальной функции;

уметь:

- измерить базальную температуру;
- подготовить рабочее место врача - гинеколога.

Овладеть ОК, ПК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 13. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Краткое содержание темы

Методы обследования гинекологических больных делятся на основные (клинические методы) и дополнительные (специальные).

Клинические методы исследования:

1. Клинические методы обследования.

2. Лабораторные методы.

3. Инструментальные методы.

I. Опрос по общепринятой схеме.

Акушерско-гинекологический (репродуктивный) анамнез и его значение в постановке диагноза гинекологическим больным

Особое место в оценке состояния здоровья женщины принадлежит данным о специфических функциях репродуктивной системы – менструальной, сексуальной, детородной и секреторной.

1. Менструальная функция становится в 12-13 лет (менархе) и заканчивается в 50-53 года (менопауза). Нормальный менструальный цикл

продолжается 28-30 (21-35 дней), считая от первого дня менструации. Период между менструациями равен 28 дней, в течение которых происходит созревание одного фолликула и одной яйцеклетки. В норме менструации продолжаются от 2-7 суток, количество теряемой крови не более 80-100 мл.

2. Сексуальная функция характеризуется возрастом начала половой жизни, числом и постоянством сексуальных партнеров

3. Детородная функция характеризуется сроком наступления желаемой беременности, не позднее 12 месяцев от начала половой жизни. Уточняют число беременностей, течение по триместрам, осложнения беременности, состояние ребенка после рождения.

4. В норме секреторная функция поддерживается таким образом, что выделения из половых путей не ощущаются женщиной. Появление белей почти всегда указывают на заболевание. При патологическом состоянии бели бывают густыми, гнойными, водянистыми, вызывают зуд, жжение в области наружных половых органов.

II. Общее исследование по системам, включая массо-ростовой индекс.

Индекс массы тела (ИМТ) – это соотношение массы тела в килограммах к длине в метрах, возведённое в квадрат.

Нормальным является индекс массы тела 20—26. При его величине менее 20 наблюдается дефицит массы тела, при 30 и более — ожирение, что свидетельствует о высоком риске развития метаболических осложнений.

Определение степени полового развития имеет большое значение при обследовании девушек и молодых женщин, особенно если они жалуются на аменорею, нарушение менструального цикла или бесплодие в браке. Оценивается половое развитие в степенях (I—IV) развития молочных желез (Ma), оволосение в подмышечных (Ax) и лобковой (P) областях. К завершению периода полового созревания (16—18 лет) степень полового развития соответствует таковому детородного возраста. При физическом и половом инфантилизме, генетических заболеваниях степень полового развития не соответствует календарному возрасту.

Исследование молочных желез проводится путем осмотра и пальпации. Особое внимание уделяется наличию отделяемого из сосков, что может явиться показанием к дополнительному обследованию.

Гинекологическое исследование

Гинекологическое исследование проводится на специальном кресле, в положении пациентки полулежа с согнутыми в коленях и разведенными с помощью держателя ногами. Для проведения полноценного гинекологического исследования женщина должна быть специальным образом подготовлена (опорожнены мочевой пузырь и прямая кишка). Специалист должен проводить исследование в стерильных резиновых перчатках.

Функциональная активность репродуктивной системы проявляется менструальным циклом.

Менструальный цикл – последовательность определённых реакций органов и организма в целом на изменения, происходящие в системе гипоталамус-гипофиз –яичники –матка. Менструальный цикл делится на

две фазы: первая –фолликулярная, и вторая –лютеиновая, или фаза жёлтого тела. Такое разделение возможно только в овуляторном цикле, однако, некоторые гинекологические заболевания являются причиной аномалии менструальной функции. Нарушение менструального цикла влекут за собой бесплодие и др. заболевания. Все нарушения менструального цикла можно условно разделить на две большие группы – аменореи и дисфункциональные маточные кровотечения, изучению этого раздела гинекологии и посвящено настоящее занятие.

Самостоятельная внеаудиторная работа

1. Работать с конспектом и учебником.
2. Заполнить менструальный календарь.
3. Составить кроссворд по теме «Нарушение менструального цикла».

Минимальное количество слов 20. Пояснение к составлению кроссворда приведена в Приложении 2.

4. Выполнить тестовые задания, решить ситуационные задачи. Пример решения задачи приведён в Приложении 1.

Вопросы для самоконтроля

1. Специальные методы обследования гинекологических больных.
2. Общие методы и порядок обследования гинекологических больных: морфологические типы, массо-ростовой коэффициент, состояние кожных покровов, определение полового развития.
3. Дополнительные методы обследования гинекологических больных
4. Нормальный менструальный цикл
5. Классификация нарушений менструальной функции
6. Классификация дисфункциональных маточных кровотечений.
7. Определение аменореи, гипоменструального синдрома (причины, клиническая картина)
8. Определение аменореи, причины, клиническая характеристика.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Пациентка 14 лет доставлена в гинекологическое отделение с диагнозом: маточное кровотечение, из анамнеза известно, что менструации с 13 лет, нерегулярные. Беспокоит слабость, головокружение. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин., А/Д 90/50 мм рт ст. из половых путей обильные кровянистые выделения.

Задание: Определить проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Задача № 2

Пациентка 48 лет доставлена в гинекологическое отделение с диагнозом: маточное кровотечение, из анамнеза известно, что в менопаузе 2 года. Кровотечение началось несколько часов назад. Беспокоит слабость, головокружение. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин., А/Д 100/60 мм рт.ст. из половых путей обильные кровянистые выделения.

Задание: Определить проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. АМЕНОРЕЯ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ БОЛЕЕ
 - 1) 4 месяцев
 - 2) 5 месяцев
 - 3) 6 месяцев
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничто из перечисленного
2. РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ – ЭТО ДАННЫЕ О
 - 1) менструальной функции
 - 2) гинекологическое исследование
 - 3) сексуальной функции
 - 4) секреторно функции
 - 5) детородной функции
3. ПРЕДЕЛЫ НОРМАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА
 - 1) 18-20
 - 2) 20-22
 - 3) 25-32
 - 4) 30-36
4. ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОМОТРА
 - 1) влагалищные зеркала
 - 2) предметные стёкла
 - 3) пулевые щипцы
 - 4) маточный зонд
5. III СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
 - 1) pH-нейтральная, кокки, бактерии, лейкоциты
 - 2) pH-слабо-кислая, палочки Дедерлейна, единичные лейкоциты, кокки
 - 3) pH-кислая, палочки Дедерлейна
 - 4) pH-щелочная, палочек Дедерлейна нет, кокки, лейкоциты в большом количестве
6. МАЗОК ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРУТ ИЗ
 - 1) влагалища
 - 2) вульвы
 - 3) ануса
7. ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ - ЭТО

- 1) гипоменорея
- 2) аменорея
- 3) альгодисменорея
- 4) олигоменорея
8. МЕНОРРАГИИ - ЭТО
- 1) скудные менструации
- 2) ациклические маточные кровотечения
- 3) длительные, обильные менструации
- 4) частые менструации

Эталон ответа 1-3; 2-2; 3-2; 4-1; 5-1; 6-1; 7-2; 8-2

Занятие 2.2

Тема: Воспалительные заболевания женских половых органов. Бесплодие.

