



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

1942/2017

75

Фармацевтический колледж

Сестринский уход в акушерстве и гинекологии

сборник методических указаний
для обучающихся к практическим занятиям
по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

Красноярск
2016

УДК 614.253.52:618(07)
ББК 57.16

Сестринский уход в акушерстве и гинекологии : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям по специальности 34.02.01 – Сестринское дело / сост. В. Л. Дударь ; Фармацевтический колледж. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2016. – 103 с.

Составитель: Дударь В.Л.

Сборник методических указаний к практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС СПО (2014 г.) по специальности 34.02.01 – Сестринское дело, рабочей программой дисциплины (2015 г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению методического совета Фармацевтического колледжа (протокол № 4 от «12» декабря 2016 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России, Фармацев-
тический колледж, 2016

Содержание

Раздел 1. Сестринский уход в акушерстве

1.1 Структура акушерско-гинекологической помощи. Женский таз и голова плода, как объекты родов	4
1.2 Физиология и патология беременности. Обследование и	14

наблюдение беременных в женской консультации, подготовка к родам	
1.3 Уход за беременными с осложнениями беременности	26
1.4 Роды и родоразрешение. Помощь в родах матери и плоду.	39
1.5 Послеродовый период и его осложнения	54
Раздел 2. Сестринский уход в гинекологии	
2.1 Обследование гинекологических больных. Нарушения менструального цикла.	66
2.2 Воспалительные заболевания женских половых органов. Бесплодие	75
2.3 Предопухолевые заболевания. Доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий	84
2.4 Оперативные методы лечения в гинекологии. Неотложные состояния и доврачебная помощь	93
Учебно-методическое и информационное обеспечение учебной дисциплины	102

Раздел 1. Сестринский уход в акушерстве

Тема №.1.1 «Структура акушерско – гинекологической помощи. Женский таз и голова 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.

Знать

- организацию работы женской консультации;
- организацию работы в каждом отделении родильного дома;
- задачи женской консультации;
- акушерско-гинекологическую картотеку;
- устройство женской консультации в соответствии с приказом № 50 “О совершенствовании оказания акушерско – гинекологической помощи в амбулаторно - поликлинических учреждениях”;
- принципы профилактики внутрибольничной инфекции на основании приказа № 345 от 26.09.1997 г. “О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах”;
- анатомию женского таза;
- строение головки плода, как объекта родов;

Уметь

- обеспечить сан-эпид.режим акушерско-гинекологического стационара;
- техникой санитарной обработки наружных половых органов;

Студент должен овладеть **общими компетенциями**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии;

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

ОК 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность;

ОК 6 Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителям;

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий;

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

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей;

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**

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 2.3 Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами;

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию;

План изучения темы

Контроль исходного уровня

- 1.Организация работы женской консультации;
- 2.Задачи женской консультации;
- 3.Акушерско-гинекологическая картотека;
- 4.Организация работы в каждом отделении родильного дома;
- 5.Анатомия женского таза;
- 6.Строение головки плода
- 7.Размеры нормального женского таза;
8. Размеры головки плода;
9. Особенности женского таза;
- 10.Понятие «конъюгата».

Содержание 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. В процессе изучения темы рассматриваются вопросы структуры отечественной акушерско-гинекологической службы, организации работы женской консультации и отделений родильного дома, работа которых регламентирована приказами Мин. Здрава РФ №50 “О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», №345 от 24.11.1998г «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах». Приказы изданы в целях внедрения современных медицинских технологий в области акушерства и неонатологии, дальнейшего совершенствования профилактики внутрибольничных инфекций у новорожденных и родильниц на основе оптимизации эпидемиологического надзора и целенаправленного комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также, реализации Федеральной целевой программы "Безопасное материнство", утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 14.10.94 N 1173 "О Федеральной целевой программе "Безопасное материнство".

Исход родов зависит от размеров таза матери и головки плода, а, также, от грамотной организации акушерско–гинекологической службы.

Самостоятельная работа студентов

1. Составить графологическую структуру акушерско-гинекологической службы;
2. 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 внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах; (Приложение 1)
6. Ознакомиться с приказом №50 “О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях”; (Приложение 2)

Итоговый контроль знаний

Графологический диктант по теме (Приложение 3)

Подведение итогов

Домашнее задание

[2] Глава 2. Организация акушерско-гинекологической помощи.

Глава 4. Анатомия и физиология женских половых органов. Глава 5.

Физиология беременности. Глава 6. Диагностика беременности. Сестринский процесс при диспансерном наблюдении за беременными.

Выписать необходимые направления для обследования беременных, составить режим дня и питания беременной, выписать необходимые направления для обследования беременных.

Приложение 1

Выписка из приложения к приказу Мин Здрава №345 “О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах”

3. Организация противэпидемического 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 эпидпоказаниям, 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): катамин 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 влагалищных 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 матрацев 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 дезраствором. При загрязнении кровью и другими биологическими жидкостями обеззараживание проводят по режимам, утвержденным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

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

4.3.5. 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 пеленкой 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 пеленку или клеенку, таз дезинфицируют и меняют после каждых 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 в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.

Приложение 2

Выписка из приказа Мин.Здрава РФ №50“О совершенствовании оказания акушерско – гинекологической помощи в амбулаторно - поликлинических учреждениях”

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 в 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/у) при каждом посещении и скрепляться подписью врача.

Особое внимание должно быть уделено беременным групп повышенного 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 берёт с собой тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп и пробирки 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.

Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам проводится врачом участка или одним из врачей консультации, специально подготовленной акушеркой.

Организация наблюдения, оздоровления 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 поликлиниках (физиотерапевтический кабинет, кабинет лечебной физкультуры и др.).

Приложение3

Графологический диктант

- 1.Акушерство – это область клинической медицины , изучающая патологию и физиологию процессов, связанных с зачатием, беременностью, родами и послеродовым период;
- 2.Автором первого русского руководства по акушерству «Искусство повивания или науку о бабичьем деле» является Максимович-Амбодик;
- 3.Обменная карта (уч. Форма №113/у)выдаётся беременной женщине за 2 недели до предполагаемого срока родов ;
- 4.Отпуск по беременности,родам и уходу за ребёнком при физиологическом течении родов равен 140 календарным дням;
- 5.Акушерско – гинекологическая картотека состоит из 31 ячейки;
- 6.Основной задачей женской консультации является оказание высококвалифицированной и специализированной акушерско – гинекологической помощи женщинам;
- 7.Работа женской консультации построена по участково – территориальному принципу;
- 8.Работа по профилактике внутрибольничных инфекционных заболеваний регламентирована приказом №50;
- 9.Акушерский стационар закрывается на плановую профилактическую дезинфекцию не реже одного раза в год ;
10. К наружным половым органам женщины относятся : лобок, клитор, влагалище, девственная плева, малые и большие половые губы;
11. В теле матки различают: дно, переднюю,заднюю стенки, правое и левое рёбра
12. Стенка матки состоит из трёх слоёв:

*наружный-эндометрий;

*внутренний-периметри

*средний-миометрий

13. Женский таз состоит из трёх костей: подвздошной, седалищной, лонной;

14. Истинная конъюгата – это прямой размер плоскости входа в малый таз, равен 11 см;

15. ПМП при ОЖ – 100 см, и ВДМ – 40 см равна 4000 г +/- 200

Тема № 1.2 «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 родблока. 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
- подготовка к родам;
- оформление документации;
- УЗИ исследование беременной;
- ЭКГ и ФКГ плода;
- сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию беременных;
- схему опроса и обследования беременных;
- обязательные, специальные методы обследования беременных;
- признаки беременности;
- диагностику беременности;

Уметь

- пользоваться простейшими тестами для определения беременности;
- провести дородовый патронаж;
- подготовить рабочее место врача акушера-гинеколога для приёма беременных;

Студент должен овладеть **общими компетенциями**

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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, 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 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями;
- ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности;
- ОК .13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей;
- Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**
- 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 2.3.Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами;
- ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса;
- ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию;
- ПК 2.7.Осуществлять реабилитационные мероприятия;
- ПК 2.8.Оказывать паллиативную помощь.

План изучения темы

1 Контроль исходного уровня

- 1.Изменения в организме беременной;
- 2.Признаки беременности;
- 3.Методы обследования беременной в женской консультации;
4. Изменения в организме женщины при подготовке к родам;
- 5.Сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию здоровых беременных;
- 6.Способы подсчёта срока беременности;
- 7.Приёмы наружного акушерского исследования;
- 8.Методы определения предполагаемой массы плода;
9. Способы подсчёта предполагаемого срока родов;

Содержание 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. В процессе изучения темы рассматриваются вопросы структуры отечественной акушерско-гинекологической службы, организации работы женской консультации и отделений родильного дома, работа которых регламентирована приказами Мин. Здрава РФ №50 "О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», №345 от 24.11.1998г «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах». Приказы изданы в целях внедрения современных медицинских технологий в области акушерства и неонатологии, дальнейшего совершенствования профилактики внутрибольничных инфекций у новорожденных и родильниц на основе оптимизации эпидемиологического надзора и целенаправленного комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также, реализации Федеральной целевой программы "Безопасное материнство", утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 14.10.94 N 1173 "О Федеральной целевой программе "Безопасное материнство".

Исход родов зависит от размеров таза матери и головки плода, а, также, от грамотной организации акушерско-гинекологической службы.

Самостоятельная работа студентов

- 1.Собрать анамнез у беременной женщины (условно), выписать необходимые направления для обследования беременной;
- 2.Измерить размеры таза (работа парами), индекс Соловьева, рассчитать истинную акушерскую конъюгату и записать показатели в дневник;
- 3.Пользуясь алгоритмами отработать практические навыки по проведению наружного акушерского исследования (приемы Леопольда), определению высоты стояния дна матки и окружности живота (на фантоме);
- 4.Рассчитать в дневнике предполагаемую массу плода, рассчитать истинную конъюгату;
- 5.Составить рекомендуемый режим дня и питания беременной, примерный комплекс гигиенической гимнастики;

Итоговый контроль знаний тестовые задания по изучаемой теме.

Домашнее задание

[2] Глава 13. Сестринский процесс при гестозе. Глава 14. Сестринский процесс при акушерских кровотечениях

Выписать необходимые направления для обследования беременных, составить режим дня и питания беременной, выписать необходимые направления для обследования беременных.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

1.Чему будет равна *conjugata vera*(истинная конъюгата), если *conjugata externa* (наружная конъюгата) равна:

1. 20 см
2. 21 см
3. 22 см
4. 19 см
5. 20.5 см
6. 19.5 см
7. 21.5 см
8. 22.5 см
9. 23 см
- 10.18.5 см

2.Чему будет равна предполагаемая масса плода (ПМП), если:

1. ОЖ-100 см ВДМ-39 см
2. ОЖ-99 см ВДМ-38 см
3. ОЖ-98 см ВДМ-37 см
4. ОЖ-97 см ВДМ-36 см
5. ОЖ-96 см ВДМ-35 см
6. ОЖ-95 см ВДМ-34 см
7. ОЖ-94 см ВДМ-33 см
8. ОЖ-93 см ВДМ-32 см
9. ОЖ-92 см ВДМ-31 см
- 10.ОЖ-91 см ВДМ-30 см

ОЖ -окружность живота

ВДМ – высота дна матки

Тестовые задания

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
- 5) верно 1) и 4)

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) перпендикулярно 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. ПРОДОЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА, КОГДА ЕГО ОСЬ

- 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. ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ ПЛОДА, КОГДА СПИНКА 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

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

13. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА – ЭТО ОТНОШЕНИЕ

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

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

У первобеременной женщины срок последней менструации 6.05. I-е шевеление -26.09. ВДМ – 30см, ОЖ – 98см, головка плода расположена над входом в малый таз, тазовый конец в дне матки. Спинка плода обращена к правой стороне передней стенки матки.

