



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение
Высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

**Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов (2,3
курса)**

по учебной дисциплине «Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии»

Уровень профессионального образования - среднее профессиональное
образование

Специальность - 34.02.01- Сестринское дело



Рязань, 2018

Авторы:

Коваленко М.С., доцент, к.м.н.

Баклыгина Е.А., ассистент

Рецензенты:

Федосеев А.В., д.м.н., профессор, зав.кафедрой общей хирургии

Тарасенко С.В., д.м.н., профессор, зав.кафедрой госпитальной хирургии

Предисловие

Методические разработки предназначены для организации внеаудиторной работы студентов среднего профессионального образования и бакалавриата по изучению акушерства и гинекологии.

С этой целью в каждой из перечисленных тем занятий приведен список рекомендованных к рассмотрению вопросов.

Для облегчения подготовки и усвоения материала по каждой теме предлагается список литературы. В конце приведен перечень основных вопросов по ключевым темам семестров и литература.

Самостоятельная работа студентов направлена на углубление и закрепление знаний, а также развитие аналитических навыков по проблематике учебной дисциплины.

В качестве формы контроля предполагается написание реферата, разработка презентации.

Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства; оно постоянно находится в центре внимания законодательной и исполнительной власти РФ и её субъектов. Нынешнее поколение акушеров и медсестер продолжает замечательные традиции российского родовспоможения. Целью создания настоящего сборника является формирование навыков самостоятельной познавательной деятельности, способностей к саморазвитию и самоконтролю при организации собственной деятельности, а также осмысление основных положений пройденного материала перед зачетом и экзаменом.

Семестр 4

Раздел 1 Акушерство

Занятие №1

Тема : История развития акушерства. Система организации акушерско-гинекологической помощи. Организация работы родильного дома. Женская консультация. Диспансерное наблюдение беременных. Группы риска.

Маршрутизация

Цель: изучение истории появления акушерской науки, системы организации акушерско-гинекологической службы: родильного стационара, женской консультации.

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.

Студент после изучения темы должен:

знать:

- организацию работы женской консультации;
- акушерско-гинекологическую картотеку;
- задачи женской консультации;
- организацию работы в каждом отделении родильного дома;
- понятие о диспансерном наблюдении беременной женщины
- распределение беременных по группам риска
- маршрутизацию

уметь:

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

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 2, ОК 13, ПК 2.3, ПК 2.5, ПК 2.6

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. История развития акушерства в России
2. Принципы оказания акушерско-гинекологической помощи
3. Организация работы женской консультации.
4. Задачи женской консультации.
5. Организация акушерско-гинекологической картотеки.
6. Организация работы каждого отделения родильного дома.
7. Диспансерные группы риска
8. Маршрутизация

Форма контроля: предоставление реферата, разработка мультимедийного сообщения

Краткое содержание темы

Организация работы женской консультации

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

Задачи женской консультации:

1. Оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории (беременным, родильницам, гинекологическим больным).
2. Проведение профилактических осмотров, работы по планированию семьи; обеспечение женщин правовой защитой и организацией санитарно-просветительной работы
3. Внедрение в практику современных методов диагностики и лечения, соблюдение преемственности и систематической связи с родильным домом, поликлиникой для взрослых и детей, станцией скорой помощи и др.

Структура женской консультации

В число помещений входят: вестибюль-гардеробная, регистратура, кабинеты участковых акушеров-гинекологов, терапевта, стоматолога, процедурная для внутримышечных и внутривенных вливаний, операционная для амбулаторных операций, кабинеты функциональной и пренатальной диагностики, физиотерапевтический кабинет, кабинеты старшей медицинской сестры, заведующего женской консультации, юриста. Показатели работы женских консультаций зависят от своевременного (до 12 недель) поступления беременной под наблюдение, всестороннего обследования и систематического наблюдения. Диспансерное наблюдение в женской консультации – это взятие на учет всех беременных своего района и обеспечение наблюдения за ними (приказ № 50 «О совершенствовании акушерско – гинекологической помощи в амбулаторно – поликлинических учреждениях»).

Формы учета в женской консультации:

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

уч.ф. №113/у – обменная карта

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

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

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

Организация работы родильного дома

Акушерская стационарная помощь оказывается в лечебных учреждениях двух типов: самостоятельных родильных домах и родильных отделениях,

входящих в состав больниц и медико-санитарных частей. Гинекологическая стационарная помощь оказывается в гинекологическом отделении, которое входит в состав МСЧ, родильного дома, общесоматической больницы.

Задачи родильного стационара:

1. Оказание высококвалифицированной медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде, а также новорожденным
2. Профилактика инфекционных заболеваний женщин и новорожденных детей

Структура и организация работы родильного стационара:

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

Отделения родильного дома :

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

Формы учета в родильном стационаре:

- уч.ф. №002/у – журнал учета приема беременных, рожениц
- уч.ф. № 096/у - история родов
- уч.ф. № 010/у – журнал записи родов
- уч.ф. №097/у – история развития новорожденного

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

Сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию беременных

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

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

При первом посещении собирают анамнез, осмотр, спец.исследование, измеряют массу, рост и т.д., Дают направление на исследование биологических жидкостей. При определении резус-отрицательной крови исследуют резус-принадлежность крови мужа. При возникновении резус-конфликта (приводящему к гемолитической болезни плода) беременную при наличии антител госпитализируют. Каждую женщину осматривают терапевт, стоматолог, окулист, лор, а по показаниям и др. специалисты. Все женщины с патологическим течением беременности или экстрагенитальной патологией должны стоять на особом учете. С диспансерного учета женщина снимается после завершения беременности и послеродового периода. Медицинская сестра участвует в приёме больной или беременной женщины. Так, она заполняет паспортную часть индивидуальной карты беременной, измеряет рост, взвешивает, измеряет размеры таза, АД, берёт кровь из вены для исследований, подготавливает женщину к осмотру на кресле, берёт мазки, выписывает направления на консультации специалистов и в лаборатории. При последующих посещениях беременной женской консультации медицинская сестра проводит контроль массы тела, взвешивает беременную, измеряет АД, высоту дна матки, окружность живота, может выслушать сердцебиение плода, выписывает направления на анализы, даёт рекомендации по питанию и гигиене и т.д. Медицинская сестра строго следит за своевременным посещением женской консультации беременными и гинекологическими больными.

Рекомендуемая литература:

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
3. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
4. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №2

Тема: Методы обследования беременных в акушерстве. Диагностика беременности. Развитие плода. Критические периоды

Цель: изучить методы, применяемые для обследования беременных женщин. Научиться определять срок беременности. Знакомство с основными периодами развития внутриутробного плода, знать критические периоды развития плода

Знать:

- изменения в организме беременной, методы обследования беременной, подготовки её к родам.
- схему опроса и обследования беременных.
- обязательные, специальные методы обследования беременных.
- признаки беременности.
- диагностика беременности.
- методики исследования беременных

уметь:

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

Формируемые компетенции:

ОК 1, ОК 4, ОК 12, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Сестринский процесс в работе женской консультации по обслуживанию беременных.
2. Схема опроса и обследования беременных
3. Обязательные, специальные методы обследования беременных.
4. Признаки беременности.
5. Диагностика беременности.
6. Развитие плода
7. Критические периоды развития плода

Форма контроля: предоставление реферата, решение ситуационных задач, выписать необходимые направления для беременной.