Значение изучения темы

В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место. Они не только влияют на общее состояние больной и снижают трудоспособность, но и вызывают бесплодие, нарушение менструальной функции, могут даже привести к летальному исходу, поэтому знание причин воспалительных заболеваний женских половых органов, роли макро- и микроорганизмов, условий труда и быта в возникновении и течении воспалительных заболеваний является необходимым для медицинской сестры.

Знать:

- причины бесплодного брака, методы обследования, лечения, профилактики;
- роль макро- и микроорганизмов, условий труда и быта в возникновении и течении воспалительных заболеваний женских половых органов;
- причины септических гинекологических заболеваний, методы профилактики;
- заболевания женских половых органов, их возбудители, основные клинические признаки, методы лечения;
- сестринский процесс при воспалительных заболеваниях женских половых органов;
- причины бесплодия;

уметь:

- выполнять назначения врача при медикаментозном лечении воспалительных заболеваний, осуществлении сестринского ухода;
- брать мазки на бактериоскопическое и бактериологическое исследование.

Овладеть ОК, ПК:

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Краткое содержание темы

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают 1-е место среди всей гинекологической патологии. 40% больных в стационаре - больные с ВЗПО. Рост связан с sex - революцией. Повышается рост трансмиссивных инфекций, то есть инфекций, передающихся половым путем. В 99% инфекция попадает в женские половые органы половым путем.

Причиной всех воспалительных заболеваний гениталий являются микробы, а не аборты, инструменты как студенты отвечают на экзаменах.

Микробы попадают в 99% случаев половым путем, но существует и лимфогенный путь - это прежде всего из кишечника; гематогенный путь - главным образом - туберкулез, когда очаг инфекции в гениталиях является вторым очагом, а первый очаг расположен экстрагенитально; по протяжению - например из воспаленного аппендикулярного отростка, при колитах, при патологии кишки и интраканаликулярный путь при специфической инфекции (гонококк).

Механизм реализации переноса инфекции:

1. Сперматозоиды являются переносчиками инфекции; они обладают отрицательным зарядом, который притягивает микроб - они таким образом являются транспортом микроорганизмов.

2. Жгутиковые - трихомонады - являются активным транспортом для микробов. Существует и пассивный путь распространения инфекции. Попадают микроорганизмы активно - половым путем, а затем пассивно распространяются по гениталиям.

Факторы, способствующие распространению инфекции:

1. Внутриматочные вмешательства: аборты, диагностические выскабливания,

гистеросальпингография, то есть все инвазивные процедуры: зондирование полости матки, постановка и удаление внутриматочного контрацептива, роды и выкидыши.

2. Переохлаждение

Ослабление организма в результате хронической инфекции экстрагенитального характера.

Защитные факторы организма:

1. Влагалище и его содержимое, то есть биоценоз влагалища:

- бели, которые выделяют железы влагалища в количестве 1-2 мл в сутки являются нормальными. Все что больше - патологические бели.
- микрофлора влагалища, которая представлена аэробами и анаэробами, но имеется динамическое равновесие между сапрофитными группами и условно-патогенными группами (аэробные микробы преобладают над анаэробными)
- достаточное содержание лактобактерий - палочек молочнокислого брожения, которые создают кислую pH во влагалище за счет своего метаболизма и кислая pH является тем защитным барьером на пути проникновения микроорганизмов.

2. Слизистая пробка - бактерицидная пробка цервикального канала; пробка играет огромное значение по предупреждению генерализации инфекции: в слизистой пробке имеются неспецифические антитела, как факторы защиты; за счет изменения своей вязкости она препятствует проникновению микробов. На протяжении маточного цикла вязкость пробки изменяется: уменьшается вязкость в середину менструального цикла, для облегчения проникновения сперматозоидов и процессов овуляции.

3. Эндометрий: функциональный слой эндометрия ежемесячно отторгается, идет очищение организма, также на месте отторгнувшегося эндометрия образуется лимфоцитарный вал. Для генерализации инфекции необходимо взаимоотношение макро- и микроорганизма. У девственниц острый сальпингит или острый сальпингоофорит может быть или туберкулезной этиологии или может проникнуть из кишечника, то есть лимфогенным или гематогенным путем.

К специфическим на данный момент официально относятся 3 инфекции - гонорея, трихомониаз, туберкулез. В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место и составляют 60-70% гинекологических больных, которые обращаются в женские консультации. Чаще всего они бывают неспецифическими, причиной которых могут быть различные микроорганизмы, чаще флора может быть смешанной. Воспалительные заболевания не только влияют на общее состояние больной и снижают трудоспособность, но и вызывают бесплодие, нарушение менструальной функции, могут даже привести к летальному исходу.

Бесплодием называется отсутствие беременностей в течение одного года у супругов, живущих регулярной половой жизнью, желающих иметь детей и не применяющих контрацептивов. Частота бесплодия в браке составляет около 15%. Бесплодие бывает женским и мужским; иногда причиной бесплодного брака могут быть оба супруга. Вопросам диагностики, лечения и профилактики посвящено это занятие.

Самостоятельная внеаудиторная работа

- 1.Подготовить план беседы по профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов.
- 2.Написать реферат на тему «Бесплодие и его причины».
- 3.Выполнить тестовые задания, решить ситуационные задачи. Пример решения задачи приведён в Приложении 1.

Вопросы для самоконтроля

1. Классификация воспалительных заболеваний гениталий.
2. Особенности этиологии воспалительных заболеваний гениталий.
3. Принципы ухода за больными с вульвитами, кольпитами, цервицитами, эндометритами, сальпингоофоритами, параметритами, пельвиоперитонитами.
- 4.Определение гонореи (этиология, классификация, особенности клинической картины, диагностики и лечения).
- 5.Причины бесплодного брака, методы обследования, лечения, профилактики.

Ситуационные задачи

Задача №1.

Пациентка 40 лет, находится на стационарном лечении в гинекологическом отделении с диагнозом: хронический неспецифический сальпингит.

Жалобы на зуд в области влагалища, бели. Считает, что эти проявления возникли через несколько дней после проведения курса антибиотикотерапии. Беспокойна, нервозна, жалуется на нарушение сна.