Задание:

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

Ситуационная задача №2

У первобеременной женщины срок последней менструации 10.06. I-е шевеление -29.10. ВДМ – 29см, ОЖ – 95см, головка плода расположена над входом в малый таз, тазовый конец в дне матки. Спинка плода обращена к правой стороне передней стенки матки.

Задание:

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

Ситуационная задача №3

У повторнобеременной женщины срок последней менструации 10.03. I-е шевеление -10.07. ВДМ – 36см, ОЖ – 99см, головка плода расположена в дне матки, тазовый конец над входом в малый таз. Спинка плода обращена к левой стороне передней стенки матки.

Задание:

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

Приложение 4

АЛГОРИТМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПО ВЫСОТЕ ДНА МАТКИ

- IV. Месяц (16 недель) – дно матки на середине расстояния между лоном и пупком или на 6-7 см выше лона.
- V. Месяц (20 недель) – дно матки выше лона на 12-13 см.
- VI. Месяц (24 недели) – дно матки на уровне пупка или на 20-24 см над лоном.
- VII. Месяц (28 недель) – дно матки на 2-3 поперечных пальца выше пупка или на 24-28 см выше лона.
- VIII. Месяц (32 недели) – дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком или на 28-32 см выше лона.
- IX. Месяц (36 недель) – дно матки под мечевидным отростком и реберными дугами или на 32-34 см выше лона.
- X. Месяц (40 недель) – дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком или на 28-32 см выше лона, но ОЖ 95-100 см, пупок выпячивается.

СХЕМА ОПРОСА БЕРЕМЕННОЙ И РОЖЕНИЦЫ

1. Паспортные данные;
2. Причина, заставившая женщину обратиться за медицинской помощью (жалобы);
3. Условия труда и быта;
4. Наследственность и перенесённые заболевания;
5. Менструальная функция
 - в каком возрасте появилась первая менструация, через какой промежуток установились регулярные менструации;
 - тип и характер менструации (продолжительность, количество теряемой крови, наличие болей);
 - изменился ли характер менструации после начала половой жизни, родов, абортов;
6. Секреторная функция (наличие выделений из половых путей и их характер);
7. Половая функция
 - с какого возраста началась половая жизнь;
 - какой брак по счету;
 - наличие болей и кровянистых выделений при половом акте;
8. Здоровье мужа;
9. Детородная функция
 - какая по счету беременность;
 - течение предыдущих беременностей – каждой (наличие токсикозов, заболеваний, осложнений, исход каждой беременности);течение каждых родов (срок, характер, течение, осложнения, наличие хирургических вмешательств) и послеродового периода;
 - наличие самопроизвольных и искусственных выкидышей (на каком сроке, причина, не было ли осложнений);
 - наблюдались ли ранее послеродовые заболевания;
10. Срок от начала половой жизни до наступления первой беременности;

ИЗМЕРЕНИЕ ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ.

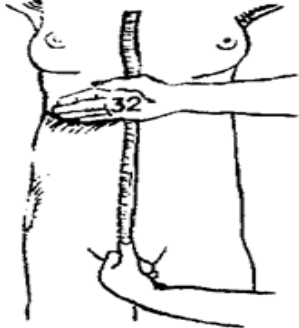


Рис. 1 Измерение высоты стояния дна матки.

Студент должен знать

-показатели окружности живота в разные сроки беременности.

Студент должен уметь

-измерить окружность живота;

-записать полученные результаты в историю родов (карту беременной)

Оснащение сантиметровая лента, история родов или индивидуальная карта беременной

Методика выполнения

-Перед измерением мочевого пузыря беременной должен быть опорожнен.

-Женщина ложится на спину, ноги выпрямлены.

-Во второй половине беременности измерение окружности живота производят сантиметровой лентой спереди — на уровне пупка, сзади — на уровне поясничной области

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА

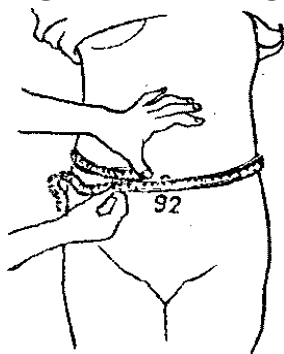


Рис 2. Измерение окружности живота беременной на уровне пупка

ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА

Оснащение секундомер, акушерский стетоскоп

Методика выполнения

-Беременная лежит на спине, ноги выпрямлены.

-Выслушивание сердцебиений плода производят акушерским стетоскопом, плотно прижимая его к брюшной стенке и систематически, в определенном порядке, передвигая его. Одновременно с выслушиванием считают ЧСС плода, обращают внимание на ясность и звучность сердцебиений. В норме частота сердцебиений плода 120-160 ударов в минуту.

-Сердечные тоны выслушивают со стороны спинки плода ближе к головке.

ПРИЕМЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ

Оснащение: кушетка, фантом, кукла.

Методика выполнения

Беременную уложить на спину, ее ноги должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Студент становится справа, лицом к беременной.

Первый приём наружного акушерского исследования

Ладони обеих рук располагаются на дне матки, пальцы рук сближаются. Осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности и части плода, находящейся в дне матки

Второй прием наружного акушерского исследования

Обе руки со дна матки перемещают книзу, располагаясь на ее боковых поверхностях. Пальпация частей плода проводится постепенно правой и левой рукой, что дает возможность определить, в какую сторону обращена спинка. Плода и его мелкие части (ручки, ножки). Спинка плода определяется на ощупь как широкая, гладкая, плотная поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде подвижных небольших бугорков.

Третий прием наружного акушерского исследования

(выполняется одной рукой) студент кладет правую руку немного выше лонного сочленения так, чтобы большой палец находится на одной стороне, а четыре остальных – на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленным и осторожным движением пальцы погружаются вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном. Головка плода ощущается как крупная, круглая, плотная часть, а ягодицы – как крупная, но мягкая его часть.

Четвертый прием наружного акушерского исследования

(выполняется двумя руками) студент становится спиной к лицу женщины, ладони обеих рук располагает на нижнем сегменте матки справа и слева, при этом концы пальцев достигают симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно скользит вглубь, по направлению к полости таза, уточняя характер предлежащей части плода и высоту ее стояния.

Примечания

при продольном положении плода матка имеет овоидную форму, при головном предлежании роды возможны с минимальными осложнениями.

При тазовом предлежании роды через естественные родовые пути возможны, но они сопровождаются тяжелыми осложнениями

ТЕХНИКА ИЗМЕРЕНИЯ РАЗМЕРОВ БОЛЬШОГО ТАЗА

- При измерении поперечных размеров таза женщина лежит на спине. Ноги вытянуты, сдвинуты вместе. Студент становится справа от пациентки, лицом к ней. Ветви тазомера берет в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговицы. Шкала тазомера должна быть обращена кверху.
- Указательными пальцами студент прощупывает пункты, между которыми измеряют расстояние, прижимая к ним пуговки тазомера, и отмечает по

шкале величину искомого размера.

- Измерение расстояния (дистанции) между остями подвздошных костей: пуговки тазомера прижимают к наружным краям передне-верхних остей. Размер равен 25—26 см
- Измерение дистанции между гребнями подвздошных костей: после измерения дистанции между остями пуговкитазомера передвигают по наружному краю гребней, находя наибольшее расстояние между ними. Размер равен 28—29 см
- Измерение дистанции между вертелами бедренных костей. Студент отыскивает наиболее выступающие точки вертелов бедренных костей и прижимает к ним пуговки тазомера. Размер равен 30—31 см.
- Измерение (рис. 10.5): женщина укладывается набок, нижележащая нога сгибается в тазобедренном и коленном суставах, вышележащая нога вытягивается. Пуговка одной ветви тазомера устанавливается на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимается к надкрестцовой ямке, которая находится под остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня. Размер равен 20—21 см. Поперечные размеры таза представлены графически на рис. 1

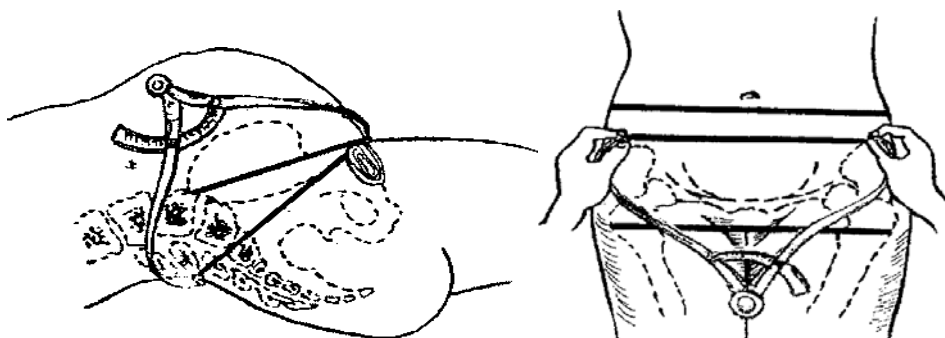


Рис. 1. Измерение наружной коьогаты, поперечных размеров таза.

ИЗМЕРЕНИЕ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Дата _____

Check – card

Ф.И.О.обучающегося _____ Группа _____
 Специальность 34.02.01 «Сестринское дело» Цикл /Дисциплина _____

Параметр

Оценка правильности выполнения

1. Проверил положение пациентки на кушетке (удобная расслабленная поза, руки вытянуты вдоль туловища, ноги вытянуты и сдвинуты вместе)
2. Встал справа от женщины, лицом к ней. Ветви тазомер взял в руки так, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговки, а шкала деления была обращена вверх.
3. Протёр пуговки тазомера шариком со спиртом.

+		-
+	+/-	-
+		-

4. Нашёл передне-верхние ости подвздошных костей, прижал к ним пуговицы развернутых ветвей тазомера и отметил по шкале величину данного размера.(это -дистанция спинарум- 25-26 см.)
- 5.Пуговицы тазомера передвинул по наружному краю гребня подвздошных костей до тех пор, пока не определится наибольшее расстояние. Отметил по шкале тазомера полученную величину (это дистанция кристарум - 28-29 см)
6. Пуговицы тазомера прижал к наиболее выдающимся точкам больших вертелов бедренных костей. Отметил по шкале тазомера данный размер(это дистанция трохантерика- 30-31 см)
7. Уложил женщину на бок (нижележащая нога сгибается в тазобедренном и коленном суставах, вышележащая нога выпрямлена). Пуговица одной ветви тазомера установил на середине верхнее-наружного края симфиза, другую пуговицу тазомера прижал к надкрестцовойямке.(это наружная конъюгата- 20-21 см)
1. Обработать тазомер шариком со спиртом.
2. Шарик поместил в ёмкость для сбора отходов с маркировкой«Отходы Класса Б»
10. Помочь беременной встать.
11. Клеенку поместить в ёмкость с маркировкой «Для обработки использованных клеёнок».
- 12.Занести полученные данные в индивидуальную карту беременной или в историю родов.