Краткое содержание темы

Физиологические изменения в организме женщины во время беременности

Общие изменения:

1. Перестройка деятельности ЦНС под влиянием гормонов и рефлексов, поступающих с нервных окончаний (рецепторов) матки в результате раздражения их растущим плодным яйцом (раздражительность, быстрая смена настроения, утомляемость, сонливость, снижение внимания).
2. Перестройка эндокринной системы, в связи с деятельностью желтого тела и плаценты.
3. Перестройка обмена веществ, направленная на удовлетворение потребностей растущего плода и построение его органов и тканей. Прибавка

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

4. Изменения в иммунной системе связаны с антигенной неоднородностью с организмом плода.

5. Изменения в сердечно-сосудистой системе, связанные с увеличением массы тела, с включением в кровообращение маточно-плацентарного круга (пульс увеличивается на 10-12 ударов в минуту, АД не меняется).

6. Усиливаются процессы кроветворения: увеличивается кол-во эритроцитов, СОЭ, свертываемость крови; снижается показатель гемоглобина и гематокрита.

7. Функция органов дыхания усиливается в связи с повышенной потребностью организма беременной и плода в кислороде.

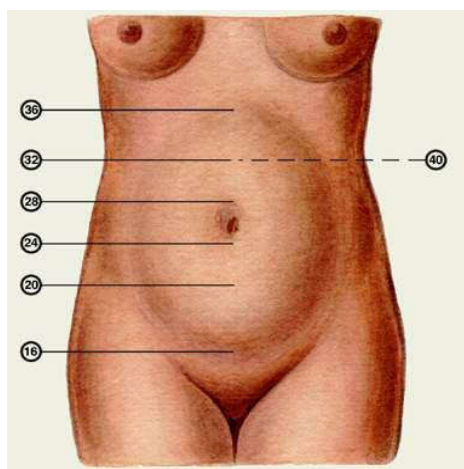
8. Изменения в пищеварительной системе связаны с тошнотой, рвотой, саливацией, извращением вкуса.

9. Почки испытывают максимальную нагрузку по выведению продуктов обмена матери и плода (физиологическая глюкозурия беременных)

10. Молочные железы под влиянием гормонов гипофиза интенсивно развиваются, достигая максимума к родам. Они увеличиваются в размерах, становятся напряженными, пигментируются, гипертрофируются.

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

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



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

Диагностика беременности

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

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

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

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

Методы обследования

1. Опрос – начинается с подробного анамнеза жизни и протекания беременности у женщин.

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

3. Специальное акушерское исследование.

Специальное акушерское исследование

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

1. исследование таза проводится при первом посещении ж.к., путем осмотра, ощупывания и измерения. Таз измеряют тазомером.

Выделяют 4 размера таза: три поперечных и один прямой.

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

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

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

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

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

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

Приемы наружного исследования

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

Второй прием определяет позицию плода и ее вид.

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

Четвертый прием дополняет третий и уточняет уровень стояния предлежащей части плода. Информацию о состоянии плода также получают путем аускультации (выслушивания) сердечных тонов плода акушерским стетоскопом (в норме 120-140 ударов в минуту).

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

Дополнительные методы исследования

1. Определение в сыворотке крови или в моче хориального гонадотропина (ХГ).

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

3. Амниоскопия и амниоцентез – это исследование околоплодных вод с помощью амниоскопа, который вводят в цервикальный канал. Методика позволяет определить целостность плодного пузыря, характер околоплодных вод, предлежащую часть плода

4. Амниотомия применяется в акушерстве для вскрытия плодного пузыря во время родов.

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

Ситуационные задачи

Задача №1 У первобеременной женщины срок последней менструации

14.01.03., 1-е шевеление 10.06.03. ВДМ – 37 см, ОЖ – 98 см. головка плода расположена 18 над входом в малый таз, согнута, тазовый конец в дне матки, конечности приведены к туловищу, спинка плода обращена к левой стороне задней стенки матки.

Задания:

1. Определите предполагаемый срок родов всеми известными вам способами.

2. Определите предполагаемую массу плода

3. Определите положение, предлежание плода, вид и позицию.

Задача №2 У повторнобеременной женщины срок последней менструации

20.04.03., 1-е шевеление 31.08.03. ВДМ – 33 см, ОЖ – 92 см. головка плода расположена в дне матки, согнута, тазовый конец над входом в малый таз, конечности приведены к туловищу, спинка плода обращена к правой стороне задней стенки матки.

Задания:

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

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

Задания:

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

Рекомендуемая литература:

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
5. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
6. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №3

Тема: Родовой путь. Женский таз с анатомических и акушерских позиций. Плод как объект родов. Понятие предлежания, вида, позиции. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного вставления. Клиника и ведение нормальных родов. Профилактика основных осложнений. Физиологический послеродовой период. Период новорожденность. Профилактика гнойно-септических заболеваний у рожениц и новорожденных

Цель: изучение клинического течения родов, строение женского таза, ведение послеродового периода

Знать:

1. Причины развязывания родовой деятельности
2. Понятие готовности организма к родам, предвестники родов
3. Клиническое течение физиологических родов
4. Особенности раскрытия шейки матки у первородящих и повторнородящих
5. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления
6. Ведение I, II и III периодов родов
7. Акушерские пособия в родах, обезболивание родов
8. Способами выделения отделившегося последа

9. Методику осмотра и оценки отделившегося последа
10. Понятие физиологической и патологической кровопотери
11. Технику выполнения осмотра родовых путей
12. Необходимый объем профилактики осложнений в послеродовом и раннем послеродовом периодах
13. Методику проведения первого туалета новорожденного
14. Оценку новорожденного по шкале Апгар
15. Оценку зрелости и доношенности новорожденного

Уметь:

1. Определить готовность организма беременной к родам, определить предвестники родов
2. Оказывать акушерские пособия в родах
3. Выделить отделившийся послед
4. Осмотреть и оценить целостность последа
5. Провести осмотр родовых путей
6. Провести первый туалет новорожденного, оценить его по шкале Апгар, оценить зрелость и доношенности новорожденного.

