

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» О.И.Комолкина



Сестринская помощь в акушерстве

Учебно-методический комплекс для преподавателя и обучающихся

ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11.2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
Н.Г. Самсонова.

Саянск
2022

Содержание

1.	Пояснительная записка.....	3
2.	Выписка из рабочей программы.....	6
3.	Учебно-методическая разработка теоретического занятия №10 для преподавателей.....	9
4.	Учебно-методическая карта (план) занятия.....	10
5.	Содержание учебного материала.....	12
6.	Учебно-методическая разработка теоретического занятия №11 для преподавателей.....	25
7.	Учебно-методическая карта (план) занятия.....	26
8.	Содержание учебного материала.....	29
9.	Учебно-методическая разработка теоретического занятия №12 для преподавателей.....	42
10.	Учебно-методическая карта (план) занятия.....	43
11.	Содержание учебного материала.....	46
12.	Учебно-методическая разработка теоретического занятия №13 для преподавателей.....	61
13.	Учебно-методическая карта (план) занятия.....	52
14.	Содержание учебного материала.....	64
15.	Учебно-методическая разработка теоретического занятия №14 для преподавателей.....	73
16.	Учебно-методическая карта (план) занятия.....	74
17.	Содержание учебного материала.....	76
18.	Учебно-методическая разработка теоретического занятия №15 для преподавателей.....	86
19.	Учебно-методическая карта (план) занятия.....	87
20.	Содержание учебного материала.....	90
21.	Учебно-методическая разработка теоретического занятия №16 для преподавателей.....	100
22.	Учебно-методическая карта (план) занятия.....	101
23.	Содержание учебного материала.....	104
24.	Учебно-методическая разработка практического занятия № 5 для преподавателя.....	115
25.	Учебно-методическая карта (план) занятия	116
26.	Методическая разработка практического занятия 5 для обучающихся	119
27.	Учебно-методическая разработка практического занятия № 6 для преподавателя.....	137
28.	Учебно-методическая карта (план) занятия	138
29.	Методическая разработка практического занятия бдля обучающихся	142
30.	Учебно-методическая разработка практического занятия № 7 для преподавателя.....	171
31.	Учебно-методическая карта (план) занятия	172
32.	Методическая разработка практического занятия 7 для обучающихся	175
33.	Учебно-методическая разработка практического занятия № 8 для преподавателя.....	195
34.	Учебно-методическая карта (план) занятия	196
35.	Методическая разработка практического занятия 8 для обучающихся	199.

»

Пояснительная записка

Учебно-методический комплекс предназначен для проведения семи теоретических занятий продолжительностью по 90 минут каждое:

- теоретическое занятие № 10 «Сестринская помощь в акушерстве. Организация помощи в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика беременности»,
- теоретическое занятие №11 «Физиологические роды. Сестринский уход в послеродовом периоде»,
- теоретическое занятие №12 «Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом»,
- теоретическое занятие №13 «Сестринский уход за беременной с экстрагенитальной патологией»,
- №14 «Патология родов»,
- №15 «Патология послеродового периода»,
- №16 «Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве»

и 4 практических занятий продолжительностью по 270 минут по темам:

№ 5 «Сестринская помощь в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика беременности. Диспансеризация»,

№6 «Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде»,

№7 «Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией»,

№8 «Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве. Дифференцированный зачёт»

на 6 семестре 3 курса для специальности 34.02.01 Сестринское дело.

Целью разработки данного учебно-методического комплекса является сформировать и закрепить у обучающихся знания о сестринской помощи в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин: процессе оплодотворения; периодах внутриутробного развития, физиологических изменениях во время беременности, диагностике ранних и поздних сроков беременности, физиологических родах, патологии беременности, взаимном влиянии беременности и экстрагенитальной патологии, патологии родов и послеродового периода, клинической фармакологии лекарственных средств, применяемых в акушерстве.

Комплекс составлен в соответствии с ФГОС СПО третьего поколения для обучающихся по специальностям 34.02.01 Сестринское дело.

Учебно-методический комплекс включает в себя учебно-методические карты занятий, методические разработки теоретических и практического занятий, рисунки, схемы, блок контроля (вопросы для актуализации опорных знаний и вопросы для закрепления материала, тесты), блок дополнительной информации.

После изучения раздела «Сестринская помощь в акушерстве» **обучающийся должен уметь:**

- выявлять проблемы, связанные с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья;
- составлять рекомендации по адекватному и рациональному питанию, двигательной активности, правильному режиму дня беременным, роженицам;
- оказывать помощь в рамках сестринской компетенции при патологии родов и послеродового периода;
- осуществлять уход за беременной с ранними токсикозами и гестозом;
- осуществлять уход за беременной с экстрагенитальной патологией.

Обучающийся должен знать:

- как происходит оплодотворение;
- периоды внутриутробного развития;
- физиологические изменения во время беременности;
- диагностику ранних и поздних сроков беременности.
- предвестники родов;
- определение физиологических родов;
- периоды родов;
- родовые изгоняющие силы;
- признаки отделения последа.
- патологию беременности;
- определения «токсикоз» и «гестоз»;
- особенности ухода за беременной с гестозом.
- клиническую фармакологию в акушерстве.

Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства; оно постоянно находится в центре внимания законодательной и исполнительной власти Российской Федерации и ее субъектов. В современных условиях возрастает роль медицинских сестер в сохранении здоровья женщины, ее семьи и общества в целом.

Нынешнее поколение акушерок и медицинских сестер продолжает замечательные традиции российского родовспоможения. Медицинские сестры, работая в системе здравоохранения, на всех этапах оказывают лечебно-профилактическую помощь населению, в том числе и в службе охраны здоровья матери и ребенка.

Ежегодно в стране рождается более миллиона детей, и все они проходят через добрые и умелые руки среднего медицинского звена.

От квалификации и уровня подготовки медицинских сестер многое зависит в выявлении и своевременном оказании медицинской помощи беременным женщинам группы высокого «риска».

Под руководством врача медицинская сестра работает в женской консультации, во всех подразделениях родовспомогательных учреждений, за исключением родильного блока (приемник, предродовая палата, малая и большая операционные, процедурный кабинет, послеродовые палаты, отделение ново рожденных), а также в гинекологических стационарах.

Медицинская сестра должна уметь оказать неотложную помощь при акушерской патологии, такой как приступ эклампсии, кровотечение, асфиксия у новорожденного и прочие экстремальные состояния.

При необходимости медицинская сестра должна уметь принять нормальные роды, обработать новорожденного и, соблюдая все правила асептики и антисептики, доставить его с матерью в ближайшее родовспомогательное учреждение. В остальных случаях медицинская сестра работает с врачом, грамотно выполняя все его назначения и помогая ему при необходимости. Это требует высокой квалификации и отработанных практических навыков этих специалистов, а также точности в выполнении всех назначений.

Только хорошая теоретическая подготовка по акушерству и знание последовательности в выполнении любой процедуры позволяют медицинской сестре быть полноценным помощником в работе старшего врачебного звена. Результативность работы сред него звена состоит в благополучном исходе любой, самой сложной, патологии у большой женщины, роженицы и новорожденного.

Медицинская сестра должна уметь объяснить беременной женщине, что роды — это физиологический процесс, дать рекомендации по гигиене, диетологии, физическим нагрузкам, комплексу гимнастических упражнений, должна уметь ответить на вопросы,

связанные с беременностью, родами и уходом за новорожденным. Только при ответственном изучении акушерства и отработанных практических навыках обучающиеся могут стать грамотными специалистами.

Выписка из рабочей программы ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, в т.ч.

Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин.

Тема 4.10. Сестринская помощь в акушерстве. Организация помощи в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика беременности.	Содержание		2	
	1.	Организация помощь в акушерстве. Структура акушерского стационара. Оплодотворение и периоды внутриутробного развития. Физиологическая беременность. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.		
	Практическое занятие		6	2
	Сестринская помощь в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика беременности. Диспансеризация. Процесс оплодотворения. Имплантация. Развитие плодного яйца. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности. Влияние вредных факторов на плод и меры профилактики вредных воздействий. Рациональное поведение здоровой женщины в период беременности. Измерение наружных размеров таза, выслушивание сердцебиения плода акушерским стетоскопом, определение частей плода в матке, измерение окружности живота и высоты стояния дна матки.			
Тема 4.11. Физиологические роды. Сестринский уход в послеродовом периоде.	Содержание		2	2
	1.	Причины наступления родов. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Родовые изгоняющие силы. Периоды родов и их течение, принципы ведения. Первичный туалет новорожденного. Оценка состояния новорожденного. Сестринский уход в послеродовом периоде. Принципы ведения раннего после родового периода.		
	Практическое занятие		6	2
	Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде. Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций студентами на фантомах и муляжах с использованием медицинского инструментария и таблиц: проведение акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания; подсчет и оценка схваток; приемы обезболивания родов; обработка наружных половых органов перед			

	влагалищным исследованием; проведение первичного туалета новорожденного; помощь родильнице при задержке мочеиспускания и стула; подготовка к грудному вскармливанию.		
Тема 4.12. Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом.	Содержание	2	
	1. Рвота беременных. Гестозы. Редкие формы гестозов. Сестринский уход за беременной с гестозом.		2
Тема 4.13. Сестринский уход за беременной с экстрагенитальной патологией.	Содержание	2	
	1. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания мочевыделительной системы, заболевания крови. Беременность и сахарный диабет, заболевание щитовидной железы. Беременность и вирусные гепатиты. Туберкулез и беременность.		2
	Практическое занятие Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией. Рвота беременных. Гестозы. Редкие формы гестозов. Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций студентами на фантомах и муляжах с использованием медицинского инструментария и таблиц: оказание помощи при рвоте; оказание неотложной помощи при приступе эклампсии.	6	2
Тема 4.14. Патология родов.	Содержание	2	
	1. Аномалии положения плода. Многоплодная беременность. Маловодие, многоводие. Тазовые предлежания плода. Узкий таз. Предлежания плаценты. Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.		2
Тема 4.15. Патология послеродового периода.	Содержание	2	
	1. Гнойно-септические заболевания. После родовая лактация мастит. Родовой травматизм. Оперативные вмешательства, осуществляемые вследствие осложнений в родах и послеродовом периоде. Кровотечение в послеродовом периоде. Уход за больной родильницей.		2
Тема 4.16. Клиническая	Содержание	2	

фармакология лекарственных средств, применяемая в акушерстве.	1.	Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве.		2
	Практическое занятие		6	2
	Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве. Дифференцированный зачёт. Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций студентами на фантомах и муляжах с использованием медицинского инструментария и таблиц: оказание неотложной помощи беременной при кровотечениях, травме мягких тканей родовых путей; методы наружных приемов выделения ущемившегося последа; туалет родильницы; уход за нагноившимися швами на промежности; помощь при мастите; рекомендации родильнице при выписке.			

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

**Сестринская помощь в акушерстве.
Организация помощи в акушерстве. Физиологическая беременность.
Диагностика беременности.**

Методическая разработка теоретического занятия № 10 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Саянск

2022

Учебно-методическая карта (план) занятия № 10
УД/ПМ ПМ 02. МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

(наименование)

Группа	Дата
3а	

Тема занятия: Сестринская помощь в акушерстве. Организация помощи в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика беременности.

Время: 90 минут

Вид занятия: теоретическое

Тип занятия: лекция

Цель занятия

Учебная: сформировать у обучающихся знания о принципах организации помощи в акушерстве, оплодотворении, периодах внутриутробного развития, физиологической беременности, диагностике беременности.

Развивающая: способствовать развитию внимания, наблюдательности, познавательного интереса к теме занятия.

Воспитательная: способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- организацию помощи в акушерстве;
- как происходит оплодотворение;
- периоды внутриутробного развития;
- физиологические изменения во время беременности;
- диагностику ранних и поздних сроков беременности.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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

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

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ.04.ТОМУ, ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий.

ОП 03. Основы патологии, ОП 05. Гигиена и экология человека, ОП 09. Психология, МДК 01.01

Здоровый человек и его окружение, ОП.07. Фармакология

Обеспечиваемые – ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

А. Наглядные пособия: плакат «Диагностика беременности», «Приёмы наружного акушерского исследования»

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1,2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4,5
Использование НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элем	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии. 2 минуты
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, связь с другими предметами и будущей профессией	Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты
3.	Изучение нового материала. Используя компьютерную презентацию преподаватель рассказывает обучающимся новый материал по плану: План. Введение. 1. Организация помощи в акушерстве. 2. Структура акушерского стационара 3. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность в акушерстве 4. Оплодотворение и периоды внутриутробного развития. 5. Диагностика беременности и методы исследования в акушерстве.	Цель: формирование знаний по новой теме. 75 минут В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради.
4.	Инструктаж домашнего задания Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, стр. 46-93 Работа с конспектом лекций, Интернет-ресурсами. Подготовка бесед с пациентками (гигиена и диететика беременных).	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку 8 мин.
5.	Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.	Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 2 мин.

Тема 10. Сестринская помощь в акушерстве. Организация помощи в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика беременности.

План.

Введение.

1. Организация помощи в акушерстве.
2. Структура акушерского стационара
3. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность в акушерстве
4. Оплодотворение и периоды внутриутробного развития.
5. Диагностика беременности и методы исследования в акушерстве

Введение.

В древние времена помощь рожаящей женщине у разных народов оказывали либо женщины ее семьи, либо колдуны, шаманы.

Гинекология (от *gynē* -женщина , *logos*-учение) представляет собой науку о физиологических и патологических процессах, происходящих в половой системе женщины. Гинекология - как наука о женщине состоит из двух разделов- акушерства и гинекологии.

Термин **«акушерство»** (происходит от французского *accoucher* – помогать при родах) относится к той области медицины, которая занимается изучением физиологических и патологических процессов, возникающих в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом. Неотъемлемой частью акушерства является также учение о новорожденном ребенке.

Научные аспекты акушерства связаны с изучением физиологии и патологии зачатия, развития эмбриона и плода, родового акта, перехода плода к внеутробной жизни и первых семи дней жизни новорожденного.

Акушерство заключается в ведении физиологических беременности и родов, в разработке методов диагностики и лечения осложнений во время беременности и родов, в определении акушерской тактики при осложнениях, в совершенствовании методов родоразрешения, т. е. направлено на обеспечение здоровья будущих поколений.

В течение многовековой истории своего развития акушерство оставалось вне науки и считалось результатом накопления практических навыков. Это соответствовало действительности.

В России в XVIII веке большую роль в развитии акушерской науки и практики играл Нестор Максимович Максимович-Амбодик (амбодик - "скажи дважды"), труд которого "Искусство повивания, или наука о бабичьем деле" содержит много оригинальных мыслей и практических советов. Он много сделал для обучения специалистов в области акушерства: ввел преподавание на русском языке, создал школы для повитух (женщин, оказывающих помощь при родах), первым в России использовал акушерские щипцы.

Особую значимость для практического акушерства приобрела возможность расширения показаний к кесареву сечению в связи с внедрением в практику основ антисептики. Этому способствовали работы Земмельвейса в Венгрии, который для предотвращения родильной горячки (сепсиса) предложил работающим в родильных залах мыть руки раствором хлорной извести, а также Симпсона, применившего с целью обезболивания хлороформ. Затем наркоз был усовершенствован, стали применять эфир.

Возможность сохранения жизни женщины после кесарева сечения определялась тем, что в 1876 г. (Г. Рейн и Е. Porro) было предложено удаление матки после извлечения плода, а в 1881 г. (Rihrer) - ушивание разреза на матке.

Начало XX века дало человечеству и другие имена известных акушеро-гинекологов, это Н.Н. Феноменов, М.С. Малиновский, К.К. Скробанский и Н. Лазаревич, выдающийся акушер-гинеколог, основоположник эндоскопической хирургии Д.О. Отт (Петербург).

В. В. Строганов разработал схему лечения эклампсии (грозного осложнения родов), принципы Строганова широко использовались во всех развитых странах мира.

Хорошо известны имена советских ученых, чьи труды оказали влияние на современное развитие акушерства: Б.А. Архангельский, М.С. Малиновский, В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакин, И. Ф. Жорданина, Н.А. Цовьянов, Л.В. Ванина (Москва); М.А. Петров-Маслаков, И.И. Яковлев, С.М. Беккер (Ленинград); А.П. Николаев, А.С. Бакшеев, Л.В. Тимошенко (Киев); И.И. Грищенко (Харьков); К.В. Чачава (Тбилиси) и др. Изданные этими акушерами учебники и учебные пособия не потеряли своего значения до настоящего времени.

В последнее десятилетие организация акушерско-гинекологической службы в РФ претерпела существенные изменения:

- сформировалась концепция «безопасного материнства»;
- получила повсеместное развитие служба «планирования семьи»;
- уделяется большое внимание совершенствованию работы АТПК (акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса) в плане интеграции усилий терапевтов, педиатров и акушеров для реализации системы перинатальной охраны плода;

- созданы специализированные и профилированные родильные дома и отделения, идет реорганизация родильных домов с развертыванием палат для совместного содержания матери и новорожденного.

1. Организация помощи в акушерстве. Основные структурные подразделения акушерско-гинекологической службы:

- женские консультации;
- Центры планирования семьи;
- родильные отделения различной категоричности;
- гинекологические отделения.

Женская консультация работает в объединении с поликлиниками и акушерскими стационарами, организация работы в ней базируется на приказе МЗ РФ № 1130 Н. от 20 октября 2020 г «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»

Врачи в ней работают по участковому принципу (участок ЖК по численности равен 2 терапевтическим участкам).

Основная задача ЖК – максимально ранняя постановка на учет и наблюдение за беременными (до 3 месяцев), так как это гарантирует меньшее количество осложнений во время беременности.

В методическом отношении особенно важно определить в ЖК степень риска предстоящих родов, а так же тип акушерского стационара в котором родоразрешение данной конкретной женщины будет протекать безопасно.

I степень риска (наименьшая): первородящие без акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний, с нормальными данными акушерской антропометрии, имеющих не более 1 неосложненного аборта в анамнезе. повторнородящие, имеющие до 3 родов в анамнезе, если беременности и роды протекали без осложнений.

II степень риска (средняя): беременные с нетяжелым течением экстрагенитальных заболеваний в состоянии компенсации, с узким тазом, неправильным положением плода, гестозом, предлежанием плаценты, мертвым плодом, привычным невынашиванием, неразвивающейся беременностью, рубцом

на матке, повторными абортами, локальными воспалениями с кровотечением при предыдущих родах и в возрасте старше 30 лет.

III степень риска (тяжелая): роды у беременных с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями в состоянии декомпенсации, с тяжелыми гестозами, отслойкой плаценты, любым шоком во время родов и т.д.

Примерное распределение госпитализации в стационары:

I степень – 30% II степень – 55-60% III степень – 10-15%

Направление беременных по степеням риска позволяет выполнить принцип этапности родовспоможения отраженный в таблице №1.

Таблица 1- Распределение беременных для родоразрешения в зависимости от степени риска родов

Контингент беременных	Тип акушерского стационара
Первобеременные без акушерских и экстрагенитальных осложнений, повторно беременные (до трех родов) включительно	Стационар I степени риска: родильное отделение участковой больницы, сельской ЦРБ
Беременные с экстрагенитальными заболеваниями, акушерскими осложнениями во время данной или прежней беременности. Повышенный перинатальный риск	Стационар II степени риска: родильное отделение городской ЦРБ, городской роддом, акушерско-гинекологическая больница
Беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, осложненными поздним гестозом, предлежанием и отслойкой плаценты, осложнениями во время родов, способствующих нарушению гемостаза и акушерским кровотечениям.	Стационар III степени риска: акушерское отделение областной или многопрофильной больницы, специализированный акушерский стационар, отделение многопрофильного НИИ, клиническая база кафедры акушерства и гинекологии, перинатальный Центр.

2. Структура акушерского стационара

Акушерский стационар должен состоять из:

- Приёмное отделение;
- Физиологическое отделение;
- Обсервационное отделение;
- Отделение патологии беременности;
- Изолятор (в крупных акушерских стационарах);
- Отделение новорождённых.

Физиологическое отделение должно иметь:

- санпропускник
- родблок
- послеродовые палаты
- смотровая
- отделение новорожденных
- выписная комната

Родовой блок - состоит из предродовой, родзала, малой операционной, большой операционной (родзалов не менее 2, работающих поочередно)

Обсервационное отделение – имеет ту же структуру, что и физиологическое отделение, но количество коек составляет 20% от общего числа коек стационара.

Отделение патологии беременности (ОПБ)– должно составлять 30% от общего числа коек.

В ранние сроки беременности (до 28 недель) женщин с экстрагенитальной патологией целесообразно госпитализировать в стационары соответствующего

профиля общей сети, а на родоразрешение в специализированные акушерские стационары (по сердечно-сосудистой патологии, по заболеванию почек, с сахарным диабетом и т. д.).

Специализированный стационар для женщин с невынашиванием беременности следует размещать в объединении с детской больницей, в которой развертывается отделение новорожденных для второго этапа вынашивания недоношенных детей, переводимых из акушерского отделения.

Активно внедряемая ВОЗ программа, направленная на стимуляцию естественного грудного вскармливания, предусматривает создание стационаров совместного содержания матери и новорожденного (схема №1)

Схема1 - Структура акушерского стационара для совместного содержания матери и новорожденного

Приемное отделение		Фильтр		2-е акушерское отд-е	Родильный зал
--------------------	--	--------	--	----------------------	---------------

Родильное отделение с боксированными предродовыми - родзалами	Отделение патологии беременности (30% коек)		боксированное отделение новорожденных
---	---	--	---------------------------------------

Послеродовое отделение (50% коек)

Палаты совместного содержания (90% коек) в послеродовом отделении	Палаты отдельные для родильниц и новорожденных (10-15% коек) послеродового отделения
---	--

3. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность в акушерстве

Сан Пин 3.3686-21 Раздел XXXII Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Раздел «Правила обработки рук медицинского персонала».

(Повторить правила обработки рук, по материалам лекций и практических занятий МДК 04.01 «Безопасная среда для пациента и персонала»)

В течение многих лет был отработан комплекс санитарно-гигиенических и дезинфекционных мероприятий по профилактике гнойно-септических заболеваний, который должен выполняться и систематически контролироваться органами Санэпиднадзора.

Схема №2 Организационные мероприятия по профилактике госпитальной инфекции

Рациональное планирование родовспомогательных стационаров

Размещение в многопрофильной больнице	выведение отделения для производства абортов	Выведение гинекологических отделений в многопрофильную больницу	Организация стационаров совместного содержания матери и новорожденного
---------------------------------------	--	---	--

Рациональное использование акушерских коек

Выделение стационара для рожениц и родильниц с гнойно-септическими заболеваниями	Выделение количества коек во 2-ом акушерском отделении до 25 %	Выделение стационара для рожениц и родильниц, нуждающихся в наблюдении
--	--	--

Выделение стационара для новорождённых с септической инфекцией

Инфекционная безопасность в акушерстве

В соответствии с современными взглядами понятие **асептика** включает комплекс профилактических мероприятий, направленных на недопущение микробного загрязнения во время операций, перевязок, инъекций и др. диагностических и лечебных процедур.

Асептика включает в себя:

- 1)Создание специальных помещений для проведения операций, перевязок
- 2)Специальная уборка операционных и перевязочных.
- 3)Стерилизация.
- 4)Контроль стерильности.

Асептика

- 1)борьба с эндогенной инфекцией
- 2)обследование перед операцией
- 3)санация очагов эндогенной инфекции
- 4)борьба с экзогенной инфекцией (имплантационной, капельной, контактной, воздушной.)

Антисептика – комплекс мер, направленных на уничтожение микробов в ране, патологическом образовании, организме в целом.

Таким образом, асептика является методом профилактики хирургической инфекции, а антисептика – одним из методов лечения последней.

Виды антисептики:

Физическая – гигроскопические материалы, дренажи, повязки, УФ-лучи, ультразвук, луч лазера.

Механическая - обработка ран , ПХО, туалет раны при перевязке.

Биологическая - применение препаратов, действующих на микробы и их токсины, антибиотики и бактериофаги, противостолбнячные сыворотка и анатоксин, ферменты, иммунные препараты.

Химическая - применение химических веществ, оказывающих бактерицидное или бактериостатическое действие: кислоты, щелочи, спирты, фенолы, красители и др.; в том числе проводимые курсами (сульфаниламиды, нитрофурановые).

Смешанная антисептика – сочетающая применение нескольких способов.

По степени воздействия различают поверхностную и глубокую антисептику.

Поверхностная – присыпки, мази, аппликации, промывание ран.

Глубокая – препараты вводят в ткань (блокады, обкалывание раны).

Кроме того различают местную и общую антисептику.

Учитывая, что проникновение инфекции через родовые пути может значительно осложнить родовой процесс, соблюдение асептики и антисептики приобретает особо важное значение.

Возбудители инфекции нередко попадают в организм беременной и роженицы экзогенным путем (из окружающей среды). Инфекция может быть занесена в половые пути через грязные руки, инструменты, перевязочный материал, при половом контакте.

Инфекция может быть и эндогенной (находящейся у самой женщины) - это микрофлора носа, зева, хр. инфекции (кариозные зубы, заболевания внутренних органов).

Борьба с инфекционными осложнениями при беременности и родах проводится путем осуществления профилактических мероприятий, начиная с приема рожениц в родильное отделение. Это полное обследование беременной, осмотр и сан. обработка в сан. пропускнике, изоляция больных рожениц в обсервационное отделение. Все предметы, соприкасающиеся с половыми органами роженицы, должны быть стерильными

Исключительно важное значение имеет обеззараживание рук медперсонала. В настоящее время медперсонал обязан работать в стерильных перчатках. Руки должны обеззараживаться перед влажным исследованием рожениц, приёмом родов, акушерскими операциями, перед производством туалета новорожденных.

Хирургический уровень обработки рук – способ обработки рук медперсонала, участвующих в проведении всех хирургических манипуляций. Руки обрабатываются при помощи препаратов, уничтожающих микроорганизмы независимо от их патогенности, Обрабатывают руки до локтя.

Средства для хирургической обработки рук:

1) 2,4% р-р первомура (С-4). Смесь готовят в стеклянном сосуде из 17,1 мл 33% перекиси водорода+ 6,9 мл 100% (или 8,1 мл 85%) и до 1 литра дистиллированной воды. Хранят не более суток герметически закрытым в холодильнике. Сначала моют руки под проточной водой с мылом в течение 1-ой минуты, вытирают насухо стерильной салфеткой, затем руки обрабатывают р-ром первомура в течение 1 минуты.

2) Хлоргексидина биглюконат 0,5% спиртовой р-р.(гибитан) После мытья рук под проточной водой с мылом, руки протирают стерильной сухой салфеткой, затем дважды обрабатывают салфетками, смоченными в растворе хлоргексидина в течение 3-х минут.

3) Октенидерм или октениман;

4) Сагросепт.

Перед наружным осмотром необходимо вымыть руки теплой водой с мылом, насухо протереть, одеть стерильные перчатки.

Перед приемом родов наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер необходимо обмыть теплой кипяченой водой, высушить салфеткой и обработать йодонатом 1% р-ром. На роженицу надевают стерильную (из набора), или чистую рубашку, на ноги – бахилы, под роженицу подстилают стерильную простынь.

Персонал проходит рентгенологическое обследование на туберкулёз – 1 раз в год, исследование крови на сифилис- 2 раза в год, исследование крови на гепатит В, исследование мазков на гонорею – 2 раза в год, исследование крови на ВИЧ – 2 раза в год и пройти медосмотр у ЛОР, гинеколога, стоматолога, терапевта, дерматовенеролога- 2 раза в год. Обследование персонала на условно патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Персонал родильных отделений подлежит обязательной вакцинации против гепатита В. Медперсонал акушерских стационаров с лихорадкой, воспалительными и гнойными процессами к работе не допускается.

Роддом не менее одного раза в год должен закрываться для производства плановой дезинфекции

Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и 1 раза в сутки – дезинфицирующих средств (3 % р-р перекиси водорода + 0,5 % р-р моющего средства), после чего применяют ультрафиолетовое облучение с последующим проветриванием помещения – текущая уборка

Заключительная дезинфекция - при наличии одного родзала не реже 1 раза в 3 дня с применением 6% р-ра перекиси водорода + 0,5% моющего раствора. После уборки воздух обеззараживают УФО - облучателем, затем протирают стерильной ветошью, смоченной в водопроводной воде, снова УФО, после чего проветрить помещение.

4. Оплодотворение и периоды внутриутробного развития.

Продолжение рода у человека может быть обеспечено лишь нормальной функцией репродуктивной системы двух особей: мужчины и женщины.

Репродуктивная система представлена высшими регулирующими центрами, которые находятся в головном мозге (гипоталамус- гипофиз).

Центральный орган репродуктивной системы мужчины и женщины – половые железы (гонады).

Половые железы мужчины и женщины секретируют половые гормоны: эстрогены – женские половые гормоны (эструс – течка), андрогены – мужские половые гормоны (андрос – мужской) и гестагены – гормоны беременности (гестус – беременность). Эти обозначения весьма условны, так как все виды гормонов производятся как в мужских, так и в женских гонадах.

Регулирование процесса воспроизводства у человека осуществляется сложными нейроэндокринными механизмами.

Общим принципом в регуляции гипофизом функции гонад обоих полов является стартовое действие ФСГ, хотя сами процессы овогенеза (в яичниках) и сперматогенеза (в яичках) резко различаются.

Общим является принцип обеспечения высокой биологической надёжности систем воспроизводства вида. Этот принцип осуществляется генетически закодированным у каждого индивида огромным перепроизводством половых клеток.

В каждом менструальном цикле начинают развитие 10-15 фолликулов, а овулирует только один. Все остальные уничтожаются.

Перепроизводство мужских половых клеток достигает ещё более широких масштабов. В каждом эякуляте содержится от 50 млн. до 500 млн. сперматозоидов, тогда как для оплодотворения яйцеклетки и наступления беременности необходим лишь один.

Известно, что из влагалищного свода, куда изливается эякулят при половом сношении, лишь небольшая часть сперматозоидов попадает в цервикальный канал (во влагалище – кислая среда, губительная для сперматозоидов), через цервикальную слизь проходят лишь активные сперматозоиды, имеющие абсолютно нормальную структуру.

Содержимое полости матки, маточных труб и сами яйцеклетки также представляют собой ряд защитных барьеров, отсеивающих неполноценные сперматозоиды.

Роль мужчин в воспроизводстве потомства заключается в оплодотворении яйцеклетки с передачей наследственных признаков мужского индивида путём внесения сперматозоидом половинного набора генетического материала, дающего при слиянии с половинным набором хромосом яйцеклетки начало развития нового организма.

Женский организм обеспечивает условия для возникновения беременности, роста и развития плода, его рождения и вскармливания новорожденного.

Внутриутробное развитие плода

Средняя продолжительность беременности составляет 280 дней (40 нед, или 10 акушерских месяцев). За этот период совершается сложный процесс превращения оплодотворенной яйцеклетки в сформированный зрелый плод, способный перейти от внутриутробной жизни к внеутробной.

В течение I месяца внутриутробного развития совершаются процессы дробления оплодотворенной яйцеклетки, возникают морула, бластула и бластоциста. На стадии бластоцисты происходит имплантация зародыша в децидуальную оболочку матки,

после чего начинаются закладка и дифференцировка важнейших органов и систем эмбриона, а также образование зародышевых оболочек. *Первые 2 нед — это период бластогенеза.* До 14-го дня развития зародыш рассматривается как проэмбрион, состоящий из клеточных слоев (трех зародышевых листков), из которых сформируются все органы и ткани эмбриона и плода.

В первые 2 нед беременности происходят следующие события:

- оплодотворение яйцеклетки и образование единой стволовой клетки — зиготы;
- деление зиготы на бластомеры и продвижение ее по маточной трубе в матку;
- превращение зиготы в морулу и поиск места прикрепления к слизистой оболочке матки (предимплантационное развитие);
- имплантация бластоцисты (первый критический период беременности) и децидуальная трансформация эндометрия;
- плацентация (образование первичных и вторичных ворсин хориона) и бластогенез (дифференцировка зародышевых листков) — второй критический период беременности.

В формирующейся плаценте отсутствуют защитные функции, и поэтому воздействие неблагоприятных факторов, гормональные нарушения вызывают чаще всего одну реакцию — прекращение развития плодного яйца и самопроизвольный выкидыш.

С 3-ей недели – эмбриональный период. С помощью метода трансвагинальной эхографии плодное яйцо всегда может быть визуализировано со срока беременности около 3 нед. В этот срок диаметр плодного яйца достигает 2—4 мм. Приблизительно с этого же срока возможно определение сердечных сокращений эмбриона. На 7-й неделе внутриутробного развития длина эмбриона достигает 5—9 мм, к концу 7-й недели возможна визуализация нервной трубки.

К концу 8-й недели онтогенеза диаметр плодного яйца достигает 22 мм. Определяются конечности и сердечные сокращения (112—136 ударов в минуту). Четкая идентификация эмбриона (головка, туловище, конечности и пр.) возможна со срока беременности 8—9 нед.

Десятая неделя беременности является своего рода поворотным пунктом развития, *с 11-й недели эмбрион называется плодом- фетальный период.* Можно четко проследить конечности, отметить их активные движения. Приблизительно в этот же период при ультразвуковом исследовании становятся заметны некоторые мозговые структуры, сосудистые сплетения желудочков мозга, частично заметны лицевые кости и глазницы.

В конце III месяца развития (12 нед) длина плода составляет 6—7 см, масса тела 20—25 г. При УЗИ видно, что плодное яйцо почти полностью выполняет полость матки, заметен спавшийся желточный мешок, который исчезает в 13 недель. Четко определяются конечности, пальцы рук и ног, в большинстве костей появляются первые ядра окостенения, возможна визуализация четырехкамерного сердца.

К концу 16-й недели гестации длина плода достигает 12 см, а масса тела — 100 г. Этот срок является важным в связи с тем, что к этому периоду почти все органы могут более или менее четко дифференцироваться при УЗИ. Срок беременности 16 нед является оптимальным временем ультразвукового скрининга беременных для исключения возможной патологии плода.

К концу V месяца (20 нед) развития длина плода составляет уже 25—26 см, масса 280—300 г. Кожные покровы имеют выраженный красный цвет и обильно покрыты пушковыми волосами и так называемой сыровидной смазкой, являющейся продуктом деятельности сальных желез. В кишечнике начинает образовываться первородный кал (меконий).

На 20-й неделе беременности первородящие впервые начинают ощущать движения плода (повторнородящие ощущают движения плода обычно на 2 нед

раньше). С помощью акушерского стетоскопа в эти же сроки беременности удается впервые выслушать слабые сердцебиения плода.

В конце VI месяца развития длина плода составляет около 30 см, масса 600—680 г. Такой плод может родиться живым, совершать внеутробные дыхательные движения и даже выжить при условии содержания его в специальных кюветзах, при наличии искусственной вентиляции легких и использовании соответствующих средств интенсивной терапии и реанимации. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ "О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения" (1992) все новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 до 999 г, если они прожили более 168 ч (7 сут) после рождения, так же как и дети с большей массой тела, подлежат регистрации в органах ЗАГС.

В конце VII месяца (28 нед) длина плода составляет 35 см, масса тела 1000—1200 г. У такого плода при рождении отмечаются выраженные признаки недоношенности: слабое развитие подкожной жировой клетчатки, морщинистая кожа, обильная сыровидная смазка, выраженное развитие пушковых волос, покрывающих все тело. Хрящи носа и ушей мягкие, ногти не доходят до конца пальцев рук и ног. У мальчиков яички еще не опущены в мошонку, у девочек малые половые губы не прикрыты большими.

С 28-й недели внутриутробного развития, когда масса тела плода составляет 1000 г и более, начинается *перинатальный период*. Он охватывает все последующие недели беременности, роды и последующие 7 дней (168 ч) жизни новорожденного (см. Перинатология).

В конце VIII месяца внутриутробной жизни длина плода достигает 40—42 см, масса тела 1500—1700 г. К концу IX месяца эти показатели соответственно составляют 45—48 см и 2400—2500 г. В конце X месяца у плода исчезают все признаки недоношенности и имеются все показатели, присущие зрелому плоду. Однако в ряде случаев доношенный плод может иметь ряд симптомов незрелости и наоборот. Таким образом, понятия "доношенность" и "зрелость" не являются идентичными.

Зрелость новорожденного характеризуется следующими признаками:

- масса тела составляет 2600—5000 г, длина (рост) 48—54 см;
- грудь выпуклая, пупочное кольцо находится на середине между лобком и мечевидным отростком;
- кожа бледно-розового цвета, подкожная основа развита достаточно, на коже имеются только остатки сыровидной смазки, пушковые волосы почти отсутствуют, длина волос на головке достигает 2 см, ногти на ногах и руках доходят до кончиков пальцев;
- хрящи ушных раковин и носа упругие;
- у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы прикрыты большими;
- новорожденный производит активные движения, громко кричит,
- глаза открыты, при прикладывании к груди активно сосет.