+	+/-	-
+	+/-	-
+	+/-	-
+	+/-	-
+		-
+		-
+		-
+		-
+		-

ДОСТИГАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ: СОБЛЮДЕНА ТЕХНОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЕ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА

Каждое нарушение последовательности алгоритма оценивается в 0,5 ошибки.

«+» нет ошибок, «+/-» 0,5 ошибки, «-» 1,0 ошибка.

X - КРИТИЧЕСКАЯ ОШИБКА, НАВЫК СЧИТАЕТСЯ НЕВЫПОЛНЕННЫМ.

0 - 1ошибка - «отлично»;1,5 - 3,0 ошибок хорошо; 3,5 - 5,5 ошибок - «удовл.»; 6 и более ошибок - «неудовл.»

Тема № 1.3 «Уход за беременными с осложнениями беременности»

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 в выполнении 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 невынашивания;
- методы диагностики, лечения и профилактики гестозов;
- течение беременности и родов при заболевании сердечно-сосудистой системы, мочеполовых путей, Rh-отрицательном факторе крови;
- медикаментозные средства для лечения гестозов

Уметь

- оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях при беременности, преэклампсии и эклампсии, кровотечениях;

Студент должен овладеть **общими компетенциями**

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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда. 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 7 Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями;

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**

ПК 2.1 Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств; взаимодействуя с участниками лечебного процесса;

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

ПК 2.4 Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования;

ПК 2.5 Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса;

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию;

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия;

ПК 2.8 Оказывать паллиативную помощь;

План изучения темы

Контроль исходного уровня

1. Причины и признаки невынашивания;
2. Методы диагностики, лечения и профилактики невынашивания и патологии плаценты;
3. Роль инфекции в развитии осложнений для матери и плода;
4. Понятие гестоз беременной;
5. Классификация гестозов;
6. Клиническая картина ранних гестозов;
7. Клиническое течение поздних гестозов;
8. Методы диагностики, лечения и профилактики гестозов;
9. Доврачебная помощь при приступе эклампсии;
10. Течение беременности и родов при заболевании сердечно-сосудистой системы, мочеполовых путей;
11. Rh-отрицательный фактор и беременность

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 с беременностью.

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

- 1 группа- практически здоровые перво- и повторнородящие (2-3 роды), 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, гипертоническая болезнь второй и третьей степени, легочная гипертензия, обострение системных заболеваний соединительной ткани, крови, тяжелое течение гестоза).

Осложнения беременности.

I Невынашивание беременности (НБ)

Классификация НБ.

Прерывание до 28 недель - аборт или выкидыш, но если: родившийся ребенок в срок 28-22 недели весит от 500 грамм до 990 грамм, живой, живет 1 неделю - новорожденный и это ранние преждевременные роды.

Выкидыш может быть:

1. Искусственные

- Медицинский до 12 недель
- Криминальный

2. Самопроизвольный

- ранний до 12 недель
- поздний после 12 недель

По клинике

- угрожающий - тяжесть, 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.

II. 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. Легкий гестоз (начавшийся) - одна - две недели.
2. средней степени тяжести (развившийся) - 3-4 недели
3. тяжелый гестоз (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/ггг «Д» (85%), «С», «Е»).
- 2) По АВО а/г (реже).

Самостоятельная работа по теме студентов

- 1.Пользуясь таблицей степени тяжести позднего гестоза, решить ситуационные задачи;
 - 2.Изучить алгоритмы оказания неотложной помощи при эклампсии и преэклампсии, кровотечений в I и II-й половине беременности;
 - 3.Прочитать в учебнике раздел “Внематочная беременность” и составить опорный конспект и вопросы;
- Ответить на вопросы товарищей по группе.

Итоговый контроль знаний

Тесты по теме, ситуационные задачи

Подведение итогов.

Домашнее задание

[2] Глава 10. Сестринский процесс при физиологических родах, помощь при родах, первый туалет новорождённого

Тестовые задания на тему «Уход за беременными с осложнениями беременности»

Вариант 1

Выбери один ответ

1. КО ВТОРОЙ ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) практически здоровые, перво- и повторнородящие
 - 2) женщины, в анамнезе у которых 1 аборт
 - 3) беременные с предлежанием плаценты
 - 4) беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями
2. ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
 - 1) резус-конфликт
 - 2) возраст матери от 20 до 30 лет
 - 3) ЗППП
 - 4) вредные привычки
 - 5) верно все, кроме 2)
3. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ВЫКИДЫШ БЫВАЕТ
 - 1) несостоявшийся
 - 2) начавшийся
 - 3) конфликтный
 - 4) инфицированный
 - 5) верно 1) 2)
4. К РАННИМ ГЕСТОЗАМ ОТНОСИТСЯ
 - 1) рвота беременных
 - 2) гипертония беременной
 - 3) преэклампсия
 - 4) отеки беременной
5. К ПОЗДНИМ ГЕСТОЗАМ ОТНОСИТСЯ
 - 1) пtiализм
 - 2) эклампсия
 - 3) гепатопатия
 - 4) артропатия
6. ВТОРОЙ ЭТАП СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ
 - 1) предсудорожный
 - 2) тонические судороги

- 3) клонические судороги
- 4) экламптическая кома

7. ЛЕЧЕНИЕ ЭКЛАМПСИИ

- 1) лечебно-охранительный режим, дробное рациональное питание, своевременное адекватное родоразрешение
- 2) санаторно-курортное лечение, лечебное питание, адекватное родоразрешение
- 3) физиолечение, климатолечение, иглорефлексотерапия, рациональное питание
- 4) экстренное оперативное родоразрешение на фоне комплексной терапии гестоза.

8. ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ

- 1) на дому
- 2) в роддоме
- 3) в санатории
- 4) в гинекологическом отделении

9. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-КОНФЛИКТОМ

- 1) лечебно-охранительный режим, дробное рациональное питание, своевременное адекватное родоразрешение
- 2) санаторно-курортное лечение, лечебное питание, адекватное родоразрешение
- 3) досрочная госпитализация в 34-35 недель, родоразрешение в 37-38 недель
- 4) три курса десенсибилизирующей терапии по 10-12 дней

3. ЦЕЛЮ УЗИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) определения срока беременности
- 2) диагностика врожденных пороков
- 3) активность хориального гонадотропина
- 4) характер околоплодных вод
- 5) верно 1) и 2)
- 6) верно все.

Вариант 2.

1. КОЛИЧЕСТВО ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 3 группы риска
- 2) 4 группы риска
- 3) 2 группы риска
- 4) не подразделяют на группы риска

2.К 1-Й ГРУППЕ РИСКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) практически здоровые, перво- и повторнородящие
- 2) женщины, в анамнезе у которых 2 и более аборт
- 3) беременные с предлежанием плаценты
- 4) беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями

3.ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) возраст матери от 20 до 30 лет
- 2) эндокринная патология
- 3) нерациональное питание
- 4) хромосомные аномалии

4.ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ВЫКИДЫШ БЫВАЕТ

- 1) начавшийся
- 2) фитогенный
- 3) карантинный
- 4) криминальный

5.К РАННИМ ГЕСТОЗАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) нефропатия
- 2) гипертония беременной
- 3) птиализм
- 4) отеки беременной

6. К ПОЗДНИМ ГЕСТОЗАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)рвота беременной
- 2) преэклампсия
- 3) тетания беременных
- 4) хорея

7.ПЕРВЫЙ ЭТАП СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ

- 1) предсудорожный
- 2) тонические судороги
- 3) клонические судороги
- 4) экламптическая кома

8.ТАКТИКА МЕДСЕСТРЫ ПРИ ПРИСТУПЕ ЭКЛАМПСИ

- 1)удерживать пациентку в постели
- 2) освободить от слизи верхние дыхательные пути

- 3) транспортировать в хирургическое отделение
- 4) отправить на УЗИ

9. КОЛИЧЕСТВО ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

- 1) дважды
- 2) трижды
- 3) четырежды
- 4) проводить только амбулаторное лечение

10. ЦЕЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

- 1) определение срока беременности
- 2) диагностика хромосомных заболеваний
- 3) определение резус-конфликта
- 4) характер околоплодных вод

Приложение 2

Ситуационные задачи

Пользуясь таблицей оценки степени тяжести позднего гестоза, проработайте ситуационные задачи.

ТАБЛИЦА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА

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

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

Ситуационная задача № 1

Женщина 22 лет, беременная на сроке 37 недель, обратилась в женскую консультацию с жалобами на недавно появившиеся отеки на ногах.

Об-но. АД 150/90, отставание в массе плода нет, протеинурия 0,23 г/л

Задание.

1. О какой патологии можно думать?
2. Оцените степень тяжести состояния беременной. Обоснуйте.
3. Обоснуйте необходимость проведения мероприятий неотложной помощи
4. Составьте план сестринских вмешательств

Ситуационная задача № 2

Женщина 33 лет, страдающая гипертонической болезнью, беременна на сроке 26 недель, находится в стационаре с жалобами на отеки на ногах, руках, брюшной стенке, головную боль.

Об-но: АД 175/110, отставание в массе плода на 2 недели, протеинурия 1,4 г/л.

Задание.

1. О какой патологии можно думать;
2. Оцените степень тяжести состояния беременной, обоснуйте;
3. Обоснуйте необходимость проведения мероприятий неотложной помощи;
4. Составьте алгоритм неотложной помощи

Ситуационная задача № 3

Женщина 25 лет, страдающая хроническим пиелонефритом, беременна на сроке 30 недель, находится в стационаре с жалобами на отеки по всему телу,

головную боль, расстройство зрения. Отеки появились 3 недели назад, связывает с употреблением в пищу солёной рыбы.

Об-но: беременная заторможена кожные покровы бледные, АД 180/110, генерализованные отёки отставание в массе тела плода 2-3 недели, протеинурия 2,4 г/л.

Задание.

1. О какой патологии можно думать;
2. Оцените степень тяжести состояния беременной, обоснуйте;
3. Обоснуйте необходимость проведения мероприятий неотложной помощи;
4. Составьте алгоритм неотложной помощи

Приложение3

АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.

1. ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить состояние преэклампсии на фоне тяжелого позднего гестоза

- Сильная головная боль, «мушки» перед глазами, изменение зрения, боли в эпигастральной области, снижение диуреза.
- Резкое повышение артериального давления.

Тактика медицинской сестры

Действия	Обоснования
1. Срочный вызов врача 2. Успокоить пациентку 3. Уложить пациентку, затемнить помещение, исключить шум	Уменьшить эмоциональное напряжение, страх. Для предотвращения развития судорожного припадка

Оценка достигнутых результатов

женщина спокойна, судорожного припадка не наступило, продолжает находиться под непрерывным наблюдением медицинской сестры и врача.

Приготовить аппаратуру, инструментарий, набор для интубации, систему для в\в вливания, жгут, шприцы, иглы.

2.ЭКЛАМПСИЯ

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить данное состояние

- судорожный припадок с потерей сознания на фоне тяжелого позднего гестоза;

Тактика медицинской сестры:

Действия	Обоснования
1. Вызвать срочно скорую помощь или врача 2. Удерживать пациентку во время припадка 3. Ввести между зубами пациентки роторасширитель (или узкий предмет) и фиксировать язык языкодержателем (или пальцами, обернутыми тканью) 4. Затемнить помещение, исключить шум, транспортировка больной исключается.	Для исключения возможности дополнительной травматизации. С целью предотвращения западения языка и асфиксии. Для предотвращения повторных припадков

Приготовить аппаратуру, инструментарий, набор для интубации, систему для в\в вливания, жгут, шприцы, иглы.