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 3, ОК 4, ОК 12, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: отработка практических навыков на фантоме, решение ситуационных задач, тестовый контроль

Краткое изложение темы

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

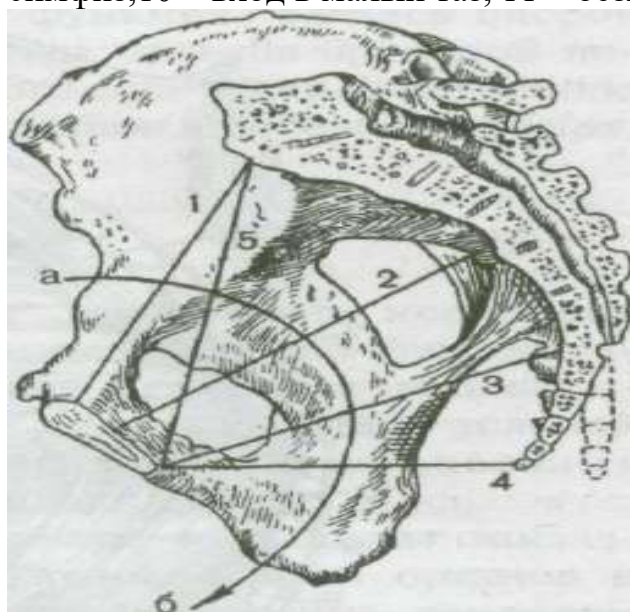
Анатомия женского таза Женский таз вместе с расположенными в нем мягкими тканями представляет собой родовой канал, по которому продвигается рождающийся плод. Таз состоит из 4 костей: двух массивных тазовых, крестца и копчика. Каждая тазовая (безымянная) кость состоит из 3, сросшихся между собой, костей: подвздошной, лонной и седалищной. Подвздошная кость состоит из тела и крыла, которое расширено кверху и заканчивается гребнем. Седалищная кость состоит из тела и двух ветвей. На задней поверхности ее имеется выступ – седалищная ость. Лонная кость имеет тело, верхнюю и нижнюю ветви. Крестец состоит из 5 сросшихся позвонков в виде усеченного конуса. Верхушка крестца неподвижно соединяется с копчиком, который состоит из 4-5 неразвитых сросшихся позвонков.

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

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



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



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

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

Роды – это физиологический процесс изгнания из матки плода, плаценты с плодными оболочками и околоплодными водами, через родовые пути после достижения плодом жизнеспособности. Роды наступившие в срок 38-40 недель беременности, или через 10 акушерских месяцев называют своевременными; роды, наступившие в срок беременности от 28 до 37 недель – преждевременные; после 41-42 недель – запоздалые.

Способы родоразрешения Выделяют 2 способа родоразрешения:

I – через естественные родовые пути

II – оперативный способ родоразрешения. Механизмы, определяющие срок родов, полностью не изучены, однако, общепризнано, что роды – это рефлекторный акт, в начале которого участвуют многие факторы. Наиболее важная роль принадлежит нейрогуморальным и гормональным системам, как материнского организма, так и фетоплацентарного комплекса. Родовая деятельность – это процесс, сопровождающийся схватками, происходящими с нарастающей частотой, интенсивностью и приводящими к раскрытию шейки матки, рождению плода и последа. Сократительная деятельность матки в родах характеризуется следующими показателями:

1. тонусом матки;

2. интенсивностью (силой схватки);

3. продолжительностью схватки;

4. интервалом между схватками; 5. ритмичностью и частотой схваток; 6. во II период родов – наличием потуг. Продолжительность схваток в первом периоде родов клинически равна 30-60 сек., во втором периоде – 90 сек. Интервал между схватками по мере прогрессирования родов уменьшается и в I период составляет 1,5-2 мин., во II периоде – 60 сек.

В норме регистрируется 3-4 схватки за 10 мин. Общая продолжительность родов для первородящих составляет 10-12 часов, у повторнородящих 6-8 часов. К патологическим родам относят: 1) «Затяжные» - продолжительность свыше 18 часов; 2) стремительные – у первородящих менее 4 часов, у повторнородящих менее 2 часов; 3) быстрые – у первородящих от 6 до 4 часов, у повторнородящих от 4 до 2 часов.

Клиническое течение родов. Клинически выделяют 3 периода родов: I-период раскрытия шейки матки, осуществляется за счет сокращения (контракции), перемещения (ретракции) и растяжения (дистракции) по отношению друг к другу мышечных волокон тела, дна матки и шейки матки. С момента опускания 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 - период изгнания – начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. У первородящих его продолжительность приблизительно 1-2 часа, у повторнородящих – 30-60 минут. В этот период к сокращениям матки синхронно присоединяются сокращения поперечно-полосатых мышц брюшного пресса – потуги (потугами женщина может управлять).

III период – последовый, начинается с момента рождения плода и завершается выходом последа. Он состоит из плаценты, околоплодных оболочек и пуповины. Через 2-3 минуты после рождения плода начинается последовые схватки, которые вызывают отделение плаценты от стенок матки. При нормальном течении родов общая кровопотеря составляет 0,5% от массы тела или не более 250 мл – это физиологическая кровопотеря. Кровопотеря 250-400 мл – пограничная; свыше 400 мл – патологическая.

Продолжительность последового периода 15-20 минут. Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути матери, называется **биомеханизм родов**.

Наиболее часто встречаются роды при переднем виде затылочного предлежания и в них выделяют 4 основных момента биомеханизма:

1. сгибание головки плода. При этом малый родничок становится проводной(ведущей) точкой. Проводной точкой называется та, которая первая опускается в полость малого таза, следует по проводной оси таза и первой показывается из половой щели.

2. внутренний поворот головки – происходит в полости малого таза: начинается при переходе из широкой части в узкую и заканчивается на тазовом дне. Затылок плода поворачивается кпереди, а личико – кзади (к крестцу) – это правильная ротация.

3. разгибание головки – происходит в выходе малого таза, после того, как подзатылочная ямка установилась под нижним краем ложного сочленения. Подзатылочная ямка это 1-я точка фиксации головки вокруг которой происходит её разгибание (клинически это соответствует врезыванию и прорезыванию головки). Совершив разгибание головка рождается малым косым размером (9,5 см) и окружностью 32 см.

4. наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Личико плода, в зависимости от позиции, поворачивается к левому бедру матери при II, к правому бедру при I позиции. Плечики поворачиваются из поперечного размера в прямой. 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 санпропускник, где выявляется наличие инфекционных заболеваний и затем женщина определяется в наблюдательное отделение. Санитарная обработка включает обработку НПО, очистительную клизму, душ, после этого роженица переодевается в стерильные рубашку, халат, косынку и переходит в родильное отделение в смотровую. В смотровой записывается история родов, проводится взвешивание, измерение роста, давления, температуры тела, пульса, берут анализы на группу крови, резус фактор, гемоглобин и проводят наружное акушерское исследование. Выслушивают сердцебиение плода, проводят вагинальное исследование.

Ведение первого периода родов. Вставать разрешается только при целостности вод, либо при фиксированной предлежащей части во входе в малый таз. Наблюдение за роженицей в основном ведет акушерка. Она должна обращать внимание на общее состояние, жалобы роженицы, измеряет каждые 2 часа пульс и давление, 2 раза в сутки измеряется температура тела. Осуществляется контроль за силой, частотой, регулярностью схваток; пользуясь 3 и 4 приемами Леопольда уточняет отношение предлежащей части ко входу в малый таз. Ведется наблюдение за околоплодными водами (количеством, цветом, запахом); сердцебиениями плода. В норме количество сердечных сокращений плода 120-160 ударов. Отклонения в ту или иную сторону свидетельствуют о гипоксии. По назначению врача для профилактики гипоксии делает внутривенное вливание витамина «С», глюкозы, кокарбоксилазы. Контролирует своевременное опорожнение мочевого пузыря (каждые 2-3 часа) и кишечника.