При характеристике плода как объекта родов наряду с указанными выше признаками, характерными для различных этапов внутриутробного развития, необходимо также знание анатомии и размеров головки доношенного плода.

5. Диагностика беременности и методы исследования в акушерстве

Клиническое обследование:

- Сбор анамнеза (возраст, жалобы, условия труда и быта, наследственность, ранее перенесенные заболевания, менструальная функция, секреторная, репродуктивная функция, наличие гинекологических заболеваний); аллергологический анамнез и гемотрансфузионный анамнез, (обязательным является вопрос о здоровье мужа).

- *Методы наружного акушерского обследования* (рост, телосложение, масса тела, состояние кожных покровов, форма живота, характер оволосения);

Измерение окружности живота – сантиметровой лентой измеряют ОЖ на уровне пупка (пациентка лежит на спине, на кушетке).

Гинекологическое исследование

1. **Осмотр наружных половых органов:** обращают внимание на тип оволосения, строение больших и малых половых губ, состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, выводных протоков парауретральных и больших желёз преддверия, промежности и области заднего прохода.

Для осмотра преддверия влагалища большим и указательным пальцами левой руки разводят половые губы. Обращают внимание на зияние половой щели. Наличие опущения или выпадения стенок влагалища определяется при натуживании больной.

2. **Исследование при помощи зеркал.** Для чего применяют двусторчатые самодержасься зеркала Куско и ложкообразные зеркала, которые требуют присутствия помощника.

Перед введением зеркал половые губы разводят указательным и большим пальцами левой руки.

Створчатое зеркало вводят сомкнутым в прямом размере до середины влагалища. Далее зеркало поворачивают в поперечный размер и продвигают до сводов, раскрывая створки, в результате чего шейка матки становится доступной для осмотра.

Ложкообразное зеркало сначала вводят ребром по задней стенке влагалища, а затем, введя в глубину, поворачивают поперёк, оттесняя кзади промежность. Параллельно ему вводят переднее зеркало-подъёмник, которым приподнимают переднюю стенку влагалища.

При исследовании зеркалами определяют форму шейки матки (коническая, цилиндрическая, деформированная), её положение, величину, окраску слизистой оболочки, наличие патологических процессов. Стенки влагалища осматривают при извлечении зеркал.

3. Влагалищное исследование

Проводят указательным и средним пальцем или только указательным пальцем (обычно правой руки).

Влагалищное исследование позволяет определить состояние промежности, мышц тазового дна, стенок влагалища и влагалищной части шейки матки.

4. Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование

Проводится в следующей последовательности:

- Исследуют матку: определяют её положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность (матка физиологически подвижна, но вновь принимает исходное положение).
- Затем приступают к исследованию придатков матки: Для этого пальцы обеих рук (снаружи и внутри) постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза. Неизменённые маточные трубы обычно не пальпируются, а яичники могут прощупываться в виде небольших овоидных образований.

Двуручное исследование позволяет выявить патологические процессы в области тазовой брюшины, клетчатки и связок малого таза и вероятные признаки беременности.

Измерение таза (Пельвиометрия):

1. Distantia spinarum - расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей = 25-26 см;

2. **Distantia cristarum** – расстояние между наиболее отдалёнными точками гребней подвздошных костей = 28-29 см;

3. **Distantia Trochanterica**– расстояние между большими вертелами бедренных костей = 30-31 см;

4. **Conjugata externa**– наружная конъюгата, расстояние между верхним краем симфиза и надкрестцовой ямкой (что соответствует верхнему углу ромба Михаэлиса) = 20-21 см.

Conjugata diagonalis– расстояние между нижним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой мыса крестца = 13,5 см.

Conjugata vera – истинная или акушерская конъюгата = 11 см – прямой размер плоскости входа в малый таз, соответствует длиннику ромба Михаэлиса. Для того чтобы вычислить акушерскую конъюгату, из наружной конъюгаты вычитают 9 см.

Диагностика ранних и поздних сроков беременности.

Диагностика ранних сроков беременности включает определение предположительных и вероятных признаков беременности.

Предположительные признаки беременности: тошнота и рвота по утрам, изменение вкусовых предпочтений, пигментация по белой линии живота, околососковых кружков, на лице, появление стрий. Раздражительность, плаксивость.

К вероятным признакам беременности относят: синюшность влагалища и шейки матки при исследовании в зеркалах; увеличение молочных желёз и выделение из них молозива; отсутствие менструации; иммунологические тесты на беременность; изменения со стороны матки, определяемые при бимануальном исследовании:

Признак Скробанского – синюшность влагалища и шейки матки при исследовании в зеркалах.

Признак Снегирёва – сокращение матки при исследовании.

Признак Пискачека – асимметрия матки в месте имплантации плодного яйца.

Признак Гентера – гребневидное утолщение по передней поверхности матки + чрезмерный перегиб матки кпереди.

Признак Губарева-Гаусса – чрезмерная подвижность шейки матки, на тело матки не передающаяся.

Признак Горвица-Гегара – размягчение перешейка матки.

Достоверные признаки беременности:

На ранних сроках к достоверным признакам беременности относят визуализацию плода на УЗИ. Диагностика достоверных признаков беременности включает: определение частей плода в матке при помощи наружного акушерского исследования (приёмов Леопольда-Левицкого), определение ВСДМ и ОЖ, выслушивание с/б плода акушерским стетоскопом, определение шевеления плода: у первородящих – в 20 недель беременности, у повторнородящих – в 18 недель беременности.

КТГ плода- нестрессовый тест; эхография плода (УЗИ).

Пальпацию проводят в положении женщины на спине на твердой кушетке. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены.

Основная терминология:

ВСДМ – расстояние от верхнего края лонного сочленения до дна матки.

Положение плода – отношение оси плода к оси матки.

Позиция плода – отношение спинки плода к боковым стенкам матки. Если спинка обращена влево – 1 позиция, - к правой боковой стенке матки – 2 позиция.

Вид плода – отношение спинки плода к передней или задней стенке матки.

Если спинка обращена к передней стенке матки – передний вид, если к задней стенке матки – задний вид.

Членорасположение – отношение конечностей и головки плода к его туловищу.

Предлежание – отношение одной из крупных частей плода к плоскости входа в малый таз.

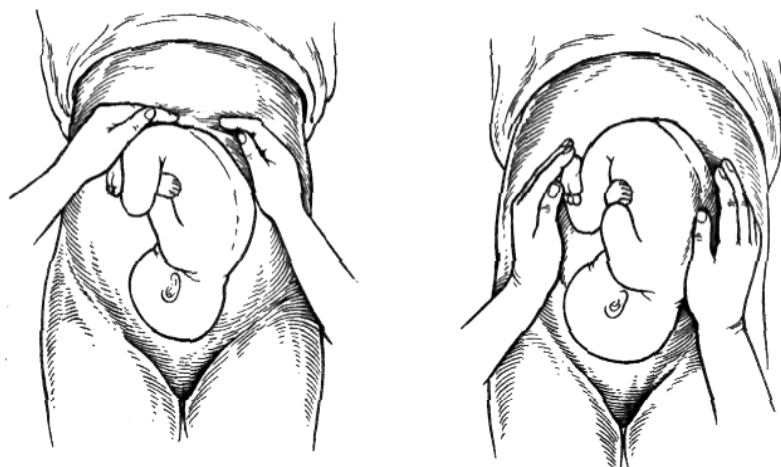


Рисунок 1 - Приемы Леопольда – Левицкого. Первый прием – определение ВСДМ и части плода находящейся у дна матки.
2 прием – определяют положение, позицию, вид.

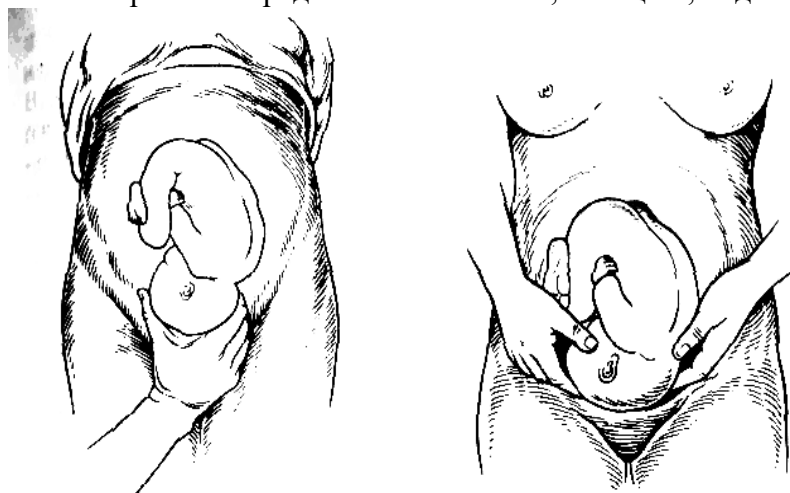


Рисунок 2 – Третий прием: определение предлежащей части.
4 прием – отношение предлежащей части ко входу в малый таз.

Аускультация сердечных тонов плода:

Сердцебиение плода выслушивается в той стороне живота, куда обращена его спинка, ближе к головке. Частота сердечных тонов в среднем 120-140 уд/мин. В настоящее время используются объективные методы регистрации сердцебиения плода и его изменений в ответ на шевеление или схватки.

КТГ. Кардиомониторное наблюдение или кардиотокография, заключается в непрерывной регистрации частоты сердечных сокращений плода – (тахограмма) с одновременной записью сокращений матки (токограмма) и движений плода. Этот метод фактически полностью заменил электро- и фонокардиографию плода (**ЭКГ, ФКГ**) в клинической акушерской практике. При анализе кардиотокограммы большую помощь в оценке состояния плода и резервных возможностей фетоплацентарной системы оказывают различные функциональные пробы:

- с задержкой дыхания, физической нагрузкой, термическим раздражением кожи.

Наиболее широко используется так называемый **нестрессовый тест** практически заменивший все выше перечисленные, сущность которого заключается в изучении реакции плода в ответ на его движения и маточные сокращения. При этом запись КТГ следует производить в течение 60 мин. с учетом цикла «покой» - «активность» плода. Средняя продолжительность фазы «покоя» плода составляет в среднем 30-40 мин. Анализ записи КТГ производится в фазе «активности» плода. Этот тест высокочувствителен в диагностике гипоксии плода, особенно при динамическом исследовании

Декретный отпуск

Приказ №197-ФЗ от 30.12.2001, №201 ФЗ от 29.06.2015, Ст. 255 ТК РФ

При физиологической беременности декретный отпуск с 30 недель беременности; составляет 140 дней (70 дней до родов и 70 дней после родов).

При многоплодной беременности декретный отпуск с 28 недель беременности; 194 дня (84 дня до и 110 дней после родов).

При осложнённых родах послеродовой оплачиваемый отпуск 86 дней.

В местностях с высоким радиационным фоном дородовой декретный отпуск – 90 дней.

Физиологические роды. Сестринский уход в послеродовом периоде.

Методическая разработка теоретического занятия № 11 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Учебно-методическая карта (план) занятия № 11

УД/ПМ ПМ 02. МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

(наименование)

Группа	Дата
За	

Тема занятия: Физиологические роды. Сестринский уход в послеродовом периоде.

Время: 90 минут

Вид занятия: теоретическое

Тип занятия: комбинированный урок

Цель занятия

Учебная: сформировать у обучающихся знания о физиологических родах, принципах ведения родов, первичном туалете новорождённого, сестринском уходе в послеродовом периоде.

Развивающая: способствовать развитию внимания, наблюдательности, познавательного интереса к теме занятия.

Воспитательная: способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- предвестники родов;
- определение физиологических родов;
- периоды родов;
- родовые изгоняющие силы;
- признаки отделения последа.

- **Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК**

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

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

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

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

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

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

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ.04.ТОМУ, ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий.

ОП 03. Основы патологии, ОП 05. Гигиена и экология человека, ОП 09. Психология, МДК 01.01

Здоровый человек и его окружение, ОП.07. Фармакология

Обеспечиваемые – ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

А. Наглядные пособия: плакат «Роды физиологические», акушерский фантом, кукла-плод

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.
дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1,2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	6,7
Использование НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии. 2 минуты
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, связь с другими предметами и будущей профессией	Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты
3	Актуализация опорных знаний Фронтальный опрос: 1. Назовите предвестники родов. 2. Что такое биомеханизм родов? 3. Сколько длится беременность у женщины? 4. Роды в каком сроке считают «срочными»? Какова физиологическая кровопотеря в родах?	10 минут
4.	Изучение нового материала. Используя компьютерную презентацию преподаватель рассказывает обучающимся новый материал по плану: План. 1. Причины наступления родов. 2. Биомеханизм родов. 2.1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления головки плода 2.2. Влияние механизма родов на форму головки. 3. Родовые изгоняющие силы 4. Периоды родов и их течение 5. Принципы ведения родов 6. Первичный туалет новорождённого 7. Оценка состояния новорождённого 8. Сестринский уход в послеродовом периоде. Принципы ведения раннего послеродового периода	Цель: формирование знаний по новой теме. 60 минут В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради.

5.	<p>Вопросы для закрепления материала:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите периоды родов. 2. Назовите родовые изгоняющие силы 3. Сколько параметров включает оценка новорождённого по шкале Апгар. 4. Назовите заповеди ВОЗ по стимуляции грудного вскармливания 	<p>Цель: закрепление полученных знаний, воспитание ответственности при работе в группе. Самые активные студенты получают оценку. 10 минут</p>
6.	<p>Инструктаж домашнего задания Работа с конспектом. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, стр. 93-135 Составление памяток для родильниц (гигиена, сохранение грудного вскармливания)</p>	<p>Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку. 3 минуты</p>
7.	<p>Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.</p>	<p>Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 2 минуты.</p>

Тема 11. Физиологические роды. Сестринский уход в послеродовом периоде.

План.

1. Причины наступления родов.
2. Биомеханизм родов.
 - 2.1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления головки плода
 - 2.2. Влияние механизма родов на форму головки.
3. Родовые изгоняющие силы
4. Периоды родов и их течение
5. Принципы ведения родов
6. Первичный туалет новорождённого
7. Оценка состояния новорождённого
8. Сестринский уход в послеродовом периоде. Принципы ведения раннего послеродового периода

1. Причины наступления родов.

Существует много теорий, объясняющих наступление родовой деятельности. На сегодняшний день причины наступления родов многообразны и недостаточно выяснены.

Возбудимость коры головного мозга снижается, а возбудимость спинного мозга повышается, также повышается возбудимость нервных окончаний и мышц матки, в результате чего она сильнее реагирует на любые раздражения из внутренней и внешней среды. Накапливается достаточное количество околоплодных вод, части плода давят на стенки матки. Низко расположенная предлежащая часть плода раздражает нервные сплетения нижнего сегмента матки и таким образом повышается её тонус и сократительная способность.

В организме беременной повышается уровень эстрогенов. Окситоцин, вырабатываемый задней долей гипофиза, усиливает сокращения матки. В конце беременности в организме женщины накапливается ацетилхолин и другие биологически активные вещества, усиливающие сократительную деятельность матки.

Увеличивается количество кальция в крови и мускулатуре матки - что повышает сократительную деятельность матки, а количество магния, снижающее сокращение мышц матки – уменьшается.

Таким образом, к концу беременности повышается возбудимость матки и усиливается действие раздражителей на неё. Всё это, достигнув апогея, вызывает регулярную родовую деятельность.

Родовая доминанта, сформированная к моменту родов, объединяет высшие нервные центры и исполнительные органы.

Роды – сложный процесс, возникающий рефлекторно и регулируемый нервной системой. Этот процесс направлен на изгнание плода из матки, а затем плаценты с плодными оболочками и околоплодными водами через родовые пути после достижения плодом жизнеспособности.

Роды, произошедшие в срок 28-37 недель – преждевременные, в срок 38-41 неделя – срочные, а в сроке 41-42 недели – запоздалые.

Предвестники родов:

1. Опущение высоты стояния дна матки, женщине становится легче дышать.
2. Выделение пробки Кристеллера (слизистые тягучие выделения) из влагалища.
3. Потеря в весе (организм беременной перед родами освобождается от излишков жидкости).

4. Предлежащая часть у первородящих прижата ко входу в таз, у повторнородящих - подвижна.
5. Появление внизу живота и пояснично-крестцовой области тянущих болей (ложные схватки).
6. Выпячивание пупка.
7. Шейка матки размягчается, укорачивается до 1,5 – 2 см, располагается по проводной оси таза, внутренний зев мягкий, плавно переходит в нижний сегмент. У повторнородящих наружный зев пропускает кончик пальца.

Предполагаемый срок родов можно определить по формуле (от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 месяца и прибавляют 7 дней).

У первородящих первое шевеление плода ощущается в 20 недель беременности, прибавив к этой дате 20 нед., получаем срок родов (учитывая то, что у повторнородящих шевеление плода ощущается в 18 нед. беременности, для того, чтобы вычислить срок родов к дате первого шевеления прибавляют 18 недель.)

2. Биомеханизм родов

Биомеханизм родов - совокупность движений, которые совершает плод при прохождении через родовые пути матери.

В изучение механизма родов большой вклад внесли А. Я. Крассовский, И. И. Яковлев.

При рассмотрении биомеханизма родов используют следующие понятия:

Ведущая(проводная) точка - это самая низкая точка на предлежащей части плода, которая входит в малый таз, проходит по проводной оси таза и первой появляется из половой щели.

Точка фиксации - это точка, с помощью которой предлежащая или проходящая часть плода упирается в нижний край симфиза, крестец или верхушку копчика, чтобы согнуться или разогнуться.

Момент биомеханизма родов - это наиболее выраженное или основное движение, которое выполняет в определенный момент предлежащая часть, проходя через родовой канал.

Предлежание - это когда головка плода не зафиксирована и стоит над входом в малый таз.

Вставление - головка фиксирована к плоскости входа в малый таз малым или большим сегментом, размещена в одной из ее последующих плоскостей: в широкой, узкой части или у выхода из таза.

На особенности биомеханизма родов влияют предлежание, вставление, вид, форма и размеры таза и головки плода. Сначала головка плода, а потом и туловище с конечностями продвигаются по родовому каналу, ось которого проходит через центр классических плоскостей таза. Продвижению плода способствуют сокращения матки и пристеночных мышц таза.

2.1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного преждежания (табл.

1).

Ведущая линия – стреловидный шов.

Ведущая точка – малый родничок

I момент - вставление и сгибание головки плода. Головка стреловидным швом вставляется в поперечный или в один из косых размеров плоскости входа в малый таз. В результате сгибания головка входит в таз наименьшим размером - малым косым (9,5 см). Этой уменьшенной окружностью (32 см) головка проходит через все плоскости таза и половую щель.

II момент - внутренний поворот головки плода. Внутренний поворот начинается в широкой части малого таза и заканчивается на тазовом дне, в плоскости выхода. В

выходе таза стреловидный шов устанавливается в прямом размере его, личиком к промежности матери. В процессе поворота затылок продвигается по дуге на 90° или 45°.

III момент - разгибание головки. Происходит врезывание и прорезывание головки. Разгибание происходит после того, как область *подзатылочной ямки (1-я точка фиксации)* подойдет под нижний край лонного сочленения (точка опоры). Вокруг этой точки фиксации головка разгибается. При разгибании прорезываются лоб, личико и подбородок - рождается вся головка. Головка рождается окружностью (32 см), проходящей через малый косой размер.

IV момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода к бедру матери, противоположному позиции плода. Во время разгибания головки плечики вставляются в поперечный размер или в один из косых размеров таза - противоположный тому, куда вставлялся стреловидный шов головки.

Поворот плечиков начинается в широкой части малого таза, а заканчивается на тазовом дне – в плоскости выхода, где плечики устанавливаются в прямом размере.

При этом *лицо плода поворачивается к правому (при первой позиции) или к левому (при второй позиции) бедру матери.*

Образуется *вторая точка фиксации – верхнее или переднее плечико*, При этом над промежностью рождается заднее плечико, а затем полностью освобождается переднее плечико. После рождения плечевого пояса быстро и без препятствий происходит рождение туловища ребенка, менее объемистого по сравнению с головкой и плечевым поясом.

2.2. Влияние механизма родов на форму головки.

Головка, проходя через родовые пути, приспосабливается к форме и размерам таза матери. Под давлением стенок родового канала кости черепа надвигаются одна на другую в области швов и родничков. В результате указанных смещений происходит изменение формы головки, приспособление ее к форме и размерам родовых путей.

Изменение формы головки при прохождении ее через родовые пути называется *конфигурацией*. Чем шире швы и мягче кости, тем больше способность головки к конфигурации. Форма головки изменяется в зависимости от механизма родов. В случаях затылочного предлежания головка вытягивается в направлении затылка, принимая *долихоцефалическую форму*. На предлежащей части в области проводной точки возникает *родовая опухоль* (припухлость, отечность тканей на самом нижнем, впереди идущем участке, предлежащей части). Возникает она вследствие затруднения оттока венозной крови из того участка предлежащей части, которая располагается ниже пояса соприкосновения, образуется после излития вод только у живых плодов. При нормальных родах родовая опухоль не достигает больших размеров и исчезает через несколько дней после родов. При очень быстрых родах и маленькой головке родовая опухоль бывает незначительной или не образуется совсем.

Кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу одной, реже обеих теменных костей. Образуется при затрудненном прохождении головки через родовые пути и оперативном родоразрешении (акушерские щипцы, вакуум-экстракция), расположенную в пределах одной кости, и не переходящую за линию пограничных швов и родничков.

3. Родовые изгоняющие силы

К родовым изгоняющим силам относятся схватки и потуги.

Схватки - периодически повторяющиеся сокращения мускулатуры матки.

Потуги - присоединяющиеся к схваткам ритмические сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна.

Каждая схватка развивается в определенной последовательности, по правилу тройного нисходящего градиента. Сначала начинается сокращение группы клеток в одном из верхних отделов тела матки (водители ритма- пейсмекер), сокращения распространяются на дно матки, потом на все тело матки и, наконец, на область нижнего сегмента и шейки.

Сокращения матки постепенно нарастают, достигают наивысшей степени, затем происходит расслабление мускулатуры, переходящее в паузу.

Характеристика схватки: продолжительность, периодичность, сила, скорость нарастания и ослабления, болезненность. Определяя частоту, продолжительность и силу схватки, нельзя учитывать только информацию, полученную от роженицы. Женщина подсчитывает продолжительность схватки, ориентируясь на болевые ощущения. Эта субъективная информация может быть неточной. Женщина иногда не чувствует начала схватки или может ощущать болезненность после прекращения схватки (следовая реакция).

Необходимо, исследуя сократительную деятельность, располагать ладони рук с расставленными пальцами на передней стенке матки (одна ладонь ближе к дну, вторая - к нижнему сегменту), т. е. контролируя сокращения во всех отделах матки. Такие сокращения и расслабления матки необходимо проконтролировать хотя бы в течение трех схваток, отметить силу, регулярность, направление распространения сокращений миометрия (тройной нисходящий градиент).

Более объективные данные дает токометрия (регистрация сокращений матки при помощи гистерографа или токографа). Сила схватки при ультразвуковой токометрии оценивается в миллиметрах ртутного столба. При пальпаторном определении силу схватки определяют по качественному признаку (слабые, умеренные, сильные). Болезненность схваток характеризует сама женщина. Болезненность весьма субъективно разделяют на слабую, умеренную и сильную.

В начале родов продолжительность схватки всего 20 с, к концу их - почти 1 мин. Паузы между схватками в начале родов длятся 15 мин, затем укорачиваются, к концу периода изгнания плода схватки наступают каждые 3 мин. По мере течения родов схватки становятся более сильными и болезненными. Схватки могут быть частыми, продолжительными и болезненными, но слабыми. В этом случае говорят уже об аномалии родовой деятельности.

Различают *три типа сокращений маточной мускулатуры*: контракция, ретракция и дистракция.

Контракция - сокращения мышц матки, вслед за которыми следуют их расслабление, характерны для тела матки, благодаря им плод выталкивается из плодовместилища. Контрактивные сокращения - наиболее активный вид сокращений.

Ретракция - сокращения мышц матки, которые сочетаются со смещением их. Такие сокращения характерны для нижнего отдела матки.

При них нижние мышечные волокна укорачиваются и это способствует улучшению дистракции и раскрытию шейки. Шейка и нижний сегмент растягиваются, становятся тоньше и смещаются вверх. В то же время на границе с верхними отделами матки, выше которых ретракций не наблюдается, а имеют место только контракционные сокращения, образуется пограничное, или *контракционное, кольцо*. Его образуют смещенные вверх мышечные волокна. Контракционное кольцо расположено выше верхнего края симфиза на столько поперечных пальцев или сантиметров, на сколько открыта шейка (это можно использовать в целях диагностики).

Дистракция - расслабление циркулярных (круговых) мышц шейки матки, что способствует раскрытию шейки матки.

Во время схваток возрастает внутриматочное давление, а во время потуг и внутрибрюшное давление.

Потуги наступают рефлекторно вследствие раздражения предлежащей частью плода нервных элементов, заложенных в шейке матки, мышцах тазового дна и параметральной клетчатке. Потуги возникают непроизвольно, но роженица до известной степени может регулировать их (усиливать при напряжении и ослаблять при глубоком дыхании).

Одновременное повышение внутриматочного давления (схватки) и внутрибрюшного давления (потуги) способствует продвижению плода по родовым путям.

4. Периоды родов и их течение

По определению ВОЗ, "Нормальные роды - это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов: ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии".

Роды разделяют на три периода:

- период раскрытия,
- период изгнания,
- последовый период.

Общая продолжительность родов зависит от многих обстоятельств: возраст, подготовленность организма женщины к родам, особенности костного таза и мягких тканей родовых путей, размера плода, характера предлежащей части и особенности ее вставления, интенсивность изгоняющих сил и др.

Средняя продолжительность *нормальных родов* у первородящих равна около 10 часов, у повторнородящих - 7-8 часов.

Стремительными являются роды у первородящих продолжительностью 4 часа, у повторнородящих - 2 часа. *Быстрые роды* соответственно 5-6 часов и 3-4 часа.

I период: - 8-10 часов у первородящей; 6-8 часов у повторнородящей;

II период: - первородящие - 45-60 мин; повторнородящие - 20-30 мин;

III период - 5-15 мин, максимум 30 мин.

I период родов - период раскрытия шейки матки до степени, достаточной для изгнания плода из полости матки, т. е. на 10 см. У первородящих женщин сначала раскрывается внутренний зев, а потом уже наружный, у повторнородящих женщин внутренний и наружный зев открываются одновременно. Другими словами, у первородящей женщины сначала идет укорочение и сглаживание шейки, а уже потом раскрытие наружного зева. У повторнородящей женщины идет одновременно и укорочение, и сглаживание, и раскрытие шейки.

Средняя скорость раскрытия шейки от 1 до 2 см в час. Раскрытию шейки матки способствует перемещение околоплодных вод в сторону нижнего полюса плодного пузыря.

Головка, опускаясь и прижимаясь ко входу в малый таз, со всех сторон соприкасается с областью нижнего сегмента. Место охвата головки плода стенками нижнего сегмента матки называется *поясом соприкосновения*, который делит околоплодные воды на передние и задние. Под напором околоплодных вод нижний полюс плодного яйца (плодный пузырь) отслаивается от стенок матки и внедряется во внутренний зев канала шейки. Во время схваток плодный пузырь наливается водой и напрягается, способствуя раскрытию шейки. Разрыв плодного пузыря происходит при максимальном растяжении нижнего полюса во время схватки.

Оптимальное - спонтанное вскрытие плодного пузыря при раскрытии шейки матки 7-8 см у первородящей, а у повторнородящей - 5-6 см.

Большому напряжению околоплодного пузыря способствует продвижение головки по родовому каналу. Если воды не отходят, проводится их искусственное вскрытие, которое называется *амниотомия*.

При несостоятельности плодных оболочек воды отходят раньше.

Преждевременным считается отхождение вод до начала родовой деятельности, *ранним* - в первом периоде родов, но до оптимального раскрытия. При спонтанном или искусственном вскрытии плодного пузыря отходят передние околоплодные воды, а задние воды изливаются вместе с ребенком.

Первый период начинается с регулярных схваток (продолжительностью не менее 25 с, с интервалом не более 15 мин) и раскрытия шейки (при этом оптимальным являются целые воды и головка, прижатая ко входу в малый таз). Первый период заканчивается, когда шейка полностью раскрыта (на 10 см), схватки - каждые 3-4 мин по 60 с, и начинаются потуги, воды отошли, и головка к этому времени должна опуститься на тазовое дно.

II период родов - период изгнания начинается после полного раскрытия зева и заканчивается рождением ребенка. Схватки приобретают потужной характер и наступают каждые 3 мин продолжительностью почти минуту. Головка в полости малого таза или на тазовом дне. Возрастает внутриматочное давление, а затем и внутрибрюшное давление.

К схваткам присоединяются **потуги** - рефлекторно возникающие сокращения поперечно-полосатой мускулатуры брюшного пресса, тазового дна, диафрагмы. Потугами роженица может управлять - усиливать или ослаблять.

Во время потуг дыхание роженицы задерживается, диафрагма опускается, мышцы живота сильно напрягаются, внутриутробное давление возрастает.

II период родов заканчивается рождением ребенка. Продолжительность его 30-60 мин у первородящих и 20- 30 мин у повторнородящих. В течение этого периода женщина ощущает частые, продолжительные, сильные и болезненные схватки, ощущает сильное давление на прямую кишку и мышцы промежности, что заставляет ее тужиться. В связи с этим может быть учащение пульса, повышение АД, вследствие напряжения и задержки дыхания отмечаются гиперемия лица, нарушение ритма дыхания, дрожание и судороги в мышцах.

III период - последовый период. После рождения плода начинается третий период родов – последовый (15-20 мин). В III периоде родов происходит:

1. Отделение плаценты и оболочек от стенок матки.
2. Изгнание отслоившегося последа из половых путей.

Спустя несколько минут после рождения плода возобновляются схватки, способствующие отслоению плаценты и изгнанию отделившегося последа (плацента, оболочки, пуповина).

Рождению последа, отделившегося от стенок матки, кроме схваток, способствуют потуги, которые возникают при перемещении последа во влагалище и раздражении мышц тазового дна.

Выравнивается дыхание у женщины, исчезает тахикардия, артериальное давление приходит к исходному уровню. Температура тела обычно нормальная. Кожные покровы имеют обычную окраску.

Последовые схватки обычно не вызывают неприятных ощущений. Умеренно болезненными схватки бывают только у повторнородящих.

После рождения последа матка резко сокращается.

5. Принципы ведения родов

Началом родовой деятельности считают появление регулярных схваток. Иногда роды ведут под контролем кардиотокографии (КТГ) – одновременно фиксируя

сократительную деятельность матки и сердцебиение плода, для того, чтобы предупредить осложнения в родах.

В первом периоде родов

- необходимо измерять артериальное давление у роженицы, считать пульс;
- вести подсчёт схваток (длительность схваток и пауз между ними),
- выслушивать с/биение плода каждые 25-20 минут.
- По назначению врача провести профилактику кровотечения в послеродовом периоде: внутривенно ввести 40% - 20,0 глюкозу + 5 ед (1, 0 мл) окситоцина;
- В конце первого периода родов – определить признак Вастена (соответствие головки плода и таза матери), чтобы исключить клинически узкий таз.

Во втором периоде родов

- необходимо измерять артериальное давление у роженицы, считать пульс;
- выслушивать с/биение плода после каждой потуги;

Длительность 2 периода родов: от 30 минут до 1 часа. При прорезывании головки (если нет рядом врача или акушерки) необходимо оказывать акушерское пособие в родах – бережно вывести из родовых путей головку и плечевой пояс плода, стерильным баллончиком отсосать слизь из дыхательных путей новорожденного.

Акушерское пособие в родах

Регулирование продвижения врезывающейся головки. Во время врезывания головки плода акушерка, стоя справа от роженицы, располагает левую руку на лобке роженицы, концами четырех пальцев осторожно надавливает на головку, препятствуя быстрому разгибанию ее и сдерживая стремительное ее рождение.

Правую руку акушерка кладет на промежность таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности, ниже задней спайки, а пальцы располагались по сторонам от вульварного кольца — большой палец на правой, четыре — на левой большой половой губе.

В паузах между потугами акушерка производит так называемый заем тканей: ткани клитора и малых половых губ, как менее растянутые ткани вульварного кольца, низводятся в сторону промежности для предотвращения ее разрыва.

Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. В этот момент роженице запрещают тужиться, а головку выводят вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают глубоко дышать, так как ритмичное дыхание помогает преодолеть потугу.

Акушерка левой рукой захватывает головку плода и постепенно осторожно разгибает ее, а правой рукой сдвигает с головки ткани промежности. Таким образом постепенно рождаются лоб, личико и подбородок плода. Родившаяся головка обращена личиком кзади, затылком — кпереди, к лону. Если после рождения головки обнаруживается обвитие пуповины, то осторожным подтягиванием ее снимают с шеи через головку. Если снять пуповину не удастся, ее пересекают между зажимами Кохера.

Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1—2 потуг рождаются плечевой пояс и весь плод.

Во время потуги происходят внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики переходят в прямой размер выхода таза, головка при этом личиком поворачивается к правому или левому бедру матери, противоположному позиции плода.

При прорезывании плечиков есть риск возникновения травмы промежности. Защита промежности в момент рождения плечиков: после того как переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры, акушерка осторожно сдвигает ткани промежности с заднего плечика. При задержке самостоятельного рождения плечевого пояса головку захватывают обеими руками таким

образом, чтобы ладони располагались в области ушей, висков, щек, не сдавливая при этом шею.

Головку вначале осторожно оттягивают вниз, способствуя рождению переднего плечика. После этого левой рукой приподнимают головку плода кпереди и сразу после рождения головки правой рукой низводят промежность с заднего плечика, предупреждая тем самым ее травму.

Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно держат плод в области грудной клетки (указательные пальцы обеих рук при этом располагаются в подмышечных впадинах) и приподнимают туловище плода кпереди.

В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную пленку. Изголовье кровати, на которой находится роженица, опускают, т.е. ее переводят в горизонтальное положение.

После рождения плода начинается завершающий период родов — последовый. Несмотря на кратковременность, он требует тщательного наблюдения и врача, и акушерки из-за опасности возникновения кровотечения.

После рождения ребёнка выкладывают на грудь матери, чтобы заселился материнской флорой, кроме того, данная процедура формирует материнский инстинкт у роженицы; после прекращения пульсации пуповины, на неё накладывают 2 зажима (один на 10 см кнаружи от пупочного кольца, а другой на 2 см кнаружи от него). Участок пуповины между 2 зажимами обрабатывают 5% спиртовой настойкой йода и пересекают его.

6. Первичный туалет новорожденного

После рождения ребёнка, пока пульсирует пуповина, ребёнка выкладывают на грудь матери, чтобы заселялся материнской флорой. После прекращения пульсации пуповины. До пережатия пуповины акушерка закладывает в глаза, за нижнее веко новорождённого 1% тетрациклиновую, или 1% эритромициновую глазную мазь, девочкам — и на наружные половые органы. Таким образом проводится профилактика хламидийного поражения глаз (офтальмобленнорея) и половых органов у девочек, так как инфицирование возможно при прохождении плода по родовым путям.

Первичная обработка пуповины производится после полного прекращения пульсации ее сосудов, что обычно происходит через 2—3 мин после рождения плода. Пуповину не следует пересекать до прекращения пульсации сосудов, так как за это время к плоду поступает около 50—100 мл крови. Перед пересечением пуповину протирают спиртом на расстоянии 10—15 см от пупочного кольца, затем накладывают три зажима Кохера: один зажим на расстоянии 10 см от пупочного кольца, второй — на 2 см ниже первого и третий — как можно ближе к вульварному кольцу. Участок пуповины между первыми двумя зажимами акушерка обрабатывает 70 % этиловым спиртом и пересекает стерильными ножницами (рис. 6). Срез детской культи пуповины смазывают 1% раствором йодоната или 5 % спиртовой настойкой йода.

Затем акушерка показывает ребенка матери, обращая ее внимание на пол и врожденные аномалии развития, если они имеются.

Акушерка выводит роженице мочу катетером в лоток, а другой лоток подкладывает под ягодицы женщины и опускает в него конец пуповины с зажимом, а новорожденного переносит на пеленальный столик, покрытый стерильной пленкой, и приступают к окончательной (вторичной) обработке пуповины.