Оценка достигнутых результатов

- после выхода из судорожного припадка пациентка в сознании, на фоне проводимой терапии приступы не повторяются.
- продолжается постоянное наблюдение медицинской сестры и врача

3.КРОВОТЕЧЕНИЕ В I ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

(самопроизвольный выкидыш)

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить данное состояние:

- Схваткообразные боли внизу живота, наличие кровянистых выделений из влагалища различной степени выраженности, бледность кожных покровов, и акроцианоз.

- Снижение артериального давления, учащение пульса.

Тактика медицинской сестры:

Действия	Обоснования
1. Срочный вызов врача или скорой помощи 2. Уложить пациентку 3. Успокоить больную 4. Измерить артериальное давление и пульса	Снижение внутрибрюшного давления. Уменьшить эмоциональное напряжение, подготовить к госпитализации. Контроль состояния

Приготовить аппаратуру, инструментарий:

- систему для в\в вливания, шприцы, иглы.

Оценка достигнутых результатов:

- состояние ухудшилось
- состояние стабилизировалось.

4.КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО II ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

(патология плацентации)

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить данное состояние:

- Появление обильных ярких кровянистых выделений из половых путей, возникающее внезапно, не сопровождающееся болевыми ощущениями, нередко при полном покое беременной или при наличии болей в животе, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, акрацианоз.
- Тахикардия, снижение артериального давления.

Тактика медицинской сестры:

Действия	Обоснования
1. Срочный вызов врача или скорой помощи 2. Уложить пациентку 3. Успокоить больную 4. Измерить артериальное давление и пульс	Снижение внутрибрюшного давления. Уменьшить страх за состояние плода и собственную жизнь и подготовить к госпитализации. Контроль состояния

Приготовить аппаратуру, инструментарий, систему для в\в вливания, шприцы, иглы, жгут.

Оценка достигнутых результатов

-состояние стабильное, пациентка подготовлена к операции

Тема № 1.4 «Роды и родоразрешение. Помощь в родах матери и плоду»

Значение изучения темы

При необходимости медицинская сестра должна уметь принять нормальные роды, обработать новорождённого и, соблюдая все правила о септике 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:

- провести акушерское пособие в родах на фантоме;
- провести обработку рожениц.

Студент должен овладеть **общими компетенциями:**

ОК1. 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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, 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

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**

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

ПК 2.5 Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса;

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию;

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия;

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

План изучения темы

Контроль исходного уровня

1. Процессы, происходящие в организме женщины в родах;
2. Характеристики родового акта;
3. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания;
4. Сестринский процесс в каждом периоде родов (раскрытия, изгнания, последовый);
5. Возможные способы родоразрешения;
6. Предлежание плаценты, классификация, клиника, диагностика;
7. Аномалии родовой деятельности;
8. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

Самостоятельная работа:

1. Изучить правила оказания акушерского пособия в родах по алгоритму и таблице, отработать приемы на фантом;
2. Посмотреть видеофильм «Роды» и записать в дневник признаки отделения и выделения последа;
3. Решить ситуационную задачу (работа малыми группами) Приложение-2;
4. Пользуясь алгоритмом отработать манипуляцию: обработка рожениц. Приложение-1;
5. Показать на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Приложение-1;
6. Провести занятие по самообезболиванию в родах. Приложение-1.

Подведение итогов

Домашнее задание

[2] Глава 11. Нормальный послеродовой период. Сестринский процесс при уходе за родильницей Глава 12. Патология послеродового периода
-Подготовить комплекс физических упражнений для родильницы

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 срочными или 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 которых 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 предлежащей 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 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 этом периоде к сокращениям матки синхронно присоединяются сокращения поперечно-полосатых мышц брюшного пресса – потуги (потугами женщина управлять не может). 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. Передние 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 сан.пропускник, где выявляется наличие инфекционных заболеваний и затем женщина определяется в наблюдационное отделение. Сан.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 к 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. 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 акушерка готовится к 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.

Приложение1

Тестовые задания на тему «Роды и родоразрешение. Помощь в родах матери и плоду»

1. РОДЫ В СРОКЕ 38-40 НЕДЕЛЬ НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) преждевременными
- 2) срочными
- 3) запоздалыми
- 4) неправильными

2. РОДЫ В СРОКЕ ОТ 28-29 ДО 37-38 НЕДЕЛЬ НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) преждевременными
- 2) срочными
- 3) запоздалыми
- 4) неправильными

3. ЛОЖНЫЕ СХВАТКИ - ЭТО

- 1) предвестники родов
- 2) начало родовой деятельности
- 3) заболевание ЖКТ
- 4) достоверные признаки беременности

4. ДЛИНА ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) 1 см
- 2) 2 см
- 3) 5 см
- 4) 10 см

5. СХВАТКИ - ЭТО

- 1) заболевание ЖКТ
- 2) достоверные признаки беременности
- 3) периодически повторяющиеся сокращения матки
- 4) потуги

6. РОДОВЫЕ СИЛЫ - ЭТО

- 1) схватки и потуги

- 2) ложные схватки и потуги
- 3) изменение длины шейки матки
- 4) желание женщины родить ребенка

7. В КОНЦЕ 1-ГО ПЕРИОДА РОДОВ СХВАТКИ ПОВТОРЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ ____ МИНУТ

- а) 15-20
- б) 10-15
- в) 5-10
- г) 2-3

8. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СХВАТОК В КОНЦЕ 1-ГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 1) 60
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 15

9. ГРАНИЦА МЕЖДУ ВЕРХНИМ И НИЖНИМ МАТОЧНЫМ СЕГМЕНТОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) контракционным кольцом
- 2) предлежанием плода
- 3) контрацептивным кольцом
- 4) маточным зевом

10. С НАЧАЛА СХВАТОК ДО ОКОНЧАНИЯ РОДОВ ЖЕНЩИНА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) роженицей
- 2) молодой мамой
- 3) родильницей
- 4) кормящей мамой

11. КОЛИЧЕСТВО ПЕРИОДОВ РОДОВ

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2

12. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

Период родов

- 1) период раскрытия шейки матки
- 2) период изгнания (потужной)
- 3) последовый период
- 4) реабилитационный период

Очередность периода родов

- 1) 3
- 2) 2
- 3) 1

13. ДИАМЕТР МАТОЧНОГО ЗЕВА В КОНЦЕ 1-ГО ПЕРИОДА ДОСТИГАЕТ ____ СМ

- 1) 2-3
- 2) 5-10

- 3) 10-12
- 4) 15-20

14. ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1) верхние и нижние
- 2) задние и передние
- 3) левые и правые
- 4) маленькие и большие

15. ОБЪЁМ ПРЕДНИХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ОКОЛО ___ МЛ

- 1) 200-300
- 2) 400-500
- 3) 800-1000
- 4) 1000-1500

16. ОБЪЁМ ЗАДНИХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ОКОЛО ___ МЛ

- 1) 200-300
- 2) 400-500
- 3) 800-1000
- 4) 1000-1500

17. ЧАСТЬ ОБОЛОЧЕК, ЗАКЛЮЧАЮЩИХ ПЕРЕДНИЕ ВОДЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) плодный пузырь
- 2) амниотическая жидкость
- 3) децедуальная оболочка
- 4) хорион

18. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

Период родов

Продолжительность периода

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1) раскрытие шейки матки | 1) 5-10 минут |
| 2) период изгнания | 2) от 5-8 до 9-12 часов |
| 3) последовый период | 3) 20 мин – 1 час, от 1 до 2 ч |

19. ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

- 1) раскрытием маточного зева
- 2) рождением плода
- 3) рождением последа
- 4) началом регулярных схваток и потуг

20. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ

- 1) 50мл
- 2) 0,5% от массы тела
- 3) 250мл
- 4) 500мл

21. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

Кровопотеря

Объем кровопотери

1) физиологическая

1) 250-400 мл

2) пограничная

2) 250 мл

3) патологическая

3) 400 и более мл

Ситуационная задача №1

24. 03.2002 в 9 утра в акушерский стационар поступила первобеременная, первородящая 23 лет. с регулярной родовой деятельностью. Схватки с 6 часов утра 24.03.02 г. Срок беременности - 39-40 недель; масса тела 72 кг.

При осмотре:

■ 9⁰⁰ - кожные, покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. АД 120/80, 110/75 мм рт. ст., PS 86 ударов в минуту, ритмичный. Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счёт беременной матки. ВДМ 38 см., ОЖ 100 см., ПМП 3800. Схватки по 20-25 секунд, через 2-3 минуты, регулярные, частота сердечных тонов плода (ЧСП) - 144 удара в минуту. Околоплодные воды не изливались.

Вагинально (Р.в.) - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь цел.

- 11⁰⁰ - АД 120/80, 110/80 мм рт.ст., PS 82 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по 30", через 3 - 4', регулярные, ЧСП - 140 ударов в минуту, ритмичные. Околоплодные воды не изливались.

Рв - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел.

13⁰⁰ - АД 125/80, 120/80 мм рт. ст., PS 86 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по 30 - 35 секунд через 2 - 3 минуты, регулярные. ЧСП - 142 удара в минуту, ритмичные. Околоплодные воды не подтекают.

Рв - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см.

- 15⁰⁰ - АД 120/80, 120/80 мм рт. ст., PS 84 удара в минуту, ритмичный. Схватки по 35 - 40 через 1,5 - 2 регулярные. ЧСП - 144 удара в минуту. Околоплодные воды не изливались.

Рв - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь цел, вскрыт браншей пулевых щипцов, околоплодные воды подтекают светлые.

- 16⁰⁰ - АД 125/80. 125/80 мм. т.ст., PS 86 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по 55-60 секунд, через 1 - 2 минуты, регулярные. ЧСП - 140 ударов в минуту. Околоплодные воды подтекают светлые.

Рв - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Подтекают светлые околоплодные воды. .

- 16³⁰ - АД 125/80, 120/80 мм рт. ст., PS 86 ударов в минуту, ритмичный. К схваткам присоединились потуги по 1,5 минуты через 60 секунд, эффективные. Головка плода на газовом дне.

17¹⁰ - АД 125/80, 120/80 мм рт. ст. PS 86 ударов в минуту, ритмичный. В переднем виде затылочного предлежания родила живого доношенного мальчика, без асфиксии и видимых уродств. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

17¹⁵ - через 5 минут самостоятельно отделилась плацента, выделился целый послед со всеми оболочками. Общая кровопотеря - 200.0 мл.

Задания:

- 1). Определите продолжительность первого, второго, третьего периодов родов, общую продолжительность родов;
- 2). Характер излития околоплодных вод (своевременное, преждевременное,

- запоздалое);
3).Оцените величину кровопотери;
4)Научите приёмам самообезболивания

Ситуационная задача №2

01. 03.02. В 8⁰⁰ в акушерский стационар поступила повторнобеременная. Повторнородящая (третья беременность, вторые роды), 30 лет. С регулярной родовой деятельностью. Схватки с 5⁰⁰ 24. 03. 02. Срок беременности 38-39 недель.