Объективно: при осмотре – гиперемия малых половых губ, слизистой влагалища, творожистые выделения. Следы расчёсов в области наружных половых органов.

Задания:

- 1.Составьте план сестринского ухода.
2. Обучите пациентку введению влагалищных тампонов.

Задача №2.

Пациентка 25 лет, жалуется на обильные выделения из влагалища пенистого характера с гнилостным запахом, зуд во влагалище. Выделения появились после контакта с мужем, вернувшимся из командировки.

Объективно: при осмотре в зеркалах гиперемия влагалища, пенистые выделения, раздражение в области половых губ, клитора.

Задания:

- 1.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией вмешательств.
2. Обучите пациентку спринцеванию и введению свечей во влагалище.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. ВОЗБУДИТЕЛИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖПО

- 1) стафилококк
- 2) хламидии
- 3) гонококки
- 4) гарднерелла
- 5) анаэробы

2. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ПОЛОВЫМ ПУТЁМ ПЕРЕДАЮТСЯ

- 1) хламидии
- 2) вирус простого герпеса
- 3) трихомонады
- 4) правильные ответы а) и в)
- 5) правильные ответы б) и в)

3. ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) антибиотики
- 2) клион-Д
- 3) настой календулы
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

4. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК - ЭТО

- 1) отсутствие у супругов способности к зачатию
- 2) отсутствие у женщины способности к вынашиванию
- 3) оба определения правильны
- 4) оба определения неправильны

5. ВРЕМЯ ПРОНИКНОВЕНИЯ СПЕРМИТОЗОИДОВ В МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ

- 1) 5 минут
- 2) 10-15 минут
- 3) 30-60 минут
- 4) 2-3 часа

6. СПЕРМИТОЗОИДЫ СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ

- 1) 6-12 часов
- 2) 24-48 часов
- 3) 3-5 суток
- 4) 10 суток

7. ЯЙЦЕКЛЕТКА СОЗНАЕТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ

- 1) 6 часов
- 2) 12-24 часов
- 3) 3-5 суток
- 4) 10 суток

8. ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕСПЛОДНОЙ ПАРЫ НАЧИНАЮТ С

- 1) гистеросальпингографии
- 2) цитологии влагалищного мазка
- 3) определения базальной температуры
- 4) биопсии эндометрия
- 5) исследования спермы

Дополните

9. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ _____

Эталон ответов: 1-3; 2-4; 3-3; 4-3; 5-3; 6-2; 7-2; 8-5; 9-в течении 12 месяцев при регулярной половой жизни без контрацепции не наступит беременность.

Занятие 2.3

Тема: Предопухолевые заболевания. Доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий.

Значение изучения темы.

Наблюдаемый в последние десятилетия рост частоты опухолей связан с аномалиями развития или возникновением опухолей из имеющихся в организме недифференцированных эмбриональных элементов, сохранивших потенциальную способность к росту.

Частота малигнизации опухолей составляет примерно 15% как у взрослых, так и у детей. Опухоли встречаются во всех возрастных группах, начиная с периода новорожденности. Кроме онкологических заболеваний рассматриваются фоновые и предопухолевые заболевания. Своевременная диагностика и лечение фоновых и предопухолевых заболеваний является профилактикой онкологических болезней женской половой сферы.

Знать:

- методы профилактики, диагностики лечения и реабилитации и ухода при онкогинекологических заболеваниях;
- понятие об истинных опухолях и опухолевых образованиях;
- характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей;
- дополнительные методы обследования в онко-гинекологии;
- предраковые и фоновые заболевания;
- клинику, диагностику предраковых заболеваний женских половых органов;
- клинику доброкачественных опухолей;
- клинику злокачественных опухолей;
- методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации ;

уметь:

- провести пальпаторное самообследование молочных желез;
- провести осмотр шейки матки и взятие мазков на онко-гинекологию на фантоме;
- подготовить женщину к УЗИ;

- оформить направления на онкогинекологическое и гистологическое обследование.

овладеть ОК, ПК:

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Краткое содержание темы

Наблюдаемый в последние десятилетия рост частоты опухолей связан с аномалиями развития или возникновением опухолей из имеющихся в организме недифференцированных эмбриональных элементов, сохранивших потенциальную способность к росту.

Частота малигнизации опухолей составляет примерно 15% как у взрослых, так и у детей. Опухоли встречаются во всех возрастных группах, начиная с периода новорожденности.

Диагностика опухолей опирается как на обычные методы клинического обследования, так и на современные дополнительные методы исследования. К ним относятся ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитноядерная томография (МРТ), эндоскопические исследования, определение опухолевых маркеров (АФ) - альфа - фетопроtein, ХТ- хорионический гонадотропин, СА-125. Однако окончательный диагноз ставится в результате гистологического исследования серийных срезов. Биопсия является более точным методом диагностики в сомнительных случаях. При диагностике злокачественных новообразований очень важно установить не только характер, но и стадию заболевания.

Заболевания вульвы опухолевого генеза подразделяются:

1 фоновые (доброкачественные) к ним относятся:

- **фибромы - округлой формы, подвижные, не спаянные образования.**

В зависимости от соединительно-тканного компонента они бывают мягкие, плотные; развивается из соединительной ткани больших половых губ.

- **фибромиомы**

- **миомы**
- **липомы** (из жировой ткани) - на ножке
- **гидроаденомы**- образования из структур потовых желез в виде множества мелких высыпаний 2 - 4 и больше мм, серо- розового цвета, возвышающиеся над поверхностью.
- **лимфангиомы** - врожденная патология стенки лимфатического сосуда, многокамерное ячеистое образование мягкой консистенции с беловатой жидкостью.
- **миксома**- образования из зачатков мезенхимальной ткани, округлой формы, может малигнизироваться.
- **папиллома** - образования, представленные стромой, покрытые плоским ороговевающим эпителием, множественные или одиночные, розовато- коричневого цвета.
- **пигментные невусы**- при их росте должна быть онконастороженность.

Эти опухоли на широком основании или на ножке могут достигать значительных размеров, свисать между бедрами. При нарушении кровообращения развивается отек, кровоизлияние, некроз, присоединяется вторичная инфекция.

2.Предрак вульвы.

I группа - дистрофии вульвы: крауроз и лейкоплакия. Клинические проявления зависят от давности процесса, степени его распространения, наличие сопутствующих заболеваний.

Крауроз- хронический склеротический процесс с прогрессирующими атрофическими изменениями и сморщиванием НПО.

Лейкоплакия - это гиперпластическое изменение эпителия с лейкоцитарной

инфильтрации и последующими атрофическими и склеротическими изменениями.