Акушерка повторно обрабатывает руки одним из кожных антисептиков. Плодовый отрезок пуповины дополнительно обрабатывают спиртом, выжимают из него оставшуюся кровь. На расстоянии 0,5 см. от пупочного кольца на пуповину накладывают скобу Роговина. Пуповинный остаток над скобой отсекают стерильными ножницами,

поверхность среза пуповины смазывают 5 % раствором калия перманганата. На остаток пуповины с наложенной на него скобой защитную повязку не накладывают, можно из баллончика побрызгать пленкообразующим антисептическим препаратом, заживление будет происходить открытым способом.

Закончив обработку пуповины, акушерка протирает кожные покровы новорожденного стерильной пелёнкой, сыровидную смазку не удаляют.

После завершения туалета новорожденного осматривают с целью исключения врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.).

Затем ребенку измеряют массу тела, рост (длину), окружность головки по прямому размеру, окружность плечиков. Отмечают признаки зрелости или незрелости, недоношенности или перекошенности. На ручки надевают «браслеты» мальчикам голубого, а девочкам розового цвета, где указываются фамилия, имя и отчество матери, пол ребенка, его масса и рост, а также дата рождения. Ребенка пеленают, и оставляют на 2 ч на специальном столике.

Ведение последового периода (третьего периода родов)

В третьем, последовом, периоде родов происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа.

Последовый период ведут активно-выжидательно.

- необходимо вывести мочу у роженицы катетером, предложить роженице потужиться;
- следить за признаками отделения последа;
- уметь применить (при отсутствии врача и акушерки) способы выделения отделившегося последа;
- уметь подсчитать кровопотерю в родах.

С целью стимуляции сокращения матки в последовом периоде в момент прорезывания теменных бугров головки плода женщине внутривенно вводят 1 мл окситоцина, разведённого в 20 мл 40% глюкозы.

Признаки отделения последа от стенок матки:

- Шредера: дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо,
- Альфельда – удлинение материнского отрезка пуповины.
- Довженко: при вдохе и выдохе пуповина не втягивается обратно в половые пути роженицы;
- появление выпячивания над лоном;
- Клейна: при потугах пуповина удлиняется;
- Штрассмана: при поколачивании по брюшной стенке над лоном, толчки на пуповину не передаются.
- Кюстнера-Чукалова: при надавливании ребром ладони над лоном – пуповина не втягивается в половые пути.

Алгоритмы выделения последа начинают с выведения мочи катетером, после чего необходимо привести матку в срединное положение, затем провести бережный массаж матки через переднюю брюшную стенку, а далее приступить к одному из методов выделения последа.

Методы выделения отделившегося последа:

1. **По Абуладзе** (роженице предлагают потужиться, собрав брюшную стенку 2 руками в продольную складку, причём большие пальцы обеих рук располагаются с одной стороны продольной складки, а остальные пальцы – с другой).
2. **По Гентеру:** роженица не тужится! надавливание кулаками книзу и внутрь у трубных углов матки (в настоящее время не применяют).

3. **По Креле-Лазаревичу:** женщина не тужится, послед выжимают правой рукой, таким образом, что большой палец находится на передней поверхности матки, дно матки – в ладони, а 4 пальца на задней поверхности матки.

Физиологическая кровопотеря составляет до 0,5 % от массы тела женщины, при гестозах и ожирении -0,3%.

Родившийся послед осматривают, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек. Средняя продолжительность последового периода – 15 минут.

После рождения последа врач осматривает родовые пути женщины, чтобы не пропустить разрывы. Имеющиеся разрывы зашивают. На дно матки кладут мешочек с песком (груз) и холод на низ живота. Родильница на 2 часа остаётся в родзале, так как существует опасность возникновения кровотечения.

Роженицам, относящимся к группе повышенного риска развития кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах (многорожавшие, при многоводии или многоплодии, с большим количеством аборт в анамнезе, имевшие кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах при предыдущих родах), после перевода в родзал начинают внутривенное капельное введение изотонического раствора натрия хлорида. Капельницу используют в начале третьего периода родов для введения утеротоников (1,0 окситоцина) и в случае необходимости для переливания гемо- и плазмозамещающих препаратов.

Если в родах проводилось внутривенное капельное введение окситоцина, то введение продолжают еще в течение 5—30 мин последового периода.

7. Оценка состояния новорождённого

Оценку состояния новорождённого проводят сразу после рождения и на 5 минуте после рождения.

Шкала Апгар

Симптомы	Оценка в баллах		
	0	1	2
ЧСС (в 1 мин.)	Отсутствует	Менее 100	100 и более
Дыхание	Отсутствует	Брадикардия, нерегулярное	Нормальное, громкий крик
Мышечный тонус	Конечности свисают	Некоторое сгибание конечностей	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на носовой катетер, раздражение подошв)	Не реагирует	Гримаса	Кашель, чихание, крик
Окраска кожи	Генерализованная бледность или цианоз	Розовая окраска тела и синюшная конечностей (акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей

1. Асфиксия средней тяжести (умеренная) - 4-6 баллов на первой минуте, к пятой - 8-10 баллов

2. Тяжелая асфиксия- 0-3 балла по шкале Апгар на 1-й минуте, к 5-й - менее 7 баллов

8. Сестринский уход в послеродовом периоде. Принципы ведения раннего послеродового периода

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и продолжается 6-8 недель. (Ранний послеродовой период длится 2 часа и женщина проводит его в родзале, так как велика вероятность возникновения кровотечения).

В этом периоде происходит обратное развитие (инволюция) половых органов женщины и изменений в других органах и тканях, возникших в связи с беременностью и родами. Исключение представляют молочные железы, их функция достигает максимального развития в послеродовом периоде.

Наиболее выраженные инволюционные процессы происходят в половой системе женщины, особенно в матке. После рождения последа матка приобретает шаровидную форму, дно ее располагается на уровне пупка, её длина составляет 15 см, масса около 1 кг. В дальнейшем матка постепенно уменьшается в размерах, ВСДМ ежедневно уменьшается на 1,5- 2 см (приблизительно на палец).

Так на 3-ий день после родов дно матки определяется на 2 пальца ниже пупка, на 4-ый - на 3 пальца ниже пупка, на 5-ый - на середине между пупком и верхним краем лонного сочленения. На 10 день - на уровне лонного сочленения, хотя может уже и не определяться через брюшную стенку.

Внутренняя поверхность матки представляет собой раневую поверхность, заживление происходит постепенно и полностью завершится к 20-25 дню послеродового периода.

Функция матки восстановится через 40-60 дней после родов. Процесс заживления сопровождается образованием раневого секрета - лохий.

Лохии состоят из элементов крови - эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в стадии распада и обрывков децидуальной (отпадающей) оболочки. В норме - запаха не имеют. в первые 3-4 дня они имеют кровянистый характер, с 4-5 дня- серозно-красные, с 6-8 дня -серозно-сукровичные, с 9 -10 дня светлые. в первые 3 дня количество лохий значительное, к 6-7 дню их количество уменьшается. выделение лохий заканчивается к концу 5-ой недели

Процесс формирования шейки матки происходит в течение 2-3 недель послеродового периода. Вначале формируется и закрывается внутренний зев (к 10 дню послеродового периода, а затем к концу 3-й недели происходит закрытие наружного зева).

В яичниках происходит обратное развитие желтого тела беременности. У не кормящих грудью женщин менструальный цикл восстанавливается через 6-8 недель, у кормящих позже. Молочные железы достигают своего высшего развития. В первые 2-3 дня послеродового периода из молочных желез отделяется молозиво - жидкость желтоватого цвета, содержащая белок, жир, слущенный эпителий молочных желез и лейкоциты в стадии распада. С 3-4 дня появляется молоко, которое содержит все необходимые вещества для развития ребёнка и антитела, создающие у ребёнка пассивный иммунитет по отношению к инфекции.

При организации ухода за родильницей особо важное значение имеет соблюдение правил асептики и антисептики. Раневая поверхность матки, мелкие ссадины, трещины и разрывы мягких родовых путей могут служить входными воротами для инфекции, поэтому занесение инфекции в половые пути родильницы представляет собой реальную угрозу в отношении развития послеродовой септической инфекции. Так же опасно попадание инфекции на трещины сосков, нередко образующихся у родильниц.

В первые 3 суток у родильниц наблюдается повышенная потливость, у некоторых родильниц могут возникнуть трудности с мочеиспусканием. АД в начале несколько понижено, потом нормализуется, ЧСС в норме, ЧДД-14-16 в минуту. Температура тела не более 37 градусов.

Для профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде

1. Имеет большое значение соблюдение санитарно-гигиенического и противозидемического режимов, подмывание родильниц не менее 2-х раз в день раствором калия перманганата в разведении 1:4000, смена

- подкладных не мене 4-х раз в сутки в первые 3-4 суток послеродового периода.
2. Осуществляется принцип активного ведения послеродового периода. Практикуется раннее вставание родильницы после родов – в первые сутки, для лучшего оттока лохий, в том числе тем родильницам, у которых имеются швы на промежности при разрывах 1-2 степени – кроме того, с первых суток послеродового периода и до выписки из акушерского стационара родильницы выполняют комплекс упражнений лечебной гимнастики.
 3. Оправдана ранняя выписка из отделения - на 3 сутки.
 4. Соблюдается цикличность заполнения палат. В СГБ в родильном отделении практикуют совместное содержание матери и ребёнка в послеродовых палатах физиологического акушерского отделения;
 5. Свободное вскармливание, которое является профилактикой маститов, лактостаза. Кроме того, мать активно ухаживает за ребёнком и ограничивается контакт с медперсоналом, снижается возможность инфицирования ребёнка.
 6. Для заселения материнской флорой ребёнка выкладывают на грудь матери сразу после рождения, пока пульсирует пуповина.
 7. Прикладывают к груди матери новорождённого ещё в родзале, лучше в первые 30 минут после рождения, обязательно не позднее 2 часов после рождения (если нет противопоказаний).
 8. Во избежание развития мастита необходим правильный уход за молочными железами. Каждое утро родильница моет молочные железы в следующем порядке: сосок, молочную железу, подмышечную впадину, а затем высушивают индивидуальным полотенцем. После кормления к соску прикладывают стерильную салфетку с прокипяченным растительным маслом или солкосерилом.

Активный метод ведения послеродового периода повышает жизненный тонус родильниц, улучшает функцию ССС, дыхательной системы, мочевого пузыря и кишечника. Современный метод ведения послеродового периода способствует оттоку лохий, ускоряет инволюцию половых органов, является эффективной мерой профилактики послеродовых септических заболеваний и профилактики тромбофлебитов. При соблюдении принципов раннего вставания, родильница пользуется комнатой личной гигиены, проводит туалет наружных половых органов (раствором перманганата калия 1:4000, фурациллина 1: 5000) – 3 раза в день первые 3 дня, а в последующие – 2 раза в день. Для снятия раздражения слизистых оболочек рекомендуется отвар ромашки или заваривать травяной сбор «элекасол».

Родильницам, со швами на промежности, запрещается самостоятельно проводить туалет наружных половых органов. Швы им обрабатывают 3% раствором перекиси водорода (после обработки наружных половых органов). Сидеть им запрещено. Таким родильницам назначают диету, исключая клетчатку(овощи, фрукты в сыром виде, хлеб и т. д), для того, чтобы отсрочить стул. Лежачим родильницам проводят туалет наружных половых органов 2-3 раза в сутки, подмывая их на судне.

Температура у родильницы измеряется 2 раза в день (утром и вечером), измеряют АД, считают пульс.

Пальпируют живот: он должен быть безболезненным и мягким, измеряют ВСДМ. Если матка сокращается плохо, врач назначает препараты, усиливающие её сокращения (окситоцин, метилэргометрин).

Необходимо охарактеризовать лохии (количество, цвет, запах), осматривают состояние наружных половых органов (отёк, гиперемия).

Учитывая, что при задержке мочеиспускания и дефекации матка сокращается медленно, следят за физиологическими отправлениями. Мочеиспускание должно быть не менее 5-6 раз в сутки, а дефекация - ежедневно. При задержке мочеиспускания назначают прозерин 1,0 подкожно, при задержке стула ставят очистительную клизму.

Подкладные родильницы меняют не реже 4 раз в день. Постельное бельё - 1 раз в 3 дня, ежедневно родильницы принимают душ и меняют нательное бельё.

Питание кормящей матери должно быть строго сбалансировано. Пищевой рацион должен быть увеличен на 1/3 по сравнению с обычным, т. к. родильница затрачивает дополнительную энергию. Калорийность должна быть 3200 ккал (белки 112г., жиры-88г., углеводы 310-320г)

Жидкость кормящей матери требуется в количестве 2000 мл в сутки. обязательное включение в рацион витаминов А,В,С,Е и минеральных солей (кальций, фосфор, магний, железо). При возникновении гипогалактии у родильницы врач может назначить но-шпу в/м и окситоцин 1 мл в/м.

Каждая медицинская сестра должна проводить последовательную политику стимуляции грудного вскармливания, базируясь на декларации ВОЗ, состоящую из следующих заповедей:

1. ведение здорового образа жизни,
2. подготовка молочных желёз к кормлению ещё во время беременности,
3. разъяснение преимуществ грудного вскармливания перед искусственным,
4. первое прикладывание к груди – в первые 30 минут после рождения ребёнка,
5. кормление ребёнка по требованию, в любое время суток с любой частотой (свободное вскармливание),
6. не следует давать новорождённому другой пищи или питья кроме грудного молока (за исключением медицинских показаний),
7. не следует давать ребёнку средств, имитирующих грудь (соски),
8. ребёнка кормить грудью не менее чем до года,
9. поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять родильниц после выписки из стационара в эти группы.

В палатах послеродового отделения должны в течение суток 2 раза проводить влажную уборку, один раз обязательно с применением дезинфектантов (3 % перекиси водорода) и 6 раз в сутки кварцевание и проветривание палат. После выписки проводят заключительную дезинфекцию.

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом

Методическая разработка теоретического занятия № 12 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Саянск

2022

Учебно-методическая карта (план) занятия № 12
УД/ПМ ПМ 02. МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и
при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

(наименование)

Группа	Дата
3а	

Тема занятия: Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом

Время: 90 минут

Вид занятия: теоретическое

Тип урока: лекция

Цель занятия

Учебная: сформировать у обучающихся знания о патологии беременности, сестринском уходе за беременной с гестозом.

Развивающая: способствовать развитию внимания, наблюдательности, познавательного интереса к теме занятия.

Воспитательная: способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- патологию беременности;
- определения «токсикоз» и «гестоз»;
- особенности ухода за беременной с гестозом.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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

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

Обеспечивающие – ПМ.04.ТОМУ, ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий.

ОП 03. Основы патологии, ОП 05. Гигиена и экология человека, ОП 09. Психология, МДК 01.01 Здоровый человек и его окружение, ОП.07. Фармакология

Обеспечиваемые – ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

Интеграционные связи УД и ПМ

А. Наглядные пособия:

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.
дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1,2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5,6
Использование НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии. 2 минуты
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, связь с другими предметами и будущей профессией	Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты.
3.	Изучение нового материала. Используя компьютерную презентацию преподаватель рассказывает обучающимся новый материал по плану: План. 1. Токсикозы. 2. Гестоз. 3. Основные виды акушерской патологии, для которых характерны акушерские кровотечения	Цель: формирование знаний по новой теме. В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради. 70 минут
4	Вопросы для закрепления материала 1. Что такое гестоз? 2. Какие гестозы называют ранними и в какие сроки беременности они развиваются? 3. Перечислить поздние гестозы. 4. Назовите редкие формы гестозов. 5. Этапы судорожного припадка при эклампсии. 6. Неотложная доврачебная помощь при эклампсии.	Цель: закрепление полученных знаний, воспитание ответственности при работе в группе. Самые активные студенты получают оценку. 10 минут
5.	Инструктаж домашнего задания Работа над конспектом лекции, поиск информации в интернете, Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания,

	гинекологии, стр.156-173	активизировать самоподготовку. 3 минуты
б.	Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.	Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 2 минуты.

Тема 12. Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом

План.

1. Токсикозы.
2. Гестоз
3. Основные виды акушерской патологии, для которых характерны акушерские кровотечения

1. Токсикозы

Токсикозы и гестоз - патологические состояния беременности, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания или в раннем послеродовом периоде.

Осложнения, связанные с беременностью, могут проявляться в ее ранние сроки, чаще в первые 3 мес, тогда их называют токсикозами. Если клинические симптомы наиболее выражены во II и III триместрах, то чаще это гестоз.

К токсикозам, относят: рвоту беременных, слюнотечение и некоторые другие, более редкие виды токсикоза: дерматопатия (дерматоз), тетания, бронхиальная астма, гепатоз, остеомалация беременных и др.

Большинство форм токсикозов сопровождаются диспепсическими расстройствами и нарушениям всех видов обмена, гестоз - изменениями сосудистой системы и кровотока.

Рвота беременных (emesis gravidarum) - самый распространенный вид токсикозов. У большинства беременных в I триместре бывает тошнота и изредка рвота. Если при этом нет патологических изменений со стороны внутренних органов, не страдает общее состояние, работоспособность, то это не считается заболеванием и относится к признакам беременности (сомнительные или предположительные признаки беременности). Но у 5-7 % беременных тошнота и рвота возникает ежедневно, вызывая осложнения.

Этиология. Главным этиологическим фактором, способствующим развитию токсикоза, является наличие плодного яйца.

Для того чтобы объяснить развитие этого осложнения, предложено несколько теорий:

Токсическая. Объясняет возникновение рвоты отравлением организма беременной токсическими веществами, которые вырабатываются во время беременности плодом, плацентой или при нарушении обмена веществ.

Нейрорефлекторная: растущее плодное яйцо вызывает все более выраженное раздражение рецепторов эндометрия, что может привести к повышению возбудимости подкорковых образований и усилению реакции вегетативной нервной системы. К трем месяцам беременности беременная адаптируется к возникшим изменениям.

Гормональная: повышение выработки хорионального гонадотропина, который способствует инвазивным процессам, тканевому распаду в материнской части плаценты, разрастанию ворсин хориона.

После трех месяцев беременности эти процессы идут менее интенсивно. Замечено, что при токсикозах выработка кортикостероидов уменьшена, а ведь именно эти гормоны позволяют бороться с постоянными стрессовыми ситуациями, которые происходят в организме беременной в связи с интенсивным ростом плодного яйца, изменениями в обмене веществ, в органах и тканях беременной.

Психогенная. Более выражены токсические процессы у эмоциональных, впечатлительных женщин, с нарушением соотношения процессов возбуждения и торможения. У таких женщин тошнота может возникать при одном известии о беременности, особенно нежеланной или, наоборот, очень желанной.

Аллергическая. В связи с тем, что плодное яйцо содержит чужеродную для беременной информацию, может возникнуть аллергическая реакция на нее. В некоторых ситуациях несовместимость между супругами столь выражена, что беременность протекает с неукротимой рвотой или заканчивается выкидышем.

Иммунологическая. Выраженная реакция отторжения возникает в связи с иммунологическими нарушениями.

Скорее всего, все эти теории обоснованы и дополняют друг друга. Тяжелее проявляется токсикоз у худых, курящих и социально неблагополучных женщин, с незапланированной и нежеланной беременностью. Эти женщины еще до беременности находятся в состоянии нарушенной адаптации, которая усугубляется во время беременности. Заболевания нервной и эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта предрасполагают к рвоте. Есть женщины, предрасположенные к рвоте при любых заболеваниях и стрессовых ситуациях, так как у них выражена антиперистальтика пищевода, нарушен глотательный рефлекс, повышена активность рвотного центра и т. д. Существует мнение, что слишком выраженный гестоз свидетельствует о патологических изменениях в организме плода, о высоком риске как для женщины, так и для плода.

Патогенез. Некоторые моменты патогенеза были рассмотрены вместе с этиологией. При частой рвоте происходит большая потеря жидкости, которая приводит в конце концов к обезвоживанию, нарушению обмена веществ, нарушению гемодинамики, интоксикации.

Клиническое течение. Основные жалобы - тошнота, рвота, слабость, резко выражены вкусовые и обонятельные причуды, вплоть до полной потери аппетита, нарушения сна. Объективно: потеря веса, тахикардия, гипотония, повышение температуры, изменения в анализах мочи (в первую очередь появление ацетона, но в более тяжелых стадиях и другие нарушения) и в анализе крови (повышение концентрации остаточного азота).

Можно выделить три степени тяжести рвоты беременных (табл. 23).

Таблица 1 - Токсикоз

Стадия токсикоза / Признак	I степень (легкая форма)	II степень (средняя форма)	III степень (тяжелая форма)
Потеря веса, в кг за неделю	2–3	3–5	5–8
Температура	Нормальная	Субфебрильная	Высокая
Снижение АД, мм рт. ст.	Незначительное	90/50	80/40 и ниже
Тахикардия, уд/мин	До 90	100–110	120 и более
Ацетон в моче	Нет	++	++++

I степень, или легкая форма рвоты. В связи с тем, что субъективные изменения выражены более объективных, - *невротическая, или аллергическая стадия*. Общее состояние остается удовлетворительным. Тошнота в течение дня возникает очень часто. Рвота от 2 до 5 раз. Сильно выражены вкусовые и обонятельные изменения, непереносимость запахов, в том числе приготовляемой пищи. Аппетит и сон обычно не нарушены. Потеря массы тела не превышает 1-3 кг за неделю. Может

наблюдаться незначительное учащение пульса - не более 90 уд/мин и снижение АД до 110/60, 100/60 мм рт. ст. Температура и анализы в пределах нормы.

II степень, или рвота средней степени. Выражено нарушение обменных процессов – *токсическая стадия*. Тошнота почти постоянная, рвота до 10 раз в сутки, пища и жидкость удерживаются очень незначительно. Аппетит снижен, сон нарушен. Состояние ухудшается. Потеря массы 3-5 кг в неделю. Субфебрилитет, гипотония до 100/60, 90/50 мм рт. ст., тахикардия - пульс учащается до 90-100 уд/мин. В анализе мочи обнаруживается ацетон (++)).

III степень, или тяжелая форма рвоты, которая также называется **неукротимой рвотой** (*hyperemesis gravidarum*) - *стадия дистрофическая*. Постоянная мучительная тошнота и рвота (вернее, постоянные позывы, так как желудок пустой), боли в эпигастральной области. Аппетита нет, пища и жидкость абсолютно не удерживаются, сон нарушен. Может быть апатия, нарушение сознания, мышечные боли, ломота. Состояние женщины средней тяжести и иногда тяжелое; выраженное обезвоживание, сухость кожи, нарушение тургора тканей. На коже могут быть петехии, кровоизлияния в конъюнктиве вследствие постоянного напряжения и нарушений свертывания. Язык обложен, запах ацетона изо рта и от кожи. Температура повышена. Пульс учащается до 120 уд/мин и более, могут быть нарушения сердечного ритма. Выраженная гипотония (80/40 мм рт. ст.). В анализе мочи кетонурия (ацетон до ++++), в тяжелых случаях альбуминурия и уменьшение диуреза до полной анурии. В анализе крови увеличивается содержание билирубина, остаточного азота, мочевины, креатинина, нарушение белкового и водно-солевого обмена.

Диагноз ставится на основании жалоб, клинических симптомов, данных дополнительного исследования.

При тяжелом течении рвоты, не поддающейся лечению, предлагается прерывание беременности по медицинским показаниям.

Осложнения рвоты беременных: обезвоживание, нарушение функций жизненно важных органов, особенно сердца, печени и почек. Одним из наиболее тяжелых осложнений является острая желтая атрофия печени (наблюдается крайне редко, но может вызвать смерть). Часто на фоне тяжелого токсикоза возникает прерывание беременности.

При благоприятном течении токсикоза явления его стихают не позднее 12 недель. Затяжное течение токсикоза свидетельствует о сочетанной патологии (обострение хронических заболеваний печени, панкреатит) или о наличии другого вида акушерской патологии (например, пузырьный занос, редкий вид токсикоза - гепатоз).

В отсутствие врача необходимо заподозрить патологию, определить тяжесть состояния, оказать доврачебную помощь, обеспечить госпитализацию.

Лечение больных с легкой формой рвоты можно проводить амбулаторно, среднетяжелой и тяжелой рвоты - в стационаре. Большое значение имеет диета. В связи со снижением аппетита рекомендуют разнообразную пищу в соответствии с желанием женщины. Пища должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Ее дают в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2-3 ч. Больная должна есть лежа в кровати. Назначают щелочную минеральную воду в небольших количествах 5-6 раз в день.

Медикаментозное лечение при рвоте беременных должно быть комплексным. Назначают препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс, инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания, препараты, нормализующие метаболизм.

Для нормализации функции ЦНС немаловажное значение имеют лечебно-охранительный режим и устранение отрицательных эмоций. При госпитализации больную целесообразно поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлексорную рвоту.

В начале лечения, при небольшом сроке беременности, для исключения отрицательного влияния лекарств на плодное яйцо целесообразно назначать немедикаментозные средства. Для восстановления функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия. Немедикаментозные методы лечения достаточны при легкой форме рвоты беременных, а при средней и тяжелой они позволяют уменьшить дозы лекарственных препаратов.

При отсутствии эффекта используют средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: препараты, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга: м-холинолитики (атропин), антигистаминные препараты (тавегил), блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики - галоперидол, дроперидол, производные фенотиазина - торекан), а также прямые антагонисты дофамина (релан, церукал).

Инфузионная терапия при рвоте включает использование в основном кристаллоидов для регидратации и средств для парентерального питания. Из кристаллоидов применяют раствор Рингера-Локка, трисоль, хлосоль. Назначают 5% глюкозу в/в капельно.

При снижении общего объема белка крови до 5,0-5,5 г/л показан 5-10% альбумин до 200 мл.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1-3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела пациентки. Критериями достаточности инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и повышение тургора кожи, нормализация гематокрита, увеличение диуреза.

На фоне инфузионной терапии назначают препараты, нормализующие метаболизм, преимущественно рибофлавин-моноклеотид (1 мл 1% раствора внутримышечно); витамин С (до 5 мл 5% раствора внутримышечно), спленин 2 мл (внутримышечно).

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение легкой и среднетяжелой рвоты беременных почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных при неэффективности комплексной терапии в течение 3 сут является показанием к прерыванию беременности.

Слюнотечение. Слюнотечение (*ptyalism*) заключается в повышенной саливации и потере значительного количества жидкости - до 1 л/сут. Оно может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных. В развитии слюнотечения имеют значение не только изменения в ЦНС, но и местные нарушения в слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки. Эстрогены оказывают активирующее воздействие на эпителиальный покров полости рта, вызывая секрецию слюны. При выраженном слюнотечении понижается аппетит, ухудшается самочувствие, возникает мацерация кожи и слизистой оболочки губ, больная худеет, нарушается сон; вследствие значительной потери жидкости появляются признаки обезвоживания.

Лечение. При слюнотечении проводят в основном то же лечение, что и при рвоте (психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии растворов и др.). Рекомендуется лечение в стационаре. Назначают средства, регулирующие функцию нервной системы, метаболизм, при обезвоживании - инфузионные препараты. Одновременно рекомендуют полоскание рта настоем шалфея, ромашки, ментола. При сильном слюнотечении можно применять атропин подкожно по 0,0005 г 2 раза в день. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином. Слюнотечение обычно поддается лечению. После его устранения беременность развивается нормально.

Редкие формы гестозов - дерматозы беременных, экземы, зуд беременных, желтуха беременных, бронхиальная астма, тетанус, или мышечные судороги, и др. Есть и другое мнение, что некоторые формы редких гестозов - это всего лишь обострение во время беременности стертых форм хронических заболеваний.

Остеомаляция дословно переводится как размягчение костей. Чаще бывает стертая форма: боли в костях, портятся зубы, боли в области лобка и других костей таза, нарушение походки ("утиная походка"). Причина: обменные нарушения и плохие условия жизни (недостаток витаминов, кальция, ультрафиолета и др.) на фоне больших затрат кальция у беременной. Часто такие больные страдают невралгией, нарушением свертывающих факторов. Обследование и лечение назначают специалисты.

В целях профилактики и лечения назначается УФО, витамины А, Е, D, рыбий жир, препараты кальция и фосфора, комплекс поливитаминов и минеральных веществ для беременных, при болях - анальгетики. После родов явления становятся еще более выраженными, чаще всего в виде симфизита.

Острая желтая атрофия печени. При чрезмерной рвоте беременных в результате нарушений обмена происходит перерождение печеночных клеток. Печень уменьшается в размерах вследствие жирового и белкового перерождения. Это приводит к тяжелым нарушениям обмена и даже к смертельному исходу. Поэтому при тяжелом течении раннего гестоза, не поддающегося лечению, необходимо прерывание беременности. Проводится интенсивная терапия.

Гепатоз беременных проявляется обычно во II половине беременности, иногда на фоне нефропатии, иногда только с нарушениями функции печени. Жалобы: кожный зуд, расчесы; желтуха. Дифференциальный диагноз проводится с гепатитом. При выявлении беременной с признаками гепатоза до уточнения диагноза врачом и консультантами организуется изоляция женщины. Проводится обследование на гепатит, биохимические исследования, печеночные пробы. При лечении применяются гепатопротекторы, глюкоза, витамины.

HELLP-синдром при гестозе. Термин "HELLP-синдром" был предложен в 1985 г. Вайнштейном, составлен из первых букв английских названий основных симптомов. Переводится как гемолиз, увеличение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения. Клиника: рвота, боли в эпигастральной области и правом подреберье, отеки. При обследовании выявляются нарушения свертывающих факторов и функции печени. Осложнение: кровотечения, гибель плода, проявления полиорганной недостаточности. Дифференциальный диагноз проводится с инфекционным гепатитом и заболеваниями крови.

2. Гестозы.

Гестоз является осложнением беременности, связанным с генерализованным ангиоспазмом, приводящим к глубоким расстройствам функции жизненно важных органов и систем. Частота гестоза составляет 13-18% всех родов. В структуре материнской смертности гестозы занимают 2-3-е место. Эта патология может приводить к тяжелым, даже смертельно опасным осложнениям, поэтому профилактическая работа женской консультации и акушерского стационара в очень большой степени направлена на профилактику, своевременную диагностику и оказание эффективной помощи при гестозах.

Наиболее тяжелое проявление позднего гестоза (эклампсия) - судорожный припадок - известен еще со времен Гипократа.

Петербургский акушер В. В. Строганов в конце XIX века, изучив много случаев этого заболевания, предложил для лечения лечебно-охранительный режим. В начале XX века была предложена магниезальная терапия. В России было рекомендовано введение сульфата магния по методу Бровкина. Этот метод с модификациями применяется до сих пор, предложено множество более современных лекарственных

средств. Лечение стало более эффективным, но гестоз остается не до конца изученным заболеванием, профилактика и лечение которого не всегда успешны.

В настоящее время для обозначения гестоза в некоторых странах используют термин "гипертония, индуцированная беременностью", или в большинстве стран, в том числе США - преэклампсия. Под преэклампсией различной степени тяжести понимают все вышеперечисленные состояния, которые предшествуют эклампсии.

Ранее общепринятым в нашей стране был поздний токсикоз беременных, стадии развития и формы проявления которого обозначены как отеки беременных, нефропатия, преэклампсия, эклампсия.

Этиология. Основной причиной гестоза является наличие беременности и всех изменений, с нею связанных. Предрасположенность к гестозам проявляется у женщин с заболеваниями, при которых наблюдаются нарушения обмена веществ, кровообращения, сосудистого тонуса и функции почек и печени. То есть различают чистые (у женщин без экстрагенитальной патологии) и сочетанные (на фоне экстрагенитальной патологии) гестозы.

Поздний гестоз пытаются объяснить множеством теорий, ни одна из которых полностью не может помочь разобраться в его возникновении. Имеют значение и наследственные факторы.

Патогенез. Основа позднего гестоза - это генерализованный спазм периферийных сосудов, повышение артериального давления, повышенная проницаемость капилляров, задержка жидкости в тканях, гиповолемия вследствие уменьшения кровотока в магистральных сосудах, повышенная вязкость крови, нарушение микроциркуляции и как следствие этих изменений - нарушение обмена. Нарушение кровообращения и функций всех жизненно важных органов, в первую очередь в почках, приводит к еще худшим изменениям. Потеря белка приводит к уменьшению онкотического давления, в связи с этим жидкость переходит из магистральных сосудов на периферию и в ткани.

Классификация. Ни одна из ныне существующих классификаций не может считаться совершенной и вызывает множество дискуссий, так же как и теории возникновения гестоза.

В основе каждой классификации заложена триада основных симптомов гестоза: повышение АД, отеки и появление белка в моче. Эта триада получила название **триады Цангемейстера**. Она положена и в основу международной классификации: EPH-gestosis. Аббревиатура EPH расшифровывается следующим образом: E - edema, или отеки; P - proteinuria - протеинурия, или альбуминурия, т. е. белок в моче; H - hypertensio - гипертензия, или повышение давления.

Многие авторы выделяют доклиническую стадию, которую называют **претоксикоз**, или **прегестоз**.

Долгие годы в нашей стране пользовались следующей классификацией:

- Отеки (водянка) беременных.
- Нефропатия I, II, III степени.
- Преэклампсия.
- Эклампсия.

В настоящее время Российская ассоциация акушеров-гинекологов предлагает использовать термин "гестоз", следующую классификацию.

Таблица 2 – Классификация гестоза Российской ассоциации акушеров-гинекологов

МКБ-10	Классификация Российской ассоциации акушеров-гинекологов
O11 Существовавшая ранее АГ с присоединившейся протеинурией	Сочетанный гестоз*
O12.0, O12.1, O12.2 Вызванные беременностью отёки с протеинурией	Отёки Протеинурия беременных Гестоз*
O13 Вызванная беременностью АГ без значительной протеинурии. Лёгкая преэклампсия (нефропатия лёгкой степени)	Гестоз лёгкой степени*
O14 Вызванная беременностью АГ со значительной протеинурией	Гестоз*
O14.0 Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести	Гестоз средней степени тяжести*
O14.1 Тяжёлая преэклампсия	Гестоз тяжёлой степени*
O14.9 Преэклампсия (нефропатия) неуточнённая	Преэклампсия
O15 Эклампсия	Эклампсия
O15.0 Эклампсия во время беременности	Эклампсия во время беременности
O15.1 Эклампсия в родах	Эклампсия в родах
Продолжение таблицы 2	
МКБ-10	Классификация Российской ассоциации акушеров-гинекологов
O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде	Эклампсия в послеродовом периоде
O15.3 Эклампсия, не уточнённая по срокам	Эклампсия, неуточнённая по срокам
O16 АГ у матери неуточнённая	АГ у матери неуточнённая
O16.1 Преходящая АГ во время беременности	Преходящая АГ во время беременности

степень тяжести гестоза определяют по шкале (табл. 3).

- легкой - менее 7 баллов,
- средней 8-11 баллов,
- тяжелой 12 баллов и более;
- преэклампсия;
- эклампсия.

В соответствии с этим внесены некоторые изменения в классификацию, предлагаемую МКБ (табл. 20.2). Для своевременной диагностики заболеваний гестоза важно выявить доклиническую стадию ("прегестоз").

Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза беременных в баллах(шкала Г.М. Савельевой и соавт.)

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 г/л	0,132–1 г/л	1 г/л и более
Систолическое АД	Ниже 130 мм рт.ст.	130–150 мм рт.ст.	150–170 мм рт.ст.	170 мм рт.ст. и выше
Диастолическое АД	До 85 мм рт.ст.	85–95 мм рт.ст.	90–110 мм рт.ст.	110 мм рт.ст. и выше
Срок появления гестоза	Нет	36–40 нед или в родах	35–30 нед	24–30 нед и ранее
ЗРП	Нет	Нет	Отставание на 1–2 нед	Отставание на 3–4 нед и более
Фоновые заболевания	Нет	Проявление заболевания до беременности	Проявление заболевания во время беременности	Проявление заболевания до и во время беременности

Общее число баллов с учётом всех критериев при лёгкой степени гестоза составляет менее 7, при средней — 8–11, при тяжёлой — 12 и более.

В связи с тем, что симптомов гестоза может быть два и даже один, как раньше, так и теперь употребляют в диагнозе название основных симптомов: гипертензия беременных, альбуминурия и отеки беременных.

Если характерные для гестоза симптомы возникли у женщины впервые, говорят о **чистом гестозе**, а если возникли на фоне заболевания, при котором такие симптомы также бывают, то говорят о **сочетанном гестозе**.

Клиническая картина

Доклиническая стадия. Для своевременной диагностики заболеваний важно выявлять доклиническую стадию гестоза (ранее называемую «прегестоз»), которая проявляется комплексом изменений, обнаруживаемых на основании лабораторных и дополнительных методов исследования. Изменения могут появляться с 13–15 нед беременности.