В период изгнания. Наблюдения за роженицей должно быть особенно пристальным, так как резко возрастает физическая нагрузка на весь организм. Особенно наибольшее напряжение испытывает сердечно-сосудистая, дыхательная, мышечная, нервная системы. Оценивается общее состояние роженицы, характер родовой деятельности, состояние НПО (отеки, кровянистые выделения и т.д.). С момента врезывания головки приступают к приему родов. Роженицу переводят в родильный зал, переодевают, укладывают на родильный стол, обрабатывают НПО и готовится м/ск оказанию акушерского пособия, предварительно обработав руки как перед операцией, надевает стерильный халат, маску. Во время оказания пособия акушерка стоит справа от беременной.

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

Задача 1. 20.02.17. в 4 часа утра в роддом поступила первородящая, 24 лет с регулярными схватками, начавшимися в 1 час 30 мин 20.02. Беременность доношенная, масса тела -68 кг. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. АД120/75, 120/80 мм.рт. ст., пульс -84 уд. в 1 мин., ритмичный. Живот овоидной формы, увеличен за счёт беременности.ВДМ-38 см, ОЖ-98см, ПМП-3700,0. Схватки через 3 – 4 мин. по 30сек., регулярные. ЧСП-140 уд./мин. В 2 ч. 50 м. излились светлые околоплодные воды. При влагалищном осмотре: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка. Схватки нарастают, состояние роженицы удовлетворительное. В 12 час. зарегистрировано полное раскрытие маточного зева. Головка плода на тазовом дне. С/тоны плода ясные, ритмичные 142 уд/мин. В 12час, 15мин. к схваткам присоединились потуги – через 1,5 мин по 50-55 сек. АД120/80, 110/70 мм. рт. ст., пульс -86 уд. в 1 мин., ритмичный. ЧСП144 уд./мин. Головка плода на тазовом дне. В 12 час.55 мин. 20.02.10.в переднем виде затылочного предлежания родилась живая доношенная девочка массой 3550,0,с нетугим 2-х кратным обвитием пуповины вокруг шеи с оценкой по шкале Апгар7 - 8 баллов. 13ч. 05мин. самостоятельно отделился и выделился послед. Плацента цела, оболочки все. Кровопотеря 200мл АД125/80, 120/80 мм рт. ст. пульс 80 уд. в мин.

Задание:

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

Тестовый контроль

1. Какие плоскости малого таза существуют?
 - А) плоскость входа в таз, плоскость выхода таза
 - Б) плоскость входа в таз, плоскость широкой части, плоскость выхода таза
 - В) плоскость входа в таз, плоскость широкой части, плоскость узкой части, плоскость выхода таза
 - Г) плоскость широкой части, плоскость узкой части
2. Сколько составляет истинная конъюгата?
 - А) 11 см
 - Б) 9 см
 - В) 21 см
 - Г) 8,5 см
3. Сколько составляет угол наклона таза?
 - А) 30 - 35°
 - Б) 45 - 50°
 - В) 60 - 65°
 - Г) 70 - 75°

4. Какие существуют швы черепа новорожденного?

- А) сагиттальный, лобный, венечный, затылочный
- Б) сагиттальный, венечный, лобный
- В) венечный, лобный, затылочный
- Г) венечный, затылочный

5. Перечислите родничка черепа новорожденного.

- А) передний
- Б) передний, срединный
- В) срединный, задний
- Г) передний, задний

6. Чему равен малый косой размер головки плода?

- А) 9,5 см
- Б) 10 см
- В) 12 см
- Г) 20 см

7. Назовите параметры шкалы Апгар.

- А) ЧСС, дыхательная активность, мышечный тонус
- Б) ЧСС, цвет кожи, мышечный тонус, дыхательная активность, рефлекторная активность
- В) Мышечный тонус, цвет кожи, ЧСС, дыхательная активность, сосательный рефлекс
- Г) ЧСС, дыхательная активность, цвет кожи

8. Как оценивается состояние новорожденного по шкале Апгар?

- А) по 7 балльной системе
- Б) по 8 балльной системе
- В) по 20 балльной системе
- Г) по 10 балльной системе

9. При каких показателях шкалы Апгар состояние новорожденного считается удовлетворительным?

- А) 8 – 10 баллов
- Б) 6 – 7 баллов
- В) 4 – 5 баллов
- Г) 0 – 3 балла

10. Сколько периодов выделяют в родах?

- А) 3
- Б) 4
- В) 5
- Г) 6

11. Как происходит раскрытие шейки матки в родах у повторнородящей?

А) Сначала происходит раскрытие внутреннего зева и сглаживание шейки матки, а затем раскрытие внутреннего зева

Б) Сначала происходит раскрытие наружного зева и сглаживание шейки матки, а потом раскрытие внутреннего зева

В) Сначала происходит раскрытие наружного и внутреннего зева, а затем сглаживание шейки матки

Г) Раскрытие наружного и внутреннего зева происходит практически одновременно со сглаживанием шейки матки

12. Какие периоды выделяют в родах?

А) раскрытия, изгнания, послеродовый

Б) сгибание головки, внутренний поворот головки, опускания головки, разгибание головки, внутренний поворот плечиков

В) раскрытия, изгнания, последовый

Г) сгибание головки, опускание головки, разгибание головки

13. Что такое врезывание головки?

А) это полное рождение головки

Б) во время потуги и вне потуги участок головки виден из половой щели

В) это опускание головки на тазовое дно

Г) во время потуги участок головки показывается из половой щели, а вне потуги скрывается

14. Что такое прорезывание головки?

А) это полное рождение головки

Б) во время потуги и вне потуги участок головки виден из половой щели

В) это опускание головки на тазовое дно

Г) во время потуги участок головки показывается из половой щели, а вне потуги скрывается

15. Когда оказывается ручное акушерское пособие?

А) в конце первого периода родов

Б) при врезывании головки

В) при прорезывании головки

Г) в третьем периоде родов

16. Сколько составляет физиологическая кровопотеря?

А) 10% от массы тела

Б) 5 % от массы тела

В) 0,5% от массы тела

Г) 0,1% от массы тела

17. Чем производят профилактику бленнореи у новорожденного?

А) пенициллин

Б) альбуцид

В) бриллиантовая зелень

Г) раствор перманганата калия

18. Как называется способ выделения отделившегося последа, при котором производят захватывание передней брюшной стенки, тем самым уменьшая объем брюшной полости?

- А) Способ Креде-Лазаревича
- Б) Способ Абуладзе
- В) Способ Гентера
- Г) Способ Альфельда

19. В течение какого времени занимают выжидательную тактику при отсутствии признаков отделения последа при удовлетворительном состоянии роженицы?

- А) 30 минут
- Б) 20 минут
- В) 10 минут
- Г) 5 минут

20. Что делают при отсутствии признаков отделения последа и начавшемся кровотечении?

- А) Ручное отделение и выделение последа
- Б) Ручное обследование полости матки
- В) Выскабливание послеродовой матки
- Г) Ампутацию матки

Ключ правильных ответов

1 – В 2 – А 3 – Б 4 – А 5 – Г 6 – А 7 – Б 8 – Г 9 – А
10 – А 11 – Г 12 – В 13 – Г 14 – Б 15 – В 16 – В 17 – Б
18 – Б 19 – А 20 – А

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студента:

1. Какие изменения в организме роженицы происходят в послеродовом периоде? Какова тактика ведения нормального послеродового периода? Каково значение грудного вскармливания, а также гигиены и питания роженицы?
2. Как необходимо осуществлять уход за наружными половыми органами в послеродовом периоде? Как рассчитывается продолжительность послеродового отпуска?
3. Каковы анатомо-физиологические особенности новорожденного? Как необходимо осуществлять уход за новорожденными? Каков режим вскармливания?
4. Какие существуют послеродовые гнойно-септические заболевания? Какова их классификация, этиология? Хронические очаги инфекции, как источник инфекции послеродовых септических осложнений. Понятие об основных формах послеродовых заболеваний, лечение, профилактика.