II группа кожно- венерические заболевания: псориаз, дерматиты, витилиго, кандидоз, герпес, сифилис, кандиломы (часто при сифилисе, сахарном диабете)

Диагностика:

1. Жалобы 2. Анам

нез 3. Осмотр

4. Вульвоскопия (вульву обрабатывают 2% толуидиновым синим, при наличии атипии - ярко синее окрашивание клеток) и взятие мазков на атипию 4. Гистологическая биопсия

Классификация патологических процессов шейки матки (Бохман 1989 г.)

I. Фоновые заболевания.

II. Предрак шейки матки.

III. Рак шейки матки

Фоновые заболевания составляют 85% всей патологии ш/ матки и

возникают в результате травматических повреждений, дисгормональных состояний, воспалительных процессов.

1. Истинная эрозия ш/матки

2. В 80% (чаще) случаях встречается **псевдоэрозия (эктопия ш/матки)** - это выход цилиндрического и призматического эпителия цервикального канала (рН - щелочная) на влажную поверхность шейки матки (рН — кислая),

3. **Эктропион** (выворот) в результате травматических повреждений в родах, при аборте, когда формируется рубец, шейки матки деформируется, выворачивается и цилиндрический эпителий шейки матки выходит во влагалище, может присоединиться воспалительный процесс.

4. **Лейкоплакия ш/м. (непролифилирующая)** — белесоватое пятно или бляшка белого цвета за счет нарушения ороговения участков многослойного плоского эпителия.

5. **Эритроплакия** - резкое истончение эпителия, через который просвечивается подлежащая ткань.

6. **Полипы ш/м.** бывают: железистые, фибриновые, железисто – фибриновые - это очаговое чрезмерное разрастание слизистой оболочки с подлежащей стромой или без нее

7. **Хронический эндоцервицит** - в области наружного зева шейки матки появляется венчик гиперемии, обычная слизистая..

8. Эндометриоз шейки матки

На ш/матки макроскопически определяются «глазки» цианотично — багрового цвета. До **menses**: они выбухают над поверхностью, при менструации, и исчезают после неё.

9. **Дисплазия шейки матки** характеризуется нарушением расположения, созревания и дифференциации клеток многослойного плоского эпителия (относится к предраковым заболеваниям).

Опухоли представляют собой патологическое избыточное разрастание тканей, в которых клетки меняют свое качество и форму. Особенностью новообразований является способность клеток размножаться даже после прекращения воздействия факторов, вызвавших их рост. Различают предраковые состояния и опухоли. Опухоли, в свою очередь, могут быть доброкачественными и злокачественными. Доброкачественные опухоли обладают способностью разрушать ткани, прорастая в них, и образовывать метастазы; они по мере роста раздвигают или сдавливают соседние органы. Злокачественные опухоли прорастают в соседние ткани, разрушая их, и обладают способностью распространяться по лимфатическим и кровеносным сосудам в ближайшие и отдалённые органы и ткани, образуя метастазы

Изучению клиники и диагностики предраковых доброкачественных и злокачественных опухолей и методам их профилактики посвящается занятие.

Вопросы для самоконтроля

1. Определение фоновых, предраковых заболеваний гениталий, доброкачественных опухолей.
2. Методы диагностики опухолевых заболеваний женских половых органов.
3. Характеристика фоновых заболеваний вульвы и влагалища, (классификация, клиника, диагностика, лечение).
4. Характеристика предраковых заболеваний вульвы и влагалища (классификация, клиника, диагностика, лечение).
5. Характеристика рака вульвы и влагалища (классификация, клиника, диагностика, лечение).
6. Характеристика фоновых и предраковых заболеваний шейки матки (предрасполагающие факторы, классификация, клиника, диагностика, лечение).
7. Характеристика рака шейки матки (классификация, клиника, диагностика, лечение).
8. Характеристика доброкачественных опухолей матки (классификация, клиника, диагностика, лечение).
9. Характеристика фоновых и предраковых заболеваний эндометрия (классификация, клиника, диагностика, лечение).
10. Характеристика рака матки (классификация, клиника, диагностика, лечение).

Самостоятельная внеаудиторная работа

1. Работа с конспектом и учебником, написание реферата.
Темы: «Предопухолевые заболевания» «Доброкачественные опухоли», «Злокачественные опухоли»
2. Выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач (пример решения задачи приведён в Приложении 1).

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Пациентка 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: миома матки с геморрагическим синдромом. Жалобы на обильные и длительные менструации, общую слабость, головокружение. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Женщина беспокойна, нервозна, на контакты идет, но выражает страх по поводу предстоящей операции. Объективно: сознание ясно, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, пульс 80 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания.

- Задание:**
1. Определить проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
 2. Подготовьте набор инструмента для диагностического выскабливания.

Задача № 2

В гинекологическое отделение онкологического диспансера поступила пациентка 45 лет. На оперативное лечение с диагнозом: рак шейки матки, 1 стадия. Жалобы на бели с прожилками крови, контактные кровотечения. Считает себя больной в течение месяца. Заболевание возникло на фоне эрозии шейки матки, по поводу которой лечилась в течение 6-ти месяцев. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, депрессивна, плохо спит, выражает опасения за свое будущее.

Объективно: сознание ясное, кожные покровы нормальной окраски. Функции с/сосудистой и дыхательной системы не нарушены, АД 140/80 мм рт ст. Пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

- Задание:** 1. Определить проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Подготовьте всё, что потребуется для гемотрансфузии.

Задача № 3.

Пациентка 40 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекрут ножки кисты. Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадиируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота. Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное, АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 90 уд/мин. Живот вздут, напряжен, резко болезненный при пальпации.

- Задание:** 1. Определите и обоснуйте состояние пациентки.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа

Тестовые задания с эталонами ответов

1. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ КИСТОМЕ

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1) холод на низ живота | |
| 2) проведение УЗИ | 3) введение |
| обезболивающих препаратов | 4) очистительная |
| клизма | |

2. МИОМА МАТКИ – ЭТО ОПУХОЛЬ

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1) эпителиальная | |
| 2) быстрорастущая | 3) доброкачественная |
| 4) злокачественная | |

3. ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНЫХ ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1) вздутие живота | |
| 2) обильные длительные менструации | |

3) гипотония

4) болезненное мочеиспускание

4. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ МИОМЕ МАТКИ

1) введение гормонов

2) подготовка больной к гинекологическому осмотру

3) осмотр шейки матки в зеркалах

4) введение газоотводной трубки

5. СТАДИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

1) 2

2) 3

3) 4

4) 5

6. ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНЫХ ПРИ СУБСЕРОЗНОЙ МИОМЕ

1) вздутие живота

2) ноющие боли внизу живота

3) гипотония

4) болезненное мочеиспускание

7. ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНЫХ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ МИОМЕ

1) вздутие живота

2) ноющие боли внизу живота

3) длительные менструации со сгустками

4) болезненное мочеиспускание

Эталон ответов: 1-1; 2-3; 3-2; 4-2; 5-2; 6-2; 7-3

Занятие 2.4

Тема: Оперативные методы лечения в гинекологии. Неотложные состояния и помощь при акушерско-гинекологических заболеваниях.