При осмотре:

- 8¹⁰ - кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. АД 110/75, 120/80 мм. рт. ст., PS 82 удара в минуту, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет беременной матки. В ДМ 37 см.. ОЖ 100 см.. ПМП 3700 $\pm$ 200,0. Схватки через 2-3 минуты по 25 секунд, эффективные. , частота сердечных тонов плода(ЧСП)- 140 ударов в минуту, ритмичные. Околоплодные воды излились в 6 24.03. 02., подтекают светлые.

Вагинально (Pv) - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды.

- 10.00 АД 110/70, 110/70 мм.рт. ст., PS 78 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по 25-30 секунд через 2-3 минуты, регулярные, ЧСП 142 удара в минуту, ритмичное. Околоплодные воды подтекают светлые.

Pv — шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды.

- 12.00 - АД 120/75, 11-/75 мм.рт. ст., PS 80 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по 30 - 35 секунд через 2- 2,5 минуты, регулярные. ЧСП - 138 ударов в минуту, ритмичное. Околоплодные воды подтекают светлые.

Pv - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7 см. Плодного пузыря нет. подтекают светлые околоплодные воды.

- 13.00 - АД 120/80, 120/80 мм.рт. ст., PS 82 удара в минуту, ритмичный. Схватки через

1-2минуты по .35-40 секунд, регулярные. ЧСП — 136 ударов в минуту, ритмичные. Околоплодные воды подтекают светлые.

Вагинально - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода на тазовом дне.

- 14.00 - АД 120/80,120/80 мм.рт. ст..PS 84 удара в минуту, ритмичный. ЧСП - 138 ударов в минуту, ритмичные. К схваткам присоединились потуги по 55-60 секунд через 1-1,5 минуты, эффективные.

-14.30 в переднем виде затылочного предлежания родилась живая доношенная девочка, без асфиксии и видимых уродств с нетугим однократным обвитием пуповины вокруг шеи. Оценка по шкале Апгар 8-8 баллов.

- через 10 минут самостоятельно отделилась плацента, выделился целый послед со всеми оболочками.

Общая кровопотеря - 100,0 мл.

Задания:

- 1) определите продолжительность первого, второго, третьего периодов родов, общую продолжительность родов;
- 2) характер излития околоплодных вод (своевременное, преждевременное,

- запоздалое);
3) оцените величину кровопотери; 4) Научите приемам самообезболивания

Ситуационная задача №3

24.03.02, в 10 в акушерский стационар поступила повторнобеременная, первородящая (третья беременность, первые роды), 22 лет, с регулярной родовой деятельностью. Схватки с 7⁰⁰ 24.03.02. Срок беременности 38-39 недель, масса тела 80 кг.

При осмотре:

-10⁰⁰ - кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. АД 110/75, 120/80 мм рт. ст., PS 82 удара в минуту, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет беременной матки. ВДМ. 37 см., ОЖ 100 см., ПМП 3700,0. Схватки через 3 минуты по 20- 25 секунд, регулярные, частота сердечных тонов плода(ЧСП)- 140 ударов в минуту, ритмичные. Околоплодные воды не изливались.

Вагинально (Р.в.) - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 1,5 см.

Плодного пузыря цел.

-12⁰⁰ - АД 110/70, 110/70 мм рт. ст., PS 78 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по 25 - 30 секунд через 2,5-3 минуты, регулярные. ЧСП 142 удара в минуту, ритмичное. С 11-ти часов подтекают светлые околоплодные воды.

Р.в. - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды.

-14⁰⁰ - АД 120/75, 120/75 мм.рт. ст., PS 80 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по 30 - 35 секунд через 2,5- 3 минуты, регулярные. ЧСП - 138 ударов в минуту, ритмичное. Околоплодные воды подтекают светлые.

Р.в. - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды.

-16⁰⁰ - АД 120/80, 120/80 мм рт. ст., PS 82 удара в минуту, ритмичный. Схватки через 2- 2,5 минуты по 35-40 секунд, регулярные. ЧСП - 136 ударов в минуту, ритмичное. Околоплодные воды подтекают светлые.

Вагинально - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 8 см., плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды.

-18⁰⁰ - АД 120/80. 120/80 мм рт. ст., PS 84 удара в минуту, ритмичный. ЧСП - 138 ударов в минуту, ритмичные. Схватки по 50 -60 секунд через 1,5 -2 минуты, регулярные. ЧСП 136 ударов в минуту, ритмичное. Околоплодные воды подтекают светлые.

Вагинально - шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Головка плода на тазовом дне.

-18⁰⁰ - к схваткам присоединились потуги по 50 -55 секунд через 1,5 минуту, эффективные.

-19⁰⁰ - в переднем виде затылочного предлежания родилась живая доношенная девочка, без асфиксии и видимых уродств с нетугим однократным обвитием пуповины вокруг шеи. Оценка по шкале Апгар 8-8 баллов.

-19¹⁰ - через 10 минут самостоятельно отделилась плацента, выделился послед. Общая кровопотеря - 200,0 мл.

Задания:

- 1) определите продолжительность первого, второго, третьего периодов родов, общую продолжительность родов;

- 2) характер излития околоплодных вод (своевременное, преждевременное, запоздалое);
- 3) оцените величину кровопотери;
- 4) научите приёмам самообезболивания

Приложение 3

АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

1. Санитарная обработка поступающих рожениц и беременных

Оснащение - стерильное бельё (рубашка, халат, косынка, тапочки);
- клеёнки;

- корнцанги, лоточки, стерильный пинцет, ножницы;

- кружка Эсмарха, наконечники для клизм, жидкое мыло, металлический станок (бритва), одноразовые лезвия;

- твёрдое мыло в одноразовой упаковке, обеззараженные мочалки; - дезинфицирующие растворы;

Методика выполнения:

I. Подготовительный период

- в комнате - фильтре для беременных и рожениц приёмного покоя: пациентки снимают верхнюю одежду, получают обеззараженные тапочки (м. б. новые)
- осматривают кожные покровы, измеряют t^* тела, проверяют на педикулёз.

II. Санитарная обработка

- сбрить волосы в подмышечных областях одноразовым лезвием;
- сбрить волосы на лобке, сменить лезвие бритвы (предварительно лобок намылить стерильным жидким мылом при помощи ватного тампона на корнцанге). Женщина лежит на кушетке, под таз женщине подставляют стерильный лоток, клеенку);
- поставить очистительную клизму;
- после опорожнения кишечника пациентка остригает ногти на руках, ногах, принимает душ, используя твёрдое мыло, вытирает тело простынёй, смазывают ногти рук и ног йодопиран.

Примечание - очистительная клизма противопоказана роженицам в конце I периода родов и во II периоде, беременным с рубцом на матке, с подозрением на предлежание плаценты, тяжёлыми гестозами, при угрозе преждевременных родов.

2. Приемы самообезболивания в родах

Родовая боль не является обязательной при нормальных родах, она истощает организм и приводит к нарушениям в течении родового акта.

Медицинские сестры, (акушерки), врачи, обеспечивают нормализацию физических и психологических потребностей матери и ребенка (а обезболивание родов представляет собой важный аспект ухода).

Методы самообезболивания в родах подразделяются на медикаментозные и немедикаментозные.

Немедикаментозные:

1. Эмоциональная поддержка беременной до и во время родов (психопрофилактическая подготовка)
2. Свободное движение в виде хождения, сидения в удобных позах, особенно в I периоде родов
3. Принятие душа, использование музыки.
4. Растирание костяшками пальцев заднее-верхних подвздошных остей седалищных костей, поглаживание живота- в направлении от дона к пупку по боковым поверхностям матки на вдохе, глубокий вдох и выдох через рот 16 - 18 раз в м и нуту.

3. Акушерское пособие в родах.

1. Контроль за состоянием роженицы (цвет кожных покровов, и слизистых оболочек, АД, ЧДД, пульс)
2. Контроль за характером родовой деятельности (сила, частота и продолжительность потуг, состояние нижнего маточного сегмента, высота контракционного кольца)
3. Состояние наружных половых органов (отек, кровянистые выделения)
4. Придать роженице возвышенное положение упора, после каждой потуги определить сердцебиение плода
5. Акушерское пособие

- регулирование продвижения врезывающейся головки, в паузах между потугами за счет тканей
- выведение головки (вне потуги)
- освобождение плечевого пояса
- выведение туловища

Тема № 1.5 «Послеродовый период и его осложнения»

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 наблюдательного 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;

Студент должен овладеть **общими компетенциями**

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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, 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;

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**

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 использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса;

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию;

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия;

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь

План изучения темы

Контроль исходного уровня

1. Послеродовой период его характеристика и классификация;
2. Изменения, происходящие в организме женщины в послеродовом периоде;
3. Принципы работы физиологического и наблюдательного послеродовых отделения и особенности ухода за родильницей;
4. Факторы, предрасполагающие к осложненному течению послеродового периода, входные ворота инфекции;
5. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний по Сазонову – Бартеньсу;
6. Послеродовая язва: клиника, уход, профилактика;
7. Мастит: клиника, лечение, уход, профилактика;
8. Тромбофлебит клиника, лечение, уход;

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 аборты, анаэробы, их ассоциации.

Возникновению послеродовой инфекции способствуют:

1. изменение биоценоза влагалища.
2. иммунодефицит.

Предраспалагающие 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: инфекция 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 работа студентов

1. Решение ситуационных задач малыми группами;
2. Выполнить эластическую компрессию нижних конечностей в соответствии с правилами выполнения повязок;
3. После просмотра видеофильма «Грудное вскармливание» записать в дневник основные приемы, применяемые при сцеживании молока;
4. Выполнить манипуляции в соответствии с алгоритмами действий
 - подготовка матери и ребенка к кормлению грудью;
 - взятие крови из вены для посева на стерильность;
 - уход за молочными железами;
 - проведение туалета родильниц;
 - проведение туалета родильниц со швами на промежности;

Итоговый контроль знаний

тесты по теме, ситуационные задачи

Подведение итогов.

Домашнее задание

[2] Глава 15. Методы обследования в гинекологии. Сестринский процесс при обследовании. Глава 16 Сестринский процесс при уходе за больными с нарушениями менструального цикла.

Приложение1

Тестовые задания на тему «Послеродовой период и его осложнения»

1. ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД ДЛИТСЯ

- 1) 5-10 минут
- 2) 6-8 недель
- 3) 6 месяцев
- 4) год

2. ИНВОЛЮЦИЯ - ЭТО

- 1) обратное развитие
- 2) прогрессивное развитие
- 3) период родов
- 4) отсутствие молока у женщины

3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 6-8 недель
- 4) 6 месяцев

4. ЕЖЕДНЕВНАЯ ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ /СМ/

- 1) 1,5-2
- 2) 3-4
- 3) 5-8
- 4) 8-10

5. ЛОХИИ - ЭТО

- 1) схватки
- 2) потуги

- 3) околоплодный пузырь
- 4) раневой секрет

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

Характер лохий	дни после родов
1) кровянистые	1) 7-8
2) слизисто-кровянистые	2) 4-5
3) серозные	3) 3-4

7. НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ШЕЙКИ ПОСЛЕ РОДОВ ЗАКРЫВАЕТСЯ

- 1) через 2 часа
- 2) через 7 дней
- 3) к концу 3 недели
- 4) к концу года после родов

8. ПИГМЕНТАЦИЯ НА ЛИЦЕ ИСЧЕЗАЕТ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) в раннем послеродовом периоде
- 2) до момента родов
- 3) в позднем послеродовом периоде
- 4) не исчезает вообще

9. СЕКРЕЦИЯ МОЛОКА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) инсеминация
- 2) лактация
- 3) пролиферация
- 4) гипертрофия

10. ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- 1) 1 месяц
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 год
- 4) 3 года

11. СРОК ВЫПИСКИ РОДИЛЬНИЦ ИЗ РОДДОМА НА ___ СУТКИ

- 1) 3-4
- 2) 4-5
- 3) 7-10
- 4) 10-15

12. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ___ ДН.