Отёки. Самый ранний симптом гестоза — отёки, чаще всего распространяются снизу вверх.

По распространённости выделяют степени отёков:

- I степень — отёки нижних конечностей;
- II степень — отёки нижних конечностей и живота;
- III степень — отёки нижних конечностей, стенки живота и лица;
- IV степень — анасарка.

Явные отеки определяются при пальпации стоп, передней поверхности голеней, на брюшной стенке остается след от стетоскопа. Часто женщины отмечают, что кольцо перестало надеваться или сниматься, не застегивается молния на сапогах.

Особенных жалоб может не быть, но лишняя прибавка веса может вызывать одышку, неудобство при движении.

Отёки, развивающиеся при снижении диуреза и не исчезающие после ночного сна, никтурия - считают начальными симптомами гестоза.

Для выявления скрытых отеков исследуют прибавку массы тела.

В среднем прибавка массы тела за неделю должна быть около 300-350г, т. е. за всю беременность не более 10-12 кг.

Для выявления скрытых отеков можно провести пробу **Мак-Клюра** (по Розенталю), или "волдырную пробу": внутривенно вводят 1 мл 0,9% раствора хлорида натрия; у здоровой женщины образовавшийся "волдырь" должен рассосаться через 30-40 мин.

Лечение отеков сначала может проводиться амбулаторно, возможно в условиях дневного стационара. Если лечение не эффективно или отеки очень значительны, более рационально провести лечение в условиях стационара.

Коррекция диеты: увеличение потребления белковой и витаминизированной пищи, исключение или ограничение острого, соленого, копченого, кислого, сладкого, нормализация потребления жидкости. При назначении больничной диеты это соответствует диетам 7 и 10. Недопустимо уменьшение потребляемой жидкости в меньшем объеме, чем это диктуется физиологической потребностью, недопустимо голодание. После коррекции диеты жажда должна уменьшиться. Некоторые авторы рекомендуют применение специальных разгрузочных диет.

Гестоз. Для классического гестоза характерна триада симптомов: отёки (явные или скрытые), АГ, протеинурия. Однако нередко отмечают только два симптома в разных сочетаниях. При тяжёлом гестозе классическую триаду наблюдают в 95,1% случаев.

АГ — важный клинический признак гестоза, поскольку она отражает тяжесть ангиоспазма. Большое значение имеют исходные данные АД. Об АГ беременных свидетельствует повышение систолического АД на 30 мм рт.ст. от исходного, а диастолического — на 15 мм рт.ст. и выше. Особое значение имеет нарастание диастолического АД и уменьшение пульсового, равного в норме в среднем 40 мм рт.ст.

Протеинурия (появление белка в моче) — важный диагностический и прогностический признак гестоза.

Повышение артериального давления (гипертензия), появление белка в моче (альбуминурия или протеинурия) и отеки — признаки, описанные Цангенмейстером и поэтому называются **триадой Цангенмейстера**, или ЕРН (ОПГ)-гестозом.

При гестозе могут проявиться все три признака или два из них. Может быть моносимптомный гестоз, когда имеется анасарка, выраженная гипертензия или протеинурия. Помимо типичной триады, для гестоза характерны следующие симптомы: снижение диуреза, изменения сосудов глазного дна (ангиопатия), нарушения плацентарно-маточного кровообращения, выявляемые при УЗИ, гипотрофия и гипоксия плода.

Осложнениями гестоза являются:

- развитие судорожного припадка (эклампсии);
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- отслойка сетчатки;
- почечная, или печёночная недостаточность;
- гипоксия, гипотрофия и даже антенатальная гибель плода;
- преждевременные роды;
- кровотечение в раннем послеродовом периоде;
- развитие ДВС-синдрома; тромбоэмболии;
- невынашивание или необходимость досрочного прерывания беременности.

Преэклампсия. Более тяжелая стадия гестоза по старой классификации называется преэклампсия. По новой классификации, преэклампсией называют любое проявление гестоза (кроме судорожной стадии), разделяя ее на две или три стадии. О преэклампсии по старой классификации говорят, когда на фоне клиники нефропатии

появляются признаки энцефалопатии, отека головного мозга. Женщина жалуется на головную боль, "мелькание мушек перед глазами" или ухудшение зрения, тошноту, рвоту, боли в эпигастральной области. Иногда отмечается оглушенность, заторможенность, отсутствие адекватной реакции на вопросы или раздражители. Необходимо своевременно заметить судорожную готовность и предотвратить приступ эклампсии. Создают лечебно-охранительный режим (устранение всех видов раздражителей: световых, звуковых и т. д), необходимо также устранить болевые раздражители. Болезненные инъекции, исследования, схватки, транспортировка могут ухудшить состояние.

Критериями тяжести состояния беременных при гестозе и большой вероятности развития эклампсии бывают следующие признаки:

- увеличение систолического АД (160 мм рт.ст. и выше);
- увеличение диастолического АД (110 мм рт.ст. и выше);
- протеинурия (до 5 г в сутки и более);
- олигурия (объём мочи в сутки менее 400 мл);
- мозговые и зрительные нарушения;
- диспепсические явления;
- тромбоцитопения, гипокоагуляция;
- нарушение функций печени.

Наличие хотя бы одного из этих признаков свидетельствует о тяжёлом состоянии беременной и о возможности развития эклампсии.

Эклампсия (от греч. *eklampsis* — вспышка, воспламенение, возгорание) — тяжёлая стадия гестоза, характеризующаяся сложным симптомокомплексом.

Различают эклампсию беременных, эклампсию рожениц, эклампсию родильниц. Редкое, но очень тяжелое, даже смертельно опасное осложнение, при котором развивается судорожный припадок. Он протекает в несколько стадий, или фаз, каждая из которых продолжается 20-30 с, при самом тяжелом течении - до 40 с. Общая продолжительность эклампсического приступа 1-2 мин.

1. *Фаза фибриллярных подергиваний.* Происходят быстрые подергивания мимической мускулатуры на лице. Сознание резко заторможено или отсутствует, возможно падение женщины и ее травматизация.

2. *Фаза тонических судорог.* Сознания нет, туловище напрягается, дыхание прекращается (апноэ), гиперемия и затем цианоз лица, лицо и шея очень отечны, набухшие яремные вены, может быть прикушен отечный язык, зрачки расширены.

3. *Фаза клонических судорог.* Судорожные подергивания всех мышц, сгибательные движения конечностей, женщина может упасть с кровати во время этих судорог, дыхание может отсутствовать в связи с непроходимостью дыхательных путей (вследствие западения корня языка, попадания рвотных масс), может быть хриплое дыхание неправильного ритма, кровавая пена изо рта в связи с прикусыванием языка.

4. *Фаза разрешения припадка.* Припадок может перейти в кому, которая может разрешиться улучшением или ухудшением состояния, повторным припадком или смертью вследствие одного из осложнений. Несколько приступов подряд называются эклампсическим статусом.

Неотложная доврачебная помощь:

- обеспечить безопасность женщины от возможной травмы (в том числе травмы языка);
- голову повернуть на бок, обеспечить проходимость дыхательных путей, используя роторасширитель, языкодержатель, отсос, воздуховод;
- срочный вызов врача. Контроль пульса, АД, частоты дыхания, осмотр зрачков. Послеродовый декретный отпуск составляет 86 дней.

Сестринская помощь включает (по назначению врача) - при поздних гестозах- контроль за колебаниями массы тела (от еженедельного до ежедневного), артериального давления (2-4 раза в день), пульса, контроль суточного диуреза.

Врач назначает клинический и биохимический анализ показателей крови, анализ мочи клинический, пробу Зимницкого (медсестра должна дать рекомендации беременной, как правильно подготовиться к сдаче анализа и собрать его), кардиотокография (КТГ), УЗИ, консультацию терапевта и окулиста (осмотр сосудов глазного дна).

В обязанности фельдшера входит своевременное выявление отеков беременных (при обследовании в женской консультации (ЖК) или на фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе)) и их профилактика (проведение бесед о правильном режиме и диете). Фельдшер или акушерка должны обеспечить госпитализацию, осуществлять уход, выполнять назначения, помогать ей в решении возникших проблем. Одной из важных проблем является то, что беременные с отеками не осознают необходимость проведения лечения (тем более в условиях стационара), опасаются, что прием лекарственных средств может быть вреден для плода. Необходимо объяснять целесообразность проводимой терапии.

3. Основные виды акушерской патологии, для которых характерны акушерские кровотечения:

- Во время беременности: выкидыши, различные виды эктопической беременности, пузырный занос, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки, эрозии или рак шейки матки.

- В родах: предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, родовой травматизм, патология последового периода.

Эктопическая беременность (трубная, шеечная)

Трубная может прерваться разрывом трубы и кровотечением в брюшную полость или трубным абортom, когда плодное яйцо изгоняется в брюшную полость. Клиника острого живота. Симптомы геморрагического шока.

Диагностика: пункция заднего свода влагалища.

Шеечная беременность. Кровотечение из половых путей. При осмотре в зеркалах – ш.м. синюшного цвета, напоминает форму бочонка, наружный зев может быть смещён. Экстренно разворачивают операционную для экстирпации матки. При хорошей квалификации врача бережное удаление плодного яйца, сохранение матки.

Пузырный занос. Заболевание плодного яйца у беременной женщины, характеризующееся разрастанием эпителия ворсинчатой оболочки (хориона) и отёком стромы ворсин. Причины образования не выяснены. По внешнему виду напоминает кисть винограда (гроздья пузырьков различной величины, с прозрачным содержимым). При пузырном заносе, если изменения ворсин имеют распространённый характер, плод чаще всего погибает, однако и после этого занос продолжает развиваться дальше. Вследствие разрастания пузырьков матка сравнительно быстро увеличивается в размерах, величина её не соответствует сроку беременности. Один из основных признаков — появление на 3—4-м месяце беременности кровянистых выделений и кровотечения из половых путей в результате частичной отслойки пузырьков от стенок матки; кровь жидкая, тёмного цвета, содержит отторгнувшиеся пузырьки заноса. Кровотечение приводит к значительной анемии, а при усилении может стать опасным для жизни женщины. Часто при пузырном заносе уже в 1-й половине беременности появляются признаки позднего токсикоза беременности. При редко встречающейся так называемой деструктивной форме заноса пузырьки глубоко проникают в толщу мускулатуры матки, что может привести к её прободению и сильному внутрибрюшному кровотечению. Наибольшая опасность пузырного заноса — возможность возникновения злокачественной опухоли — хорионэпителиомы.

Лечение: сокращающие матку препараты, отсасывание пузырьков заноса специальным вакуум-аппаратом. После удаления пузырного заноса женщина находится под систематическим наблюдением в течение 1,5—2 лет.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

По клиническому течению выделяют следующие стадии аборта (выкидыша):

- **угрожающий аборт**, для которого характерны ноющие боли внизу живота и в пояснице, повышение тонуса матки. Выделений из матки не должно быть, изменения со стороны шейки незначительные. Иногда об этой стадии выкидыша судят по явлениям гормональной недостаточности при исследовании мазков на угрозу;

- **начавшийся аборт** характеризуется более сильными болями, возможно даже схваткообразного характера, изменениями со стороны шейки матки (укорочение, проходимость цервикального канала), могут быть кровянистые выделения;

- **аборт в ходу** — так называют стадию, при которой имеются регулярные схватки, значительное укорочение и даже раскрытие шейки матки, отхождение вод, кровянистые выделения, отслоение плодного яйца или продвижение плода по родовому пути. При позднем выкидыше эта стадия имеет те же характеристики, что и роды;

- **неполный аборт** следует после того, как из половых путей родился плод, но в матке остаются остатки плодного яйца, плацента или ее доля. В связи с этим наблюдаются боли схваткообразного характера, отходят кровяные сгустки, кусочки ткани, может быть кровотечение, шейка остается пока раскрытой;

- **полный аборт** бывает редко в очень ранних сроках или около 27—28 недель. Об этом можно судить по осмотру плаценты, результатам пальцевого обследования, выскабливания полости матки, УЗИ либо по клиническим данным ретроспективно, когда наблюдения показывают, что осложнений не было. Но и после полного выкидыша могут некоторое время быть кровянистые умеренные выделения и ноющие боли.

Предлежание плаценты

При нормальном течении беременности плацента обычно располагается в области дна или тела матки, по задней стенке, с переходом на боковые стенки, т.е. в тех областях, где лучше всего кровоснабжаются стенки матки. На передней стенке плацента располагается несколько реже, так как передняя стенка матки подвергается значительно большим изменениям, чем задняя. Кроме того, расположение плаценты по задней стенке предохраняет ее от случайных травм.

Предлежание плаценты – это патология, при которой плацента располагается в нижних отделах матки по любой стенке, частично или полностью перекрывая область внутреннего зева. (в среднем от 0,1% до 1% от общего числа родов).

Если плацента только частично перекрывает область внутреннего зева, то – это *неполное предлежание*, которое отмечается с частотой 70-80% от общего числа предлежаний. Если плацента полностью перекрывает область внутреннего зева то, это является *полным предлежанием плаценты*. Такой вариант встречается с частотой 20-30%.

Различают также и *низкое расположение плаценты*, когда её край находится на более низком уровне, чем это должно быть в норме, но не перекрывает область внутреннего зева.

Наиболее частыми причинами являются патологические изменения эндометрия вследствие воспаления, оперативных вмешательств (выскабливание, кесарево сечение, удаление миоматозных узлов и др.), многократных осложненных родов. Кроме того, нарушения прикрепления плаценты могут быть обусловлены миомой матки, эндометриозом, недоразвитием матки, истмиоцервикальной недостаточностью, воспалением шейки матки, многоплодной беременностью.

Наиболее частым проявлением при предлежании плаценты является повторяющееся кровотечение из половых путей. Кровотечения могут возникать в

различные периоды беременности, начиная с самых ранних ее сроков. Однако чаще всего они наблюдаются уже во второй половине беременности. В последние недели беременности, когда сокращения матки становятся более интенсивными, кровотечения могут усиливаться.

Причина кровотечений заключается в повторяющейся отслойке плаценты, которая неспособна растягиваться вслед за растяжением стенки матки при прогрессировании беременности или начале родовой деятельности. При этом плацента частично отслаивается, и кровотечение происходит из сосудов матки. Плод не теряет кровь. Однако ему угрожает кислородное голодание, так как отслоившаяся часть плаценты не участвует в газообмене.

Провоцирующими факторами возникновения кровотечения при беременности могут быть: физическая нагрузка, резкое кашлевое движение, влагалищное исследование, половой акт, повышение внутрибрюшного давления при запоре, тепловые процедуры (горячая ванна, сауна).

При полном предлежании плаценты кровотечение часто появляется внезапно, без болевых ощущений, и может быть очень обильным. Кровотечение может прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь, или может продолжаться в виде скудных выделений. В последние недели беременности кровотечение возобновляется и/или усиливается.

Беременность при предлежании плаценты часто осложняется угрозой прерывания, что, обусловлено теми же причинами, что и возникновение неправильного расположения плаценты. Для беременных с предлежанием плаценты характерно наличие пониженного артериального давления, что встречается в 25%-34% наблюдений.

В настоящее время наиболее объективным и безопасным методом диагностики предлежания плаценты является УЗИ, которое позволяет установить сам факт предлежания плаценты и вариант предлежания (полное, неполное), определить размеры, структуру и площадь плаценты, оценить степень отслойки, а также получить точное представление о миграции плаценты.

УЗИ следует проводить при умеренном наполнении мочевого пузыря. С помощью УЗИ возможно также определение наличия скопления крови (гематомы) между плацентой и стенкой матки при отслойке плаценты.

Наблюдение и лечение при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерском стационаре. Лечение, направленное на продолжение беременности до 37 – 38 недель возможно, если кровотечение необильное, а общее состояние беременной и плода удовлетворительное. Даже, несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей, беременные с предлежанием плаценты ни при каких условиях не могут быть выписаны из стационара до родов.

Ведение беременных в акушерском стационаре предусматривает: соблюдение строгого постельного режима; применение лекарств обеспечивающих оптимизацию и нормализацию сократительной деятельности; лечение анемии и плацентарной недостаточности.

Показание к кесареву сечению в экстренном порядке в любом сроке беременности: повторяющиеся кровотечения; сочетание небольших кровопотерь с анемией и снижением артериального давления; одномоментная обильная кровопотеря; полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.

Абсолютным показанием к кесареву сечению в плановом порядке является полное предлежание плаценты, при неполном предлежании плаценты и при наличии сопутствующих осложнений (тазовое предлежание, неправильное положение плода, рубец на матке, многоплодная беременность, выраженное многоводие, узкий таз,

возраст первородящей старше 30 лет и др.) следует также выполнить кесарево сечение в плановом порядке.

Если вышеуказанные сопутствующие осложнения отсутствуют и нет кровяных выделений, то можно дожидаться момента начала самостоятельной родовой деятельности с последующим ранним вскрытием плодного пузыря. В том случае если после вскрытия плодного пузыря все-таки началось кровотечение, то необходимо решить вопрос о выполнении кесарева сечения.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

КОД ПО МКБ-10 O45 Преждевременная отслойка плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом и во втором периодах родов).

В зависимости от площади выделяют частичную и полную отслойку плаценты. При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной — вся плацента. В родах ПОНРП возможна при резком снижении объема перерастянутой матки, частых и интенсивных схватках. Плацента, не способная к сокращению, не может приспособиться к изменившемуся объему матки, в результате чего теряет связь со стенкой матки.

К предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:

· Во время беременности:

- сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);
- эндокринопатии (СД);
- аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
- гестоз, особенно на фоне гломерулонефрита;
- инфекционноаллергические васкулиты;
- генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

· Во время родов:

- излитие ОВ при многоводии;
- гиперстимуляция матки окситоцином;
- рождение первого плода при многоплодии;
- короткая пуповина;
- запоздалый разрыв плодного пузыря.

Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

Если кровь при отслойке плаценты не находит выхода, то она накапливается между стенкой матки и плацентой с образованием гематомы. Кровь при этом проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки. Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или с петехиальными кровоизлияниями). Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией; впервые патология описана А. Кувелером в 1911 г. и получила название «матка Кувелера». Состояние нарушает сократительную способность миометрия, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.

Основными симптомами ПОНРП являются:

- кровотечение и симптомы геморрагического шока;
- боль в животе;
- гипертонус матки;
- острая гипоксия плода.

Выраженность и характер симптомов ПОНРП определяются величиной и местом отслойки.

Кровотечение при ПОНРП может быть:

- наружным;
- внутренним;
- смешанным (внутренним и наружным).

Плод может погибнуть при отслойке трети и более поверхности плаценты. При полной отслойке происходит моментальная гибель плода. Иногда интранатальная гибель плода — единственный симптом отслойки плаценты.

Клинические симптомы, позволяющие заподозрить ПОНРП: кровяные выделения и боли в животе; гипертонус, болезненность матки; отсутствие расслабления матки в паузах между схватками во время родов; острая гипоксия плода или антенатальная гибель; симптомы геморрагического шока.

УЗИ при подозрении на ПОНРП следует проводить как можно раньше. В ряде случаев при незначительной отслойке плаценты по краю с наружным кровотечением по данным УЗИ отслойку обнаружить не удаётся.

Лабораторные исследования. Анализ показателей гемостаза указывает на развитие ДВС-синдрома.

Скрининг. Выявление скрытой тромбофилии у пациенток группы риска по развитию ПОНРП.

Лечение. Во время беременности и в родах при выраженной клинической картине (средняя и тяжелая степень) ПОНРП показано экстренное родоразрешение путем КС, независимо от срока гестации и состояния плода. Во время операции необходим осмотр матки для выявления кровоизлияния в мышечную стенку и под серозную оболочку (матка Кувелера). При продолжающемся кровотечении следует осуществлять экстирпацию матки.

Если состояние беременной и плода удовлетворительное, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии, при сроке гестации до 34–36 нед возможна выжидательная тактика. Ведение беременной выполняют под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (доплерометрия, КТГ). Лечение предполагает постельный режим беременной.

Исход для плода. При ПОНРП плод, как правило, страдает от острой гипоксии. Если акушерскую помощь оказывают несвоевременно и недостаточно быстро, наступает антенатальная гибель плода.

Профилактика. Предупреждение ПОНРП заключается в предгравидарной подготовке, лечении эндометрита и экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности, коррекции выявленных дефектов гемостаза.

Прогноз при ПОНРП определяется тяжестью состояния и своевременностью оказания квалифицированной помощи.

Беременная должна знать, что при появлении кровяных выделений из половых путей, она должна быть экстренно госпитализирована в стационар.

Неотложная доврачебная помощь:

Если наружное кровотечение или подозрение на внутреннее кровотечение:

1. Вызвать помощь (врача и лаборанта)
2. обязательно подмыть женщину,
3. на низ живота – холод,
4. контакт с веной,
5. контроль за гемодинамическими показателями (ЧДД, ЧСС, пульс, АД),
6. приготовить всё для определения группы крови и резус-фактора,
7. приготовить кровоостанавливающие препараты: хлористый кальций 10%, дицинон, аминокaproновую кислоту.
8. Выполнять все назначения врача

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Сестринский уход за беременной с экстрагенитальной патологией

Методическая разработка теоретического занятия № 13 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Саянск

2022

61

Учебно-методическая карта (план) занятия № 13
УД/ПМ ПМ 02. МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и
при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин
(наименование)

Группа	Дата
3а	
3б	

Тема занятия: Сестринский уход за беременной с экстрагенитальной патологией

Время: 90 минут

Вид занятия: теоретическое

Тип занятия: лекция

Цель занятия

Учебная: сформировать у обучающихся знания о экстрагенитальной патологии у беременных и особенностях течения беременности при экстрагенитальной патологии, особенностях ухода за беременной с экстрагенитальной патологией.

Развивающая: способствовать развитию внимания, наблюдательности, познавательного интереса к теме занятия.

Воспитательная: способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- наиболее часто встречающуюся экстрагенитальную патологию у беременных женщин;
- особенности ухода за беременной с экстрагенитальной патологией.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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

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

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ.04.ТОМУ, ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий.

ОП 03. Основы патологии, ОП 05. Гигиена и экология человека, ОП 09. Психология, МДК 01.01

Здоровый человек и его окружение, ОП.07.Фармакология

Обеспечиваемые – ПМ.02.Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

А. Наглядные пособия:

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ**Структура занятия**

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1, 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5
Использованные НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии. 2 минуты
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, связь с другими предметами и будущей профессией	Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты
3.	Изучение нового материала. Используя компьютерную презентацию преподаватель рассказывает обучающимся новый материал по плану: Введение. 1. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы 2. Беременность и заболевания мочевыделительной системы 3. Беременность и заболевания крови 4. Беременность и сахарный диабет 5. Беременность и заболевания щитовидной железы 6. Беременность и вирусные гепатиты. 7. Туберкулёз и беременность	Цель: формирование знаний по новой теме. В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради. 75 минут
4.	Инструктаж домашнего задания Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, Работа с конспектом лекций, Интернет-источниками Учебник стр. 174-177. стр 237-345, 249-256	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку. 5 минут
5.	Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.	Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 5 мин.

Тема 13. Сестринский уход за беременной с экстрагенитальной патологией

План.

Введение.

1. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы
2. Беременность и заболевания мочевыделительной системы
3. Беременность и заболевания крови
4. Беременность и сахарный диабет
5. Беременность и заболевания щитовидной железы
6. Беременность и вирусные гепатиты.
7. Туберкулез и беременность

Введение. Беременность довольно часто сочетается с различными видами экстрагенитальной патологии. Медицинская сестра обязана знать особенности ухода за беременной, роженицей и родильницей с экстрагенитальной патологией, уметь выполнять назначения врача, оказать доврачебную помощь при неотложной ситуации. Она должна помнить о том, что именно на фоне экстрагенитальной патологии наблюдаются наиболее тяжелые акушерские осложнения.

Необходимо помнить о возникающих психологических проблемах: беременные с экстрагенитальной патологией, зная о своем заболевании, опасаются осложнений для себя и ребенка и в то же время боятся предложения прерывания беременности, противятся госпитализации, отказываются от лекарственных назначений из-за опасения воздействия на плод. Женщины с экстрагенитальной патологией имеют тенденцию поздно вставать на учет, нерегулярно посещать врача, уклоняться от госпитализации. Мед сестра должна следить за выполнением назначений, в том числе госпитализации, помогать осуществлению тактики, выбранной врачами, объяснять женщине целесообразность выбранной тактики, морально ее поддерживать.

1. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы

Даже при нормально протекающей беременности происходят существенные изменения в системе кровообращения: увеличивается объем циркулирующей крови (ОЦК), учащается сердцебиение, наблюдаются тенденция к гипотонии в первом триместре и гипертензии в последнем триместре, венозный застой в нижней половине туловища и нижних конечностях. У женщины с сердечно-сосудистой патологией вышеперечисленные изменения могут быть и до беременности, возможно, что она как-то приспособилась к патологическим изменениям, которые в условиях стабильности относительно компенсированы. Однако беременность приносит чрезмерную нагрузку и постоянные изменения, которые наступают довольно быстрыми темпами. В таких условиях дополнительная нагрузка может привести к декомпенсации сердечной деятельности и нарушению кровообращения.

В I триместре эти изменения могут быть еще мало выражены, поэтому в этот период многие беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями не очень серьезно относятся к предложенной госпитализации, лечению и отказываются от прерывания беременности.

Беременность противопоказана в случае следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь 2Б и 3-й стадии, декомпенсированные и субкомпенсированные пороки сердца, ревматизм в активной фазе, недостаточность кровообращения.

Во II и особенно в III триместре беременности вероятность осложнений увеличивается, поэтому проводится профилактическая дородовая госпитализация в специализированный родильный дом. Во время беременности часто возникают такие осложнения, как невынашивание, плацентарная недостаточность, поздний гестоз,

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотрофия и гипоксия плода.

В родах осложнения еще более вероятны в связи с эмоциональным напряжением, физической работой, выработкой сокращающих средств и болевыми ощущениями. В послеродовом периоде резкое изменение гемодинамики может вызвать декомпенсацию сердечной деятельности. Выбор метода родоразрешения делается врачом-акушером совместно с кардиологами и согласовывается с женщиной. У женщин из группы высокого риска проводится досрочное родоразрешение, предпочтение отдается оперативному. При родоразрешении через естественные родовые пути проводится хорошее обезболивание, постоянный контроль за гемодинамикой, вводятся средства для коррекции нарушений гемодинамики. Рекомендуется укорочение второго периода родов, а при выраженных осложнениях исключение потуг при помощи акушерских щипцов. В послеродовом периоде при тяжелой патологии лактация противопоказана, высок процент осложнений (сердечная недостаточность, тромбоэмболия).

Количество осложнений меньше, если у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями беременность планируется и разрешается только после консультаций со специалистами. Консультирование по поводу методов контрацепции у таких больных должен проводить врач. Им категорически противопоказаны КОК. При тяжелых видах сердечной патологии рекомендуется проведение стерилизации.

При активной фазе ревматизма и частых обострениях беременность абсолютно противопоказана. Беременность особенно опасна на фоне сформировавшихся пороках сердечных клапанов и нарушениях кровообращения и свертываемости. Во время беременности у женщины с ревматизмом в анамнезе проводятся те же предосторожности, что и при пороках сердца. Необходимо чаще проводить термометрию, клинический анализ крови, пробу на С-реактивный белок. С профилактической целью во время беременности проводится антибактериальная терапия, назначаются салицилаты, при высоком риске тромбоэмболических осложнений - гепарин или другие антикоагулянты

Течение и ведение беременности и родов при оперированном сердце зависит от вида патологии и произведенной операции. В последние годы в связи с развитием кардиохирургии чаще обращаются беременные с искусственными клапанами сердца, кардиостимуляторами и после других видов оперативных вмешательств.

Все эти женщины должны решать вопрос о планировании беременности, а во время беременности наблюдаться в специализированной акушерской клинике. В некоторых случаях беременность категорически противопоказана и необходимо со всей ответственностью помогать врачу убедить в этом и женщину, и ее родственников.

Течение и ведение беременности и родов при гипертонической болезни

Беременность абсолютно противопоказана при 2Б и 3-й стадиях гипертонической болезни, т. е. тогда, когда, помимо стойкого повышения артериального давления, имеются явления гипертрофии левого желудочка, ангиопатии сетчатки, ишемической болезни сердца, нарушения мозгового кровообращения, сердечной недостаточности, хронической почечной недостаточности и других тяжелых осложнений. В этом случае могут быть самые тяжелые и даже смертельные осложнения у матери. Задачей медсестры в этом случае является помощь в подготовке беременной к прерыванию беременности по медицинским показаниям, проведение ухода в послеоперационном периоде в соответствии с рекомендациями и назначениями врача, проведение психопрофилактической работы.

При первой стадии гипертонической болезни имеется довольно стойкое повышение артериального давления, но нет других вышеперечисленных тяжелых осложнений. Обычно женщины уже имеют опыт применения гипотензивных средств,

если повышение артериального давления наблюдалось еще до беременности, часто это заболевание имеет наследственную предрасположенность.

Показана плановая госпитализация в 12 недель, 28-32 недели и за 2-3 недели до родоразрешения, а также в случае любых осложнений. В I триместре довольно часто бывает снижение артериального давления по сравнению с исходным, но зато в III триместре артериальное давление повышается выше обычных величин. Могут возникать такие осложнения, как угроза невынашивания, плацентарная недостаточность, поздний гестоз. При отсутствии осложнений родоразрешение может быть через естественные родовые пути с укорочением второго периода, обязательной профилактикой гипоксии плода и кровотечения. Процент оперативных вмешательств в связи с повышением артериального давления становится более высоким, причем если раньше предпочтение отдавалось операции наложения акушерских щипцов, то в последние годы чаще применяют кесарево сечение.

Во время беременности, помимо традиционных для акушерской практики гипотензивных препаратов, применяются антагонисты кальция (коринфар, нифедипин, фенигидин). Во время родов в целях снижения артериального давления и для обезболивания применяется клофелин, спазмолитики. К популярным в настоящее время для лечения гипертонической болезни ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (энап, эналаприл, каптоприл и др.) в акушерской практике относятся с осторожностью. Необходимы исследования влияния этих препаратов на состояние плода.

2. Беременность и заболевания мочевыделительной системы

Заболевания почек и мочевого пузыря во время беременности возникают довольно часто и составляют от 15 до 30 %. Это обусловлено распространением заболеваний моче-выводящих путей и провоцирующими факторами во время беременности (сдавление мочевого пузыря и почек, большая нагрузка, интенсивный обмен, расширение почечных лоханок, ухудшение кровообращения и т. д.). Наиболее часто у беременных встречается пиелонефрит и цистит, реже гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, почечная колика. Особенно нежелательно возникновение беременности у женщин с одной почкой, при почечной недостаточности.

Беременность при пиелонефрите. Во время беременности часто происходит обострение ранее имевшегося пиелонефрита (указание на это можно найти в анамнезе; даже если женщина не знала о своем заболевании, она может рассказать о симптомах перенесенного заболевания или осложнения после ангины, гриппа или скарлатины). Бывают случаи, когда пиелонефрит возник впервые во время беременности (так называемый гестационный пиелонефрит).

Развитию пиелонефрита часто способствует нефроптоз и развившийся на его фоне гидронефроз, который может усугубляться во время беременности. Пиелонефрит очень часто развивается и в послеродовом периоде.

Клиника пиелонефрита достаточно проста: боли в пояснице, болезненность в случае поколачивания по пояснице, дизурические явления (болезненное и учащенное мочеиспускание, изменение качества и количества мочи), повышение температуры, озноб, ухудшение самочувствия, ломота, головная боль. Чаще бывают субклинические проявления.

Осложнением этого заболевания могут быть: многоводие, болезни плода, замершая беременность, невынашивание, гестоз, послеродовые инфекционные осложнения, септические осложнения. Диагноз ставится на основании клиники и лабораторных исследований. В клиническом анализе мочи наблюдается лейкоцитурия, пиурия, бактериурия. Для уточнения диагноза и вида возбудителя проводится посев мочи. Назначаются исследование мочи по методу Нечипоренко, проба Зимницкого, Аддис-Каковского.

Лечение назначается врачом. Диета рекомендуется с ограничением острой и соленой пищи. В основе лекарственной терапии антибиотики и уроантисептики. Медсестра должна быть знакома со средствами, применяемыми для лечения пиелонефрита, в том числе и у беременных. Применяют антибиотики, например цефалоспорины, ампицилин, монурал. Часто назначаются нитрофурановые уроантисептики: фурагин, фурадонин, производные оксихинолина нитроксолин, или 5-нОк, производные нафти-ридина (невиграмон). Назначения корректируются с учетом результатов посева мочи.

В I триместре назначение любых антибактериальных препаратов может вызвать нарушения у эмбриона. Кроме антибактериальных средств, назначают: мочегонные; средства, улучшающие кровообращение; витамины; препараты, улучшающие иммунные процессы. Очень популярны народные средства, обладающие слабым антибактериальным и мочегонным действием: отвар или настой листьев толокнянки ("медвежьих ушек") или брусники, брусничный или клюквенный морс.

Гломерулонефрит (более редкое заболевание по сравнению с пиелонефритом) встречается и у беременных реже. Однако это заболевание во время беременности имеет тенденцию к обострению и приводит к множеству осложнений. Для гломерулонефрита характерны глубокие изменения структуры и функции почек, в связи с этим в анализе мочи обнаруживается белок, цилиндры. Имеются нарушения диуреза, часто бывает гипертензия. На фоне заболеваний почек, особенно при гломерулонефрите, развивается гестоз, что осложняет течение беременности и часто приводит к необходимости досрочного прерывания беременности.

Особенно осторожно нужно отнестись к решению вопроса о ведении беременной с одной почкой, трансплантированной почкой, почечной недостаточностью, так как в этом случае нарушения развиваются значительно быстрее. Акушерка не имеет права самостоятельно наблюдать таких беременных, а врач консультируется с урологом и нефрологом.

Мочекаменная болезнь

Данная патология встречается у 0,1-0,2% беременных и родильниц. В развитии МКБ играют роль: изменение фосфорно-кальциевого обмена, нарушение обмена мочевиной и щавелевой кислоты, расширение мочеточников и лоханок, снижение их тонуса, затруднение оттока и повышение концентрации мочи - все это способствует образованию камней. Большая роль принадлежит инфекции. Хронический пиелонефрит осложняется мочекаменной болезнью у 85% беременных, у 80% к мочекаменной болезни присоединяется пиелонефрит. Изменения уродинамики и гипертрофия мочеточников предрасполагают к продвижению камней, поэтому течение мочекаменной болезни при беременности ухудшается. Нередко заболевание впервые обнаруживают во время беременности.

3. Беременность и заболевания крови

Наиболее распространенное заболевание крови - **анемия**. Если считать умеренные формы патологии, то она бывает почти у 30 % беременных. Причины: плохое питание (недостаточное потребление продуктов, содержащих железо, недостаток белковой пищи, витаминов); чрезмерные потребности в железе во время беременности; эндокринные и иммунные изменения во время беременности; заболевания желудка, обменные нарушения, которые существовали еще до беременности. В целях профилактики рекомендуется белково-витаминная диета, включающая мясо, печень. Контроль концентрации железа в крови проводится не реже трех раз за беременность и чаще, если в этом есть необходимость. При тенденции к снижению гемоглобина с профилактической целью назначают препараты железа и фолиевую кислоту, при выраженной анемии – в больших дозах препараты, содержащие железо, для приема внутрь: ферроплекс, феррум Лек, сорбифер, гемостимулин,

фенюльс и др. Внутримышечные препараты очень долго рассасываются, могут стать причиной абсцессов.

У женщин с анемией часто бывают гестозы, гипоксия и гипотрофия плода, кровотечения в родах и нарушения свертываемости.

Лейкоз (наиболее тяжелое заболевание крови) бывает очень редко, прогноз крайне неблагоприятный.

4. Беременность и сахарный диабет

При сочетании диабета и беременности возникают тяжелые осложнения для матери и для плода. Беременную с такой патологией обязательно должен вести врач-акушер вместе с врачом-эндокринологом. Медицинские сестры проводят уход и выполняют назначения врача в условиях стационара, оказывают доврачебную помощь в неотложной ситуации.

Различают три основных вида сахарного диабета:

1. Сахарный диабет 1-го типа, инсулинозависимый, развивается с раннего возраста. Обычно к моменту беременности у женщин с сахарным диабетом этого типа уже имеются осложнения данного заболевания: нефропатия, ангиопатия сетчатки или др. В связи с этим во время беременности легко присоединяются: тяжелый гестоз и его осложнения, коматозные состояния, невынашивание, многоводие, антенатальная гибель плода, макросомия плода (крупный плод может быть даже при преждевременных родах). Выше процент оперативных вмешательств, послеродовых и послеоперационных осложнений.