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
3. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
4. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №4

Тема: Понятие о клиническом узком тазе. Акушерский травматизм матери и плода. Оперативное акушерство. Родоразрешающие операции. Кесарево сечение.

Цель: изучение причин клинически узкого таза, хирургических методов родоразрешения.

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 3, ОК 4, ОК 12, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: решение ситуационных задач, подготовка реферата

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Что подразумевается под клиническим узким тазом? Каковы его причины, клиника, врачебная тактика, осложнения?
2. Что подразумевается под родовым травматизмом матери? Какие степени разрывов промежности, шейки матки, влагалища существуют? Травматическое повреждение лонного сочленения.
3. Каково клиническое течение угрожающего и совершившегося разрыва матки, лечение и профилактика?
4. Какие патологии включает в себя родовой травматизм плода (кефалогематома, кровоизлияние в мозг, парез лицевого нерва, плечевого сплетения, перелом ключицы, конечностей)?
5. Какие родоразрешающие операции существуют? Какие операции выполняются в последовом и раннем послеродовом периодах (ручное отделение плаценты, ручное обследование послеродовой матки)? Каковы показания, техника проведения, обезболивание при этих операциях? Кесарево сечение: показания, противопоказания, методика выполнения.

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.

2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
3. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
4. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №5

Тема: Акушерские кровотечения во второй половине беременности, в последовом и раннем послеродовом периодах

Цель: изучение причин, диагностики акушерских кровотечений, алгоритм действий при акушерских кровотечениях

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 3, ОК 4, ОК 12, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Причины акушерских кровотечений
2. Классификация акушерских кровотечений
3. Предлежание плаценты, этиология, тактика ведения
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Истинное вращение плаценты, плотное прикрепление последа
6. Кровотечения в раннем послеродовом периоде

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
- 3.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
- 4.Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №6

Тема: Ранние и поздние гестозы беременных

Цель: изучение причин, диагностики гестозов беременных, неотложных состояний при гестозах, тактики ведения беременных с гестозами

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 3, ОК 4, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК **Форма контроля:** предоставление реферата, решение ситуационных задач, тестовый контроль

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Что такое гестоз беременных?
2. Какая этиология, патогенез и классификация гестозов?
3. Каковы принципы их лечения? Как заподозрить начало гестоза второй половины беременности при приеме женщины в консультации (ранние признаки гестоза)?
4. Какие формы поздних гестозов существуют? Каковы особенности лечения поздних гестозов на современном этапе?
5. Какие сочетанные формы гестозов существуют? Какова клиника, диагностика, современные методы лечения? Какое течение и ведение родов и послеродового периода при гестозах? Какие группы беременных с повышенным риском возникновения позднего гестоза существуют, ведение их в женской консультации?

Ситуационные задачи

Задача №1

Беременная О.Н., 20 лет поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность 8 недель, умеренная рвота. При сестринском обследовании получены следующие данные: у беременной 2 недели назад появились тошнота, рвота по утрам, но вскоре рвота участилась до 10 раз в сутки до и после приема пищи. Появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, похудела на 3 кг. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, боится повторения рвоты, жалуется на усталость, на контакт идет, но выражает опасение за исход беременности. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные сухие. АД 100/80 мм рт. ст. Ps 100 уд. В минуту. Температура тела 37,7. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Пациентке назначено лечение: пустырник, церукал, метионин, витамин Е, кокарбоксилаза 2,0 внутримышечно, подсчет водного баланса.

Задания:

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

Задача № 2 Беременная 18 лет, страдающая врожденным пороком сердца находится на лечении в стационаре. Ночью внезапно проснулась от ощущения удушья при осмотре возбуждена, сидит на кровати, губы и ногтевые фаланги пальцев цианотичны. В углах рта розовые пенные выделения, вены шеи набухшие. ЧДД 28 в мин., Ps 100 уд. в мин., АД 130/75 мм рт. ст.

Задания:

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

Задача №3 Оцените тяжесть гестоза, если женщина 26 лет, беременна на сроке 33 недели, находится в стационаре с жалобами на недавно возникшие

отеки на ногах и брюшной стенке. Объективно: АД 155/90, отставание в массе плода на 2 недели, протеинурия 0,66 г/л.

Задания:

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

Задача № 4. Оцените тяжесть гестоза, если женщина 25 лет, страдающая хроническим холециститом, беременна на сроке 32 недель, находится в стационаре с 25 жалобами на недавно возникшие отеки на ногах. Объективно: АД 160/100, отставание в массе плода нет, протеинурия 0,145 г/л.

Задания:

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

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
- 3.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
- 4.Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Семестр 4

Раздел 2 Гинекология

Занятие №1

Тема: Методы исследования в гинекологии

Цель: изучение методов исследования гинекологических больных

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 2, ПК 2.3, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Специальные методы обследования гинекологических больных.
- 2.Общие методы и порядок обследования гинекологических больных: морфологические типы, массо-ростовой коэффициент, состояние кожных покровов, определение полового развития.
3. Дополнительные методы обследования гинекологических больных

Краткое содержание темы

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

Клинические методы исследования:

1. Клинические методы обследования.
2. Лабораторные методы.
3. Инструментальные методы.

I. Опрос по общепринятой схеме.

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

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

1. Менструальная функция становится в 12-13 лет (менархе) и заканчивается в 50-53 года (менопауза). Нормальный менструальный цикл продолжается 28-30 (21-35 дней), считая от первого дня менструации. Период между менструациями равен 28 дней, в течение которых происходит созревание одного фолликула и одной яйцеклетки. В норме менструации продолжаются от 2-7 суток, количество теряемой крови не более 80-100 мл.

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

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

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

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

Индекс массы тела (ИМТ) – это соотношение массы тела в килограммах к длине в метрах, 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), оволосение в подмышечных (Ax) и лобковой (P) областях. К завершению периода полового созревания (16—18 лет) степень полового развития соответствует таковому детородного возраста. При физическом и половом инфантилизме, генетических заболеваниях степень полового развития не соответствует календарному возрасту. Исследование молочных желез проводится путем осмотра и пальпации. Особое внимание уделяется наличию отделяемого из сосков, что может явиться показанием к дополнительному обследованию.

Гинекологическое исследование Гинекологическое исследование проводится на специальном кресле, в положении пациентки полулежа с

согнутыми в коленях и разведенными с помощью ногодержателя 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.