Значение изучения темы

В гинекологии существует два метода лечения больных: консервативный и оперативный (хирургический). Оперативный метод лечения гинекологических больных применяется довольно часто. Особая роль в исходе операции принадлежит медицинской сестре, которая должна уметь правильно подготовить больную к операции, участвовать в операции, а также выхаживать больную в послеоперационном периоде. Большая роль отводится медсестре в соблюдении правил асептики и антисептики. Операционная медсестра обязана знать ход операции следить за количеством используемых инструментов. От уровня подготовки медицинской сестры зачастую зависит жизнь пациентки.

Знать:

- основные оперативные методы лечения в гинекологии;
- виды гинекологических операций;
- структуру операционных в гинекологическом стационаре;
- неотложные состояния (внематочная беременность, кровотечения, травмы);
- пери оперативный процесс в гинекологии;
- ранние и поздние послеоперационные осложнения, методы их профилактики;
- методы реабилитации после гинекологических операций;

уметь:

- оказать помощь при неотложных состояниях в гинекологии;
- организовать пери оперативный процесс в гинекологическом стационаре.

Овладеть ОК, ПК:

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах.

Краткое содержание темы

В гинекологии существует два метода лечения больных: консервативный и оперативный. В оперативной гинекологии используется два оперативных доступа к органам малого таза: влагалищный и брюшно-стеночный. В последние годы всё шире стал применяться эндоскопический метод оперативного вмешательства. Метод очень физиологичен, так как не требует вскрытия брюшной полости и широкого вхождения в брюшную полость.

Всякому оперативному вмешательству должно предшествовать тщательное обследование и подготовка больной не только при плановых, но и при неотложных вмешательствах.

Подготовка к экстренной гинекологической операции

имеет свою специфику, чем тяжелее состояние больной, тем быстрее ее нужно подготовить.

- очистительная клизма;
- сбривают волосы;
- туалет кожных покровов;
- удаление протезов из полости рта;
- промывание желудка (опасность регургитации),
- группа крови и резус фактор.
- кровь на ВИЧ.
- пунктирует локтевую или подмышечную вену и преступает к инфузионной терапии, если состояние больной более тяжелое, подготовка сводится до минимума.

Большие гинекологические операции производятся путем чревосечения - брюшиностеночного (лапоротомии) и влагалищного (кольпотомии)

1. Вмешательство на придатках матки и удаление придатков (тубэктомия, овариэктомия, аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, пангистерэктомия).
2. Влагалищным путем часто выполняются передняя, средняя и задняя пластика влагалища, вылушивание кисты влагалища и кисты большой железы преддверия, влагалищная экстирпация матки.

Перед операцией медицинская сестра располагает в определенном порядке набор инструментов: ножницы прямые и изогнутые, пинцеты хирургические и анатомические, зажимы Кохера, Микулича, Бильрота, пулевые щипцы и двузубые щипцы Мюзо, ранорасширители, бельевые зажимы, иглы и др. инструменты

Уход за гинекологическими больными в послеоперационный период.

Послеоперационный период длится с момента окончания операции и до выздоровления больной. В этом периоде чрезвычайно важным является уход за больной, и в этом основная роль принадлежит мед. Сестре.

После выведения из наркоза больная переводится в палату интенсивной терапии, где постоянно находится м/сестра. В этой палате больная пребывает 2-3 суток, а затем при не осложненном течении послеоперационном периоде её переводят в общую палату. Больная в первые часы после операции находится в горизонтальном положении, постель до перевода пациентки, согревается с помощью грелок.

На область послеоперационной раны кладут пузырь со льдом в течении одних суток (через 1-2 часа его снимают на 15-20 минут).

В первые часы п/операции м/с тщательно следит за состоянием больной (пульс, ЧДД, А/Д, состояние повязки (не промокает ли кровью), выделениями из влагалища). В палате интенсивной терапии должны быть: дыхательная аппаратура, ларингоскоп, кардиостимулятор и т.д.

Нужно помнить что послеоперационная боль отрицательно влияет на течение п/операционного периода. Врач назначает обезболивающее средство в первые 2 суток (промедол, баралгин и т.д.).

Если через 2 суток боль не уменьшилась необходимо выяснить причину. Внимание м/с должно быть уделено мочевыделению: в первые

сутки после операции см. мочеиспускание отсутствует, мочу выводим катетером не реже двух раз в сутки, через 8-10 часов после операции (если сразу после операции мочу вывели), но лучшестимулировать мочеиспускание (теплое судно, орошение НПО и т.д).

В первые часы после операции для утоления жажды, губы смазывают салфеткой, через 10-12 часов дают теплую воду, минеральную воду. На следующий день питьё до 1,5-2 литров, особенно больным с обширными вмешательствами и кровопотерей (для профилактики тромбозов).

К концу первых суток активное поведение (сгибание ног, перемена положения тела, для профилактики пневмонии - дыхательная гимнастика, вибрационный массаж).

На 2-й день больной разрешают сидеть, на 3-й день - вставать, ходить.

В обязательности м/с входит наблюдение за функцией кишечника. На 3-е сутки больной назначают очистительную клизму (гипертоническую), на 2-3 сутки восстанавливается перистальтика кишечника, начинают отходить газы.

Питание начинают со 2-х суток (нежирный бульон, чай, сухари, яйцо всмятку), 3- и сутки - кефир, отварная курица, протертый суп.

На 1-5 сутки п/о меняют повязки на п/о ране, швы обрабатывают спиртом, йодом. На 7-8 сутки - снимают швы, но после проведения гинекологического исследования.

Выписывают на 11-14 сутки.

Неотложные состояния (внематочная беременность, кровотечения, травмы) подробно изложены в лекции.

Своевременная диагностика неотложных состояний в гинекологии является залогом благоприятного прогноза на жизнь пациентки.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислить виды гинекологических операций
2. Как подготовить пациентку к экстренной гинекологической операции
3. Назвать принципы ухода за женщиной в послеоперационном периоде
4. Назвать принципы реабилитации пациенток после гинекологических операций
5. Перечислить неотложные состояния (внематочная беременность, кровотечения, травмы), клинические проявления, принципы оказания неотложной помощи.

Самостоятельная внеаудиторная работа

1. Работать с конспектом и учебником.
2. Составить карту периоперативного процесса.
3. Подготовиться к итоговому занятию, используя перечень вопросов, представленных на стр. 514. Решение ситуационных задач. Пример решения задачи приведён в Приложении 1.