У новорожденного проявляется гипогликемия, поэтому сразу же после рождения берется кровь на сахар из пуповины, а новорожденному в сосуды пуповины вводится глюкоза. Ребенок матери с диабетом более розового цвета, с короткой толстой шейкой, выраженными пушковыми волосиками на спинке, с длинными волосиками на головке. Типичные осложнения - диабетическая фетопатия, при которой наблюдается кардиопатия, энцефалопатия, гипогликемия. Нередко бывают родовые травмы, в том числе переломы ключичек. У недоношенных, незрелых новорожденных наблюдается синдром дыхательных расстройств. Ребенок находится под наблюдением неонатологов, на искусственном вскармливании, в кювезе до улучшения состояния, после чего может быть переведен на естественное вскармливание.

Беременность при диабете 1-го типа, не рекомендуют, она может быть прервана по медицинским показаниям. Однако многие женщины настаивают на продолжении беременности, в этом случае проводятся все меры по профилактике осложнений. Результаты лучше в случаях, когда беременность планируется и согласовывается с эндокринологами.

Необходимо ежедневное определение уровня сахара (4 раза в течение суток) для коррекции дозы инсулина, более перспективно проведение постоянного мониторинга. Плановые профилактические госпитализации и своевременное лечение в случае осложнений.

Больные этого типа обычно имеют опыт определения сахара в крови и моче, введения инсулина, осведомлены о возможных осложнениях, дисциплинированы в плане обследования и лечения, соглашаются на госпитализацию. Лечение на родоразрешении и родоразрешение проводятся в специализированных родильных домах и клиниках.

2. Сахарный диабет 2-го типа инсулиннезависимый, начавшийся в более позднем возрасте, протекающий в более легкой форме, дающий меньше осложнений во время беременности. Но в этом случае требуются те же меры предосторожности для профилактики осложнений.

3. Выделяют еще так называемый гестационный диабет, когда наблюдается нарушение утилизации глюкозы только во время беременности.

Первые недели беременности. Течение сахарного диабета у большинства беременных остается без изменений, или наблюдают улучшение толерантности к углеводам (эстрогены), что стимулирует выделение инсулина поджелудочной железой. В свою очередь, улучшено периферическое усвоение глюкозы. Это сопровождается снижением уровня гликемии, появлением у беременных гипогликемии, которое требует снижения дозы инсулина.

Вторая половина беременности. ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, повышается глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение инсулина.

К концу беременности вновь улучшается толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и дозы вводимого инсулина.

В родах у беременных сахарным диабетом возможна, как высокая гипергликемия, состояние ацидоза, так и гипогликемическое состояние.

В первые дни послеродового периода уровень гликемии падает, в дальнейшем к 4-5 дню нарастает.

При условии специализированного наблюдения за страдающими сахарным диабетом беременных перинатальная смертность детей резко снижается и достигает 15%. Сегодня во многих клиниках эта цифра не превышает 7-8%.

Период новорожденности у потомства больных сахарным диабетом отличает замедление и неполноценность процессов адаптации к условиям внеутробного существования, что проявляется вялостью, гипотонией и гипорефлексией ребенка, неустойчивостью показателей его гемодинамики, замедленным восстановлением веса, повышенной склонностью к тяжелым респираторным расстройствам. Одним из главных условий ведения беременных, страдающих сахарным диабетом, является компенсация сахарного диабета. Инсулинотерапия при беременности обязательна даже при самых легких формах сахарного диабета.

Основные рекомендации по ведению беременных с сахарным диабетом.

1. Раннее выявление среди беременных скрыто протекающих и клинически явных форм сахарного диабета.
2. Планирование семьи у больных сахарным диабетом:
 - своевременное определение степени риска для решения вопроса о целесообразности сохранения беременности;
 - планирование беременности у больных сахарным диабетом женщин;
 - строгая компенсация сахарного диабета до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовом периоде;
 - профилактика и лечение осложнений беременности;
 - выбор срока и метода родоразрешения;
 - проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных;
 - дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения. У беременных с сахарным диабетом целесообразны три плановые госпитализации в стационар:

1-ая госпитализация - в ранние сроки беременности для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, проведения профилактического лечения, компенсации сахарного диабета.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете

- Наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании (ретинопатия, нефропатия), осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.
- Наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета.
- Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей.
- Сочетание сахарного диабета и резус-сенсбилизации матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода
- Сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса.

Вопрос о возможности беременности, ее сохранение или необходимости прерывания решают консультативно при участии врачей акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока 12 недель.

II-ая госпитализация в стационар при сроке 21-25 недель в связи с ухудшением течения сахарного диабета и появлением осложнений беременности, что требует проведения соответствующего лечения и тщательной коррекции дозы инсулина.

III-я госпитализация при сроке 34-35 недель для тщательного наблюдения за плодом, лечения акушерских и диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения.

Необходимо: строжайшее наблюдение за динамикой веса, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичное соблюдение режима самой беременной.

Нарастание различных осложнений к концу беременности (фето-плацентарная недостаточность, поздний гестоз и др.) диктует необходимость родоразрешения в 37-38 недель.

5. Беременность и заболевания щитовидной железы

Заболевания щитовидной железы являются очень распространенными и встречаются, по данным разных авторов, у 15-40 % женщин. Для решения вопроса о ведении беременности необходимо получить консультацию эндокринолога и его рекомендации. При стертых формах заболевания, а также у женщин, недостаточно уделявших внимание своему здоровью, нарушение функции щитовидной железы впервые выявляется во время беременности.

Во время нормальной беременности функция щитовидной железы активизируется. Функция щитовидной железы связана с необходимым количеством йода, считается, что суточная потребность йода во время беременности - от 150 до 200 мкг. Во время беременности увеличивается поглощение йода щитовидной железой и выведение йода с мочой.

При недостаточной или повышенной функции щитовидной железы, так же как и при недостаточном или избыточном потреблении йода во время беременности, еще в большей степени проявляются нарушения у женщины и у внутриутробного плода. Возникают пороки развития плода, замершая беременность, выкидыши, преждевременные роды, ухудшение течения заболевания.

6. Беременность и вирусные гепатиты

У беременных вирусные гепатиты протекают тяжелее, чем у не беременных и представляют серьезную опасность для матери и плода. Беременных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска.

Искусственное прерывание беременности противопоказано в острой стадии всех вирусных гепатитов.

ВГА – фекально-оральный путь передачи; ВГВ – парентеральный путь передачи.

При угрозе прерывания следует проводить терапию, направленную на сохранение беременности. В сроке до 12 недель по желанию женщины можно произвести аборт в конце желтушной стадии. Во всех других случаях прерывание беременности проводят по жизненным показателям: кровотечение при отслойке плаценты, угроза разрыва матки. Невынашивание беременности при гепатитах наблюдают до 30%. Наиболее тяжелым осложнением, по мнению многих авторов, является материнская летальность (доходящая в период эпидемий до 17%) и кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах (3-5%).

Гепатоспленомегалия, потемнение мочи, обесцвечивание кала, очень интенсивный зуд, высокие показатели билирубина, аминотрансфераз, снижение протромбина, снижение сулемовой пробы. Однако следует отметить, что отифференцировать ВГА и ВГВ по клинике и биохимическим данным невозможно, но течение ВГА обычно тяжелее, возможно осложнение - острая печеночная недостаточность. Если при ВГА у беременных, ребенок не подвержен инфицированию (ВГА перинатально не передается), то при ВГВ может происходить заражение плода во время родов через кожу плода, в результате заглатывания и аспирации околоплодных вод. Риск внутриутробного заражения составляет 25-50%.

При заболевании беременной ВГ в ранние сроки беременности могут возникнуть повреждения плода (уродства, аномалии развития), а при заболевании во II и III триместрах - мертворождения.

При тяжелых формах ВГ спонтанное прерывание беременности может привести к ухудшению течения ВГ вплоть до развития комы и гибели больной.

Для предупреждения заражения новорожденных все беременные должны быть обследованы на наличие HBsAg на ранних сроках и в 32 недели беременности. Роды у рожениц с острым вирусным гепатитом В проводят в специализированных инфекционных стационарах. Беременные с хроническим гепатитом В и носительницы HBsAg должны рожать в специализированных отделениях роддомов со строгим соблюдением противоэпидемиологических мероприятий.

7. Туберкулёз и беременность

В настоящее время сохранение беременности возможно у большинства женщин больных туберкулезом при систематическом наблюдении и лечении в туберкулезном диспансере и стационаре. Своевременное распознавание и систематическое лечение позволяет сохранить беременность у больных со свежесформированными мелкоочаговыми процессами и ограниченными фиброзно-очаговыми образованиями, а также гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких.

Прерывание беременности при ТБС показано при:

- Фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, который возникает в результате прогрессирующего течения любой формы ТБС с образованием каверны.
- Активной форме туберкулеза позвоночника, таза, особенно с образованием абсцесса или фистулы; при туберкулезе тазобедренного, коленного, голеностопного суставов.
- Двухстороннем, далеко зашедшем туберкулезе почек.

При наличии показаний прерывание беременности следует производить в ранние сроки (до 12 недель). Прерывание беременности в более поздние сроки не целесообразно и, как правило, способствует обострению и прогрессированию туберкулезного процесса.

При выявлении ТБС у беременных и возможности сохранить беременность необходимо начать комплексную специфическую терапию. Плановую госпитализацию при туберкулезе проводят три раза. В первые 12 недель беременности, 30-36 и 36-40

нед. лечение проводят в стационаре, в остальные месяцы беременности - в туберкулезном диспансере.

Сестринский процесс при работе с беременными пациентками, у которых обнаружена экстрагенитальная патология, включает: сбор информации о пациентке, выявление проблем и постановку сестринского диагноза, составление плана сестринского вмешательства, организацию ухода за пациенткой, оценку ухода и его коррекцию при необходимости.

Обязательным является проведение бесед с беременными, информирование пациентки о правильной подготовке к исследованиям и подготовке к сдаче анализов. Зависимое сестринское вмешательство – выполнение врачебных назначений.

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Патология родов

Методическая разработка теоретического занятия № 14 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Саянск

2017

73

Учебно-методическая карта (план) занятия № 14

УД/ПМ ПМ 02. МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

(наименование)

Группа	Дата
3а	

Тема занятия: Патология родов

Время: 90 минут

Вид занятия: теоретическое

Тип занятия: лекция

Цель занятия

Учебная: сформировать у обучающихся знания о патологии родов.

Развивающая: способствовать развитию внимания, наблюдательности, познавательного интереса к теме занятия.

Воспитательная: способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- аномалии положения плода;
- патологию околоплодной среды;
- основную патологию в родах.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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

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

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ.04.ТОМУ, ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий.

ОП 03. Основы патологии, ОП 05. Гигиена и экология человека, ОП 09. Психология, МДК 01.01

Здоровый человек и его окружение, ОП.07. Фармакология

Обеспечиваемые – ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

А. Наглядные пособия:

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элеме	1, 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4, 5
Используй вание НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии. 2 минуты
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, связь с другими предметами и будущей профессией	Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты
3.	Изучение нового материала. Используя компьютерную презентацию преподаватель рассказывает обучающимся новый материал по плану: План. 1. Аномалии положения плода 2. Многоплодная беременность 3. Патология околоплодной среды (маловодие, мноводие) 4. Тазовые предлежаия плода 5. Узкий таз 6. Предлежание плаценты 7. Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты	Цель: формирование знаний по новой теме. 75 минут В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради.
4.	Инструктаж домашнего задания Работа с конспектом лекций, интернет-источниками. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, стр. 173-174,;177-187	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку. 5 минут
5.	Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.	Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 5 мин..

Тема 14. Патология родов

План.

1. Аномалии положения плода
2. Многоплодная беременность
3. Патология околоплодной среды (маловодие, мноводие)
4. Тазовые предлежания плода
5. Узкий таз
6. Предлежание плаценты
7. Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

1. Аномалии положения плода

Положение плода называют правильным, когда ось (длинник) плода совпадает с осью матки. Если ось плода пересекает ось матки под каким-либо углом, возникает неправильное положение плода, при котором течение родов становится опасным для матери и плода. К неправильным положениям относят поперечное и косое положения плода.

Поперечным положением плода называют такое положение плода, когда его ось пересекает ось матки под прямым углом.

Косым положением плода называют такое положение плода, когда его ось пересекает ось матки под острым углом.

Практически важным является то, что при поперечном положении плода обе его крупные части располагаются выше гребней подвздошных костей, а при косом – одна из крупных частей плода расположена в подвздошной ямке, т.е. ниже гребня подвздошной кости. Позицию плода при поперечном и косом положении определяют по головке плода: если она находится слева, то это - первая позиция, если справа – вторая позиция. Вид плода определяют по спинке.

Этиология. Пониженная возбудимость матки, недостаточность брюшного пресса, пространственное несоответствие полости матки и размеров плода.

Диагностика. При поперечном положении живот имеет шарообразную форму, головка плода или ягодицы располагаются в боковых отделах матки, предлежащей части над входом в малый таз нет.

Возможны осложнения: дородовое излитие околоплодных вод, выпадение мелких частей плода и пуповины, аномалии родовых сил, гипоксия плода, запущенное поперечное положение плода, эндометрит в родах, разрыв матки

Ведение родов: при живом плоде – кесарево сечение, при мертвом плоде – плодоразрушающая операция

Профилактика: гимнастика во время беременности для исправления неправильного положения плода (каждый день попеременно лежать по 10 мин то на одном до на другом боку, не менее 6 раз), госпитализация в родильное отделение в 34-35 недель беременности.

2. Многоплодная беременность

Многоплодной называют беременность двумя или большим количеством плодов. При наличии беременности двумя плодами говорят о двойне, тремя - о тройне и т.д. Каждый из плодов при многоплодной беременности называется близнецом. Роды двойней встречаются один раз на 87 родов, тройней - один раз на 87^2 (6400) двоен, четверней - один раз на 87^3 (51200) троен и т.д. (согласно формуле Галлина).

Причины многоплодной беременности недостаточно изучены. Доказано, что в одном яичнике могут созревать два фолликула и более. Кроме того, овуляция может происходить одновременно в обоих яичниках. В пользу перечисленных возможностей говорят факты обнаружения во время операции по поводу трубной беременности в

одном и том же яичнике двух цветущих желтых тел или в каждом из яичников по одному цветущему желтому телу. Кроме того, в одной фолликуле может быть две и более яйцеклетки. Причиной многоплодной беременности может стать оплодотворение спермой разных партнеров, оплодотворение на фоне уже существующей беременности, индуцированная беременность. Двойни, образовавшиеся от оплодотворения двух яйцеклеток, называются двуяйцевыми, однойцевая двойня возникает в результате атипического дробления яйца. Там, где разделение яйца происходит полностью, образуется два совершенно одинаковых близнеца. Такие двойни называются однойцевыми. Однойцевые двойни встречаются гораздо реже, чем двуяйцевые (1:10). Если при полном разделении яйца оба зачатка расположены в матке на достаточном расстоянии друг от друга, то развивающиеся из них зародыши образуют каждый для себя отдельный амнион и остаются обособленными - биамниотическая двойня. Если оба амниональных мешка заключены в один общий для обоих близнецов хорион, а перегородка между ними состоит из двух оболочек (двух амнионов), то такие двойни называются монохориальными. Плацента у них общая. Если оба зачатка лежат рядом, это приводит к образованию одной общей для обеих амниотической полости (моноамниотическая двойня). Однойцевые близнецы всегда однополы - или оба мальчика, или обе девочки, они похожи друг на друга, группа крови у них всегда одинаковая.

Течение и ведение многоплодной беременности

При многоплодной беременности, из-за большой нагрузки на организм, женщины отмечают раннюю утомляемость, одышку, нарушение мочеиспускания, запоры. Частыми и ранними *осложнениями* беременности являются преждевременные роды (50% случаев), токсикозы и гестозы, варикозная болезнь, многоводие, низкая масса и незрелость плодов, гибель одного из плодов. В некоторых случаях многоводие в одной полости может сопутствовать маловодию в другой.

Распознавание многоплодной беременности в первые месяцы довольно затруднено и становится легче во второй половине беременности. Обращают внимание на несоответствие размеров матки сроку беременности. При пальпации определяют много мелких частей, две головки, две спинки. При аускультации - две или более точек определения сердцебиения плода и зоны молчания между ними. Высота стояния дна матки больше, чем при одноплодной беременности в эти же сроки. При измерении длины плода тазомером - большая длина плода при небольшой головке. Наиболее достоверным диагностическим методом является УЗИ.

В подавляющем большинстве двоен (88,0%) оба плода находятся в продольном положении и занимают одну правую, другой - левую половину матки. Чаще всего оба плода предлежат головкой (45,0 %). Возможны другие варианты расположения плодов в матке. Один плод может быть в головном предлежании, второй - в тазовом (43,0%). Оба плода - в тазовом предлежании (6,0%). Один плод - в продольном, другой - в поперечном положении (5,5%), или оба плода - в поперечном положении (0,5%). Врачебное наблюдение беременных с многоплодием осуществляют с учетом возможных осложнений, выделяя их в группу риска по развитию перинатальной патологии.

Течение и ведение родов

При малейшем отклонении от нормального течения беременности показана обязательная госпитализация. Повторную госпитализацию в родоразрешительное отделение осуществляют за 2-3 недели до срока родов, целью которой является обследование беременной и определение срока и метода родоразрешения.

Осложнения: Большинство родов наступает преждевременно, масса новорожденных меньше 2500 г, возможны тазовые и поперечные положения второго плода. Частое несвоевременное излитие околоплодных вод может сопровождаться

выпадением мелких частей плода и пуповины, чему способствуют тазовое и поперечное положения и небольшие размеры плода.

В период раскрытия развивается слабость родовых сил, происходит преждевременное излитие околоплодных вод, поэтому период раскрытия затягивается.

Период изгнания также может затягиваться из-за развития аномалий родовой деятельности. Затянувшиеся роды представляет опасность для матери (кровотечения, инфекция) и плода (гипоксия).

Отслойка плаценты до рождения второго плода приводит к его внутриутробной смерти. Могут быть поперечное положение второго плода, коллизия близнецов (сцепление двух крупных частей тела), кровотечение в третьем периоде родов, в раннем послеродовом периоде, задержка инволюции матки и инфекционные заболевания.

В периоде раскрытия надо внимательно следить за состоянием роженицы и плодов. Если имеется многоводие, показано вскрытие плодного пузыря при открытии шейки матки на 4 см и медленное выведение вод (в течение 1-2 часов).

В целях снижения осложнений родов при многоплодии и перинатальной смертности второго плода в настоящее время рекомендуют **производить вскрытие плодного пузыря второго плода сразу после рождения первого плода**, и тотчас начинать внутривенное капельное введение 5 ед. окситоцина на 5 % растворе глюкозы с целью ускорения II периода родов до отделения плаценты.

Особенно опасны III период родов и ранний послеродовый период развитием кровотечения. После рождения последа производят тщательный осмотр его для выяснения целостности долек и оболочек и вида двойни (одно- или двуяйцовая).

В послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение за родильницей, профилактика субинволюции матки.

Перинатальная смертность при многоплодии в 2 раза чаще, чем при родах одним плодом. Поэтому в современном акушерстве существует тенденция к расширению показаний к абдоминальному родоразрешению в интересах плодов. Показаниями к кесареву сечению, связанными с многоводием, считают тройню, поперечное положение обоих или одного из плодов, тазовое предлежание обоих плодов или первого из них, и не связанные с многоводием – гипоксия плода, аномалии родовой деятельности, выпадение пуповины, экстрагенитальная патология матери, тяжелые гестозы, предлежание и отслойка плаценты.

Профилактика осложнений при многоплодии – это профилактика осложнений во время беременности.

3. Патология околоплодной среды (маловодие, мноводие)

Маловодие (олигогидрамнион) – это состояние, при котором имеет место малое количество вод, т. е. менее 0,5 л; или полное их отсутствие – ангидрамнион, встречается в 0,3-0,4% всех родов. При врожденных пороках развития у плодов встречается в 10 раз чаще.

Этиология и патогенез. Наиболее часто маловодие сочетается с пороками развития плода.

Часто маловодие возникает на фоне гипертонической болезни, причем частота развития маловодия и степень ее тяжести зависят от длительности течения сосудистой патологии и степени ее компенсации. При гипертонической болезни выраженное маловодие сочетается с задержкой внутриутробного роста плода. Инфекционно-воспалительные заболевания матери как причина маловодия составляют 40%.

Причины маловодия следующие: инфекционно-воспалительные экстрагенитальные и генитальные заболевания матери, нарушение обменных процессов (ожирение), органические аномалии мочевыделительной системы плода, фетоплацентарная недостаточность. Патогенез маловодия – недостаточное развитие эпителия амниона или пониженная его функция.

Течение и ведение беременности Тактика ведения беременности и исход родов зависят от времени возникновения и степени выраженности маловодия. Наиболее плохим прогностическим признаком для плода является развитие маловодия во II триместре беременности и начале III триместра в сочетании с задержкой развития плода, в связи с чем, решают вопрос о целесообразности пролонгирования беременности.

При маловодии, развившемся в III триместре беременности, без нарушения роста плода возможен благоприятный исход родов, оправданно родоразрешение в 37-38 недель беременности.

Многоводие (гидрамнион) - патологическое состояние, характеризующееся наличием избыточного количества околоплодных вод в амниотической полости (свыше 1,5 л). Встречается в 0,3-0,6% всех родов.

Этиология и патогенез. Многоводие может развиваться у беременных, страдающих сахарным диабетом, заболеваниями почек, сердечно-сосудистыми заболеваниями, после инфекционных заболеваний во время беременности, вследствие иммунологической несовместимости крови матери и плода. Многоводие развивается при нарушении секреторной и резорбционной функции амниона.

Течение беременности. Многоводие может быть острым и хроническим. При остром многоводии беременность, как правило, прерывается досрочно, плод гибнет (фетоплацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты) или рождается с пороками развития, возможна угроза или разрыв матки. При хроническом многоводии количество околоплодных вод увеличивается постепенно, прогноз беременности зависит от степени его выраженности и скорости нарастания. Возможно многоводие и при одной двойне.

Диагноз ставят на основании увеличения матки, несоответствия ее размеров (окружности живота, высоты стояния ее дна над лоном) сроку беременности. Матка становится тугоэластической консистенции, напряженная. Плод - подвижен, отмечают его неустойчивое положение, затрудненную пальпацию частей плода, приглушенное сердцебиение. Решающее значение при диагностике многоводия имеет УЗИ.

При многоводии чаще наблюдают различные осложнения беременности. Рвота бывает у 36%, преждевременное прерывание беременности – у 28,4% беременных. Неправильные положения и предлежания плода диагностируют у 6,5%, кровотечения – у 38,4% (при остром многоводии - 41,3%, при хроническом - 6,2%), поздние гестозы – у 5-20% беременных с многоводием. Кроме того, многоводие может прогрессировать и способствовать развитию фетоплацентарной недостаточности и, следовательно, хронической гипоксии и гибели плода.

Беременные с подозрением на многоводие должны быть госпитализированы для уточнения диагноза, лечения и, при наличии показаний, родоразрешения.

Осложнения: преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, выпадение мелких частей и пуповины, неправильные положения плода, его гипоксия.

В случае наличия пороков развития плода беременность прерывают по медицинским показаниям.

Профилактика. В женской консультации выделяют группу риска по возможности развития многоводия. В нее входят беременные, страдающие сахарным диабетом, хроническими инфекциями, Rh-отрицательной принадлежностью крови, уродствами плода в анамнезе, с двойней.

4. Тазовые предлежания плода

Роды при тазовом предлежании плода существенно отличаются от таковых при головном предлежании. Основным отличием является высокая перинатальная смертность, превышающая потерю детей при родах в головном предлежании в 4-5 раз.

Тазовое предлежание встречается в среднем в 3,5% всех родов. Общая частота заболеваемости новорожденных при родах в тазовом предлежании составляет 15-16%. При тазовых предлежаниях могут быть следующие варианты членорасположения плода:

- **чистоягодичное** предлежание, когда ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных суставах и прижимают ручки к туловищу плода,
- **смешанное** ягодичное предлежание (предлежат ягодичцы и стопы плода, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах - плод "сидит по-турецки"),
- **ножные** предлежания - полное (предлежат обе ножки) или неполное (предлежит одна ножка). Редко встречается коленное предлежание, которое может быть полным и неполным.

Этиология. Причинами возникновения тазовых предлежаний могут быть чрезмерная подвижность плода при недоношенной беременности, многоводии, ограниченная подвижность плода при многоплодной беременности, маловодии, предлежании плаценты, препятствиях к установлению головки во входе в таз при узком тазе, опухолях матки и ее придатков, пороках ее развития, когда имеет место несоответствие формы плода и формы матки.

Течение беременности и родов. Течение беременности при тазовых предлежаниях не отличается от течения беременности при головных предлежаниях. Роды при тазовом предлежании могут закончиться самопроизвольно, без осложнений. Однако течение родов при тазовом предлежании отличается от течения родов при головном предлежании рядом особенностей, которые могут оказаться опасными для плода, а иногда и для матери. Особенно неблагоприятны роды при тазовом предлежании для плода. Учитывая возможность развития осложнений в родах, все беременные с тазовым предлежанием должны быть госпитализированы в родильный дом за две недели до предполагаемого срока родов.

Осложнения: первичная и вторичная слабость родовой деятельности, раннее излитие околоплодных вод и, нередко, к *выпадению петли пуповины*. Длительное течение первого периода родов и безводного промежутка способствует развитию внутриутробного страдания плода. Серьезное осложнение - *преждевременное изгнание плода при недостаточно раскрывшемся маточном зеве*, когда ножки после излития околоплодных вод опускаются в родовые пути и энергично раздражают их стенки, усиливая этим родовую деятельность.

В результате более плотная и крупная часть плода - головка - не в состоянии пройти через недостаточно раскрытый или спазмированный шейный зев, что приводит к асфиксии и гибели плода, а при попытке извлечь задержавшуюся головку, кроме того, и к разрыву шейки матки или даже нижнего сегмента матки.

При прохождении головки по родовому каналу всегда имеет место прижатие петли пуповины головкой к стенкам таза. При задержке рождения головки это может привести к *внутричерепной травме плода, асфиксии и его гибели*. Кроме того, возможно развитие таких осложнений, как образование заднего вида и запрокидывание ручек. Длительное течение родов и длительный безводный промежуток способствуют развитию инфекции у матери и новорожденного.

Таким образом, при ведении родов в тазовом предлежании плода следует чаще прибегать к плановому или экстренному родоразрешению путем кесарева сечения. Акушерская или экстрагенитальная патология у беременных при тазовом предлежании являются основанием для выполнения планового кесарева сечения.

5. Узкий таз.

Понятие узкого таза включает в себя анатомически и клинически узкий таз. К *анатомически узким тазам* относятся такие, у которых один или несколько наружных размеров уменьшены на 1,5-2 см.

Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от его размера.

Этиология. Возможными причинами формирования анатомически узкого таза являются: нерациональное питание, частые острые и хронические заболевания в детстве и пубертатном возрасте, перенесенный рахит и заболевания позвоночника и суставов, травмы костей и сочленений таза, чрезмерные нагрузки и эмоциональные перегрузки в пре- и пубертатном возрасте и др. Частота узкого таза колеблется от 1% до 7,7%, что объясняют отсутствием единой классификации узкого таза и разными диагностическими возможностями. В последние десятилетия в нашей стране анатомически узкий таз встречается примерно в 3,5% случаев.

Течение родов. Течение родов при узком тазе может осложняться несвоевременным излитием околоплодных вод, выпадением пуповины и мелких частей плода, клиническим несоответствием головки плода и таза матери (клинически или функционально узкий таз), затяжным течением родов, внутриутробной гипоксией и травмой плода, инфекцией и т.д.

При анатомическом сужении таза 2 степени и более, а также при сочетании 1 степени сужения таза и крупных размеров плода, тазового предлежания плода, гидроцефалии и др. патологии беременной производят кесарево сечение в плановом порядке.

Признаки клинически узкого таза возможно диагностировать при открытии шейки матки более 7-8 см, отсутствии плодного пузыря, опорожненном мочевом пузыре и нормальной сократительной деятельности матки. Для клинически узкого таза характерна непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки.

Признак Вастена (определение клинически узкого таза) – ладонь руки положить на лонное сочленение, после чего смещать её в сторону живота роженицы. Если головка плода находится выше уровня ладони, то признак Вастена положительный и роды через естественные родовые пути невозможны.

6. Предлежание плаценты

Предлежанием плаценты называют прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки и отношение ее к внутреннему зеву. В России частота предлежаний плаценты составляет 0,5-0,8% от общего числа родов. Повышение частоты предлежания плаценты в последние десятилетия объясняют увеличением числа аборт и внутриматочных вмешательств. Кровотечение при предлежании плаценты может возникнуть в начале второй половины беременности, вследствие формирования нижнего сегмента. Чаще кровотечение наблюдают в последние недели беременности, когда начинают появляться сокращения матки. Наиболее часто кровотечение возникает во время родов. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты встречается в 34% случаев, во время родов - в 66%.

Степени предлежания плаценты

Полное (центральное) предлежание плаценты - внутренний зев полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании всюду определяется плацентарная ткань, плодные оболочки не пальпируют.

Неполное (частичное) предлежание плаценты - внутренний зев не полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании за внутренним зевом определяется плацента и околоплодные оболочки.

Низкое прикрепление плаценты - нижний край плаценты располагается на 7 см и менее от внутреннего зева, область внутреннего зева не захватывает и при влагалищном исследовании пальпации не доступен. Иногда можно пальпировать шероховатую поверхность плодных оболочек, что позволяет подозревать близкое расположение плаценты.

Этиология. Причины возникновения аномалий расположения плаценты окончательно не выяснены, однако их можно разделить на две группы:

- зависящие от состояния организма женщины,
- связанные с особенностями плодного яйца.

Хроническое воспаление эндометрия, рубцовые изменения в эндометрии после абортов, операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки и др.), миома матки, аномалии или недоразвитие матки, многократные роды, осложнения в послеродовом периоде. Предлежание плаценты у повторнородящих чаще (75%), чем у первородящих.

Клиника. Основным клиническим симптомом предлежания плаценты является **кровотечение**.

Кровотечения во время беременности появляются внезапно, без болевых ощущений, могут прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь. Чем ниже расположена плацента, тем раньше и обильнее бывает кровотечение.

При *полном предлежании* плаценты кровотечение часто появляется внезапно во время беременности, может быть обильным. Кровотечение может прекратиться на некоторое время, а может продолжаться в виде скудных кровяных выделений. В последние недели беременности, когда появляются предвестники родов, кровотечение возобновляется и/или усиливается.

Кровотечение впервые может возникнуть при начале родовой деятельности, с первыми схватками. Если во время беременности были незначительные кровяные выделения, то с первыми схватками кровотечение усиливается. Острая анемия развивается быстро.

В процессе родовой деятельности, когда происходит раскрытие маточного зева, плацента все более отслаивается, кровотечение усиливается.

При *неполном предлежании* плаценты кровотечение можно уменьшить и даже приостановить вскрытием плодного пузыря. После излития околоплодных вод предлежащая часть плода вставляется во вход в таз и прижимает отслоившуюся часть плаценты к стенке матки и таза.

В III периоде родов кровотечение может возобновиться, потому что плацентарная площадка располагается в нижнем сегменте матки, а его сократительная способность снижена.

Низкое прикрепление детского места является самой благоприятной ситуацией из всех видов патологического прикрепления плаценты. Кровотечение появляется в конце периода раскрытия и по силе значительно меньше, чем при других видах прикрепления плаценты. **Гипоксия плода** - второй основной симптом предлежания плаценты. Отслоившаяся часть плаценты не участвует в системе маточно-плацентарного кровообращения, поэтому степень гипоксии зависит от площади отслойки плаценты и ряда других факторов.

Диагностика. Диагноз предлежания плаценты не представляет трудностей. Он основан на следующих данных.

Анамнез. Кровотечение во второй половине беременности, как правило, связано с полным предлежанием детского места. Кровотечение в конце беременности или в начале первого периода родов чаще связано с неполным предлежанием плаценты, а в конце периода раскрытия с ее низким прикреплением. Перенесенные воспалительные заболевания матки, аборт могут явиться причиной предлежания плаценты.

В настоящее время для определения предлежания плаценты во время беременности и в родах используют *ультразвуковое сканирование*, позволяющее точно оценить степень предлежания плаценты, определить ее размеры, площадь и прогрессирование отслойки.

Кесарево сечение является абсолютным показанием при полном предлежании плаценты. Эту операцию нередко выполняют при неполном предлежании плаценты, когда имеется обильное кровотечение, угрожающее жизни матери при неподготовленных родовых путях, или оно не прекращается после амниотомии.

7. Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - это тяжелая акушерская патология, наблюдающаяся в 0,1-0,3% случаев. У многорожавших женщин эта патология возникает в два раза чаще, чем у первородящих.

Этиология. Причины отслойки нормально расположенной плаценты можно разделить на две группы: предрасполагающие к ПОНРП и непосредственно вызывающие ПОНРП.

К предрасполагающим причинам относят:

- Изменение сосудистой системы материнского организма. В спиральных артериях возникают тромбы, в межворсинчатом пространстве появляются отложения фибрина, что приводит к образованию белых и красных инфарктов плаценты. Большое количество этих инфарктов нарушает плацентарное кровообращение и вызывает преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Такие изменения наблюдают при тяжелых гестозах (нефропатия, эклампсия), гипертонической и гипотонической болезни, заболеваниях почек, пороках сердца, тиреотоксикозе, туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях.
- Воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними: эндомиометрит, подслизистые узлы миомы, пороки развития матки, гипо- и авитаминозы, перенашивание беременности.
- Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки увеличению размеров плацентарной площадки, что способствует увеличению и истончению самой плаценты (многоводие, многоплодие, крупный плод).

К причинам, непосредственно вызывающим ПОНРП относят:

- Непосредственную травму - падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование и пр.
- Косвенная травма - абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии.
- Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом сношении и др.

Патогенез ПОНРП можно объяснить разрывом сосудов, который приводит к нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве, кровотечению и образованию ретроплацентарной гематомы. Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается. Если участок отслойки плаценты небольшой, то после образования ретроплацентарной гематомы тромбируются маточные сосуды и сдавливаются ворсины. Дальнейшая отслойка плаценты прекращается, на месте отслойки образуются инфаркты и отложения солей, которые распознают при осмотре плаценты после родов.

При обширной отслойке плаценты возникает большое кровотечение. Если края плаценты связаны с маткой, ретроплацентарная гематома, увеличиваясь, смещается вместе с плацентой в сторону амниотической полости и при целом плодном пузыре повышает внутриматочное давление. Стенки матки растягиваются. Все слои стенки матки пропитываются кровью, которая попадает в околоплодную клетчатку и даже в брюшную полость при нарушении целостности серозной оболочки матки. Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее будет значительным.

Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, то кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение. Кровь может попадать и в околоплодные воды, когда нарушена целостность плодных оболочек, и повышать тем самым давление в амниотической жидкости, выражающееся в резком напряжении нижнего полюса плодного пузыря. Отслойка всей поверхности плаценты приводит к быстрой гибели плода.

При значительной ретроплацентарной гематоме стенка матки пропитывается (имбибируется) кровью, вследствие чего матка теряет сократительную способность, при этом повреждается мышца матки и даже серозный покров. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние матки получило название "*матка Кувелера*" (Couvellaire) по имени французского врача, описавшего в 1912 году два собственных наблюдения. На этом фоне нередко возникает ДВС-синдром.

Ведущими симптомами ПОНРП являются кровотечение и боли. Клинические проявления зависят от площади отслоения плаценты, величины и скорости кровотечения, реакции организма женщины на кровопотерю. Отслоение небольших участков плаценты клинически может не проявиться и об этом будут судить только после рождения последа.

Тяжелая клиническая картина возникает при отслойке более 50% плаценты. Отслойка значительной части плаценты возникает внезапно, на что указывают следующие симптомы:

Нарушение гемодинамики - падение АД, слабый, частый пульс, бледность кожных покровов.

Болевой синдром - боль вначале локализуется в месте отделившейся плаценты, а затем распространяется по поверхности всей матки, боль сильная, тупая, постоянная, появляется рвота.

Внутриутробная гипоксия или гибель плода.

Изменение консистенции и конфигурации матки - матка твердая, поверхность ее болезненная, выражено выпячивание матки в области отслойки плаценты, и эта поверхность имеет эластичную консистенцию.

Одновременно с симптомами внутреннего кровотечения появляется наружное кровотечение. Оно часто бывает незначительным и не может служить показателем тяжести процесса.