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 7
- 4) 10

13. ПОСЛЕРОДОВОЙ ОТПУСК ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1) в детской поликлинике

- 2) по месту работы женщины
- 3) в женской консультации
- 4) в соцзащите

14. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОЦЕДУРА ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) ванна
- 2) душ
- 3) обтирание
- 4) не моется

15. ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЁННОГО ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ РОДДОМА

- 1) в первые 3 дня
- 2) на 7 день
- 3) в первый месяц
- 4) на 10 день

16. ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ ПОСЛЕ РОДОВ РАЗРЕШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 1 неделю
- 2) 2 недели
- 3) 6-8 недель
- 4) 6 месяцев

17. ЛАКТОСТАЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) значительным нагрубанием молочных желез
- 2) симптомами интоксикации
- 3) свободным отделением молока
- 4) умеренным нагрубанием молочных желез

18. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ МАСТИТА

- 1) симптомы интоксикации
- 2) позднее начало (конец 2-й – начало 3-й недели)
- 3) гиперемия молочной железы, болезненный ограниченный инфильтрат
- 4) односторонний воспалительный процесс
- 5) все перечисленное

19. ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1) маститом
- 2) параметритом
- 3) септическим шоком
- 4) эндометритом

20. СИМПТОМЫ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

- 1) интоксикация
- 2) субинволюция матки
- 3) мягкая консистенция и болезненность матки при пальпации
- 4) характер лохий не соответствует дню послеродового периода
- 5) все перечисленное

Ситуационные задачи

Ситуационная 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 отек и гиперемия тканей, швы покрыты гнойным налетом.

Задания

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

Ситуационная 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

Ситуационная задача № 3.

Родильница 20 лет на седьмой день послеродового периода пожаловалась на слабость, снижение аппетита.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,3°, Ps 92 удара в минуту. Живот мягкий, пальпация матки болезненна, высота стояния дна матки на 3 п/п ниже пупка, лохии мутные .

Задания

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

Ситуационная задача № 4.

Родильница 28 лет на третий день послеродового периода пожаловалась на значительную слабость, снижение аппетита, озноб.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,7°, Ps 116 ударов в минуту. Живот мягкий, высота стояния дна матки 2 п/п ниже пупка, лохии кровянистые, без запаха. Правая нижняя конечность (голень и бедро) бледная, резко отечна, болезненность по ходу сосудистого пучка.

Задания

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

Ситуационная задача № 5.

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

АЛГОРИТМЫ

Подготовка матери и ребенка к кормлению грудью

Оснащение:	Методика выполнения:
Раковина с тёплой водой, мыло, бикс со стерильным материалом, скамеечка под ногу, стерильная баночка для сцеженного молока, молокоотсос, 1% раствор бриллиантового зелёного.	1. Объяснить женщине порядок кормления и сцеживания молока.
	2. Женщина должна вымыть руки тёплой водой с мылом.
	3.Обмыть грудь.
	4.Просушить руки и грудь стерильной салфеткой из бикса.
	5.Соски и околососковый кружок обработать 1% раствором бриллиантового зелёного.
	6.Сесть на стул или кровать.
	7.Подставить скамеечку под ногу.
	8.Сцедить первую каплю молока.
	9.Приложить к груди ребёнка так, чтобы он взял в рот сосок и часть околососкового кружка,
	10.Одной рукой придерживать грудь, чтобы не закрыть носовые ходы ребёнку.
	11.Кормить в течение 15-20 минут.
	12.Положить ребёнка на стерильную пелёнку на кровать.
	13.Из той груди, которой кормила, сцедить осторожными массирующими движениями остаток молока в стерильную баночку (эти же действия можно провести с помощью молокоотсоса).
	14.Обмыть грудь тёплой водой.
	15.Промокнуть стерильной салфеткой.
	16.В течение 15-20 минут принять воздушную ванну.

Туалет родильницы в палате

Оснащение:	Методика выполнения:
Двухъярусный столик накрывается следующим образом: на нижней полке находится ёмкость с р-ром фурацилина 1:5000, чистые клеёнки. На верхней полке стол накрыт стерильно. На нём:	1.Предупредить родильницу о предстоящей процедуре.
	2.Санитарка снимает с родильницы одеяло и укладывает её на судно (подстелив клеёнку) на спину в положение с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах.
	3.Санитарка из ёмкости поливает на промежность раствор фурацилина.
	4.Медсестра в стерильных перчатках шариком на корнцанге обмывает половые органы движениями

корнцанги, пинцеты, стерильные шарики. 3%-р-р перекиси водорода, 5%-ная настойка йода, перчатки, подкладки.	от лобка к анальному отверстию. Затем обмывает внутреннюю поверхность бёдер.
	5.Санитарка убирает судно и меняет клеёнку.
	6.Медсестра подстилает под родильницу стерильную подкладную, попросив её приподнять таз (не касаясь женщины).
	7. Медсестра просушивает промежность и внутреннюю поверхность бёдер сухой салфеткой или шариком на корнцанге.
	8.При наличии швов на промежности медсестра обрабатывает швы 3%-ным раствором перекиси водорода.
	9.Просушивает стерильной салфеткой.
	10.Обрабатывает швы 5%-ной настойкой йода.
	11.Если есть изменения в состоянии швов: покраснение, отёк, необходимо немедленно сообщить об этом врачу.
	12.После обработки медсестра снимает перчатки и моет руки.

Техника снятия швов

Оснащение:	Методика выполнения:
Стерильный материал, (шарики, салфетки), корнцанг, ножницы, 5%-ная настойка йода, йодонат, лоток, 3%-р-р перекиси водорода.	1.Объяснить родильнице ход процедуры.
	2.Провести санобработку наружных половых органов (см. выше).
	3. Обработать швы 3%-ным раствором перекиси водорода, высушить.
	4.Захватить пинцетом узелок шва и подтянуть его слегка вверх и к краю раны.
	5.Ножницами подрезать нить ниже узелка; пинцетом удалить нитку и положить её на салфетку; в этом же порядке снять остальные швы.
	6.Линию швов обработать йодонатом.
	7.Использованный материал сбросить в лоток.
	8. Снять перчатки и вымыть руки.

ПОДМЫВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ (С ПОМОЩЬЮ КОРНЦАНГА) ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Ф.И.О. обучающегося _____ Группа _____
 Специальность 34.02.01 «Сестринское дело» Цикл / Дисциплина _____

Параметр**Оценка правильности выполнения**

1. Налил в кувшин теплую воду (35–37 °С).	+		-	
2. Надел перчатки.	+		-	
3. Подстелил клеенку и пеленку под пациентку	+		-	
4. Подложил под пациентку судно	+		-	
3. Встал справа от пациентки (если медсестра правша).	+	+/-	-	
4. Взял кувшин левой рукой, а корнцанг с салфеткой - правой. Поливая водой на гениталии женщины, салфетками (меняя их) обработал: а) одной салфеткой — паховые области справа и слева; б) второй салфеткой — правую и левую половые губы; в) третьей - область анального отверстия.	+	+/-	-	
5. Осушил гениталии пациентки в той же последовательности и в том же направлении, что и при подмывании.	+	+/-	-	
6.. Убрал судно, клеенку в ёмкость для дезинфекции	+		-	
7. Подстелил стерильную тканевую салфетку	+		-	
8. Снял перчатки и поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.	+	+/-	-	
9. Укрыл пациентку.	+	+/-	-	
10. Использованный корнцанг поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции	+		-	
11. Ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б».	+		-	
12. Вымыл и осушил руки. Провел гигиеническую обработку рук.	+		-	

ДОСТИГАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ: СОБЛЮДЕНА ТЕХНОЛОГИЯ ПОДМЫВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ (С ПОМОЩЬЮ КОРНЦАНГА)

ИТОГО ОШИБОК:

Каждое нарушение последовательности алгоритма оценивается в 0,5 ошибки.

«+» нет ошибок, «+/-» 0,5 ошибки, «-» 1,0 ошибка.

X - КРИТИЧЕСКАЯ ОШИБКА, НАВЫК СЧИТАЕТСЯ НЕВЫПОЛНЕННЫМ.

0 - 1 ошибка - «отлично»; 1,5 – 3,5 ошибок хорошо; 4- 6 ошибок - «удовл.»; 6,5 и более ошибок - «неудовл.»

Раздел 2. Сестринский уход в гинекологии

Тема № 2.1 «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 (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;

студент должен овладеть **общими компетенциями**

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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность;

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

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку;

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**

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 2.3.Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами;

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию;

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь;

План изучения темы

Контроль исходного уровня

1.Клинические методы обследования гинекологических больных, порядок опроса;

- 2.Общее обследование гинекологических больных: морфологические типы, массо-ростовой коэффициент, состояние кожных покровов, определение полового развития;
- 3.Порядок гинекологического обследования;
- 4.Дополнительные методы обследования гинекологических больных;
- 5.Характеристика нормального менструального цикла;
- 6.Классификация нарушения менструальной функции;
- 7.Дисфункциональные маточные кровотечения: определение, причины, классификация;
- 8.Аменорея, гипоменструальный синдром: причины, клиническая картина
- 9.Альгодисменорея: причины, клиническая характеристика;
- 10.Методы лечения, особенности ухода за больными с нарушениями менструального цикла

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.

1.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 50-53года (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 от2-7 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.

2.Общее исследование по системам, включая массо – ростовой индекс:

Индекс массы тела (ИМТ) – это соотношение массы тела в килограммах к длине в метрах, возведенное 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), оволосения 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 ногдержателя 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 работа студентов

1. Посмотреть видеофильм «Когда девочка взрослеет» Изучить и записать в дневник схему регуляции менструального цикла;
2. Построить в дневнике графики базальной температуры приодно- и двухфазном менструальном цикле;
4. Решить и отработать ситуационные задачи — (работа в группах);
- 5.Отработать мануальные навыки взятия мазков на чистоту влагалища, пользуясь фантомом-тренажёром.

Итоговый контроль знаний

Подведение итогов.

Домашнее задание:

[2] Главаи19. Сестринский процесс при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Глава21.Бесплодный брак.

- Подготовить планы бесед

1.Профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов.