Рекомендуемая литература

1. Гинекология : учеб. для студентов мед. вузов/ [Б.И. Баисова и др.]; под ред.: Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. -3-е изд., испр. и доп.. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. -430, [1] с.: цв.ил.
- 2.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
- 3.Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №2

Тема: Анатомия и физиология женских половых органов

Цель: изучения анатомо-физиологических особенностей женского организма

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 2, ПК 2.3, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: не предусмотрена

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Строение наружных половых органов
2. Строение внутренних половых органов
3. Связочный аппарат матки
4. Кровоснабжение, иннервация половых органов

Рекомендуемая литература

1. Гинекология : учеб. для студентов мед. вузов/ [Б.И. Баисова и др.]; под ред.: Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. -3-е изд., испр. и доп.. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. -430, [1] с.: цв.ил.
- 2.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru

Занятие №3

Тема: Регуляция менструального цикла. Аномальные маточные кровотечения. Аменорея

Цель: изучить регуляцию менструального цикла, дать определение основным вариантам нарушения

Формируемые компетенции: ОК 1, ОК 2, ПК 2.3, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата, составление менструального календаря, решение задач

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Нормальный менструальный цикл
2. Классификация нарушений менструальной функции
3. Классификация аномальных маточных кровотечений.
4. Определение аменореи, гипоменструального синдрома(причины, клиническая картина)
5. Определение альгодисменореи, причины, клиническая характеристика.

Ситуационные задачи

Задача № 1 Пациентка 14 лет доставлена в гинекологическое отделение с диагнозом: маточное кровотечение, из анамнеза известно, что менструации с 13 лет, нерегулярные. Беспокоит слабость, головокружение. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин., А/Д 90/50 мм рт ст. из половых путей обильные кровянистые выделения.

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

Задача № 2 Пациентка 48 лет доставлена в гинекологическое отделение с диагнозом: маточное кровотечение, из анамнеза известно, что в менопаузе 2 года. Кровотечение началось несколько часов назад. Беспокоит слабость, головокружение. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин., А/Д 100/60 мм рт ст. из половых путей обильные кровянистые выделения.

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

Рекомендуемая литература

1. Гинекология : учеб. для студентов мед. вузов/ [Б.И. Байсова и др.]; под ред.: Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. -3-е изд., испр. и доп.. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. -430, [1] с.: цв.ил.
2. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru

Занятие №4

Тема: Воспалительные заболевания органов малого таза неспецифической природы

Цель: изучить воспалительные заболевания органов малого таза неспецифической природы

Формируемые компетенции: ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Классификация воспалительных заболеваний гениталий.
2. Особенности этиологии воспалительных заболеваний гениталий.
3. Принципы ухода за больными с вульвитами, кольпитами, цервицитами, эндометритами, сальпингоофоритами, параметритами, пельвиоперитонитами.

Краткое содержание темы

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают 1-е место среди всей гинекологической патологии. 40% больных в стационаре - больные с ВЗПО. Рост связан с 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: аборт, диагностические выскабливания, гистеросальпингография, то есть все инвазивные процедуры: зондирование полости матки, постановка и удаление внутриматочного контрацептива, роды и выкидыши.

2. Переохлаждение

Ослабление организма в результате хронической инфекции экстрагенитального характера.

Защитные факторы организма:

1. Влагалище и его содержимое, то есть биоценоз влагалища: бели, которые выделяют железы влагалища в количестве 1-2 мл в сутки являются нормальными. Все что больше - патологические бели.

микрофлора влагалища, которая представлена аэробами и анаэробами, но имеется динамическое равновесие между сапрофитными группами и условно-патогенными группами (аэробные микробы преобладают над анаэробными)

достаточное содержание лактобактерии - палочек молочнокислого брожения, которые создают кислую рН во влагалище за счет своего метаболизма и кислая рН 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 середине 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.

Ситуационные задачи

Задача №1. Пациентка 40 лет, находится на стационарном лечении в гинекологическом отделении с диагнозом: хронический неспецифический сальпингит. Жалобы на зуд в области влагалища, бели. Считает, что эти проявления возникли через несколько дней после проведения курса антибиотикотерапии. Беспокойна, нервозна, жалуется на нарушение сна. Объективно: при осмотре – гиперемия малых половых губ, слизистой влагалища, творожистые выделения. Следы расчесов в области наружных половых органов.

Задания:

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

Задача №2. Пациентка 25 лет, жалуется на обильные выделения из влагалища пенного характера с гнилостным запахом, зуд во влагалище. Выделения появились после контакта с мужем, вернувшимся из командировки. Объективно: при осмотре в зеркалах гиперемия влагалища, пенные выделения, раздражение в области половых губ, клитора.

Задания:

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

Рекомендуемая литература

4. 1. Гинекология : учеб. для студентов мед. вузов/ [Б.И. Баисова и др.]; под ред.: Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. -3-е изд., испр. и доп.. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. -430, [1] с.: цв.ил.
5. 2.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru

Занятие №5

Тема: Воспалительные заболевания органов малого таза специфической природы

Цель: изучить воспалительные заболевания органов малого таза специфической природы

Формируемые компетенции: ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Гонорея
2. Хламидиоз
3. Трихомониаз
4. Уреаплазмоз
5. ВПЧ, ВПГ 2 типа
6. Туберкулез женских половых органов

Рекомендуемая литература

1. Гинекология : учеб. для студентов мед. вузов/ [Б.И. Баисова и др.]; под ред.: Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. -3-е изд., испр. и доп.. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. -430, [1] с.: цв.ил.
- 2.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru

Семестр 5

Раздел 1 Акушерство

Занятие №1

Тема: Узкий таз. Классификация. Характеристика узких тазов. Этиология.

Цель: изучение классификации узких тазов, этиологии, биомеханизма родов при узком тазе

Формируемые компетенции: ОК 2, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Причины анатомического узкого таза
2. Классификация узких тазов
3. Особенности ведения пациенток с узким тазом

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
- 3.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
- 4.Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №2

Тема: Септические осложнения послеродового периода (эндометрит, тромбофлебит). Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Цель: изучение септических осложнений послеродового периода, изучение работ кафедры акушерства и гинекологии РязГМУ для лечения послеродовых заболеваний

Формируемые компетенции: ОК 2, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Причины гнойно-септических осложнений
2. Варианты гнойно-септических осложнений
3. Классификация гнойно-септических осложнений
4. Особенности ведения пациенток с гнойно-септическими осложнениями

Краткое содержание темы

Период после родов. Часто его называют, «четвертый триместр беременности». Когда говорят «четвертый период беременности», хотят подчеркнуть важность для всей семьи послеродового периода. Послеродовой период начинается с момента рождения последа и продолжается до того момента, когда заканчивается инволюция (восстановление) тех органов и систем, которые подвергались изменениям во время родов. В послеродовом периоде выделяют ранний и поздний этапы. Ранний этап - это первые 2–4 часа после родов. В это время возможны осложнения (кровотечение, физиологическое повышение температуры тела, повышение артериального давления). Поэтому первые 2–4 часа после родов женщина находится в родовом зале. Затем ее переводят в послеродовое отделение, в палату.

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

Выписка родильницы При физиологическом течении родов, удовлетворительном состоянии родильницы её выписывают на 6-7 сутки. М/с выдает ей медицинское свидетельство о рождении ребёнка (уч. №103), обменную карту со сведениями о течении родов и о новорожденном. Проводят санитарно-просветительскую беседу о правилах соблюдения личной гигиены в домашних условиях, режиме, питании. Половая жизнь через 7-8 недель после родов, сон не менее 7-8 часов и т.д. Женскую консультацию женщина должна посетить через 7-10 дней после выписки из родильного дома.