Ситуационные задачи

Задача № 1

В приемный покой гинекологического отделения доставили женщину с предварительным диагнозом: остро прервавшаяся внематочная беременность.

При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: в момент обследования в женской консультации по поводу задержки менструации появились внезапные острые боли внизу живота.

В настоящее время жалуется на головокружение, слабость, потемнение в глазах, боли внизу живота.

Объективно: состояние тяжелое, лицо бледное, холодный пот, АД 80/50 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин.

Задания:

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние женщины
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с аргументацией каждого этапа.

Задача № 2

Пациентка 40 лет доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекрут ножки кисты.

Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадиируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота.

Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин., ритмичный. Живот вздут, напряжен, резко болезнен при пальпации.

Задания:

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние женщины
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с аргументацией каждого этапа.

Задача № 3

Беременная 24 лет, страдающая ревматическим пороком сердца находится на лечении в стационаре. После встречи с родственниками пожаловалась на слабость. При осмотре кожные покровы бледные, потоотделение обильное. ЧДД 18 в мин., Ps 100 уд. в мин., нитевидный, сознание спутанное.

Задания:

1. О каком неотложном состоянии следует думать?
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с аргументацией каждого этапа.

Перечень тем для рефератов

1. Планирование семьи и методы контрацепции.
2. Гестозы первой и второй половины беременности.
3. Послеродовое

кровотечение.

4. Бесплодие и его причины.

5. Аборт и его осложнения.

6. Сестринский процесс при профилактике заболеваний женской половой сферы.

Перечень теоретических вопросов к итоговому занятию

1. Организация работы женской консультации. Задачи женской консультации.
2. Акушерско-гинекологическая картотека. Приказ № 430 «О диспансерном наблюдении беременной»
3. Организация работы родильного дома. Приказ № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах»
4. Анатомия женского таза.
5. Изменения в организме беременной в связи с беременностью.
6. Методы обследования беременной. Подготовка к родам.
7. Сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию беременных.
8. Признаки и диагностика беременности.
9. Методы определения сроков беременности.
10. Причины и признаки невынашивания беременности.
11. Ранние гестозы: причины, клиника, лечение и уход за беременной.
12. Поздние гестозы: причины, клиника, лечение и уход за беременной.
13. Преэклампсия, эклампсия: клинические проявления, неотложная помощь.
14. Течение беременности у женщин с Rh-отрицательной принадлежностью крови.
15. Процессы, происходящие в организме женщины в родах. Возможные способы родоразрешения.
16. Сестринский процесс в первом периоде родов.
17. Сестринский процесс во втором периоде родов.
18. Сестринский процесс в третьем периоде родов.
19. Клиническое течение родов.
20. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
21. Предлежание плаценты: классификация, клиника, диагностика.
22. Процессы, происходящие в организме женщины в послеродовом периоде.
23. Сестринский процесс при уходе за родильницами в послеродовом периоде.
24. Осложнения послеродового периода и их профилактика
25. Признаки и методы профилактики мастита.
26. Методы обследования гинекологических больных (основные и дополнительные)
27. Нарушения менструального цикла.

28. Причины бесплодного брака: методы обследования, лечения и профилактики.
29. Вульвиты: этиология, клиника, лечение. Сестринский процесс при вульвитах
30. Кольпиты: этиология, клиника, лечение. Сестринский процесс при кольпитах
31. Эндометрит: этиология, клиника, лечение. Сестринский процесс при эндометрите.
32. Сальпингоофорит: этиология, клиника, лечение. Сестринский процесс при сальпингоофорите.
33. Гонорея: этиология, клиника, лечение. Сестринский процесс при гонорее.
34. Предраковые и фоновые заболевания женских половых органов.
35. Клинические проявления доброкачественных опухолей женских половых органов
36. Клинические проявления злокачественных опухолей женских половых органов
37. Методы профилактики, диагностики лечения и реабилитации в онкогинекологии.
38. Внематочная беременность: клиника, неотложная помощь.
39. Периоперативный процесс в гинекологии.
40. Ранние послеоперационные осложнения при гинекологических операциях.
41. Поздние послеоперационные осложнения при гинекологических операциях.

Образец решения ситуационных задач

Задача №1(к занятию 1.2)

У первобеременной женщины срок последней менструации 14.01.03. 1-е шевеление 10.06.03. ВДМ – 37см, ОЖ – 98 см. головка плода расположена над входом в малый таз, согнута, тазовый конец в дне матки, конечности приведены к туловищу, спинка плода обращена к левой стороне задней стенки матки.

Задания:

- Определите предполагаемый срок родов всеми известными вами способами.
- Определите предполагаемую массу плода.
- Определите положение, предлежание плода, позицию, вид позиции.

Эталон ответа

Срок родов: по менструации 21.10;

по шевелению 28.10;

по овуляции 04.11

1) ПМП – 3600г

2) Положение плода – продольное, предлежит головка, I-я позиция, задний вид

Задача №1(к занятию 1.3)

Оцените тяжесть гестоза, если женщина 26 лет, беременна на сроке 33 недели, находится в стационаре с жалобами на недавно возникшие отеки на ногах и брюшной стенке. Объективно: АД 155/90, отставание в массе плода на 2 недели, протеинурия 0,66 г/л.

Эталон ответа к задаче № 1(к занятию 1.3)

Срок беременности на момент развития гестоза-33 нед-2 балла, отеки на ногах и брюшной стенке- 2 балла, АД 150-90 -2+2 балла, отставание в массе плода на 2 недели- 2 балла, протеинурия- 0,66- 2 балла. Т. о. 2+2+2+2+2+2=12 баллов, что соответствует тяжелой степени позднего гестоза.

Задача №2(к занятию 1.4)

19.02.10. в 10 часа утра в роддом поступила первородящая, 20 лет с регулярными схватками, начавшимися в 6 час 19.02. Беременность доношенная, масса тела -60 кг.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. АД 110/75, 110/70 мм.рт. ст., пульс -80 уд. в 1 мин., ритмичный. Живот овоидной формы, увеличен за счёт беременности. ВДМ-37 см, ОЖ-98см, ПМП-3600,0. Схватки через 4 – 5 мин. по 30сек., регулярные. ЧСП-144

уд./мин. В 5 ч. 30 м. 19.02 излились светлые околоплодные воды. При влагалищном осмотре: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка. Схватки нарастают, состояние роженицы удовлетворительное. В 16 час.10 мин. отмечается полное раскрытие маточного зева. Головка плода на тазовом дне. С/тоны плода ясные, ритмичные 142 уд./мин.

Околоплодные воды зеленоватые.

В 16 час, 35 мин. к схваткам присоединились потуги – через 1,5 мин по 50-55 сек. АД 120/80, 110/70 мм. рт. ст., пульс -86 уд. в 1 мин., ритмичный. ЧСП-144 уд./мин. Головка плода на тазовом дне.