2.Аборт и его осложнения

Приложение1

Тестовые задания на тему «Обследование гинекологических больных. Нарушения менструального цикла»

1.РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ ВКЛЮЧАЕТДАННЫЕ О

- 1)менструальной функции
- 2)гинекологическое исследование
- 3)сексуальной функции
- 4) секреторно функции
- 5) детородной функции

2.ДАННЫЕ О МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ВКЛЮЧАЮТ СВЕДЕНИЯ О

- 1) числе беременностей и родов
- 2) наличии белей
- 3) дате последней менструации

4) продолжительности менструального цикла

3. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

- 1) 18-20
- 2) 20-22
- 3) 25-32
- 4) 30-36

4. ГИРСУТИЗМ - ЭТО

- 1) повышенное оволосение на голених и предплечьях
- 2) появление волос в необычных местах
- 3) отсутствие оволосения на голених и предплечьях
- 4) отсутствие волос на теле

5. НАБОР ДЛЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) влажные зеркала
- 2) предметные стёкла
- 3) пулевые щипцы
- 4) маточный зонд

6. III СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) pH-нейтральная, кокки, бактерии, лейкоциты
- 2) pH-слабо-кислая, палочки Д-на, единичные лейкоциты, кокки
- 3) pH-кислая, палочки Дедерлейна
- 4) pH-щелочная, палочек Д-на нет, кокки, лейкоциты в большом количестве

7. МАТЕРИАЛ ДЛЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКА БЕРУТ ИЗ

- 1) влагалища
- 2) вульвы
- 3) уретры
- 4) канала шейки матки

8. ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ - ЭТО

- 1) гипоменорея
- 2) аменорея
- 3) альгодисменорея
- 4) олигоменорея

9. МЕНОРРАГИИ – ЭТО

- 1) скудные менструации
- 2) ациклические маточные кровотечения
- 3) длительные, обильные менструации
- 4) частые менструации

10. ГЕМОСТАЗ ПРИ ДМК ВКЛЮЧАЕТ

- 1) выскабливание полости матки
- 2) введение гормонов
- 3) наложение жгута
- 4) введение препаратов кальция

Приложение2

Ситуационные задачи

Ситуационная 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

1. Определите проблемы пациентки;
2. Сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Ситуационная 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

1. Определите проблемы пациентки;

2.сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Приложение3

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

ЗАБОР ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА НА СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Дата _____

Check – card

Ф.И.О.обучающегося _____ Группа _____
Специальность_34.02.01» Сестринское дело»Цикл /Дисциплина _____

Параметр

Оценка правильности выполнения

1. Проверил положение пациентки на гинекологическом кресле (удобная расслабленная поза, руки на груди) в положении на спине с разведенными ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах).
2. Вымыл руки
3. Надел перчатки
4. Выбрал инструментарий (вагинальное зеркало Куско,урогенитальный зонд, маркированное стекло, фиксатор мазка)
5. Вымыть руки и надеть стерильные перчатки.
6. Взял мазок из наружного отверстия мочеиспускательного канала уrogenитальным

+		-
+		-
+		-
+	+/-	-
+		-
+		-

зондом.			
7. Нанёс мазок на предметное стекло вв части, промаркированной буквой «и» -уретра	+		-
8.Ввёл во влагалище зеркало Куско так, чтобы створки были обращены к боковым стенкам влагалища, затем перевёл его в поперечное положение и, не дойдя до шейки матки, раскрыл створки.	+	+/-	-
9. Урогенитальным зондом взял мазок из цервикального канала и нанёс его на предметное стекло в части, промаркированной буквой «с» -цервикальный канал.	+		-
10. Урогенитальным зондом взял мазок из заднего свода влагалища, материал нанёс на предметное стекло тонким слоем в месте, маркированной буквой «v» - вагина	+		-
11. Мазок обработал фиксатором		X	
12 Зеркало извлёк в обратном порядке	+		-
13 Зеркало поместил в ёмкость с маркировкой «для обработки использованных инструментов»	+		-
14.Снял перчатки	+		-
15. Перчатки поместил в ёмкость для сбора отходов с маркировкой «Отходы Класса Б»	+		-
16. Вымыл руки	+		-
14 Оформил направление в лабораторию на мазок (фамилия, имя, отчество; возраст; диагноз; дата взятия материала; цель - мазок на степень чистоты.)	+		-

ДОСТИГАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ: СОБЛЮДЕНА ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ.

ИТОГО ОШИБОК:

Каждое нарушение последовательности алгоритма оценивается в 0,5 ошибки.

«+» нет ошибок, «+/-» 0,5 ошибки, «-» 1,0 ошибка.

X - КРИТИЧЕСКАЯ ОШИБКА, НАВЫК СЧИТАЕТСЯ НЕВЫПОЛНЕННЫМ.

0 - 1,5ошибка - «отлично»;2 - 5,0 ошибок хорошо; 5,5 - 7 ошибок - «удовл.»; 7,5 и более ошибок - «неудовл.»

ОЦЕНКА _____ Экзаменато

Дополнительная информация :аудио-видео-алгоритмы см. в видеобанке университетской библиотеки

Тема № 2.2 «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.

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;

студент должен овладеть **общими компетенциями**

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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны

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

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**

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

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами;

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования;

ПК 2.5 Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса;

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию;

ПК 2.8 Оказывать паллиативную помощь;

План изучения темы

Контроль исходного уровня

1.Классификация воспалительных заболеваний гениталий;

2.Особенности этиологии воспалительных заболеваний гениталий;

3.Клиника, лечение, принципы ухода за больными с вульвитом, эндометритом, сальпингоофоритом, параметритом, пельвиоперитонитом;

4.Клиника, лечение, принципы ухода за больными с кольпитом, эндометритом;

5.Этиология, классификация, особенности клинической картины, диагностики и лечения гонореи;

6.Этиология, классификация, особенности клинической картины, диагностики и лечения хламидиоза;

7.Сестринский процесс при воспалительных заболеваниях женских половых органов;

8.Причины женского бесплодия;

9.Методы обследования, лечения, профилактики пациенток с бесплодием

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 секс - 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 аборт, 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

3. 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 лактобактерии - 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.

Бесплодие 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 бесплодия могут быть оба супруга. Вопросам диагностики, лечения и профилактики посвящено это занятие.

Самостоятельная работа студентов

1. Изучить таблицу «Различия вульвовагинитов в зависимости от этиологического агента», занести ее в тетрадь;
2. Составить карту сестринского процесса по клинической ситуации (ситуационной задаче), записать ее в дневник;
3. Пользуясь алгоритмами отработать практические умения
 - забор мазка на бактериоскопическое и бактериологическое исследование;
 - спринцевание;
 - введение вагинальных тампонов;
 - проведение вагинальной ванночки;
 - постановка лечебной микроклизмы;
4. После просмотра видеофильма «ЗППП, Методы контрацепции» занести в дневник основные клинические проявления ЗППП;
5. Решить ситуационные задачи – (работа парами)

Итоговый контроль знаний

Тесты по теме, ситуационные задачи

Подведение итогов.

Домашнее задание:

[2] Глава 22. Сестринский процесс при уходе за больными с предопухолевыми заболеваниями, доброкачественными и злокачественными опухолями.

Тестовые задания на тему «Воспалительные заболевания женских половых органов. Бесплодие»

1. БЕСПЛОДИЕ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ В ТЕЧЕНИЕ
 - 1) 6 лет
 - 2) 6 месяцев
 - 3) после первого полового контакта
 - 4) 1 года
2. ФАКТОРЫ РИСКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
 - 1) активная половая жизнь
 - 2) вредные привычки
 - 3) переохлаждение
3. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ХЛАМИДИОЗЕ
 - 1) 20-30 дней
 - 2) 4-5 дня
 - 3) 44-50 дней
 - 4) 60-70 дней
 - 5) более года
4. АБСОЛЮТНОЕ БЕСПЛОДИЕ – ЭТО
 - 1) отсутствие матки
 - 2) недостаточность надпочечников
 - 3) спаечный процесс в трубах
5. ХАРАКТЕР БЕЛЕЙ ПРИ КАНДИДОЗЕ
 - 1) творожистый
 - 2) гнойный
 - 3) пенистый
 - 4) серозный
6. ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗОВ
 - 1) комплексное
 - 2) симптоматическое
 - 3) инъекционное
 - 4) лечению не подлежит
7. ИЗМЕНЕНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ВЛЕЧЁТ
 - 1) хламидиоз
 - 2) бактериальный вагиноз
 - 3) папилломатоз
 - 4) энтеробиоз

8. ВУЛЬВИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) матки
- 2)брюшины
- 3) преддверия влагалища
- 4) волосистой части головы

9. ПРИЗНАКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

- 1) образование бугорков
- 2) жжение и боль
- 3) бели
- 4) бессимптомное течение

10. ПРИЧИНЫ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В МАТОЧНЫХ ТРУБАХ

- 1) вирус герпеса
- 2)аппендицит
- 3) хламидиоз
- 4) кандидозныйкольпит

11. НОРМАЛЬНАЯ СРЕДА ВЛАГАЛИЩА

- 1) щелочная
- 2)нейтральная
- 3) кислая

12.ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖПО

- 1) аборты
- 2)беременность
- 3) переохлаждение
- 4)инфекция

13. ФАКТОРЫ МУЖСКОГО БЕПЛОДИЯ

- 1) астенозооспермия
- 2)вредные привычки
- 3) экологический фактор

14. КОЛЬПИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) слизистой оболочки влагалища
- 2)бартолиновых желез
- 3) наружных половых органов

15. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- 1) трансмиссивный
- 2)контактно-бытовой
- 3) воздушно-капельный
- 4) половой

16. ЧАСТОТА ЗАРАЖЕНИЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

1) 50%

2) 99%

3) 87%

4) 15%

Приложение 2

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

На приёме женщина 26 лет жалуется на частое болезненное мочеиспускание, обильные гнойные выделения из влагалища, появившиеся после менструации. В анамнезе: 3 беременности, 1 роды и 2 медицинских аборта. Муж –дальнобойщик, две недели назад вернулся из рейса.

Объективно: температура-36,7. Живот мягкий безболезненный. При вагинальном осмотре – гиперемия наружного отверстия мочеиспускательного канала и наружного зева шейки матки. Матка умеренно болезненна по боковым поверхностям. Отделяемое обильное, гнойное.

Задание.

1. О каком заболевании можно подумать и почему;
2. Составьте план сестринских вмешательств;
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы;

Ситуационная задача №2

На приёме женщина 19, лет. Жалобы на зуд в области влагалища, обильные выделения из влагалища с неприятным запахом, болезненное мочеиспускание.

Объективно: температура-36,6. Живот мягкий безболезненный. При вагинальном осмотре-обильные, зловонные, жидкие, пенистые выделения из половых путей серо – зелёного цвета, гиперемия стенок влагалища.

Задание.

- 1.О каком заболевании можно подумать и почему;
2. Составьте план сестринских вмешательств;
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы

Приложение 3

РАЗЛИЧИЯ ВУЛЬВАГИНИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА.