Диагноз ставят на основании анамнеза, указывающего на наличие предрасполагающих (часто гестоз) или непосредственно вызывающих причин и типичной клинической картины. Матка напряжена и между схватками не расслабляется. Сердцебиение плода учащается, затем становится редким, аритмичным. При отслойке более 1/3 плаценты сердцебиение плода не прослушивается.

В настоящее время своевременной диагностике ПОНРП помогают дополнительные методы исследования и, в первую очередь, ультразвуковое сканирование, показывающее площадь отслойки, ее прогрессирование и величину гематомы.

Лечение. При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения производят кесарево сечение. Если матка пропитана кровью, имеет темно-фиолетовую окраску, мышца ее дряблая, не реагирует на механические и

фармакологические факторы ("матка Кувелера"), то ее следует удалить. В случае развития ДВС-синдрома производят экстирпацию матки.

При полном или почти полном открытии шейки матки и мертвом плоде производят плодоразрушающую операцию - краниотомию.

В периоде изгнания, при наличии условий и живого плода, роды заканчивают наложением акушерских щипцов. При незначительной отслойке плаценты и мало выраженных симптомах при целом плодном пузыре производят амниотомию, которая замедляет или прекращает отслойку плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является серьезным и грозным осложнением беременности и родов. Своевременное распознавание этого осложнения, рациональное лечение отслойки и ее последствий (атонии матки, анемии, геморрагического шока, ДВС-синдрома) спасают жизнь матери и плода.

После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показано ручное отделение плаценты и выделение последа, если его отслойка была неполной, и ручное обследование полости матки, для исключения нарушения целостности стенок ее и для удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал. Вводят утеротоники (окситоцин, метилэргометрин). С целью предупреждения инфекций назначают антибиотики, при анемии - переливание крови.

Профилактика ПОНРП заключается в раннем выявлении и своевременном лечении гестозов, гипертонической болезни, хронических инфекций.

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Патология послеродового периода

Методическая разработка теоретического занятия № 15 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Саянск

2022

86

Учебно-методическая карта (план) занятия № 15
УД/ПМ ПМ 02. МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и
при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

Группа	Дата
3а	

(наименование)

Тема занятия: Патология послеродового периода

Время: 90 минут

Вид занятия: теоретическое

Тип занятия: лекция

Цель занятия

Учебная: сформировать у обучающихся знания о патологии послеродового периода.

Развивающая: способствовать развитию внимания, наблюдательности, познавательного интереса к теме занятия.

Воспитательная: способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде;
- причины кровотечений в послеродовом периоде;
- причины и проявления родового травматизма у матери и плода;
- принципы ухода за больной родильницей.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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

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

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ.04.ТОМУ, ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий.

ОП 03. Основы патологии, ОП 05. Гигиена и экология человека, ОП 09. Психология, МДК 01.01. Здоровый человек и его окружение, ОП.07. Фармакология

Обеспечиваемые – ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

А. Наглядные пособия:

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1, 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4, 5
Использование НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии. 2 минуты
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, связь с другими предметами и будущей профессией	Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты
3.	Изучение нового материала. Используя компьютерную презентацию преподаватель рассказывает обучающимся новый материал по плану: План. 1. Гнойно-септические заболевания. 2. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний по Сазонову- Бартельсу 3. Послеродовой лактационный мастит 4. Бактериально-токсический шок 5. Повреждения наружных половых органов. Родовой травматизм. 6. Оперативные вмешательства, осуществляемые вследствие осложнений в родах и послеродовом периоде 7. Кровотечения в послеродовом периоде, неотложная помощь при них 8. Уход за больной родильницей	Цель: формирование знаний по новой теме. В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради. 80 минут

4.	<p>Инструктаж домашнего задания Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, стр.146-156 Работа с конспектом лекции Составить текст беседы с родильницей по сохранению грудного вскармливания.</p>	<p>Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку. 3 минуты</p>
5.	<p>Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.</p>	<p>Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 2 минуты.</p>

Тема 15. Патология послеродового периода

План.

1. Гнойно-септические заболевания.
2. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний по Сазонову-Бартельсу
3. Послеродовой лактационный мастит
4. Бактериально-токсический шок
5. Повреждения наружных половых органов. Родовой травматизм.
6. Оперативные вмешательства, осуществляемые вследствие осложнений в родах и послеродовом периоде
7. Кровотечения в послеродовом периоде, неотложная помощь при них
8. Уход за больной родильницей

1. Гнойно-септические заболевания.

Наиболее частой причиной патологии послеродового периода являются гнойно-септические заболевания.

Причины:

1. экстрагенитальная патология (туберкулёз, сахарный диабет, ожирение)
2. острые инфекционные заболевания (грипп, ангина);
3. большая кровопотеря в родах,
4. затяжные роды, длительный безводный период,
5. обширные травмы мягких родовых путей,
6. отрицательные эмоции,
7. экзогенная и эндогенная инфекция.

Входные ворота послеродовой инфекции:

Места повреждения родового канала и поверхность плацентарной площадки.

Пути передачи: аутозаражение – активация собственной условно-патогенной флоры; заражение извне устойчивыми госпитальными штаммами при нарушении правил асептики и антисептики. Причинно-значимая флора передаётся в основном через руки персонала и инструментарий.

Пути распространения инфекции:

- гематогенный,
- лимфогенный,
- интраканаликулярный (по каналу шейки матки и трубам).

Возбудитель: чаще всего пенициллиноустойчивый стафилококк, бактерии группы кишечной палочки, протей и др.

Ряд общих характерных признаков:

Повышение температуры тела, озноб, тахикардия, усиленное потоотделение, нарушение сна, головная боль, эйфория, снижение или отсутствие аппетита, дизурические или диспептические явления, снижение артериального давления (при септическом шоке, сепсисе). Важным доклиническим признаком послеродовых инфекционных заболеваний является тахикардия при нормальной или повышенной до 37,3-37,4°C температуре тела.

Местные симптомы: боль внизу живота, задержка лохий или обильные гнойные лохи с неприятным запахом, субинволюция матки, нагноение ран (промежности, влагалища, передней брюшной стенки после кесарева сечения).

В настоящее время в отечественном родовспоможении широко распространена классификация послеродовых инфекционных заболеваний Сазонова-Бартельса, согласно которой различные формы послеродовой инфекции рассматриваются как отдельные этапы единого динамически протекающего инфекционного процесса.

2. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний по Сазонову-Бартельсу

1 этап: ограниченная форма септической инфекции; не распространяется за пределы матки:

- а) послеродовая язва,
- б) послеродовой эндометрит.

2 этап - инфекция вышла за пределы матки, но ограничена полостью малого таза:

- а) метрит, параметрит;
- б) сальпингоофорит;
- в) пельвиоперитонит;
- г) метротромбофлебит;
- д) ограниченный тромбофлебит вен таза и бедра.

3 этап - инфекция вышла за пределы малого таза, но не стала генерализованной:

- а) разлитой перитонит,
- б) прогрессирующий тромбофлебит;
- в) анаэробная газовая инфекция;
- г) септический шок.

4 этап - генерализованная септическая инфекция- сепсис.

- а) сепсис без выраженного метастазирования (септицемия);
- б) сепсис с выраженным метастазированием (септикопиемия).

Послеродовая язва. Возникает в результате инфицирования разрывов промежности, трещин и т.д. пораженные участки слизистой покрыты грязно-серым налётом, ткани вокруг гиперемированы, отёчны. Лечение: снять швы, если они есть, лечить, как гнойную рану 3-4 дня.

Эндометрит (метроэндометрит) Обычно заболевание начинается на 2-3 день после родов. Процесс захватывает эндометрий, в более тяжёлых случаях и миометрий.

Жалобы на головную боль, боль внизу живота и пояснице, слабость, недомогание, чувство жара, озноб. Температура повышается ступенеобразно, иногда наблюдается тахикардия. при пальпации матка увеличена, мягкая, болезненная, подвижная. выделения из матки гнойные, обильные, иногда с гнилостным запахом. лечение: противовоспалительное, общеукрепляющее - 7-8 дней.

Сальпингит, оофорит, сальпингоофорит. При переходе инфекции из труб на брюшину возникает послеродовой экссудативный пельвиоперитонит, при котором резко выражены явления раздражения брюшины.

Клиника: повышение температуры, резкая тахикардия, тошнота, рвота, задержка газов, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Постепенно процесс, благодаря образованию спаек ограничивается, рвота прекращается, восстанавливается функция кишечника, ясно определяется выпот внизу живота. Проводят пункцию заднего свода влагалища, получают серозный экссудат.

Лечение консервативное. Антибиотики, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая.

При распространении инфекции по лимфатическим путям возникает воспаление тазовой клетчатки - **параметрит**, чаще на 7-8 день после родов.

Клиника: При нерезких болях и повышенной температуре постоянного типа. Сбоку от матки, обычно с одной стороны, пальпируется плотный, мало болезненный инфильтрат, он неподвижен. Повышенная температура держится 1-2 недели. Если происходит нагноение параметральной клетчатки, показано вскрытие гнойника через влагалищные своды. После родов

инфекция нередко поражает крупные вены таза и нижних конечностей - возникают **тромбофлебиты**.

Лечение. Недельный покой, аспирин, троксевазин. Местно применяют гепариновую или троксевазиновую мазь. Хорошо помогает гирудотерпия. Консультация хирурга.

Если при начавшемся эндометрите процесс не заканчивается через 7-8 дней, температура остается высокой, матка плохо сокращается, кровянистые выделения не прекращаются - можно думать о **метротромбофлебите**. Весьма характерный ранний симптом - учащение пульса.

Лечение. 3-недельный постельный режим. Антибиотики, в/ кап. реополиглюкин, спазмолитики, никотиновая кислота, гепарин.

Акушерский перитонит - тяжелейшее осложнение послеоперационного периода. Может быть следствием метроэндометрита, перекрута ножки опухоли яичника, некроза субсерозного узла миомы, расхождения швов на матке после кесарева сечения. Акушерский перитонит приводит к возникновению деструктивных изменений в почках, поджелудочной железе, печени, тонком кишечнике. Возникает парез кишечника. Интоксикация нарастает.

Лечение. Предоперационная подготовка, оперативное вмешательство, интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

Сепсис - генерализованная инфекция, которая в акушерской практике в 90% случаев связана с инфекционным очагом в матке и развивается в результате истощения антиинфекционного иммунитета.

К развитию сепсиса предрасполагает осложнённое течение беременности (ОПГ-гестоз, вирусные инфекции, железодефицитная анемия). Длительное течение родового акта с безводным периодом более 24 часов, травмы мягких родовых путей, оперативное родоразрешение, кровотечения и др. осложнения родов создают условия для генерализации инфекции.

Сепсис протекает в 2 формах: септицемия и септикопиемия.

Септицемия возникает у ослабленных родильниц на 3-4 сутки после родов и протекает бурно. В качестве возбудителя выступает грамотрицательная флора: кишечная палочка, протей, синегнойная палочка.

Септикопиемия протекает волнообразно: периоды ухудшения состояния, связанные с метастазированием инфекции и образованием новых очагов, сменяются относительным улучшением. Развитие септикопиемии обусловлено наличием грамположительной флоры, чаще золотистого стафилококка.

При сепсисе наблюдаются нарушения функции ЦНС, проявляющиеся в эйфории, угнетённости, нарушении сна. Бледность, серость или желтушность кожных покровов, тахикардия, непостоянство (лабильность) пульса, склонность к гипотензии, увеличение печени и селезёнки.

Анализ крови: снижение содержания гемоглобина и числа эритроцитов; высокий лейкоцитоз, значительная лимфоцитопения, отсутствие эозинофилов, появление токсической зернистости в нейтрофилах.

Лечение: ликвидация очага инфекции, комплексная терапия: антибиотики, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия.

Если очагом инфекции является матка, то через 3 дня безуспешной консервативной терапии производят её экстирпацию с удалением маточных труб.

3. Послеродовой лактационный мастит - встречается в 3-5% случаев.

Причина - «стафилококковый госпитализм». Проникновение возбудителей происходит через трещины сосков и через молочные ходы. Развитию воспалительного процесса способствует лактостаз.

Маститы бывают:

- серозные,
- инфильтративные,
- гнойные.

Серозный мастит – возникает, как правило, на 2-4 неделе послеродового периода. Гипертермия, озноб, боль в молочной железе, слабость, головная боль, разбитость. Молочная железа увеличивается, кожа в обл. поражения гиперемирована.

При правильном лечении воспалительный процесс купируется через 1-2 дня.

При неадекватной терапии в течении 2-3 дней переходит в *инфильтративную форму* - Появляется плотный болезненный инфильтрат, который при адекватной терапии рассасывается, либо происходит его гнойное расплавление.

Лечение: антибиотики, возвышенное положение молочной железы и ликвидация в ней застойных явлений. Для усиления молокоотдачи назначают но-шпу и окситоцин; для снижения продукции молока - парлодел. с целью повышения защитных сил организма - антистафилококковый гамма-глобулин, витаминотерапия.

При *гнойных формах* мастита - хирургическое лечение.

Кормление ребёнка возможно только здоровой грудью.

4. Бактериально-токсический шок - одно из самых тяжёлых осложнений гнойно-септических процессов любой локализации.

Чаще всего осложняет течение гнойно - инфекционных процессов, вызываемых грамотрицательной флорой: кишечной палочкой, протеем, синегнойной палочкой, клебсиеллой.

Клиника. Развитию шока предшествует гипертермия до 39-41 градусов, сопровождающаяся повторными ознобами, держится 1-3 суток, затем падает на 2-4 градуса. Основным признаком шока является падение АД без предшествующей кровопотери, либо несоответствующее ей. Систолическое АД снижается до 80-90 мм.рт. ст. на 2-3 часа, далее - более резкое падение АД. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких суток. На клиническую картину часто наслаиваются симптомы почечной недостаточности, острой дыхательной недостаточности и кровотечения вследствие прогрессирования ДВС - синдрома.

Лечение комплексное, успешное в 60-80% случаев.

5. Повреждения наружных половых органов. Родовой травматизм.

К родовому травматизму относят повреждения наружных половых органов, промежности, влагалища, шейки и тела матки, сочленений таза и мочевыводящих путей, происходящие при патологическом течении родов, несвоевременном или неправильном оказании акушерской помощи.

Разрывы в области вульвы и входа во влагалище обычно наблюдаются у первородящих. Поверхностные трещины и надрывы слизистой оболочки, если они не сопровождаются кровотечением, не требуют врачебного вмешательства.

Разрыв клитора - из-за его анатомического строения даёт очень сильное кровотечение, необходимо ушивание с введением металлического катетера в уретру.

Разрыв влагалища - чаще рвётся задняя стенка влагалища вместе с промежностью, для зашивания разрывов влагалища их обнажают с помощью влагалищных зеркал и накладывают кетгутовые швы, начиная с верхнего угла раны, встречающиеся отдельно кровоточащие сосуды захватывают зажимом и перевязывают.

Гематомы вульвы и влагалища лечат консервативно. Холод к месту гематомы, затем рассасывающая терапия. При быстро нарастающей гематоме - разрез, опорожнение гематомы, отыскивание и перевязка кровоточащего сосуда. ушивание

Разрыв промежности. Причины:

- ригидность тканей из-за инфантилизма, у возрастных первородящих, высокая промежность, рубцовое изменение тканей;
- неблагоприятное прорезывание головки;
- оперативные роды;
- узкий таз;
- неправильное ведение родов.

При прорезывании головки появляются признаки угрозы разрыва промежности:

промежность куполообразно выпячивается, появляется цианоз, отёк тканей, затем кожа бледнеет, становится блестящей, появляются трещины.

Различают 3 степени разрыва промежности:

1 ст.- разрыв задней спайки и стенки влагалища, кожи промежности;

2 ст. - разрыв стенки влагалища, нарушается кожа и мышцы промежности;

3 ст. - разрыв кожи, мышц промежности и сфинктера прямой кишки, иногда разрывается передняя стенка прямой кишки.

Разрыв промежности 3 ст.- одно из самых неблагоприятных осложнений родов и в большинстве случаев является результатом неумелого оказания акушерского пособия. Очень редко имеет место так называемый центральный разрыв промежности, когда происходит травма задней стенки влагалища, мышц тазового дна и кожи промежности, а задняя спайка и сфинктер заднего прохода остаются целыми и роды происходят через искусственно образованный канал. При подозрении на разрыв промежности 3 степени вводят палец в прямую кишку и, надавливая им на переднюю её стенку, определяют, нет ли повреждений кишки и сфинктера заднего прохода.

Лечение: Влагалище шьют отдельными кетгутовыми швами, отступая друг от друга на 1-1,5 см, до формирования задней спайки. Кожу промежности зашивают шёлком, фторлоном. Иглу следует проводить под всей раневой поверхностью.

При разрыве промежности 1 ст. швы накладывают одним этажом. При разрыве 2 степени швы накладывают в два этажа: вначале кетгутовые швы на верхний угол раны, затем кетгутовыми погружными швами соединяют разорванные мышцы промежности, а затем швы на слизистую оболочку влагалища до задней спайки и на кожу. При разрыве промежности 3 степени сначала восстанавливают нарушенную стенку прямой кишки, затем соединяют концы разорванного сфинктера и соединяют их, после чего накладывают швы в том же порядке, что и при разрыве 2 ст.

Инструменты: иглодержатель, иглы, кровоостанавливающие зажимы, ножницы.

Шовный материал: кетгут, шелк, фторлон.

Разрывы шейки матки.

Причины:

- ригидная (потерявшая эластичность) ш.м., часто после диатермокоагуляции;
- неправильное поведение роженицы в первом периоде родов - потуги при нераскрывшейся шейке матки;
- большие размеры головки (крупный плод, разгибательные вставления);
- насильственная травма при оперативном родоразрешении (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода при тазовом предлежании);
- аномалии родовой деятельности, нарушение процесса раскрытия маточного зева;

Различают 3 степени разрыва ш.м.:

1 ст. - разрыв шейки матки до 2 см.

2 ст. - более 2 см, но не доходит до свода;

3 ст. - разрыв переходит на свод.

Для разрыва шейки матки характерно постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке.

Диагностика: диагноз разрыва устанавливается после осмотра шейки матки с помощью зеркал в раннем послеродовом периоде.

Лечение: Инструменты: 2 широких ложкообразных зеркала, пулевые щипцы 2 шт, длинный анатомический пинцет, иглы, иглодержатели, зажимы, шовный материал (фторлон).

Первый шов накладывают выше места разрыва, чтобы убедиться в том, что разрыв шейки матки не продлевается на свод и дальше на тело матки.

Если верхний угол раны на шейке матки визуальнo не определяется, следует прекратить осмотр шейки матки в зеркалах и произвести ручное обследование полости матки для определения целостности её стенок.

Осложнения: инфицирование шва, образование послеродовой язвы, в последующем рубцы, выворот шейки (эктропион), который ведёт к эндоцервициту и эрозированному эктропиону.

Профилактика: подготовка шейки матки к родам, широкое применение спазмолитиков и анальгетиков, регулирование родовой деятельности, назначение препаратов лидазы при рубцовых изменениях ш.м., во время родов необходимо предупредить ущемление ш.м. между головкой плода и лобковым сочленением. Послеродовые свищи. Свищи - это противоестественные сообщения. После родов образуются мочеполовые свищи (сообщения между мочевым пузырём или уретрой и влагалищем) и кишечно-влагалищные свищи (между прямой кишкой и влагалищем).

Причины:

- длительное сдавление мягких тканей родовых путей и соседних органов между стенками таза и предлежащей частью. В результате нарушается кровообращение, возникает некроз, на 5-7 день - отторжение тканей;
- ранение инструментами.

Диагностика: при осмотре влагалища на подкладной моча или кал.

Лечение: оперативное через 3-4 месяца после родов.

Профилактика: Правильное ведение родов, головка не должна находиться в одной плоскости более 2 часов, правильное и обоснованное оперативное вмешательство.

Послеродовой выворот матки. Бывает самопроизвольным и насильственным. Акушерский выворот матки, как правило, бывает насильственным, возникает в 3 периоде родов при неправильном действии врача или акушерки.

Причины:

- потягивание за пуповину неотделившейся плаценты, неграмотное применение приёма Креде-Лазаревича по выделению последа (приём Креде-Лазаревича должен проводиться только при сократившейся матке, после предварительного её массажа);
- расслабленность стенки матки, открытый маточный зев,
- травмирующий наружный массаж матки. При надавливании на дно расслабленной, гипотоничной матки может легко произойти её выворот, который часто осложняется травматическим шоком.

Клиника: острая боль в животе, бледность кожных покровов, тахикардия, понижение АД, тошнота, рвота, обморочное состояние; из половой щели - вывернутая матка ярко - красного цвета, возможен летальный исход.

Лечение: под глубоким наркозом осторожное вправление матки, тампонада влагалища. Борьба с шоком и инфекцией.

Расхождение лонных костей. Во время беременности происходит серозное пропитывание сочленений и связочного аппарата таза. Происходит размягчение и расхождение лонных костей.

Причины: узкий таз, крупный плод, оперативное вмешательство.

Клиника: Боль в области симфиза, особенно при движении ногами. При пальпации - углубление между костями и резкая боль, «утиная походка». Диагностика: Консультация хирурга.

Лечение: покой, тугое бинтование области таза от 3 до 5 недель.

Разрыв матки. По характеру повреждения подразделяют:

1. Трещина (надрыв).
2. Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).
3. Полный разрыв (проникающий в брюшную полость)

По локализации разрыв матки подразделяют:

- А. Разрыв дна матки.
- Б. Разрыв тела матки.
- В. Разрыв нижнего сегмента.
- Г. Отрыв матки от сводов.

6. Оперативные вмешательства, осуществляемые вследствие осложнений в родах и послеродовом периоде

Кесарево сечение – оперативное вмешательство, при котором производят вскрытие брюшной стенки, затем вскрытие стенки матки, извлечение из неё плода и последа.

Экстирпация матки – оперативное вмешательство, при котором макушка удаляется вместе с шейкой, могут быть удалены и придатки.

Показания:

1. отрыв матки от сводов влагалища;
2. разрыв матки по ребру с образованием внутрибрюшинной и параметральной гематомы;
3. травма сосудистого пучка; распространение разрыва на шейку матки;
4. инфицирование матки – при длительном безводном периоде более 10-12 часов.

При геморрагическом шоке операция проводится в 3 этапа:

- а) лапаротомия, наложение лигатур на сосудистый пучок;
- б) операционная пауза для борьбы с геморрагическим шоком;
- в) ампутация или экстирпация матки.

Надвлагалищная ампутация матки – оперативное вмешательство, при котором удаляется матка (иногда с придатками), а шейка сохраняется. Матка отсекается от шейки на уровне внутреннего зева, на культю шейки накладываются несколько отдельных кетгутовых швов, которыми соединяют переднюю и заднюю стенки шейки матки.

Показания:

- а) разрыв матки, не подлежащий зашиванию не затрагивающий шейку матки;
- б) атоническое кровотечение, неподдающееся консервативной терапии;
- в) истинное приращение плаценты;
- г) маточно-плацентарная апоплексия при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;
- д) множественная миома матки, требующая расширения оперативного вмешательства после кесарева сечения.

Наложение акушерских щипцов – проводит врач под ингаляционным, или внутривенным обезболиванием, при головном предлежании плода и стоянии головки в узкой части малого таза, или в плоскости выхода малого таза (когда нет показаний к проведению операции кесарево сечение).

7. Кровотечения в послеродовом периоде, неотложная помощь при них

Кровотечения из половых путей, возникшее в первые 2 часа после рождения последа, называется **кровотечением в раннем послеродовом периоде**. Оно появляется по 3 причинам:

- при задержке в полости матки частей последа;
- при атонии или гипотонии матки;
- при травме мягких тканей родового канала.

Гипотония матки – такое состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки. Под воздействием мероприятий и средств, возбуждающих сократительную деятельность матки, мышца матки сокращается, хотя нередко сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия.

Атония матки – такое состояние, при котором возбуждающие матку средства не оказывают на неё никакого действия. Миометрий полностью теряет способность к сокращению. Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича. Атония матки наблюдается редко, но вызывает массивные кровотечения.

Причины, вызывающие гипотонические кровотечения:

1. истощение сил организма, ЦНС в результате длительных болезненных родов, упорной слабости родовой деятельности;
2. тяжёлые гестозы, гипертоническая болезнь, заболевания печени, почек, дыхательных путей, нейроэндокринные расстройства, острые и хронические инфекции;
3. анатомическая неполноценность матки: недоразвитие и пороки развития матки, миомы матки, рубцы на матке после операций, перенесённые в прошлом воспалительные заболевания или многократные аборт, вызвавшие замену части мышечной ткани соединительной;
4. функциональная неполноценность матки: перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода;
5. предлежание и низкое прикрепление плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
6. несвоевременное излитие околоплодных вод;
7. назначение в больших дозах препаратов, сокращающих матку.

Гипотонические и атонические кровотечения могут быть вызваны сочетанием нескольких перечисленных причин, тогда кровотечения будут носить более грозный характер. Пограничная кровопотеря не превышает 0,5 % от массы тела и примерно равна 400 мл. Такая кровопотеря легко переносится женщинами. При кровопотере 500–1000 мл включаются механизмы компенсации, адаптирующие организм больной к кровопотере. Кровопотеря свыше 1000-1200 мл грозит срывом компенсаторных возможностей и развитием геморрагического шока.

Клиника гипотонического кровотечения: массивное кровотечение из матки. Кровь из матки вытекает струёй или большими сгустками. Последовательно развивается картина геморрагического шока. При пальпации матка большая, расслаблена, при массаже через брюшную стенку может несколько сократиться, затем вновь расслабляется и кровотечение продолжается.

При травматическом повреждении родового канала матка плотная, хорошо сократившаяся. Осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал подтверждает диагноз травматического повреждения мягких тканей и кровотечения из них.

Обснащение и инструментарий, необходимые для осмотра родовых путей:

1. корнцанг,
2. 1% раствор йодоната, 70° спирт этиловый.
3. Стерильные салфетки,
4. Ложкообразные зеркала Симпсона, гинекологический подъёмник,
5. Пулевые щипцы.
6. Лоток почкообразный.
7. Иглодержатель, иглы, шовный материал (капрон, или фторлон, кетгут),
8. Стерильные перчатки.
9. Стерильная пелёнка.

Неотложная помощь при гипотоническом кровотечении:

1. Опорожнить мочевой пузырь и приступить к наружному массажу матки через переднюю брюшную стенку. Холод на низ живота. Одновременно в/в и в/м вводят препараты, сокращающие мускулатуру матки: 1мл (5 ед.) окситоцина, 0,5-1 мл 0,02% метилэргометрина.

2. Если указанные мероприятия не приводят к стойкому эффекту, а кровопотеря достигла 250 мл, необходимо приступить к ручному обследованию полости матки. При своевременном выполнении это вызывает остановку кровотечения, отсутствие эффекта указывает на то, что эта операция выполнена с запозданием.

3. Для закрепления полученного эффекта рекомендуется наложить поперечный шов на шейку матки по Лосицкой, поместить в область заднего свода влагалища тампон, смоченный эфиром, ввести в шейку матки 1 мл (5 ед.) окситоцина. При кровопотере свыше 1000 мл и продолжающемся кровотечении проводят чревосечение, перевязывают маточные и яичниковые сосуды, если эффекта нет, то ампутируют матку.

Неотложная доврачебная помощь при кровотечении в раннем послеродовом периоде:

1. Немедленно вызвать врача, лаборанта. Успокоить женщину, измерить пульс, АД, температуру.
2. Положить холод на низ живота;
3. Приготовить инструментарий для осмотра родовых путей, одноразовые шприцы;
4. Собрать систему для в/в ведения растворов.
5. Приготовить сокращающие средства: окситоцин, метилэргометрин, маммофизин, питуитрин. Кровоостанавливающие средства: дицинон, кальция хлорид 10%.
6. Приготовить всё для определения группы крови и резус-фактора.
7. Шейку матки захватить пулевыми щипцами, соединив переднюю и заднюю губы ш. м, подтянуть на себя, и перегнуть вверх. (по Квантилиани)
8. Тампон с эфиром ввести в задний свод влагалища.
9. Прижатие брюшной аорты кулаком.

Кровотечения в позднем послеродовом периоде. Возникают спустя 2 часа и более после окончания родов.

Причины: гипотония матки, задержка частей последа, нарушения в свёртывающей системе крови, травмы мягких родовых путей, заболевания крови и инфицирование матки.

Кровотечения в позднем послеродовом периоде, обусловленные травмами мягких половых путей, могут возникать вследствие нарушения техники наложения швов. Все манипуляции проводят обязательно под общим обезболиванием.

Кровотечение вследствие задержки частей последа в матке. При влагалищном исследовании обнаруживают проходимость для 1-2-х пальцев шеечный канал, при пальпации через переднюю брюшную стенку - большую, мягкую матку, не соответствующую дню послеродового периода.

Кровотечение вследствие инфицирования матки. При пальпации через переднюю брюшную стенку - мягковатая, болезненная матка, не соответствующая дню послеродового периода (больше по размеру). Лохии приобретают неприятный запах, кровянистые независимо от суток послеродового периода. Температура у роженицы повышена.

Неотложная доврачебная помощь при кровотечении в позднем послеродовом периоде:

1. Немедленно вызвать врача, лаборанта. Успокоить женщину, измерить пульс, АД, температуру.
2. Холод на низ живота;
3. Приготовить инструментарий для выскабливания полости матки;
4. Собрать систему для в/в ведения растворов.
5. Приготовить сокращающие средства: окситоцин, метилэргометрин, кровоостанавливающие средства: дицинон, кальция хлорид 10%.
6. Приготовить всё для определения группы крови и резус-фактора.

Инструменты для выскабливания полости матки: ложкообразные зеркала Симпсона, гинекологический подъёмник, корнцанг, расширители Гегара, маточный зонд, кюретка, шприцы одноразовые, лоток.

8. Уход за больной родильницей

Особенно важное значение придаётся выхаживанию больных родильниц и послеоперационных больных; необходимо следить за общим состоянием, окраской кожных покровов и видимых слизистых, пульсом, АД, температурой, физиологическими отправлениями (мочеиспусканием, дефекацией).

Для снятия раздражения слизистых оболочек рекомендуется отвар ромашки или заваривать травяной сбор с ромашкой, календулой.

Уход за родильницами с разрывами промежности. Родильницам, имеющим швы на промежности, запрещается самостоятельно проводить туалет наружных половых органов. Туалет родильниц проводится раствором перманганата калия 1: 4000, дополнительный туалет после мочеиспускания и дефекации. Швы им обрабатывают 3% раствором перекиси водорода (после обработки наружных половых органов). Таким родильницам назначают диету, исключая клетчатку (овощи, фрукты в сыром виде, хлеб и т. д.), для того, чтобы отсрочить стул. (2 недели родильницам запрещено сидеть). Лежачим родильницам проводят туалет наружных половых органов 2-3 раза в сутки, подмывая их на судне.

Подкладные родильницы меняют не реже 4 раз в день. Постельное бельё - 1 раз в 3 дня, ежедневно больным родильницам менять нательное бельё

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве

Методическая разработка теоретического занятия № 16 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Саянск

2022

100

Учебно-методическая карта (план) занятия № 16

Группа	Дата
3а	

УД/ПМ ПМ 02. МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин
(наименование)

Тема занятия: Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве

Время: 90 минут

Вид занятия: теоретическое

Тип занятия: лекция

Цель занятия

Учебная: сформировать у обучающихся знания о клинической фармакологии лекарственных средств, применяемых в акушерстве.

Развивающая: способствовать развитию внимания, наблюдательности, познавательного интереса к теме занятия.

Воспитательная: способствовать воспитанию усидчивости, ответственного отношения к учебе.

Обучающийся должен уметь _____

Обучающийся должен знать:

- основные группы препаратов, применяемых в акушерстве.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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

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

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ.04.ТОМУ, ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий.

ОП 03. Основы патологии, ОП 05. Гигиена и экология человека, ОП 09. Психология, МДК 01.01

Здоровый человек и его окружение, ОП.07.Фармакология

Обеспечиваемые – ПМ.02.Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

А. Наглядные пособия: презентация "Клиническая фармакология лекарственных веществ, применяемых в акушерстве"

Б. Раздаточный материал

В. Технические средства обучения: ноутбук, мультимедиа, экран.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.
дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ Структура занятия

время	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
№ элемента	1, 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4, 5
Использование НП ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания
1.	Организационный момент: - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - отметка отсутствующих; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: организация обучающихся, создание рабочей обстановки на занятии. 2 минуты
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, связь с другими предметами и будущей профессией	Цель: формирование познавательного интереса к занятию. 3 минуты
3.	Изучение нового материала. Используя компьютерную презентацию преподаватель рассказывает обучающимся новый материал по плану: Введение. 1. Антигипертензивные препараты. 2. Диуретики. 3. Противовоспалительные препараты. 4. Антигистаминные препараты 5. Антидиабетические средства. 6. Сердечные гликозиды. 7. Антикоагулянты. 8. Антибактериальные, антивирусные, противогрибковые 9. Противорвотные средства. 10. Противосудорожные средства. 11. Седативные и снотворные средства. 12. Антидепрессанты. 13. Антигеморрагические и гемостатические средства. 14. Токолитики. 15. Токомиметические лекарственные средства	Цель: формирование знаний по новой теме. В ходе изложения материала обучающиеся записывают основную информацию в тетради. 80 минут

	(утеротоники) 16. Другие препараты, применяемые в акушерстве.	
4.	Инструктаж домашнего задания Работа с конспектом лекции Подготовка реферативных сообщений, или компьютерных презентаций	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку. 3 минуты
5.	Подведение итогов занятия. - анализ достижений и неудач; - выборочная проверка конспектов.	Цель: помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 2 минуты.

Тема 16. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве

План.

Введение.

1. Антигипертензивные препараты.
2. Диуретики.
3. Противовоспалительные препараты.
4. Антигистаминные препараты
5. Антидиабетические средства.
6. Сердечные гликозиды.
7. Антикоагулянты.
8. Антибактериальные, противовирусные, противогрибковые
9. Противорвотные средства.
10. Противосудорожные средства.
11. Седативные и снотворные средства.
12. Антидепрессанты.
13. Антигеморрагические и гемостатические средства.
14. Токолитики.
15. Токомиметические лекарственные средства (утеротоники)
16. Другие препараты, применяемые в акушерстве.

Заключение

Введение.

В 1991 г. начала работать международная комиссия ВОЗ по контролю за применением лекарственных средств во время беременности. По её данным, 86% наблюдаемых женщин принимали лекарства, получая при этом в среднем 2,9 препаратов (от 1 до 15), назначенных врачом.

По данным В.В. Абрамченко (1994), 80–90% женщин во время беременности принимают лекарства, 40–60% используют их в I триместре беременности, 25% принимают их длительное время.

Большинство врачей всего мира приняло решение прекратить бесконтрольное применение лекарств во время беременности. Реализуются государственные программы, контролирующее применение лекарственных средств.

Одним из шагов по организации безопасного лечения во время беременности стало обязательное введение специальной маркировки лекарственных средств. Маркировки содержат информацию о степени риска применения препарата во время беременности и уровне исследований, доказывающих его безопасность.

Управлением питанием и медикаментами США содержат 5 основных категорий:

- Категория А — препарат, который был использован большим количеством беременных (в том числе и при контролируемых исследованиях) и женщин детородного возраста, при этом не существует обоснованных данных, что это привело к увеличению частоты пороков развития плода, не выявлено прямых или непрямых побочных эффектов на плод (пример: фолиевая кислота, левотироксин натрия).
- Категория В — исследование препарата на животных доказало безопасность препарата, но нет данных клинических испытаний, либо при исследовании на животных выявлены побочные эффекты, которые не были подтверждены клиническими испытаниями (пример: амоксициллин).
- Категория С — препарат, который вследствие фармакологического эффекта вызывает (или может вызывать) неблагоприятные побочные эффекты, но не вызывает пороков развития (побочные эффекты могут быть обратимыми), либо исследования на животных доказали опасность препарата, но клинические

испытания не проводили. Лекарственное средство данной категории следует назначать только в тех случаях, если польза от его применения превосходит потенциальный риск для плода (пример: нифедипин, омепразол).

- Категория D — препарат, который вследствие фармакологического эффекта вызывает (или может вызывать) необратимые неблагоприятные побочные эффекты, пороки развития. Либо исследования доказали опасность препарата для людей, но, несмотря на это, возможно применение препарата по жизненным показаниям, когда более безопасные препараты неэффективны (пример: фенитоин, пропилтиоурацил).
- Категория X — исследования на животных или опыт применения у людей указывают на большую опасность препарата, которая более значима, чем любая возможная польза от его применения во время беременности.