В 16 час.50 мин. 19.02.10. в переднем виде затылочного предлежания родился доношенный мальчик массой 3500,0с тугим 1-х кратным обвитием пуповины вокруг шеи в лёгкой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 6 - 7 баллов.

17ч. 00 мин. самостоятельно отделился и выделился послед. Плацента цела, оболочки все. Кровопотеря 250мл АД 125/80, 120/80 мм .рт. ст. пульс 80 уд. в мин.

Задание:

1. Определить продолжительность 1-го, 2-го, 3-го периодов и общей продолжительности родов.
2. Характер излития околоплодных вод (своевременность)
3. Оценить величину кровопотери.

Эталон ответа к задаче №2(к занятию 1.4)

1. Продолжительность 1-го периода -10 часов, 10 минут, 2 –го периода -40 минут, 3-го периода -10 минут. Общая продолжительность родов -11 часов..
2. Дородовое излитие околоплодных вод .
3. Кровопотеря физиологическая.

Задача №3 (к занятиям 1.5; 2.6 – 2.8)

Родильница 23 лет на четвертый день послеродового периода пожаловалась на ощущение жжения и умеренную боль в области промежности. Объективно: состояние удовлетворительное, самочувствие страдает мало. Температура тела 36,8°, Ps 86 ударов в минуту. Живот мягкий, матка на 3 п/п ниже пупка, лохии серозно-кровянистые. Местно: в области швов мягких тканей промежности отек и гиперемия тканей, швы покрыты гнойным налетом.

Задания:

1. О каком патологическом процессе можно подумать и почему?
2. Составьте карту сестринского процесса

Эталон ответа к задаче №3

У роженицы можно заподозрить инфицирование швов на промежности. Информация, позволяющая заподозрить данное осложнение:

- 1) боль и жжение в области промежности,
- 2) гиперемия и отёк ткани промежности вокруг швов,
- 3) осложнение возникло на 4-й день после родов.

Проблемы пациентки:

Настоящие проблемы: боль и жжение в области промежности;

Потенциальные проблемы: 1) несостоятельность швов; 2) несостоятельность тазового дна; 3) опущение стенок влагалища и матки.

Приоритетная проблема: боль в области промежности.

Краткосрочная цель: уменьшить боль и жжение в области промежности

Долгосрочная цель: к моменту выписки исчезнут признаки воспаления и швы заживут первичным натяжением.

План	Мотивация
1. Придание пациентке горизонтального положения	1. Для уменьшения напряжения промежности
2. Сообщить врачу о выявленном осложнении	2. Для оказания необходимой помощи
3. Проведение беседы об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов, микроэлементов	3. Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
4. обучение пациентки правилам гигиены в послеоперационном периоде	4. Для профилактики послеоперационных осложнений
5. Проведение беседы с пациенткой о благополучном исходе осложнения	5. Для создания благоприятного психологического климата
6. наблюдение за состоянием пациентки.	6. Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений.

Оценка. Пациентка отмечает значительное улучшение состояния. Швы зажили. Цель достигнута.

Рекомендации по созданию кроссворда

1. Подберите термины по заданной теме (в единственном числе, в именительном падеже)
2. Соберите их в сетку кроссворда.
3. Дайте определение каждому термину.
4. Приложите эталон ответа.

3. Организация противоэпидемического режима в акушерских стационарах.

3.1. Акушерский стационар осуществляет свою деятельность при наличии лицензии на данный вид деятельности.

3.2. Родильный дом (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - для косметического ремонта. поэтажное закрытие стационара допускается в исключительных ситуациях (наличие единственного в территории акушерского стационара и отсутствие условий для развертывания коек в других ЛПУ). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается только после получения отрицательных результатов лабораторного контроля окружающей среды и разрешения центров госсанэпиднадзора.

В случаях планового закрытия обследование объектов окружающей среды не проводится, разрешение органов ГСЭН на открытие не требуется.

3.3. В родильном зале и операционных медицинский персонал работает в масках. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций (операция заменного переливания крови, катетеризация пупочных сосудов, люмбальная пункция и др.).

Предпочтительнее использование стерильных масок разового применения.

Обязательно использование масок во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

3.4. Влажную и генеральную уборку в родильном доме (отделении) проводят в соответствии с таблицей 5 Приложения 1.

При невозможности изоляции родильниц и новорожденных для дезинфекции могут быть использованы средства из группы поверхностно - активных веществ (ПАВ): кетамин АБ, хлоргексидина глюконат, амфолан и другие ПАВ, разрешенные к применению в установленном порядке (ника-экстра М, велтолен и др.). (абзац введен Приказом Минздрава РФ от 24.11.98 N 338)

3.5. Сроки выписки из родильного дома определяются состоянием здоровья матери и ребенка, социально - бытовыми условиями семьи.

4. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров

4.1. Общие положения

4.1.1. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки - дезинфицирующих средств.

Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживают.

4.1.2. После уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха применяют ультрафиолетовое облучение с последующим проветриванием помещения.

4.1.3. При уборке по типу заключительной дезинфекции ультрафиолетовое облучение проводят дважды: первый раз - после обработки всех объектов и помещения дезинфицирующим средством, второй раз - после протирания их ветошью, смоченной в водопроводной воде (при повышении влажности воздуха эффективность ультрафиолетового облучения возрастает). Затем помещение проветривают.

4.1.4. Использованные при осмотре, обработке женщин и проведении манипуляций инструменты и другие изделия медицинского назначения подвергаются обработке по общепринятой схеме.

4.1.5. Перед и после каждой манипуляции медицинский персонал тщательно моет руки. При проведении влажных исследований используются стерильные перчатки.

4.2. Приёмно - смотровое отделение

4.2.1. При поступлении беременной женщины в родильный дом(отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или наблюдательное отделение решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и наблюдательное отделение. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

4.2.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр и санитарная обработка, каждой роженице выдается индивидуальный стерильный комплект (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат, мочалка), разрешается пользоваться собственными новыми тапочками и предметами личной гигиены.

4.3. Родовое отделение

4.3.1. При наличии нескольких предродовых палат соблюдается цикличность их заполнения. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер.

4.3.2. Разрешается использование матрасов и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживаются дезинфицирующим раствором.

4.3.3. Перед переводом в родильный зал роженицу переодевают в стерильное белье (рубашка, косынка, бахилы).

4.3.4. В родильном зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают дезинфицирующим раствором. При загрязнении кровью и другими биологическими жидкостями обеззараживание проводят по

режимам, утвержденным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

4.3.5. При наличии двух родильных залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них в течение суток.