Дифференциальный признак	Кандидоз	Трихомоноз	Гонорея	Смешанная инфекция
Инфекционный агент	Гриб молочницы	Влагалищная трихомонада	Гонококк Нейсера	Хламидии, микоплазматоминие, вирусы
Примуществующий возраст заражения	Неонатальный, после 12 лет	Неонатальный, после 10 лет	Дошкольный, постпубертатный	Дошкольный, постпубертатный
Начало заболевания	Латентное	Латентное	Острое	Острое
Жалобы в острую фазу	Зуд вульвы, жжение во влагалище	Зуд наружных половых органов, жжение при мочеиспускании	Болезненное мочеиспускание, тенезмы	Зуд, жжение, боль в области вульвы, дизурия
Вовлечение мочевого пузыря	Редко	50%	85%	80%
Вовлечение ректума	Нет	50%	10%	Редко
Вовлечение других органов	Полость рта, зева	Нет	Гонит	Конъюнктивит, стоматит
Сочетание с дисбактериозом кишечника	Есть	Нет	Нет	Редко
Аллергический компонент	Сильно выражен	Выражен	Слабо выражен	Выражен непостоянно
Вид белей	Мутные, творожистые	Обильные густые, непенистые в дошкольном возрасте, пенистые в подростковом	Густые, густые с зеленоватой окраской	Воднистые, умеренные, неподдающиеся лечению
Запах белей	«сырный» или определяется бактериальным компонентом	Ихорозный	Нехарактерный	Могут быть без запаха или запах определяется бактериальным компонентом ассоциации
Общее состояние	Нарушение самочувствия из-за зуда и аллергии	Капризность, раздражительность	Признаки интоксикации: раздражительность, бессонница, понижение аппетита, субфебрилитет	Дискомфортность
Основное лечебное средство	Дифлюкан, клотримазол, леворин	Тиберал, метронидазол, аэрикан	Пенициллин, спектиномицин	Сумамед, занопсин

Тема № 2.3 «Предопухолевые заболевания. Доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий»

Значение темы

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. Своевременная диагностика этих состояний позволяет предупредить дальнейшее перерождение тканей и развитие в них опухолей.

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 онкогинекологии;
- 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 онкогинекологию на фантоме;
- подготовить женщину к УЗИ;
- оформить направления на онкогинекологическое и гистологическое обследование.

студент должен овладеть **общими компетенциями**

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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, 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;

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями:**

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

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования;

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса;

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию;

ПК 2.7 Осуществлять реабилитационные мероприятия;

ПК 2.8 Оказывать паллиативную помощь.

План изучения темы

Контроль исходного уровня

1. Определение фоновых, предраковых заболеваний гениталий, доброкачественных опухолей;
2. Диагностика опухолевых заболеваний женских половых органов;
3. Фоновые заболевания вульвы и влагалища, классификация, клиника, диагностика, лечение;
4. Предраковые заболевания вульвы и влагалища: классификация, клиника, диагностика, лечение;
5. Рак вульвы и влагалища: классификация, клиника, диагностика, лечение.
6. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки: предрасполагающие факторы, классификация, клиника, диагностика, лечение;
7. Рак шейки матки: классификация, клиника, диагностика, лечение;
8. Доброкачественные опухоли матки: классификация, клиника, диагностика, лечение;
9. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия: классификация, клиника, диагностика, лечение;
10. Рак матки: классификация, клиника, диагностика, лечение;
11. Опухолевидные образования и опухоли придатков (яичников): классификация, клиника, диагностика, лечение;
12. Реабилитация больных с опухолями женских половых органов

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 - фетопротеин, 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 (меторабдомиомы)**

- **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, анамнез;

2.Визуальный осмотр;

3.вульвоскопия (вульву обрабатывают 2% толудиновом синим, при наличии атипии - ярко синее окрашивание клеток) и взятие мазков на атипию;

4.гистологическая биопсия.

Классификация патологических процессов шейки матки(Бохман1989г.)

I.Фоновые заболевания.

II.Предракшейки матки.

Фоновые заболевания составляют 85% всей патологии ш/ матки. Они возникают в результате травматических повреждений, дисгормональных состояний, воспалительных процессов.

1.Истинная эрозия ш/матки

2.Псевдоэрозии (эктопия ш/ матки) встречается в 80% (чаще). Это выход цилиндрического и призматического эпителия цервикального канала (рН - щелочная) на влажную поверхность ш/ матки (рН — кислая)

,3.Эктропион (выворот) в результате травматических повреждений в родах, при аборте, формируется рубец, ш/ матка деформируется, выворачивается и

цилиндрический эпителий ш/м. 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, фибринозные, железисто – фибринозные - это очаговое чрезмерное разрастание слизистой оболочки с подлежащей стромой или без нее

7. Хронический эндоцервицит - в области наружного зева ш/м. появляется венчик гиперемии.

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

Самостоятельная работа студентов

1. При работе на приеме с акушером-гинекологом обратить внимание на жалобы, клинические проявления предопухолевых заболеваний и опухолей женских половых органов.
2. Составить карту сестринского процесса по клинической ситуации (ситуационной задаче), записать ее в дневник
3. Решить ситуационные задачи
4. Отработать мануальные навыки: обработка половых органов перед влагалищным исследованием, взятие мазков на онкологию, флору, осмотр шейки матки в зеркалах.

Итоговый контроль знаний

Тесты по теме, ситуационные задачи

Подведение итогов.

Домашнее задание

[2] Глава23. Неотложные состояния в гинекологии. Глава24. Подготовка к операции.

Приложение1

Тестовые задания на тему «Предопухолевые заболевания. Доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий»

1.НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙКИСТОМЕ

- 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. КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ – СИМПТОМ

- 1) рака эндометрия
- 2) аднексита
- 3) цервицита
- 4) миомы матки

6. ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОНКОГИНЕКОЛОГИЮ

- 1) проведение кольпоскопии
- 2) направление на консультацию к онкологу
- 3) проведение лабораторного обследования
- 4) приглашение на повторный прием

7. ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) схваткообразные боли внизу живота
- 2) бели гнойного характера
- 3) повышение температуры
- 4) контактные кровотечения

8. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- 1) крауроз
- 2) кисты вольвы
- 3) кисты яичников
- 4) рак шейки матки

9. СТАДИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ (количество)

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

10. ВИДЫ РОСТА МИОМ МАТКИ

1) субсерозные	1) Узлы расположены позади шейки матки, забрюшинно, межсвязочно и т.д.
2) интерстициальные	2) разрастание узлов в направлении серозного слоя матки
3) субмукозные узлы	3) Рост миоматозного узла в

	толще маточной стенки
4) атипичные формы	4) Рост узла в полость матки

Приложение 2

Ситуационные задачи

Ситуационная 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.

Ситуационная 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 набор инструмента для диагностического выскабливания.

Ситуационная 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.
3. Продемонстрируйте технику влагалищного спринцевания.

Тема № 2.4 «Оперативные методы лечения в гинекологии. Неотложные состояния и доврачебная помощь. Зачётное занятие»

Значение темы

Лечение гинекологических больных складывается из консервативной и ургентной помощи, необходимой при неотложных состояниях, таких, как кровотечение, послеоперационное осложнение и т.д. Медицинская сестра, постоянно находясь рядом с пациенткой, первая замечает изменения в её состоянии. Умение распознать неотложное состояние больной и оказать ей доврачебную помощь – неоценимое качество среднего медицинского работника. От уровня подготовки медицинской сестры зачастую зависит не только здоровье, но и 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.

Студент должен овладеть **общими компетенциями**

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 3. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, 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 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями;

Студент должен овладеть **профессиональными компетенциями**

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 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования;

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса;

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию;

ПК 2.7 Осуществлять реабилитационные мероприятия;

ПК 2.8 Оказывать паллиативную помощь.

План изучения темы

Контроль исходного уровня

1. Виды гинекологических операций
2. Структура операционных в гинекологическом стационаре
3. Принципы ухода за женщиной в послеоперационном периоде
4. Послеоперационные осложнения ранние и поздние, методы их профилактики
5. Реабилитация после гинекологических операций
6. Неотложные состояния (внематочная беременность, кровотечения, травмы): клинические проявления, неотложная помощь.

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 приступает к инфузионной терапии.

Если состояние больной более тяжелое, подготовка сводится до минимума. Большие гинекологические операции производятся путём чревосечения - брюшиностеночного (лапоратомия) и влагалищного (кольпотомия). К ним относятся:

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 мед.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 послеоперационном периоде.

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 должен быть СЪ, 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 самостоятельное мочеиспускание отсутствует, мочу выводят катетером не реже двух раз в сутки, через 8-10 часов после операции (если сразу после операции мочу вывели), но, лучше, стимулировать мочеиспускание (теплое судно, орошение наружных половых органов струёй тёплой воды и т. д.).

В первые часы после операции для утоления жажды, губы смачивают салфеткой, через 10-12 часов дают тёплую 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 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, 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 суток - 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.

Самостоятельная работа студентов

1. Решить ситуационные задачи (работа малыми группами);
2. Выполнить манипуляции по уходу за женщиной в послеоперационном периоде (задание по карточке);
3. Ответить на вопросы итогового теста.

Итоговый контроль знаний

Итоговое тестирование

Подведение итогов

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 путём чревосечения - брюшиностеночного (лапоратомия) и влагалищного (кольпотомия). К ним относятся:

3. вмешательство на придатках матки и удаление придатков (тубэктомия, овариэктомия, аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, пангистерэктомия).
4. влагалищным путем часто выполняются передняя, средняя и задняя пластика влагалища, вылушивание кисты влагалища и кисты большой железы преддверия, влагалищная экстирпация матки.

Перед операцией мед.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 послеоперационном периоде.

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 должен быть СБ, 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 самостоятельное мочеиспускание отсутствует, мочу выводят катетером не реже двух раз в сутки, через 8-10 часов после операции (если сразу после операции мочу вывели), но, лучше, стимулировать мочеиспускание (теплое судно, орошение наружных половых органов струей тёплой воды и т. д.).

В первые часы после операции для утоления жажды, губы смачивают салфеткой, через 10-12 часов дают тёплую 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 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, 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.

Приложение1

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1.

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструального цикла отмечает впервые. Половая

жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 уд. в мин. На УЗИ заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

Задания:

1. Сестринский диагноз
2. Тактика медицинской сестры

Ситуационная задача2.

В гинекологическое отделение поступила 25-летняя женщина с жалобами на мажущие выделения из влагалища после 12 дневной задержки менструации, боли внизу живота, иррадиирующие в лопатку, эпигастральную область, под ключицу справа. Беспокоит тошнота, головокружение. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные, АД 95/60 мм рт. ст., пульс 100 в мин., живот напряжён, резко болезненный. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Задания:

1. Сестринский диагноз
2. Тактика медицинской сестры

Приложение2

КАРТОЧКИ

1. Подготовить больную к плановой операции;
2. Подготовить больную к экстренной операции;
3. План ухода за больной после полостной операции;
4. План ухода за больной после влагалищной операции

**Учебно-методическое и информационное обеспечение учебной
дисциплины
Основная литература**

				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(- ы), составите ль(-и), редактор(- ы)	Место издания, издательс тво, год	В библиотек е	На кафед ре

1	2	3	4	5	6
1	Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей	Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	100	
2	Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин [Электронный ресурс] : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970430910.html	М. В. Дзигуа	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (Фармколледж)	

Дополнительная литература

				Кол-во экземпляров	
№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432563.html	Н. В. Широков а, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (Фармколледж)	
2	Сестринский уход в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе по специальности 34.02.01 - Сестринское дело (очная форма обучения). - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51531	сост. В. Л. Дударь, Н. В. Фукалова, А. А. Черемисина	Красноярск : КрасГМУ, 2015.	ЭБС КрасГМУ	
3	Сестринское дело в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://e.lanbook.com/view/book/74287/	И. К. Славянова	Ростов н/Д : Феникс, 2014.	ЭБС Лань	
4	Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Практикум [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://e.lanbook.com/view/book/74295/	И. К. Славянова	Ростов н/Д : Феникс, 2015.	ЭБС Лань	

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭБС Консультант студента Колледж

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс

НЭБ eLibrary