Препарат противопоказан беременным и женщинам, у которых беременность может наступить (пример: варфарин, талидомид).

1. Антигипертензивные препараты.

К наиболее употребляемым средствам относят:

- **центральные нейротропные гипотензивные средства:** метилдопа и клонидин (категория В). Целесообразно сочетать их назначение с диуретиками. Следует учитывать, что при высоких дозировках плод способен кумулировать препараты, что может понизить возбудимость его ЦНС, вызвать депрессивное состояние;
- **ганглиоблокаторы:** бензогексоний, пентамин всё реже применяют в акушерстве. Необходима осторожность в их применении из-за возможного ухудшения маточно-плацентарного кровообращения. Описаны случаи смерти плода в связи с гипоксией;
- **симпатолитики:** резерпин и другие подобные препараты. При длительном применении возможно истощение катехоламинов в головном мозге, что ведёт к угнетению ЦНС плода, сонливости, депрессии новорождённого. Может вызывать задержку развития плода. Во время беременности необходимо применять с большой осторожностью;
- **β-адреноблокаторы:** Пропранолол, атенолол, метопролол (категория С), Следует избегать их применения в I триместре и за несколько дней до родов в связи с возможными побочными эффектами. Препараты данной группы вызывают снижение почечного кровотока и падение гломерулярной фильтрации. Снимая тормозящий эффект адреномиметиков, препараты могут привести к преждевременным родам, ухудшают маточно-плацентарное кровообращение, что чревато задержкой развития плода. Действие на плод проявляется в развитии брадикардии, гипогликемии, желтухи, угнетении дыхания новорождённого.
- **Вазодилататоры.** Различают венозные, артериолярные и смешанные вазодилататоры. К типичным венозным вазодилататорам относят нитроглицерин. Он снижает АД у матери, улучшает фетоплацентарное кровообращение. Считается, что он не снижает артериальное давление плода. Однако препарат отнесён к категории С, и его применение рекомендовано только во время родов.
- **Блокаторы кальциевых каналов:** вещества данной группы оказывают расслабляющее действие на сосуды, желудочнокишечный тракт, мочевыводящие пути, матку (верапамил; нифедипин, циннаризин). Существует опыт применения данных препаратов во время беременности при гипертензивных состояниях, преждевременных родах, при асимметричной форме задержки роста плода. Однако к использованию этих лекарств

необходимо относиться крайне осторожно. Действие их на плод изучено недостаточно. Большинство препаратов этой группы относят к категории С. Известно негативное действие на плод, связанное с применением больших дозировок, что выражается в ухудшении маточного кровотока.

- **Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента** Препараты данной группы (каптоприл, саралазин) противопоказаны в течение всей беременности, так как их приём приводит к задержке развития плода, маловодию, поражению почек плода.
- **Антигипертензивной активностью** обладают лекарственные растения: цветки боярышника, трава пустырника, трава сушеницы, цветки ромашки, семена тмина, корень валерианы, трава омелы белой. Их необходимо применять в виде сборов. Существуют биологически активные добавки (БАД), нормализующие артериальное давление. К ним относят: циркулин, боярышник, гипотензин плюс.

2. Диуретики. Мочегонными средствами называют вещества, вызывающие увеличение выведения из организма мочи и уменьшение содержания жидкости в тканях и серозных полостях.

Назначение диуретиков необходимо по строгим показаниям, особенно при гестозе. Необходимо руководствоваться выраженностью нарушений концентрационной и выделительной функции почек, наличием симптомов перегрузки правых отделов сердца. Применяют препараты всех трёх групп, однако следует помнить, что производные спиронолактона (категория С) противопоказаны при исходной почечной недостаточности, не рекомендуется их применение до 12 недель беременности. Триамтерен (категория С) следует назначать только по строгим показаниям.

Длительная терапия тиазидовыми диуретиками может привести к значительным нарушениям электролитного баланса у матери и плода. Гидрохлортиазид (категория D) противопоказан при беременности. Применение салуретиков перед родами может стать причиной гипербилирубинемии у новорождённого. Некоторые авторы рекомендуют избегать назначения фуросемида (категория С) во время беременности. Чем меньше срок гестации, тем выраженнее задержка фуросемида у плода. Обнаружились и отдаленные последствия применения фуросемида, который действует как поведенческий тератоген, вызывая повышенную раздражительность и возбудимость детей.

Необходимо учитывать, что, по данным нескольких контролируемых исследований, применение диуретиков во время гестоза не только не улучшает отдаленные результаты, но и может ухудшить прогноз родов.

Следует обратить внимание на большой спектр растительных диуретиков, токсический эффект которых выражен гораздо меньше. Мочегонными свойствами обладают листья брусники, ортосифона тычиночного, толокнянки, цветки василька синего. При отёках беременных рекомендовано применение сборов, содержащих также листья и почки берёзы, корень солодки, ягоды брусники, траву хвоща полевого, листья вахты трёхлистной, измельчённые плоды шиповника. Возможно применение БАД.

3. Противовоспалительные препараты.

Наиболее распространённая группа этого направления — нестероидные противовоспалительные средства (**НПВС**). Эта группа препаратов обладает анальгетическими и жаропонижающими свойствами одновременно с особенно выраженной противовоспалительной активностью. К препаратам этой группы относят ряд производных фенилпропионовой, фенилуксусной кислот [ибупрофен, диклофенак (категория В)], соединения, содержащие индольную группу (индометацин (категория С)), препараты пиразолонового ряда [фенилбутазон (категория С)]. Нередко эти лекарства беременные применяют при самолечении в различные сроки беременности, не отдавая себе отчёт в том, какие последствия это повлечёт. Препараты данной

группы, за редким исключением, противопоказаны в III триместре беременности (переходят в категорию D) из-за опасности преждевременного закрытия артериального протока. В ближайшие часы после введения препараты данной группы приводят к снижению пульсационных показателей сосудов плода. В ранние сроки беременности также необходимо избегать приёма НПВС, так как они обладают эмбриотоксическим действием, могут приводить к гипоплазии левого желудочка, дефектам межжелудочковой перегородки.

Наиболее безопасным средством данной группы можно считать ацетилсалициловую кислоту. Существуют результаты контролируемых исследований, которые позволяют считать аспирин (в малых дозах — до 100 мг/сут) безопасным во II и III триместрах беременности. Ранее считали, что приём аспирина приводит к внутренним кровоизлияниям плода, однако в настоящее время этот факт не находит подтверждения в научных исследованиях.

Проведённое многоцентровое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование (CLASP) по профилактическому применению малых доз аспирина (60 мг) у беременных группы высокого риска развития акушерской и перинатальной патологии с отягощённым акушерским и соматическим анамнезом показало, что длительное назначение малых доз аспирина, начиная со второй половины беременности, не оказывало влияния на частоту развития гестоза и гестационной гипертензии, но способствовало снижению частоты тяжёлых форм этих осложнений, была отмечена чёткая тенденция к пролонгированию беременности, снижению частоты преждевременных родов и рождения маловесных детей. Накоплен опыт применения микродоз ацетилсалициловой кислоты у пациенток с угрозой раннего самопроизвольного выкидыша, а также с экстрагенитальными заболеваниями, начиная с ранних сроков гестации. Включение в комплекс профилактических и лечебных мероприятий первичной ПН микродоз аспирина способствовало улучшению кровотока в микрососудах, коррекции тканевой гипоксии и подавлению апоптоза. Несмотря на отсутствие снижения частоты развития гестозов у женщин с отягощённым течением настоящей беременности, отмечали достоверное снижение их тяжести на фоне приёма микродоз аспирина с ранних сроков гестации.

Глюкокортикоиды (стероидные противовоспалительные препараты). Системное применение глюкокортикоидов безопасно только в случае надпочечниковой недостаточности у матери, когда применяют дозировки, близкие к физиологическим. Глюкокортикоиды отнесены к категории C, то есть для их назначения необходимы веские причины (системные заболевания соединительной ткани, гормонозависимая бронхиальная астма). Иногда терапевтический эффект от этих препаратов у матери больше принимается во внимание, чем риск дисморфогенеза плода. Но следует помнить, что длительный приём преднизолона и других глюкокортикоидов, помимо аномалии развития соединительной ткани, может вести к задержке развития плода. При длительном применении преднизолона (категория B) в последнем триместре беременности у новорождённого можно наблюдать гипогликемию, адреналовые кризы. Описаны случаи мертворождения при приёме женщиной кортизола в течение всей беременности (на аутопсии атрофия коры надпочечников). Для профилактики болезни гиалиновых мембран назначают глюкокортикоиды незадолго до родов. Максимальный эффект достигается у детей, рождённых более чем через 24 часа и менее чем через 7 дней после начала лечения. Глюкокортикоиды снижают не только опасность развития респираторных заболеваний, но и некоторых других форм неонатальной патологии. Так, риск внутрижелудочковых гематом уменьшается вдвое после применения кортикостероидов.

Положительный эффект отмечают и в случае некротического энтероколита. Фитогормоны, в частности корень солодки, оказывают кортикостероидоподобное, иммуномодулирующее, противовоспалительное действие, их можно применять для

предгравидарной подготовки во время беременности, позволяя снизить дозу назначаемых кортикостероидов.

4. Антигистаминные препараты. Гистамин играет важную роль в процессе развития плода. Он легко проходит плацентарный барьер, обеспечивает нормальные условия для имплантации и развития зародыша, так как способствует превращению клеток стромы эндометрия в децидуальную ткань. Влияя на проницаемость мембран, он регулирует процессы обмена между матерью и плодом, органогенез. Поэтому к назначению антигистаминных препаратов во время беременности следует относиться с особой осторожностью. В литературе есть данные о тератогенности антигистаминных препаратов. Меклизин и циклизин могут вызвать у плода стеноз привратника, синдактилии, атрезию анального отверстия, гипоплазию лёгких, мочевого пузыря, почек, гидроцефалию. Применение их в ранние сроки беременности вызывало резорбцию плода. Доказано, что частота аномалий составляет 5% (против 1,5% в популяции). Приём матерью дифенгидрамина незадолго до родов может привести к возникновению у ребёнка генерализованного тремора, диареи через несколько часов после рождения (проявление интоксикации димедролом).

Если мать длительно принимала димедрол, у новорождённого может возникнуть абстинентный синдром, проявляющийся беспокойством, повышенной возбудимостью, судорогами.

5. Антидиабетические средства. Вредное влияние на плод антидиабетических препаратов установить сложно, так как сам по себе сахарный диабет может приводить к аномалиям развития плода.

Инсулин (категория В) имеет большую молекулярную массу и почти не проникает через плацентарный барьер, поэтому оказывает минимальное влияние на плод. Во время беременности женщины, страдающие сахарным диабетом, должны применять инсулин. В последнее время появились сведения о возможной способности инсулина увеличивать вероятность пороков сердца у детей. Информация требует глубоких исследований.

При применении сульфаниламидных гипогликемических средств отмечают высокий уровень перинатальной смертности, при применении хлорпропамида (категория D) — 63%, толбутамида (категория D) — 23%. Отмечают нарушение процесса имплантации, резорбцию плода, остановку роста, в 6–13% случаев выявляют аномалии развития (микрофтальм, анофтальмия, катаракта, анэнцефалия). Применение данных препаратов во время беременности противопоказано. Также следует отказаться от глибенкламида, глипизида, метформина, репаглинида.

Добиться основной цели в решении актуальной проблемы «диабет и беременность» — нормогликемии — при уменьшении приёма инсулина и производных сульфаниламидов можно с помощью растительных препаратов (створок фасоли, листьев черники, измельчённого корня лопуха, резаной соломы овса, семян льна, листьев двудомной крапивы, листьев берёзы, корня одуванчика, травы зверобоя, листьев земляники, корня заманихи высокой, травы хвоща полевого, плодов шиповника, травы череды, корня девясила, цветов ромашки, листьев мяты перечной).

6. Сердечные гликозиды. Они легко проникают через плацентарный барьер. При их применении устанавливается одинаковая концентрация вещества в плазме матери и плода. Однако существует мнение, что плод обладает повышенной резистентностью к сердечным гликозидам. Некоторые авторы утверждают, что в I триместре беременности плод подвержен выраженному влиянию дигитоксина и дигоксина (категория В), что приводит к брадикардии.

Данных о тератогенном действии сердечных гликозидов не получено.

7. Антикоагулянты. В связи с тем, что при беременности часто создаются условия для возникновения тромбозов, вопрос о применении антикоагулянтов актуален. Длительное время препаратом выбора во время беременности был гепарин

натрия (категория В). В силу своей высокой молекулярной массы он почти не проходит плацентарный барьер и, следовательно, не оказывает непосредственного влияния на плод. Препарат можно применять при любом сроке беременности. Однако существуют определённые неудобства его использования: необходимость контроля времени свертывания крови при продолжительном введении, возможность возникновения тромбоцитопении. Поэтому некоторые авторы предлагают использовать низкодозированный гепарин, который лишён недостатков, свойственных гепарину.

В качестве профилактического средства во II и III триместре беременности возможно применение малых доз ацетилсалициловой кислоты.

Для профилактики тромботических осложнений рекомендуют экстракт черники. Он содержит более 15 различных антоцианозидов, которые улучшают функционирование клеточных мембран, предотвращают агрегацию кровяных телец, препятствуя образованию тромбов, разрушению коллагена, укрепляющего стенки кровеносных сосудов.

Экстракт черники обладает также антиоксидантными свойствами, что позволяет использовать оба этих эффекта при нарушениях тонуса сосудов и гипоксии.

8. Антибактериальные, противовирусные, противогрибковые

Антибиотики. Наиболее безопасны для плода антибиотики группы пенициллинов (бензилпенициллин, ампициллин, оксациллин, диклоксациллин, амоксициллин) и группы цефалоспоринов (цефалексин, цефалотин, цефалоридин).

Бензилпенициллин (категория В) достаточно легко проникает через плаценту (25–75%). Из крови плода вещество быстро поступает в ткани. По данным экспериментальных исследований и клинических наблюдений, пенициллин безопасен для плода. Однако имеются экспериментальные исследования на животных, которые показали эмбриотоксическое действие при совместном применении пенициллина и сульфаниламидов (отмечены деформация конечностей, разрыв передней брюшной стенки, микрофтальмия, гидронефроз).

Особенность *ампициллина* (категория В) — его способность накапливаться в амниотической жидкости (на фоне снижения его концентрации в крови плода). Поэтому целесообразно терапевтическое применение ампициллина при хориоамнионите. Препарат не обладает ни тератогенным, ни эмбриотоксическим действием.

Цефалоспорины (категория В) различны по фармакологическим свойствам. Цефалотин и цефалоридин быстро проходят через плаценту (до 100%), цефалексин в меньшей степени (40%). Препараты можно использовать при лечении инфекции плода. Цефалоспорины могут приводить к гипопротромбинемии из-за снижения обмена витамина К, что представляет опасность кровотечений.

Импипенем — β -лактамный антибиотик. Широко используется, не обладает фетотоксическим и тератогенным действием.

Эритромицин (категория В) — *макролид*. Считается относительно безвредным антибиотиком. Имеет невысокую степень проникновения через плаценту (10–12%). Однако следует иметь в виду, что эритромицин способен накапливаться в печени плода, обладает гепатотоксичностью. Исключение составляет эритромицина эстолат (категория Х), который ввиду гепатотоксичности противопоказан при беременности.

Левомецетины медленно выводятся из организма плода, оказывают тератогенное, эмбриотоксическое действие. В экспериментах на животных под влиянием хлорамфеникола (левомецетина) отмечено появление анофтальмии, гидронефроза, а также снижение массы тела. Применение левомецетина во время беременности опасно из-за возможности развития у плода «серого» синдрома, связанного с нарушением процесса глюкуронизации в печени.

Индекс проницаемости плаценты для *тетрациклинов* 25–70%. К ним относят тетрациклин (категория D), доксициклин (категория D) и другие. В экспериментах на

животных отмечают накопление этих препаратов в костной ткани, закладках зубов. Наблюдают деформацию конечностей, снижение массы тела, гибель плода, гидронефроз. Тетрациклины могут вызывать жировую дистрофию печени, нарушение синтеза белка. Поэтому применение тетрациклинов во время беременности противопоказано.

Аминогликозиды в различной степени способны проходить плацентарный барьер. Амикацин (категория С), стрептомицин (категория D) — 100%, канамицин (категория D) — 20–50%. Аминогликозиды обладают ототоксичностью, нефротоксичностью. Наиболее токсичен стрептомицин. Токсичность максимально проявляется при приёме препаратов с 12 по 20 неделю беременности. Аналогичными свойствами обладают и гентамицин (категория С), тобрамицин (категория С), сизомицин. Аминогликозиды противопоказаны во время беременности.

Больше внимания необходимо уделять лекарственным средствам растительного происхождения и биологически активным добавкам (БАД). Например, стабилизированный кислород — природный биоцид с широким спектром действия. Он воздействует на многие виды бактерий, простейших и паразитов, за счёт чего его можно использовать в комплексной терапии инфекционных заболеваний при беременности. Внутренний слой коры по д'Арко содержит биологически активные вещества, обладающие антибактериальными, антигрибковыми и иммунокорректирующими свойствами.

Противогрибковые препараты (нистатин, миконазол), применяемые местно у беременных, не оказывают эмбрио-фетотоксического действия. Однако системное применение препаратов не рекомендовано, поскольку последствия изучены мало.

Сульфаниламидные препараты преодолевают плацентарный барьер и проникают к плоду. Они способны вытеснять билирубин из связи с белком, усиливая желтуху, увеличивая опасность билирубиновой энцефалопатии. Наибольшую опасность для беременных представляют сульфаниламиды пролонгированного действия. Противопоказано применение во время беременности комбинированных препаратов, содержащих триметоприм (категория С), который нарушает синтез фолиевых и нуклеиновых кислот в тканях плода.

Также во время беременности противопоказаны фторхинолоны (категория С): офлоксацин, ципрофлоксацин.

Нитрофураны (категория В) переходят через плаценту и накапливаются в околоплодной жидкости в ограниченном количестве, однако они могут стать причиной гемолиза крови у плода вследствие влияния на глюкозофосфатдегидрогеназу. Не рекомендовано назначение нитрофуранов в I триместре, в конце беременности и в родах.

Метронидазол — антипротозойное средство. Легко преодолевает плацентарный барьер и проникает к плоду. В экспериментах на животных и в клинических наблюдениях не отмечено фетотоксического влияния препарата, поэтому полагают, что метронидазол безопасен. Однако есть данные о способности метронидазола угнетать ряд печёночных ферментов плода, также существуют сведения о тератогенной его активности. Препарат противопоказан в I триместре беременности.

Противотуберкулёзные средства вызывают значительные поражения плода. В случае применения в I триместре беременности гидразидов изоникотиновой кислоты (изониазид) возникают грубые аномалии развития плода (анэнцефалия, пороки сердца, гидроцефалия, эктопия мочевого пузыря, гипоспадия, заращение анального отверстия и другие). Эти препараты нейротоксичны и вызывают нейроплегию.

Противовирусные препараты. Среди противовирусных препаратов наиболее приемлемым считают ацикловир (категория С), однако его назначение требует строгих показаний. Чем ближе к сроку родов его назначают, тем меньших последствий можно

ожидать. При ВИЧ-инфекции используют зидовудин (категория С) с 14 недели беременности

9. Противорвотные средства. Лечение необходимо начинать с препаратов витамина В6 (категория А) (пиридоксин, пиридоксаль фосфат). В случае неэффективности применяют метоклопрамид, который относительно безопасен. Доксиламин и хлорпромазин противопоказаны в последние недели беременности. Данные препараты могут стать причиной пороков развития плода.

10. Противосудорожные средства. Среди антиконвульсантов самый безопасный препарат — магния сульфат. Он не оказывает эмбрио-фетотоксического действия, служит препаратом выбора при лечении эклампсии. При эпилептических судорогах возможно применение карбамазепина, клоназепама, этосуксимида (категория С). Данные препараты обладают доказанным тератогенным эффектом, связанным с поражением нервной трубки плода, повышают опасность кровотечений у плода. Противопоказаны: вальпроевая кислота, фенитоин, фенobarбитал, так как обладают выраженными тератогенными свойствами.

11. Седативные и снотворные средства.

Наиболее приемлемы из этой группы бупирон и золпидем. Применение бензодиазепинов (диазепам, оксазепам, хлордиазепоксид) нежелательно, так как повышает риск развития пороков развития плода (расщепление твёрдого нёба, верхней губы, нарушение нервного развития). Использование бензодиазепинов может привести к лекарственной депрессии плода, новорождённого. Длительное применение высоких доз данных препаратов при доношенной беременности может повлечь возникновение лекарственной зависимости у плода. Барбитураты противопоказаны.

Седативным и снотворным эффектом обладают многие лекарственные растения, которые можно применять, в том числе с целью обезболивания родов. В сборы включают: листья мяты перечной, листья вахты трёхлистной, корень валерианы, соплодия хмеля, цветки ромашки, семена тмина, плоды фенхеля, траву пустырника. Рекомендовано назначение БАД (кавакава, масло примулы вечерней, экстракт гинкго билоба, готу кола).

12. Антидепрессанты. Многие антидепрессанты считают тератогенами, включая амитриптилин (категория D), кломипрамин (категория С), имипрамин (категория D), нортриптилин (категория D). Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) противопоказаны при беременности. Относительно безопасным можно считать флуоксетин — ингибитор обратного захвата серотонина. Его можно применять в первом триместре беременности. Применяют новые антидепрессанты: сетралин (категория В), пароксетин (категория В). Пока нет данных о том, что они повышают риск врождённых пороков развития плода.

13. Антигеморрагические и гемостатические средства. В качестве антигеморрагических и гемостатических средств используют вещества различного механизма действия. При кровотечениях, связанных с повышением фибринолитической активности крови, применяют *ингибиторы фибринолиза*. К этой группе веществ относят как *ингибиторы* перехода плазминогена в плазмин за счет блокады активаторов плазминогена (аминокапроновая кислота), так и ингибиторы протеиназ плазмы, в частности плазмина (трасилол, контрикал: действующее вещество апротинин).

При геморрагическом синдроме с гипопротромбинемией, вызванном, например, нарушением функции печени, используют *препараты витамина К (викасол, фитоменадион)*. Из плазмы крови доноров получают естественный компонент свертывающей системы крови *фибриноген*.

Активатором образования тромбопластина является лекарственное средство *этамзилат*.

При недостатке факторов свертывания крови (например, при гемофилии) применяют *гемате II* (фактор свертывания VIII и фактор Виллебранда) при гемофилии А и *фактор свертывания IX человеческий* – при гемофилии В.

В составе комбинированной гемостатической терапии применяют *кальция хлорид*. В качестве *местных средств для остановки кровотечения* используют *пленку и губку фибринные изогенные, желпластан* и др.

14. Токолитики.

К токолитикам относятся лекарственные средства, обладающие способностью понижать сократительную активность беременной матки. В клинической практике для этого в основном используют селективные β_2 -адреностимуляторы - препараты гинипрал (гексопреналин), сальбутамол (сальбутамол), партусистен (фенотерол), ритодрин и др.

В клинической практике эти препараты используют для подавления преждевременной родовой деятельности в целях сохранения беременности, а также для улучшения плацентарного кровотока у женщин с токсикозом второй половины беременности для предупреждения и/или устранения внутриутробной гипоксии плода. В отличие от токомиметиков токолитики из группы селективных β_2 -адреностимуляторов не обладают избирательным действием на матку, а возбуждают (β_2 -адренорецепторы, локализованные в других тканях и органах, например в легких).

К лекарствам, подавляющим сократительную активность миометрия, относится препарат **магния сульфат**, который оказывает прямое угнетающее влияние на миометрий. Полагают, что токолитическое действие препарата обусловлено подавлением поступления ионов Ca^{2+} внутрь гладкомышечных клеток мышечного слоя матки. Вводят магния сульфат парентерально.

В настоящее время в клинической практике в качестве токолитиков пытаются использовать ингибиторы синтеза простагландинов, например препарат индометацин, а также антагонисты ионов Ca^{2+} группы нифедипина.

Такие гестагенные препараты, как прогестерон, прегнин, норколут, туринал, дюфастон и др. тоже способны подавлять чувствительность матки к веществам, возбуждающим ее сократительную функцию.

15. Токомиметические лекарственные средства (утеротоники)

Маточные средства избирательно воздействуют на функциональную активность мышечного слоя матки (миометрий).

К токомиметикам, стимуляторам родовой деятельности, относятся синтетический аналог гормона задней доли гипофиза - препарат **окситоцин**, его структурные аналоги - препараты **демокситоцин** и **метинокситоцин**. Окситоцин и его структурные аналоги обладают способностью селективно (избирательно) стимулировать ритмические сокращения гладкой мускулатуры матки, усиливать и увеличивать их частоту. Этот эффект препаратов наиболее выражен в конце беременности, в течение периода родов и непосредственно в фазе их разрешения. При использовании высоких доз препаратов и/или повышенной индивидуальной чувствительности возможно развитие тонического сокращения матки.

Препараты этой группы не только инициируют сокращения миометрия, но и стимулируют молокоотделение.

В клинической практике окситоцин и его структурные аналоги применяют для стимуляции родовой деятельности при преждевременном отхождении околоплодных вод, перенесенной беременности, первичной или вторичной родовой слабости, для остановки тяжелых послеродовых кровотечений и т.д.

Помимо окситоцина и его структурных аналогов к токомиметикам относятся аналоги простагландинов - препарат **динопростон** (аналог простагландина E2 - ПГЕ2)

Синонимы: Препидил, Препидил гель, Простенон, Простенон-гель, Цервипрост, Prepidil, Dinoprostone. Препарат **динопрост** (аналог простагландина F2a - ПГF2a).

Эти препараты обладают высокой токомиметической активностью и вызывают и/или усиливают ритмические сокращения матки, а также при местном применении способствуют «созреванию» ее шейки. Помимо этого ПГЕ2 и ПГF2a уменьшают количество b2-адренорецепторов в миометрии, а также понижают их чувствительность к токолитикам. В отличие от препаратов группы окситоцина, которые максимально эффективны в поздние сроки беременности, простагландины оказывают выраженное токомиметическое действие на всем протяжении беременности, а также на небеременную матку.

В клинической практике лекарства этой группы используют для стимуляции родовой деятельности при доношенной беременности, для изгнания плода при его внутриутробной гибели и медикаментозного аборта.

Эрготал. Синонимы: Эрготал, Ergotalum, Ergotal

Описание: Смесь фосфатов алкалоидов спорыньи.

Фармакологическое действие: Повышает тонус мускулатуры матки и увеличивает частоту ее сокращений.

Показания к применению: Маточные кровотечения, вызванные атонией матки; для ускорения обратного развития матки в послеродовом периоде.

Метилэргометрин – алкалоид спорыньи.

Применение: Маточные кровотечения: после ручного отделения последа, ранние послеродовые, послеоперационные (кесарево сечение, удаление миомы), постабортные (в т.ч. кровянистые выделения); замедленная инволюция матки в послеродовом периоде, лохиометра.

Противопоказания: гиперчувствительность, беременность, 1-й и 2-й периоды родов до появления головки плода (тоническое сокращение мускулатуры матки может вызвать асфиксию плода).

Ограничения к применению: Артериальная гипертензия, ИБС, стеноз митрального клапана, окклюзивные поражения сосудов, сепсис, патология печени и почек.

Побочные действия: абдоминальная боль, тошнота, рвота, головокружение, головная боль, повышенное потоотделение, повышение АД, тахикардия или брадикардия, уменьшение секреции молока, аллергические реакции: кожная сыпь, анафилактический шок. При длительном применении или повышенной чувствительности — явления эрготизма: сужение сосудов и нарушение питания тканей (особенно конечностей), психические расстройства.

16. Другие препараты, применяемые в акушерстве:

Бромокриптин (Bromocriptinum). Синонимы: Парлодел, Bromergon, Bromocriptinum mesilat, Parlodel, Pravidel. Бромокриптин - полусинтетическое производное алкалоида спорыньи – эргокриптина. В отличие от эргометрина, метилэргометрина и других аналогичных препаратов спорыньи не оказывает "маточного" (окситоического) действия. Наоборот, угнетает сокращения матки, вызванные метилэргометрином. Бромокриптин нашел применение в акушерской и гинекологической практике. В акушерстве препарат применяют для подавления послеродовой лактации, когда она противопоказана (тяжелые заболевания матери, преждевременное родоразрешение, гибель новорожденного и др.). Применение препарата предупреждает лактацию, нагрубание молочных желез и развитие лактационного мастита, восстанавливает функцию яичников. Назначают препарат внутрь (во время еды). Не следует назначать бромокриптин в первые 3 мес беременности.

Заключение

Практически любое лекарственное средство прямо или опосредованно через материнский организм оказывает влияние на развитие плода. Фармакологическое и

тератогенное действие большинства лекарств на плод изучено недостаточно. Поэтому к ним необходимо относиться как к потенциально опасным.

В условиях нарастающей полипрагмазии (необоснованного назначения комбинаций лекарственных веществ) необходимо помнить, что даже вне беременности назначение 1–5 препаратов приводит к развитию нежелательных эффектов у 5% пациентов, при одновременном применении 15 медикаментов осложнения наблюдаются у 54% больных. Ситуация усугубляется во время беременности.

Клиницисты, которые назначают лекарственные средства беременным, должны следовать следующим рекомендациям:

- стараться избегать любых лекарств во время I триместра беременности;
- отдавать предпочтение монотерапии, используя препараты короткого действия;
- отдавать предпочтение местному лечению, если это возможно;
- использовать минимальные дозы наиболее безопасного препарата;
- использовать лекарственное средство, если польза от него превосходит возможный риск для плода;

Врач, назначая лекарства беременной, берёт на себя большую ответственность за жизнь, здоровье матери и её ребёнка.

<http://www.medsecret.net/akusherstvo/beremennost/244-vlijanie-lekarstvennyh-preparatov-na-plod>

2019 Медицина для врачей и студентов медиков на MedSecret.net.

<http://www.pamba.ru/myometrium/tokomimetic/sygethin/>

справочник лекарств

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Сестринская помощь в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика
беременности. Диспансеризация**

Методическая разработка практического занятия № 5 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11.2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
_____ Н.Г. Самсонова

Саянск

2022

Учебно-методическая карта (план) занятия № 5
УД/ПМ МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

(наименование)

Группа	Дата
3 а м/с	

Тема занятия Сестринская помощь в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика беременности. Диспансеризация

Время 270 минут

Вид занятия практическое

Цель занятия

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о сестринской помощи и сестринском процесс в акушерстве, физиологической беременности, диагностике ранних и поздних сроков беременности, диспансеризации.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при работе с пациентками.

Обучающийся должен уметь:

- определить срок беременности по последней менструации, ВСДМ, шевелению плода;
- проводить диагностику беременности.

Обучающийся должен знать:

- предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности;
- изменения в организме женщины во время беременности;
- гигиену и диететику беременной женщины;
- диспансеризацию беременных женщин.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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.

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ. 01. Проведение профилактических мероприятий, ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

Обеспечиваемые – ОП.02. Анатомия и физиология человека, ОП.07. Фармакология, ПМ.01., ПМ.02. Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессе, ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

А. Наглядные пособия Плакат «Диагностика беременности», акушерские и гинекологические фантомы, презентация «Внутриутробное развитие плода»

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, тестовые задания, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор, видеофильм.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная.

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

Время № элемента	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
	1	2	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5
Использование ТСО																		
Время № элемента	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180
	5	5	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Использование ТСО																		
Время № элемента	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270
	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9
Использование НП, ТСО и др.																		

Содержание занятия

№ элемент	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания.
1.	Организационный момент: - проверка готовности кабинета к занятию; - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - проверка посещаемости; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: создание рабочей обстановки на занятии. Стимулирование интереса обучающихся к изучаемой теме, пояснение ее значимости в профессиональной деятельности, связь с другими предметами и темами. 10 минут
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание студентов на важность изучения темы, межпредметные связи и связь с будущей профессией. Срок беременности проще установить, если женщина встала на учёт по беременности в ранние сроки, что позволит провести полноценное обследование, уточнить срок беременности и снизить риск возникновения осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Правильная диагностика сроков беременности и установление даты родов позволит своевременно предоставить декретный отпуск и госпитализировать беременную женщину в	

	акушерский стационар для родоразрешения.	
3.	Актуализация опорных знаний. Письменно: записать вероятные и достоверные признаки беременности Фронтальный опрос «Физиологические изменения во время беременности». (Эталоны – в приложении 1)	Цель: проверка базовых знаний по теме. Оценка выставляется каждому обучающемуся. 35 минут
4.	Подведение итогов:	Цель: оценить уровень подготовки – 5 минут
5.	Демонстрационная часть Преподаватель демонстрирует презентацию «Внутриутробное развитие плода». Демонстрирует определение ВСДМ, измерение ОЖ, определение признаков беременности, приёмы Леопольда-Левицкого	Цель: конкретизировать знания, настроить на целенаправленную деятельность, развитие зрительной памяти, активизация мыслительных процессов: анализа, синтеза, сравнения. 55 минут
6.	Инструктаж самостоятельной работы Преподаватель сообщает план практической работы, обращает внимание на основные моменты.	Цель: вызвать познавательный интерес к предстоящей работе; настроить на выполнение самостоятельной работы. 5 минут
7.	Самостоятельная работа В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. (Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь). Задание № 1. Изучите информацию в методичках, при хорошем уровне знаний переходить к конспектированию алгоритмов манипуляций Задание № 2. Изучить последовательность проведения теста на беременность. Задание № 3. Перенести в дневники практических занятий таблицу 2 . Задание № 4. Записать алгоритмы манипуляций Задание № 5. Отработать алгоритмы в малых группах по 3 человека	Цель: обобщить, систематизировать теоретические знания, отработка навыков самостоятельной работы. 110 минут
8.	Итоговый контроль Проводится в виде тестового контроля- 20 мин – 20 минут. Фронтальный опрос по изученной теме (Эталоны ответов в приложении 1)	Цель: проверка вновь приобретенных знаний и закрепленных на занятии знаний теоретических занятий. 40 минут
9.	Подведение итогов занятия Выставление оценок обучающимся, анализ достижений и неудач. Инструктаж домашнего задания Подготовка к практическому занятию. Учебник Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку, помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии. 10 минут

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Сестринская помощь в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика
беременности. Диспансеризация**

Методическая разработка практического занятия № 5 для обучающихся
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11.2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
_____ Н.Г. Самсонова

Саянск

2022

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин
Специальность 34.02.01 Сестринское дело**

Практическое занятие № 5

**Сестринская помощь в акушерстве. Физиологическая беременность. Диагностика
беременности. Диспансеризация**

Цели занятия:

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о сестринской помощи и сестринском процессе в акушерстве, физиологической беременности, диагностике ранних и поздних сроков беременности, диспансеризации.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при работе с пациентками.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, **обучающийся в ходе освоения профессионального модуля**

должен уметь:

- определить срок беременности по последней менструации, ВСДМ, шевелению плода;
- проводить диагностику беременности.

Обучающийся должен знать:

- предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности;
- изменения в организме женщины во время беременности;
- гигиену и диететику беременной женщины;
- обследование женщин в женской консультации;
- диспансеризацию беременных женщин.

А. Наглядные пособия:

Плакат «Диагностика беременности», акушерские и гинекологические фантомы, видеофильм

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, тестовые задания, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2013, 375с.

Дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, 720с.
2. Славянова И.К. Акушерство и гинекология / И.К.Славянова, - Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 573с.
3. Дзигуа М. В. Акушерство. Руководство к практическим занятиям. / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей, Гэотар-Медиа. 2012.- 304 с.