Патология послеродового периода

Инфекционное заболевание половых органов часто осложняют течение послеродового периода. Ранние их формы встречаются в 2-10% родах. Этиология: в качестве возбудителей могут быть аэробы, анаэробы, и их ассоциации. Возникновению послеродовой инфекции способствуют:

1. изменение биоценоза влагалища.
2. иммунодефицит.

Предрасполагающие факторы:

железодефицитная анемия

гестоз

предлежание плаценты

затяжные роды

длительный безводный промежуток

кровопотеря

оперативные вмешательства

Входные ворота инфекции:

раневая поверхность матки

трещины сосков

разрывы шейки матки, влагалища, промежности

раневая поверхность, возникающая при рассечении передней брюшной стенки (лапаротомия)

Классификация послеродовых инфекций по Сазонову-Бартеньсу

4 этапа развития инфекции:

I этап: инфекции ограничена областью входных ворот – послеродовая язва, эндометрит.

II этап: инфекция вышла за пределы входных ворот, но осталась локализованной в пределах малого таза – метрит, параметрит, тромбофлебит вен таза, матки, конечностей, пельвиоперитонит.

III этап: инфекция вышла за пределы малого таза – разлитой перитонит, прогрессирующий тромбофлебит.

IV этап: генерализованная инфекция – септикопиемия (сепсис с mts) и септицемия (сепсис без mts).

Ситуационные задачи

Задача №1 Родильница 18 лет на третий день послеродового периода пожаловалась на значительную слабость, снижение аппетита, озноб. Состояние средней тяжести, T 39,2, P 112 ударов в минуту. Живот мягкий, пальпация матки болезненна, высота стояния дна матки на уровне пупка, лохии кровянистые с неприятным запахом.

Задания:

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

Задача №2 Родильница 21 года на третий день послеродового периода пожаловалась на значительную резкую боль в левой молочной железе, затруднение сцеживания молока. Состояние средней тяжести, T 39,1, P- 116 ударов в минуту. Живот мягкий, высота стояния дна матки 2 п/п ниже пупка, лохии кровянистые, без запаха. Левая молочная железа гиперемирована в верхне-наружном квадранте, здесь же пальпируется болезненное уплотнение. Молоко прибыло в последние сутки, ребёнок сосёт вяло.

Задания:

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

Задача №3 Родильница 25 лет на шестой день послеродового периода пожаловалась на слабость, болезненность в области левой голени. Объективно: состояние удовлетворительное, T 36,7, P 88 ударов в минуту. Живот мягкий, пальпация матки безболезненна, высота стояния дна матки на 3 п/п выше лона, лохии серозно-сукровичные. Передне-внутренняя область левой голени гиперемирована, по ходу вены болезненное уплотнение.

Задания:

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

Тестовые задания с эталонами ответов

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИЙ**

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

2. ПРИЗНАКИ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА

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

3. ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА

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

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

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

5. ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ВКЛЮЧАЕТ

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

6. ПРИЧИНЫ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

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

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

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
3. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
4. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №3

Тема: Значение резус-принадлежности в акушерстве. Несовместимость крови плода и матери по резус-фактору. Гипоксия и асфиксия плода

Цель: изучение несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, гемолитической болезни новорожденных, асфиксии и гипоксии плода

Формируемые компетенции: ОК 2, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата, мультимедийного сообщения

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Несовместимость крови матери и плода по группе и резус - фактору
2. Гемолитическая болезнь новорожденных, диагностика, профилактика, лечение

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
- 3.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
- 4.Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Занятие №4

Тема: Многоплодная беременность. Тазовое предлежание плода

Цель: изучение особенностей течения многоплодной беременности, варианты родоразрешения, тазовое предлежание плода, классификация тазовых предлежаний. способы родоразрешения

Формируемые компетенции: ОК 2, ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.5, ПК 2.6

Форма контроля: предоставление реферата, мультимедийного сообщения

Вопросы для самостоятельной внеаудиторной работы студентов:

1. Несовместимость крови матери и плода по группе и резус - фактору
2. Гемолитическая болезнь новорожденных, диагностика, профилактика, лечение

Рекомендуемая литература

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева [и др.]. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -651,[1] с: ил., цв.ил.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие для студентов мед. вузов/ ред. В. Е. Радзинский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -655 с.
- 3.ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», www.studmedlib.ru, www.medcollegelib.ru
- 4.Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

Раздел 2. Гинекология

Тема: Миома матки, эндометриоз; Фоновые и предраковые заболевания эндометрия, шейки матки. Рак шейки матки и эндометрия.

Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. Рак яичников

Наблюдаемый в последние десятилетия рост частоты опухолей связан с аномалиями развития или возникновением опухолей из имеющихся в организме недифференцированных эмбриональных элементов, сохранивших потенциальную способность к росту. Частота малигнизации опухолей составляет примерно 15% как у взрослых, так и у детей. Опухоли встречаются во всех возрастных группах, начиная с периода новорожденности. Кроме онкологических заболеваний рассматриваются фоновые и предопухолевые заболевания. Своевременная диагностика и лечение фоновых и предопухолевых заболеваний является профилактикой онкологических болезней женской половой сферы.

Знать:

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

уметь:

- провести пальпаторное самообследование молочных желез;
- провести осмотр шейки матки и взятие мазков на онко-гинекологию на фантоме;
- подготовить женщину к УЗИ;
- оформить направления на онкогинекологическое и гистологическое обследование.

овладеть ОК, ПК:

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

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

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

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

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

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

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Краткое содержание темы

Наблюдаемый в последние десятилетия рост частоты опухолей связан с аномалиями развития или возникновением опухолей из имеющихся в организме недифференцированных эмбриональных элементов, сохранивших потенциальную способность к росту. Частота малигнизации опухолей составляет примерно 15% как у взрослых, так и у детей. Опухоли встречаются во всех возрастных группах, начиная с периода новорожденности. Диагностика опухолей опирается как на обычные методы клинического обследования, так и на современные дополнительные методы исследования. К ним относятся ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитоядерная 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.

Классификация патологических процессов шейки матки (Бохман 1989 г.)

I. Фоновые заболевания.

II. Предрак шейки матки.

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

1. Истинная эрозия ш/матки

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

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

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

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

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

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

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

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

Опухоли представляют собой патологическое избыточное разрастание тканей, в которых клетки меняют свое качество и форму. Особенностью новообразований является способность клеток размножаться даже после прекращения воздействия факторов, вызвавших их рост. Различают предраковые состояния и опухоли. Опухоли, в свою очередь, могут быть доброкачественными и злокачественными. Доброкачественные опухоли не 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 занятия

Вопросы для самоконтроля

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

Ситуационные задачи

Задача № 1. Пациентка 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: миома матки с геморрагическим синдромом. Жалобы на обильные и длительные менструации, общую слабость, головокружение. В

окружающем пространстве ориентируется адекватно. Женщина беспокойна, нервозна, на контакты идет, но выражает страх по поводу предстоящей операции. Объективно: сознание ясно, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, пульс 80 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания.