4.3.6. В боксированном родильном блоке каждые роды проводят в отдельном боксе. Прием родов проводится во всех боксах поочередно. После родов в боксе проводится уборка по типу заключительной дезинфекции.

4.3.7. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

4.3.8. При приеме родов предпочтительнее использовать стерильный комплект разового пользования.

4.3.9. Новорожденного принимают в обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пленкой лоток.

4.3.16. Белье, использованное в процессе приема родов, собирают в бак с заложенным в него клеенчатым мешком, перевязочный материал сбрасывают в таз, завернутый в стерильную пленку или клеенку, таз дезинфицируют и меняют после каждого родов.

4.4. Послеродовое физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка

4.4.1. Совместное пребывание родильницы и новорожденного в палате послеродового отделения родильного дома имеет преимущества перед раздельным пребыванием: снижается заболеваемость ВБИ новорожденных и родильниц, интенсивность циркуляции госпитальных штаммов, колонизация различных биотопов ребенка осуществляется материнскими штаммами.

Койки послеродового физиологического отделения следует максимально располагать в отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация таких палат в наблюдательном отделении.

4.4.2. Противопоказания к совместному пребыванию определяются в каждом конкретном случае врачами акушером - гинекологом и неонатологом.

4.4.3. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- или двухместные боксированные или полубоксированные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

4.5. Послеродовое физиологическое отделение с раздельным пребыванием матери и ребенка

4.5.1. Палаты послеродового отделения заполняют циклично, синхронно с палатами (боксами) детского отделения в течение не более 3 суток.

4.5.2. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы в первые 3 дня - 4 раза, в последующем - 2 раза в сутки. Используемые при кормлении

новорожденных подкладные из клеенки меняют два раза в день, при использовании для этих целей пеленок их меняют перед каждым кормлением.

4.5.3. После выписки родильниц освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.

Выписка из приказа Министерства Здравоохранения РФ №50

Общие положения

Основными задачами женской консультации являются:

- проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний;
- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;
- проведение работы по контрацепции;
- внедрение в практику работы современных методов диагностики и лечения патологической беременности, заболеваний родильниц и гинекологических больных, передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи;
- проведение санитарно-просветительной работы;
- обеспечение женщин правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных; осуществление систематической связи с родильным домом (отделением), станцией (отделением скорой и неотложной медицинской помощи, поликлиникой и детской поликлиникой, а также с другими лечебно-профилактическими учреждениями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами и др.).

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности и при желании женщины сохранить ее необходимо:

- тщательно ознакомиться с общим и специальным анамнезом, обратив особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте заболевания (общие и гинекологические), операции, переливания крови, на особенности менструальной, секреторной, половой и генеративной функций. В частности, необходимо выяснить течение и исход предыдущих беременностей (токсикозы, недонашивание, мертворождения, врожденные пороки развития у детей, операции в родах, масса новорожденных, осложнения после родов и аборт и др.);

необходимо уточнить состояние здоровья мужа, характер производства, где работают супруги, вредные привычки.

Все данные опроса и обследования женщины, а также советы и назначения должны записываться в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма 111/y) при каждом посещении и скрепляться подписью врача.

Особое внимание должно быть уделено беременным групповышенного риска (осложнение беременности, экстрагенитальные заболевания и другие факторы риска).

После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель беременности) определяется принадлежность беременной к той или иной группе риска.

Индивидуальные карты беременных хранятся в кабинете каждого врача акушера-гинеколога в картотеке по датам назначенного последующего посещения.

В картотеке должны быть еще 3 отдельные ячейки для карт: родивших, подлежащих патронажу женщин; госпитализированных беременных.

Для патронажа отбираются карты неявившихся в назначенный срок женщин. Патронаж на дому производится по назначению врача. Для полноценного патронажа на дому акушерка берет с собой тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп и пробирку для кипячения мочи.

Записи о результатах патронажного посещения заносятся акушеркой в "Индивидуальную карту беременной и родильницы".

Физическая подготовка женщин проводится групповым методом. В консультации женщины осваивают специальный комплекс упражнений, который рекомендуется выполнять дома в течение определенного времени (до смены этого комплекса новым). Проводится также ультрафиолетовое облучение беременных.

Групповые занятия (не более 8-10 человек) по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно начинать с 32-34 недель беременности.

Физио-психо-профилактическая подготовка беременных к родам проводится врачом участка или одним из врачей консультации, специально подготовленной акушеркой

Организация наблюдения и восстановительного лечения родильниц

Наблюдение за женщиной после родов рекомендуется начинать не позже, чем через 10-12 дней после выписки ее из акушерского стационара. Необходимость посещения консультации в этот срок Патронажу подлежат родильницы: не явившиеся в консультацию через 10-12 дней после выписки из акушерского стационара; по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение); при осложненном течении послеродового периода; неявившиеся повторно в установленный срок в женскую консультацию.

Послеродовой отпуск работающим женщинам оформляет врач акушер-гинеколог в установленном порядке.

Сведения о родах, данные опроса, осмотра и специальных обследований родильницы заносятся в индивидуальную карту беременной и родильницы. В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: обменная карта родильницы, сведения стационара для женской консультации, результаты лабораторных исследований, заключения консультантов и др.

Все карты родильниц до конца послеродового периода хранятся в специальной ячейке картотеки.

Организация гинекологической помощи

Выявление гинекологических заболеваний осуществляется: при приеме женщин, обратившихся в консультацию, в том числе и по поводу беременности, осмотре женщины на дому (по вызову), проведении профилактических осмотров женщин в консультации, на предприятиях, в учреждениях, смотровых кабинетах поликлиник.

На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводится "Медицинская карта амбулаторного больного" (форма 025/у).

Лечение гинекологических больных осуществляется в основном в женской консультации, но может быть организовано на дому (по назначению врача), на здравпункте, в специализированных диспансерах (противотуберкулезный, онкологический, кожно-венерологический), а также в поликлиниках (физиотерапевтический кабинет, кабинет лечебной физкультуры и др.).

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Славянова, И. К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии : учеб. пособие / И. К. Славянова. - 7-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2011. - 395 с.

Дополнительная литература

- 2 Дзигуа, М. В. Акушерство: рук. к практ. занятиям : учеб. пособие [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с. - Режим доступа :<http://www.medcollegelib.ru/cgi-bin/mb4>.
- 3 Дуда, В. И. Акушерство : учеб. для вузов / В. И. Дуда. - Ростов н/Д : Феникс, 2011. - 708 с.
4. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я / ред. Т. Холлингуорт, Н. М. Подзолкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 400 с.

Электронные ресурсы

- 1.ЭБС КрасГМУColibris;
- 2.ЭБС Консультант студента;
- 3.ЭБС ibooks;
- 4.НЭБ elibrary;
- 5.СПС Консультант Плюс.