Задание:

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

Задача № 2 В гинекологическое отделение онкологического диспансера поступила пациентка 45 лет. На оперативное лечение с диагнозом: рак шейки матки, 1 стадия. Жалобы на бели с прожилками крови, контактные кровотечения. Считает себя больной в течение месяца. Заболевание возникло на фоне эрозии шейки матки, по поводу которой лечилась в течение 6-ти месяцев. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, депрессивна, плохо спит, выражает опасения за свое будущее. Объективно: сознание ясное, кожные покровы нормальной окраски. Функции с/сосудистой и дыхательной системы не нарушены, АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Задание:

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

Задача № 3. Пациентка 40 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекут ножки кисты. Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадиируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота. Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное, АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 90 уд/мин. Живот вздут, напряжен, резко болезненный при пальпации.

Задание:

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

Тестовые задания с эталонами ответов

1. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ КИСТОМЕ

- 1) холод на низ живота
- 2) проведение УЗИ
- 3) введение обезболивающих препаратов

4) очистительная клизма

2. МИОМА МАТКИ – ЭТО ОПУХОЛЬ

1) эпителиальная

2) быстрорастущая

3) доброкачественная

4) злокачественная

3. ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНЫХ ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ

1) вздутие живота

2) обильные длительные менструации

3) гипотония 4) болезненное мочеиспускание

4. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ МИОМЕ МАТКИ

1) введение гормонов

2) подготовка больной к гинекологическому осмотру

3) осмотр шейки матки в зеркалах

4) введение газоотводной трубки

5. СТАДИЙ РАКА ТЕЛА МАТКИ

1) 2

2) 3

3) 4

4) 5

6. ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНЫХ ПРИ СУБСЕРОЗНОЙ МИОМЕ

1) вздутие живота

2) ноющие боли внизу живота

3) гипотония

4) болезненное мочеиспускание

7. ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНЫХ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ МИОМЕ

1) вздутие живота

2) ноющие боли внизу живота

3) длительные менструации со сгустками

4) болезненное мочеиспускание

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

Тема: Острый живот в гинекологии: Внематочная беременность.

Апоплексия яичника.

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

количеством используемых инструментов. От уровня подготовки медицинской сестры зачастую зависит жизнь пациентки.

Знать:

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

уметь:

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

Овладеть ОК, ПК:

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

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

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

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

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

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

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

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

Краткое содержание темы

В гинекологии существует два метода лечения больных: консервативный и оперативный. В оперативной гинекологии используется два оперативных доступа к органам малого таза: влагалищный и брюшно-стеночный. В последние годы всё шире стал применяться эндоскопический метод оперативного вмешательства. Метод очень физиологичен, так как не требует вскрытия брюшной полости и широкого вхождения в брюшную полость. Всякому оперативному вмешательству должно предшествовать тщательное обследование и подготовка больной не только при плановых, но и при неотложных вмешательствах.

Подготовка к экстренной гинекологической операции имеет свою специфику, чем тяжелее состояние больной, тем быстрее ее нужно подготовить.

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

Большие гинекологические операции производятся путем чревосечения - брюшинностеночного (лапоратомии) и влагалищного (кольпотомии)

1. Вмешательство на придатках матки и удаление придатков (тубэктомия, овариэктомия, аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, пангистерэктомия).

2. Влагалищным путем часто выполняются передняя, средняя и задняя пластика влагалища, вылушивание кисты влагалища и кисты большой железы преддверия, влагалищная экстирпация матки.

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

Уход за гинекологическими больными в послеоперационный период.

Послеоперационный период длится с момента окончания операции и до выздоровления больной. В этом периоде чрезвычайно важным является уход за больной, и в этом основная роль принадлежит мед. Сестре. После выведения из наркоза больная переводится в палату интенсивной терапии, где постоянно находится м/сестра. В этой палате больная пребывает 2-3 суток, а затем при не осложненном течении послеоперационном периоде её переводят в общую палату. Больная в первые часы после операции находится в горизонтальном положении, постель до перевода пациентки, согревается с помощью грелок. На область послеоперационной раны кладут пузырь со льдом в течении одних суток (через 1-2 часа его снимают на 15-20 минут). В первые часы п/операции м/с тщательно следит за состоянием больной (пульс, ЧДД, А/Д, состояние повязки (не промокает ли кровью), выделениями из влагалища). В палате интенсивной терапии должны быть: дыхательная аппаратура, ларингоскоп, кардиостимулятор и т.д. Нужно помнить что послеоперационная боль отрицательно влияет на течение п/операционного периода. Врач назначает обезболивающее средство в первые 2 суток (промедол, баралгин и т.д.).

Если через 2 суток боль не уменьшилась необходимо выяснить причину. Внимание м/с должно быть уделено мочевыделению: в первые сутки после операции см. мочеиспускание отсутствует, мочу выводим катетером не реже двух раз в сутки, через 8-10 часов после операции (если сразу после операции мочу вывели), но лучше стимулировать мочеиспускание (теплое судно, орошение НПО и т.д). В первые часы после операции для утоления жажды, губы смазывают салфеткой, через 10-12 часов дают теплую воду, минеральную воду. На следующий день питье до 1,5-2 литров, особенно больным с обширными вмешательствами и кровопотерей (для профилактики тромбозов). К концу первых суток активное поведение (сгибание ног, перемена положения тела, для профилактики пневмонии - дыхательная гимнастика, вибрационный массаж). На 2-й день больной разрешают сидеть, на 3-й день - вставать, ходить. В обязанности м/с входит наблюдение за функцией кишечника. На 3-е сутки больной назначают очистительную клизму (гипертоническую), на 2-3 сутки восстанавливается перистальтика кишечника, начинают отходить газы. Питание начинают со 2-х суток (нежирный бульон, чай, сухари, яйцо всмятку), 3- и сутки- кефир, отварная курица, протертый суп. На 1-5 сутки п/о меняют повязки на п/о ране, швы обрабатывают спиртом, йодом. На 7-8сутки - снимают швы, но после проведения гинекологического исследования.

Неотложные состояния (внематочная беременность, кровотечения, травмы) подробно изложены в лекции. Своевременная диагностика неотложных состояний в гинекологии является залогом благоприятного прогноза на жизнь пациентки.

Вопросы для самоконтроля

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

Ситуационные задачи

Задача № 1 В приемный покой гинекологического отделения доставили женщину с предварительным диагнозом: остро прервавшаяся внематочная беременность. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: в момент обследования в женской консультации по поводу задержки менструации появились внезапные острые боли внизу живота. В настоящее время жалуется на головокружение, слабость, потемнение в глазах, боли внизу живота. Объективно: состояние тяжелое, лицо бледное, холодный пот, АД 80/50 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин.

Задания:

- 1.Определите и обоснуйте неотложное состояние женщины

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с аргументацией каждого этапа.

Задача № 2 Пациентка 40 лет доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекрут ножки кисты. Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадиируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота. Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин., ритмичный. Живот вздут, напряжен, резко болезнен при пальпации. Задания:

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

Задача № 3 Беременная 24 лет, страдающая ревматическим пороком сердца находится на лечении в стационаре. После встречи с родственниками пожаловалась на слабость. При осмотре кожные покровы бледные, потоотделение обильное. ЧДД 18 в мин., Рс 100 уд. в мин., нитевидный, сознание спутанное.

Задания:

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