Интернет-ресурсы: <http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс

План занятия

1.	Организационный момент, мотивация: 10 мин.
2.	Этап актуализации опорных знаний: 35 минут Письменно; вероятные и достоверные признаки беременности. Опрос «Физиологические изменения во время беременности».
3	Подведение итогов 5 мин
4	Демонстрационная часть: 55 минут Преподаватель демонстрирует презентацию «Внутриутробное развитие плода». Демонстрирует определение признаков беременности, манипуляции: <ul style="list-style-type: none"> – определение ВСДМ, – измерение ОЖ, – приёмы Леопольда-Левицкого.
5	Самостоятельная работа студентов - 110 мин. В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. (Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь). Задание № 1. Изучите информацию в методичках, при хорошем уровне знаний переходить к конспектированию алгоритмов манипуляций Задание № 2. Изучить последовательность проведения теста на беременность. Задание № 3. Перенести в дневники практических занятий таблицу 2 . Задание № 4. Записать алгоритмы манипуляций Задание № 5. Отработать алгоритмы в малых группах по 2 человека
6	Итоговый контроль: 40 минут Проводится в виде выполнения тестового контроля, выполнения задач.
7	Подведение итогов занятия: 10 минут 1. Проверка тестов 2. Выставление оценок обучающимся. 3. Домашнее задание: следующая тема «Физиологические роды. Принципы ведения родов. Первичный туалет новорождённого. Оценка состояния новорождённого. Физиологический послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде» стр 93-135 учебника И.К. Славяновой «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии»

Содержание учебной информации

Задание 1. Изучите информацию в методичках, при хорошем уровне знаний переходите к конспектированию алгоритмов манипуляций

Диагностика беременности. Определение срока беременности

Диагноз беременности является несомненным, если при обследовании определяют части плода, сердцебиение и шевеление плода -эти достоверные признаки беременности появляются не в начале ее, а в более поздние сроки (V-VI месяц). В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании предположительных и вероятных признаков, но в настоящее время и на ранних сроках возможно получить достоверную информацию о наличии плодного яйца в полости матки - при ультразвуковом исследовании. Примечание: в сроки до 4-5 недель проведение УЗИ-исследования нежелательно без строгих показаний, так как высок риск негативных последствий для плода.

К предположительным (сомнительным) признакам относят проявления общих изменений, связанных с беременностью:

- перемены в аппетите (отвращение к мясу, рыбе и др.), прихоти (тяготение к острым блюдам, к необычным веществам – мелу, глине и др.), тошнота, рвота по утрам;
- изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);
- изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков и околососковых кружков;
- появление растяжек (рубцов беременности);
- увеличение живота.

К вероятным признакам беременности относят изменения менструальной функции и изменения в половых органах:

- прекращение менструации;
- появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы;
- синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- изменение величины, формы и консистенции матки;
- лабораторные исследования (определение хорионического гормона в моче и крови),

Достоверные признаки:

- Определение частей плода при пальпации живота женщины (приемы Леопольда-Левицкого).
- Определение движений плода во время пальпации: ощущение движения плода при пальпации или УЗИ.
- Выслушивание сердечных тонов плода. Диагноз беременности подтверждается при выслушивании сердечных тонов плода, частота которых 120/140 в мин. Сердечные сокращения можно определять с 5-7 недель с помощью инструментальных методов исследования: ЭКГ, ФКГ, КТГ, УЗИ, а с 19-20 недель – аускультации.

Выявление вероятных признаков беременности производят путем:

- опроса;
- ощупывания молочных желез и выдавливания молозива;
- осмотра наружных половых органов и входа во влагалище;
- исследования при помощи зеркал;
- влагалищного и двуручного влагалищно-абдоминального исследования женщины.

Задержка менструации является важным признаком, особенно у женщин с регулярным циклом. Значение этого симптома увеличивается, если он сочетается с нагрубанием молочных желез и появлением в них молозива, с возникновением цианоза влагалища и особенно влагалищной части шейки матки, с изменением величины и консистенции матки.

С наступлением беременности по мере ее прогрессирования размеры матки меняются. Изменение формы матки определяют при двуручном (бимануальном) исследовании. Матка у небеременных женщин имеет грушевидную форму, несколько уплотненную в переднезаднем размере. С наступлением беременности форма матки меняется. С 5-6 недельного срока матка приобретает шаровидную форму. Начиная с 7-8 недель, матка становится асимметричной, может выпячиваться один из ее углов.

Примерно к 10 неделям матка вновь становится шаровидной, а к концу беременности приобретает овоидную форму.

На наличие беременности указывают следующие признаки:

Увеличение матки. Увеличение матки заметно на 5-6 неделе беременности; матка вначале увеличивается в переднезаднем направлении (становится шарообразной), (см. рисунок 1) позднее увеличивается и поперечный ее размер. Чем больше срок беременности, тем яснее увеличение объема матки. К концу II месяца беременности матка увеличивается до размеров гусиного яйца, в конце III месяца беременности дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше его.

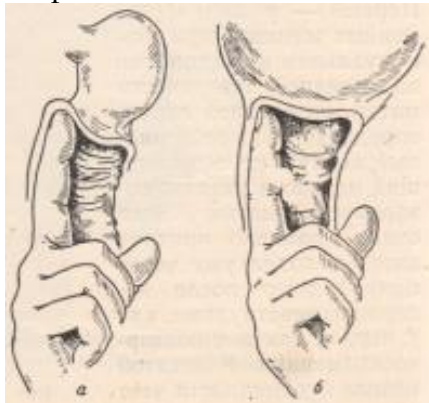


Рисунок 1. - Признак шаровидности матки при беременности.

а – матка небеременная: в боковом своде пусто; б – беременная матка: в боковом своде ощущается округленность матки (со 2-го месяца беременности).

Признак Горвица-Гегара. Консистенция беременной матки мягкая, причем размягчение выражено особенно сильно в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления. Этот признак очень характерен для ранних сроков беременности.

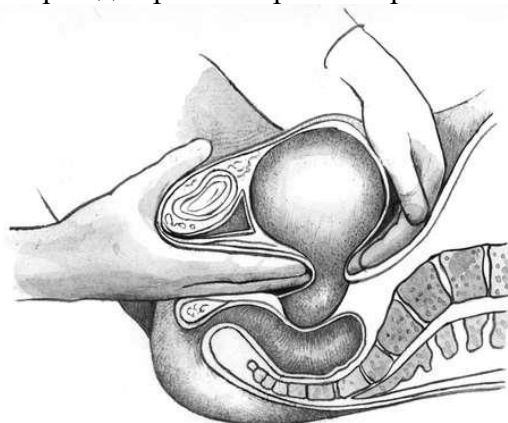


Рисунок 2. - Признак Горвица-Гегара

Признак Снегирева. Для беременности характерна легкая изменяемость консистенции матки. Размягченная беременная матка во время двуручного исследования под влиянием механического раздражения плотнеет и сокращается в размере. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

Признак Пискачека. В ранние сроки беременности нередко имеет место асимметрия матки, зависящая от куполообразного выпячивания правого или левого угла ее с 7-8 недель. Выпячивание соответствует месту имплантации плодного яйца. К 10 неделям выпячивание постепенно исчезает (рисунок 3).

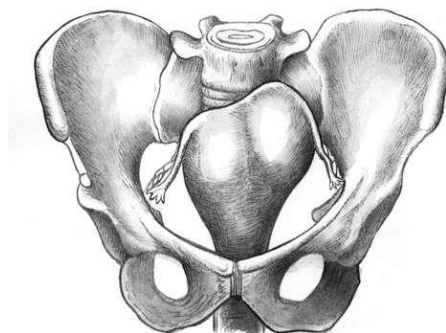


Рисунок 3. - Признак Пискачека

Губарев и Гаус обратили внимание на легкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности. Легкая смещаемость шейки матки связана со значительным размягчением перешейка (рисунок 4.).



Рисунок 4. - Признак беременности по Губареву-Гаусу: легкость смещения шейки в стороны.

Признак Гентера. В ранние сроки беременности имеет место усиленный перегиб матки кпереди, возникающий в результате сильного размягчения перешейка, а также гребневидное утолщение (выступ) на передней поверхности матки по средней линии. Это утолщение определяют не всегда, а только у 25% беременных женщин при бимануальном исследовании на передней поверхности матки, по средней линии, не переходит на дно и заднюю поверхность матки. Этот очень ранний признак автор находил уже через одну неделю после задержки менструации, как у перво-, так и у повторнобеременных. К десятой неделе беременности этот признак исчезает (рисунки 5а, 5б).

Таким образом, диагноз беременности устанавливают на основании данных клинического обследования. Однако в некоторых случаях при затруднении диагностики беременности или с целью дифференциальной диагностики применяют лабораторные диагностические методы. Диагностика ранних сроков беременности основана на определении в биологических жидкостях организма женщины веществ, специфичных для беременности.

Современные методы диагностики беременности делят на биологические, иммунологические, эхографические (ультразвуковая диагностика) и другие. Как биологические, так и иммунологические методы основаны на определении в биологическом материале (чаще всего в моче) хоригонадотропина (ХГ) – гормона, секретируемого хорионом. Синтез ХГ начинается с первых дней беременности и продолжается до родов с максимальной продукцией на 60-70 день после имплантации. Затем уровень его снижается и сохраняется стабильным до родов.

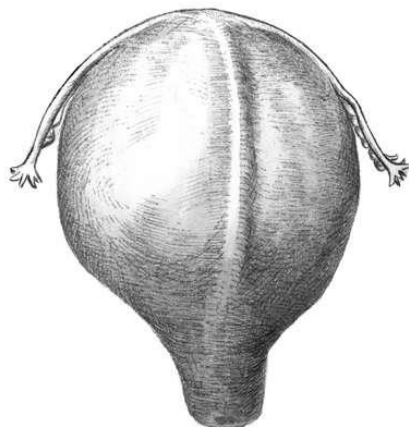


Рисунок 5а. Признак Гентера (3-й мес.) 5б Значительная антефлексия (2-й признак Гентера).

В настоящее время для диагностики ранних сроков беременности применяют **иммунологические методы**.

Иммуноферментные экспресс-методы определения ХГ или β -ХГ в моче позволяют диагностировать беременность через 1-2 недели после nidации плодного яйца.

Существуют тест-системы для быстрого определения наличия или отсутствия беременности, которыми могут пользоваться сами женщины.

Тесты на беременность, проводимые в домашних условиях, делятся на три вида:

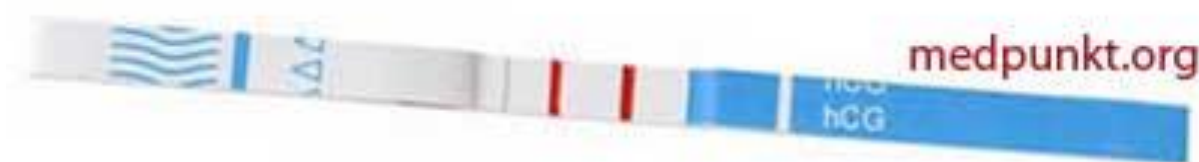


Рисунок 6. - Тест-полоска

1. Тест-полоски. Полоска в тесте на беременность покрыта реагентами - антителами к ХГЧ. При тестировании моча, проникая по капиллярам полоски, достигает тестового участка. При наличии в моче гормона беременности (ХГЧ) полоска окрашивается в другой цвет, в противном случае полоса в тестовой зоне никак не проявляется (рисунок б).

В состав набора теста на беременность обычно входят:

- стрип-полоска в защитном пакете;
- пакетик с поглотителем влаги (в тесте не используется)

Эти тесты относятся к первому поколению методов диагностирования беременности. Хранить набор для тестирования обычно можно при температуре от 2 до 28 градусов Цельсия, но перед использованием необходимо довести температуру до комнатной.

Тестирование на беременность можно проводить в любое время, но на ранних сроках лучше использовать первую утреннюю мочу, так как в ней концентрация гормонов наивысшая. Целесообразнее проводить тест при недельной задержке менструации.

Данный способ обладает весомым недостатком – неточность результатов, которая объясняется тем, что иногда индикатор может не пропитаться в нужной степени и выдать неверный результат. Подобное может произойти, если опустить тест-полоску ниже или держать дольше, чем описано в инструкции. К достоинствам можно отнести относительную дешевизну.

Задание 2. Изучить последовательность проведения теста на беременность.

Последовательность проведения теста на беременность

Перед проведением теста на беременность необходимо проверить срок годности теста и внимательно ознакомиться с инструкцией.

1. Собрать образец мочи в чистую сухую емкость. Не взбалтывать!
2. Вскрыть защитный пакет теста и извлечь тестовую полоску.
3. Поместить полоску в емкость с образцом мочи так, чтобы уровень мочи не превышал ограничительную линию на 1 минуту, затем извлечь полоску и положить на чистую сухую поверхность (например, на лист бумаги)
4. Посмотреть результат теста через 10 минут; на ранних сроках проведения теста (до или в самом начале задержки месячных) лучше подождать около часа. Варианты результата теста на беременность: отрицательный - одна красно-розовая линия только в зоне контроля, в тест-зоне линии нет; положительный - появление двух красно-розовых линий в тест-зоне и зоне контроля (если тест проведен на ранних сроках задержки, вторая полоса может быть слабо заметна, в этом случае стоит повторить тест через несколько дней).

Если на тесте после вышеперечисленных действий не появилось ни одной полоски - это означает, что тест был бракованным, его срок годности истек либо условия хранения были нарушены. Необходимо воспользоваться другим тестом на беременность, желательно, из другой аптеки.

Внимание! Тесты на беременность не дают положительного результата о внематочной беременности.

2. Тесты второго поколения - планшетные, более надежные, но и более дорогие. Тест состоит из двух окошек, принцип его действия следующий: сначала жидкость попадает в первое окошко, затем распространяется до слоя реактива и вступает во взаимодействие с ним. Результат Вы увидите во втором окошке.



Рисунок 7. - Планшетный тест

3. Наиболее эффективным на сегодняшний день тестом на беременность является струйный тест. Тесты третьего поколения содержат в себе специальный слой голубых частиц, прочно присоединяющихся к хорионическому гонадотропину при наличии беременности. Через минуту применения Вы увидите очень точный результат. По причине высокой надежности этот тест является наиболее дорогим среди остальных видов.



Рисунок 8. - Струйный тест на беременность

Очень часто причина ложных результатов кроется в неверном применении теста. Рассмотрим типичные ошибки при использовании тестов на беременность:

- истек срок годности теста
- тест испорчен из-за неправильного хранения
- неточное выполнение указаний инструкции (например, время нахождения теста в жидкости, использование не утренней мочи, несвоевременное считывание результатов)

Вывод: всегда внимательно читайте инструкцию и следуйте ей. К сожалению, даже при идеальном выполнении всех требований по применению теста результат может оказаться ложным по следующим причинам:

ложноположительные результаты –

- ХГ производится опухолью матки (хорионэпителиома),
- внематочная беременность
- прием гормональных препаратов: к примеру, если вам вводили ХГЧ с целью индукции овуляции, то остатки этого гормона могут оставаться в вашем организме до 10 дней после последнего приёма гормонального лекарства.

ложноотрицательные результаты –

недостаток гормонов (ранний срок тестирования или угроза выкидыша, при которой уровень гормона может резко снизиться).

Лучшие тесты на беременность

По результатам опросов, фаворитами среди тестов, правильно определяющих беременность, можно выделить «Фрау-тест» и «Clear Blue». На третьем месте стоит тест "Будьте уверены". Затем в рейтинге идут "Определенность", «BB Test», «Ladie's test», «VonaDea», «Evitest», "Know Now", «Мон Ами», «Министрип».

Другие марки чаще дают ложноположительные результаты теста на беременность. Для повышения достоверности лучше купить тесты разных фирм-производителей и в разных аптеках.

Тест на раннюю беременность MediSmart основан на диагностике уровня гормона беременности (хорионического гонадотропина) на разных ее стадиях. Данный тест имеет высочайшую чувствительность к ХГЧ – до 10 мМЕ/мл, поэтому способен установить наличие беременности буквально с первых ее часов (через 7 дней после незащищенного полового акта или за 7 дней до ожидаемых месячных).

Для более точного подтверждения результатов теста на беременность можно сделать анализ крови на ХГЧ (кровь берется из вены) – в этом случае диагноз будет намного более достоверным.



Рисунок 9. – Положительный тест на беременность

Определение срока беременности и даты родов

Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных (задержка менструации, дата первого шевеления плода), по данным объективного обследования (величина матки, размеры плода) и по данным дополнительных методов исследования (УЗИ).

Срок беременности и дату родов определяют:

По дате последней менструации. - От первого дня последней менструации отсчитывают количество дней (недель) на момент обследования беременной. Для определения даты родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней (10 лунных месяцев) или используют *формулу Негеле: от даты начала последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней.* Данный метод не может быть использован у женщин с нерегулярным менструальным циклом.

По овуляции. Если в силу тех или иных обстоятельств женщина может назвать дату предполагаемого зачатия (редкие половые контакты, операция экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), инсеминация спермой донора), то срок беременности отсчитывают от даты зачатия, *предварительно прибавив 2 недели*, а дату родов определяют, отсчитав от даты предполагаемой овуляции 38 недель, или, используя следующую формулу: *от даты овуляции отнимают 3 месяца 7 дней.*

По первой явке. При постановке на учет по беременности обязательным моментом исследования беременной является влагалищное

исследование, при котором с определенной точностью можно определить срок беременности (см. таблицу *Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности*).

По первому шевелению. Определение срока беременности по дате первого шевеления плода возможно во второй ее половине. В среднем первородящие женщины ощущают шевеление плода, начиная с 20 недель, а повторнородящие – с 18 недель беременности.

По высоте стояния дна матки (см таблицу)

По данным ультразвукового исследования. Точность определения срока беременности по данным ультразвукового исследования достаточно высока, особенно в I триместре беременности. Во II и III триместрах ошибка определения срока беременности этим методом повышается, что связано с конституциональными особенностями развития плода или осложнениями беременности (гипотрофия плода, диабетическая фетопатия и т.д.), поэтому определенную ценность представляет динамическое ультразвуковое наблюдение за плодом.

По дородовому отпуску. По Российскому законодательству с 30 недель беременности женщина имеет право на дородовый отпуск.

Для быстрого подсчета срока беременности и родов выпускают специальные акушерские календари.

Объективное определение срока беременности в I триместре возможно при бимануальном обследовании женщины, т. к. матка в эти сроки располагается в малом тазу. С 16 недель дно матки прощупывают над лоном и о сроке беременности судят по высоте стояния дна матки над лонным сочленением, измеренной сантиметровой лентой.

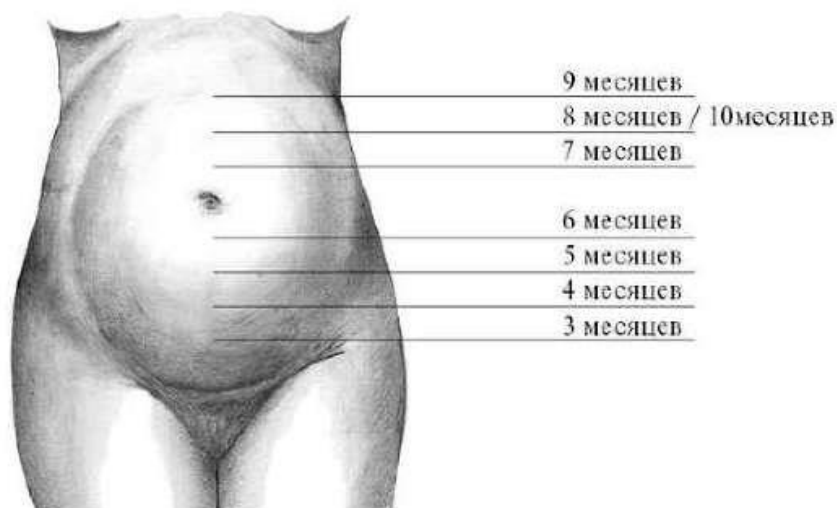


Рисунок 10. - Высота стояния дна матки в различные сроки беременности

Величина матки и высота стояния её дна представлены в таблице 1.

Таблица 1. Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности

Срок беременности, недели	Признаки
4	Матка величиной с куриное яйцо
8	Матка величиной с гусиное яйцо
12	Матка величиной с мужской кулак, дно у верхнего края лона
16	Дно матки на середине расстояния между лоном и пупком (на 6 см выше лона)
20	Матка вытягивает живот, дно ее на расстоянии 11-12 см над лоном, появляются движения плода, выслушивается сердцебиение
24	Дно матки на уровне пупка, 22-24 см над лоном
28	Дно матки на 4 см выше пупка, 25-28 см над лоном

32	Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, 30-32 см над лоном, окружность живота на уровне пупка 80-85 см, пупок несколько сглажен, прямой размер головки 9-10 см
36	Дно матки у реберных дуг, на уровне мечевидного отростка, окружность живота 90 см, пупок сглажен, прямой размер головки 10-12 см
40	Дно матки опускается на середину между пупком и мечевидным отростком, 32 см над лоном, окружность живота 96-98 см, пупок выпячен, прямой размер головки 11-12 см. У первородящих головка прижата ко входу в малый таз, у повторнородящих – подвижная

Измерение высоты стояния дна матки над лоном производят сантиметровой лентой, при этом женщина лежит на спине, ноги выпрямлены, мочевого пузыря должен быть опорожнён. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки. Во второй половине беременности производят измерение окружности живота сантиметровой лентой, которую спереди накладывают на уровень пупка, а сзади – на середину поясничной области.

Срок доношенной беременности дифференцируют от 32-недельного срока не только по высоте стояния дна матки, но и по окружности живота, форме пупка и диаметру головки и её расположению (табл.2)

Задание 3. Перенести в дневники практических занятий таблицу 2 .

Таблица 2. Отличия поздних сроков беременности

Признаки	32 недели	40 недель
Окружность живота	80-85 см	90 см и более
Состояние пупка	Несколько сглажен	Выпячен
Диаметр головки плода	9-10 см	Около 11 см
Расположение головки плода	Высоко над входом в малый таз	Прижата, или фиксирована во входе в малый таз малым сегментом

Задание 4. Записать алгоритмы манипуляций

Алгоритмы манипуляций

Измерение высоты стояния дна матки и окружности живота

Оснащение: кушетка, индивидуальная пеленка, сантиметровая лента.

1. Провести психологическую подготовку пациентки, получить информированное согласие на выполнение процедуры и предложить застелить индивидуальную пеленку на кушетку.

Примечание. Обязательно предупредите пациентку, чтобы она перед исследованием освободила мочевой пузырь.

2. Вымыть и осушить руки.

Примечание. Руки должны быть сухие, чистые и теплые.

3. Помочь пациентке лечь на кушетку на спину и попросить обнажить живот и поясничную область, ноги свести вместе и вытянуть.

4. Взять сантиметровую ленту, подойти к кушетке и стать справа от пациентки.
5. Держа начало сантиметровой ленты большим и указательным пальцами правой руки, пропальпировать указательным пальцем середину верхнего внешнего края симфиза и прижать к нему нулевую отметку.
- 6.левой рукой развернуть сантиметровую ленту так, чтобы она разместилась по средней линии живота.
7. Ребром ладони левой руки отыскать дно матки, осторожно нажимая на живот, двигаясь по направлению от симфиза к мечевидному отростку.
8. Осторожно нажать левой рукой на дно матки, тем самым прижимая плод ко входу в малый таз.
9. По ребру левой ладони, которая прижимает сантиметровую ленту, определить цифру, соответствующую высоте стояния дна матки над лобком.
10. Запомнить ее.
11. Взять сантиметровую ленту в левую руку.
12. Попросить женщину поднять таз, упершись стопами ног в кушетку.
- 13.левой рукой подать, а правой рукой перехватить начало сантиметровой ленты под женщиной.
14. Протянуть определенное количество сантиметровой ленты, разместив ее посередине поясничной области, у верхнего угла ромба Михаэлиса.

Примечание. Следите, чтобы сантиметровая лента не перекрутилась и находилась в обеих руках одинаковой шкалой вверх.

15. Попросить женщину опустить таз.
16. Правой рукой положить начало сантиметровой ленты на живот на уровне пупка.
- 17.левой рукой положить сантиметровую ленту так, чтобы части ленты перекрестились, убрать правую руку.

Примечание. Следите, чтобы пальцы не оказались под сантиметровой лентой.

18. Посмотреть на шкалу и определить цифру, совпавшую с нулевой отметкой сантиметровой ленты. Это и есть величина окружности живота.
19. Запомнить ее.
20. Попросить женщину поднять таз, упершись стопами ног в кушетку.
21. Вывести сантиметровую ленту из-под женщины.
22. Помочь пациентке подняться, если не будет проводиться другое исследование.
23. Проздезинфицировать использованное оборудование.
24. Вымыть и осушить руки.
25. Сделать отметку в соответствующей медицинской документации.

Определение расположения плода в матке (приемы Леопольда)

Основной метод наружного акушерского исследования беременной во второй половине беременности и в родах – пальпаций (ощупывание) живота.

При пальпации живота беременной определяют высоту стояния дна матки (ВСДМ), положение плода, позицию, вид плода, его предлежащую часть, отношение предлежащей части ко входу в таз. Ощущают шевеления плода, получают представление о количестве околоплодных вод, определяют состояние брюшной стенки (избыточное отложение жира, перерастяжение мышц, расхождение прямых мышц и др.)

При осуществлении этой манипуляции необходимо:

- Объяснить женщине цель и ход предстоящей манипуляции, предупредив о необходимости опорожнения мочевого пузыря;
- Получают согласие на исследование;
- Расстелить на кушетке индивидуальную клеенку и чистую пленку;

- Попросить женщину лечь на кушетке в положение «на спине» с выпрямленными ногами, для расслабления мышц живота предложить ей слегка согнуть ноги в тазобедренном и коленном суставах;
- Сесть или встать рядом с кушеткой справа, лицом к женщине;
- Провести определение расположения плода в матке, используя четыре приема наружного акушерского исследования (приемы Леопольда)
1-ый прием – определяется высота стояния дна матки и часть плода, находящаяся у дна матки.

Для определения высоты стояния дна матки необходимо:

- Ладони обеих рук, обращенные друг к другу концами пальцев, расположить на уровне дна матки;
- Сблизить пальцы рук;
- Осторожно надавливая вниз, определить уровень стояния матки;
- Сантиметровой лентой, пропустив её между указательным и средним пальцем левой руки, измерить ВСДМ, начиная измерение от верхнего края лонного сочленения;
- Определить часть плода, располагающуюся у дна матки – чаще это мягковатая крупная часть – ягодички.

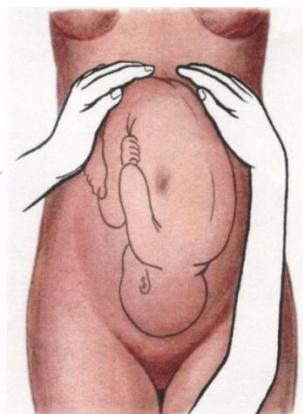
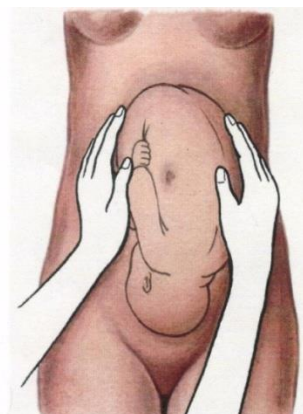


Рисунок 11. -1 прием Леопольда.



2 прием Леопольда.

2-ой прием – определяется спинка и мелкие части плода, по которым судят о положении, позиции плода и её виде.

Для проведения этой манипуляции необходимо:

- Переместить обе руки со дна матки книзу по бокам живота, расположив и на боковых поверхностях матки;
- Бережно надавливая на боковые стенки матки ладонями и пальцами поочередно левой и правой руки, определить, в какую сторону обращены спинка и мелкие части плода.

Положение бывает продольное, поперечное, косое.

Позиция 1-ая – спинка обращена к левой стороне;

2-ая – спинка обращена к правой стороне матки.

Вид передний – спинка обращена к передней поверхности матки; задний вид – спинка обращена к задней поверхности матки.

3-й прием – определяется предлежащая часть плода.

Для определения предлежащей части необходимо:

- Одну руку (обычно правую) раскрытой ладонью положить немного выше лонного сочленения;
- Расположить так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре других – на другой стороне нижнего сегмента матки;

- Медленно и осторожно погрузить пальцы вглубь, охватывая предлежащую часть;
- Осторожно произвести движения рукой вправо и влево.
- Чаще предлежащей частью является головка – плотная округлая часть способная баллотированию.

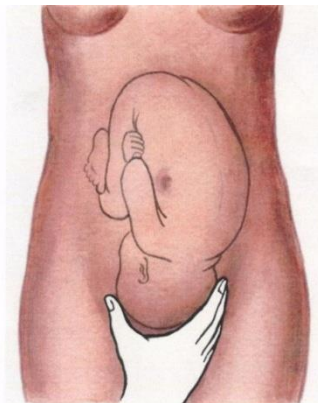
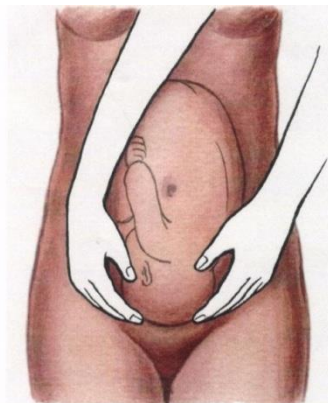


Рисунок 12. - 3 прием Леопольда.



4 прием Леопольда.

4-ый прием – у беременной – определение предлежащей часть плода, её местонахождение (уровень стояния), у роженицы – определение продвижения головки плода во входе в малый таз.

Для проведения этой манипуляции необходимо:

- Встать или сесть лицом к ногам женщины;
- Ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, доходя пальцами до симфиза;
- Вытянутыми пальцами осторожно и медленно проникнуть между предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз;
- Осторожно прощупать доступные участки предлежащей части и высоту её стояния.
- Если пальцы рук соприкасаются – головка над входом в малый таз.
- Если пальцы рук располагаются параллельно друг другу – головка малым сегментом во входе в малый таз.
- Если пальцы расходятся, а лучезапястные суставы сходятся – головка большим сегментом во входе в малый таз.

Актуализация опорных знаний

1. К вероятным признакам беременности относят:

2. Фронтальный опрос «Физиологические изменения во время беременности»

1. Сколько длится беременность в днях, неделях, месяцах.
2. При физиологической беременности в каком сроке предоставляют декретный отпуск?
3. При многоплодной беременности в каком сроке положен декретный отпуск?
4. В 24 недели беременности ВСДМ находится на каком уровне.
5. Каков наивысший уровень стояния дна матки, в каком сроке он определяется?
6. На каких сроках беременности ВСДМ примерно одинакова?
7. Матка размером с гусиной яйцо – срок беременности какой?
8. Назовите нормальные размеры таза у беременной.
9. Можно измерять ОЖ у беременной, если она стоит?
10. Как определить индекс массы тела у беременной.
11. Можно ли беременным работать в ночные смены?
12. Органогенез у плода в основном завершается к какой неделе беременности?
13. Бластогенез длится какой промежуток времени?
14. Эмбриональный период длится с какого по какой период внутриутробного развития?
15. Назовите оболочки плода.
16. Если беременная женщина курит, каковы могут быть последствия для плода?
17. Матка размером с головку новорождённого, или с мужской кулак – какой срок беременности?
18. В каких биологических жидкостях определяют ХГЧ у беременной?
19. Какие специалисты кроме акушера - гинеколога должны проконсультировать женщину во время беременности?
20. Срок беременности и дату родов определяют:

Итоговый контроль

1. Тестирование «Диагностика беременности»

(Выберите ОДИН правильный ответ)

1. Признак Горвица-Гегара:
 - а. сокращение матки при исследовании,
 - б. асимметрия матки,
 - в. чрезмерное размягчение перешейка матки,
 - г. чрезмерная подвижность шейки матки
2. Признак Пискачека:
 - а. сокращение матки при исследовании,
 - б. асимметрия матки,
 - в. чрезмерное размягчение перешейка матки,
 - г. чрезмерная подвижность шейки матки.
3. Тошнота по утрам:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
4. Иммунологические признаки -
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
5. Визуализация плода при УЗИ:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
6. Вторым приёмом Леопольда-Левицкого определяют:
 - а. предлежание,
 - б. высоту стояния дна матки, часть плода у дна матки
 - в. положение, позицию, вид.
7. Увеличение молочных желёз, выделение молозива это:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
8. Увеличение размеров матки это:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
9. Выслушивание с/биения плода акушерским стетоскопом:
 - а. вероятный признак беременности,
 - б. достоверный признак беременности,
 - в. предположительный признак беременности.
10. Отношение продольной оси плода к продольной оси матки это:
 - а. членорасположение плода,
 - б. положение плода,
 - в. вид плода,
 - г. позиция плода.
11. Первым приёмом Леопольда-Левицкого определяют:
 - а. ВСДМ и предлежащую часть,
 - б. предлежащую часть,
 - в. ВСДМ и часть плода, находящуюся у дна матки,
 - г. положение , позицию, вид.
12. Расстояние между отдалёнными точками гребней подвздошных костей:

- а. 25-26,
 - б. 28-29 см,
 - в. 20-21,
 - г. 30-31 см.
13. Кровь на ВУИ:
- а. на хламидиоз, токсоплазмоз, ВПГ, мико- и уреоплазмоз, цитомегаловирус,
 - б. на гепатит В, гепатит С,
 - в. на гонорею, трихомониаз, сифилис.
14. При каждом посещении консультации у беременной должны измерить АД:
- а. на двух руках,
 - б. на одной руке,
 - в. на одной руке дважды с интервалом в 10 минут.
15. Укажите размеры нормального таза
- а. 22-25-29-18-9,
 - б. 23-25-28-17-8,
 - в. 25-28-31-20-11,
 - г. 25-28-29-20-11.
16. Декретный отпуск при физиологической беременности с:
- а. 28 недель,
 - б. 32 недель,
 - в. 30 недель,
 - г. 26 недель
17. Предлежит головка, спинка обращена кпереди и влево:
- а. головное предлежание, задний вид, 2 позиция.
 - б. головное предлежание, передний вид, 1 позиция
 - в. головное предлежание, задний вид, 1 позиция,
 - г. головное предлежание, задний вид, 2 позиция
18. Индекс Соловьёва это:
- а. объём лучезапястного сустава,
 - б. объём лучезапястного сустава,
 - в. толщина брюшной стенки.
19. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки это:
- а. положение,
 - б. позиция,
 - в. членорасположение,
 - г. вид.
20. Сердцебиение плода акушерским стетоскопом выслушивают с:
- а. 20 недель беременности,
 - б. 16 недель беременности,
 - в. С 24 недель беременности.

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в
послеродовом периоде.**

Методическая разработка практического занятия № 6 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11..2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
_____ Н.Г. Самсонова.

Саянск

2022

Учебно-методическая карта (план) занятия № 6
УД/ПМ МДК 02.01.Сестринская помощь в акушерстве и при
патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

Группа	Дата
3 а м/с	

(наименование)

Тема занятия Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде.

Время 270 минут

Вид занятия практическое

Цель занятия

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о физиологических родах, принципах ведения родов, первичном туалете новорождённого, физиологическом послеродовом периоде и сестринском уходе в послеродовом периоде.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

Обучающийся должен уметь:

- измерять окружность живота, ВСДМ;
- считать схватки;
- определять период родов;
- определять признаки отделения последа;
- выслушивать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять кровопотерю в родах.

Обучающийся должен знать:

- предвестники родов, периоды родов, родовые изгоняющие силы; биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания;
- признаки отделения последа;
- методы выделения отделившегося последа;
- особенности сестринского ухода в послеродовом периоде.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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.

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ. 01. Проведение профилактических мероприятий, ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

Обеспечиваемые – ОП.02. Анатомия и физиология человека, ОП.07. Фармакология, ПМ.01., ПМ.02. Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессе, ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

А. Наглядные пособия плакат «Роды физиологические», видеофильм «Роды», акушерские фантомы, куклы-плоды, сантиметр, акушерский стетоскоп, секундомер.

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, тестовые задания. **В. Технические средства обучения** презентация, компьютер, проектор, видеофильм.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2012, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

Время № элемен	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
	1	2	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5
Использов -е ТСО																		
Время № элемен	95	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18
	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5
	5	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Использов -е ТСО																		
Время № элемен	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27
	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0
	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9
Использов -е ТСО и др.														+	+	+	+	

Содержание занятия

№ элемента	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания.
1.	Организационный момент: - проверка готовности кабинета к занятию; - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - проверка посещаемости; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: создание рабочей обстановки на занятии. Преподаватель стимулирует интерес обучающихся к изучаемой теме, поясняет ее значимость
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание на актуальность изучения	

	<p>темы, связь с будущей профессией и отметить межпредметные связи.</p> <p>Роды принимают проводники, стюардессы, служащие МЧС, полицейские, таксисты. Сестринский персонал должен уметь принять роды в экстренной ситуации, по возможности, предупредить осложнения у матери и новорождённого.</p>	<p>профессиональной деятельности, связь с другими предметами и темами. 5 минут</p>
3.	<p>Актуализация опорных знаний.</p> <p>Письменно: биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.</p> <p>Опрос: предвестники родов, периоды родов, родовые изгоняющие силы, различия в раскрытии шейки матки у перво- и повторнородящих. (Эталоны ответов в приложении 1)</p>	<p>Цель: проверка базовых знаний по теме. Оценка выставляется каждому обучающемуся. 20 минут</p>
4.	<p>Подведение итогов:</p>	<p>Цель: оценить уровень подготовки, оценка выставляется каждому студенту – 5 минут</p>
5.	<p>Демонстрационная часть</p> <p><i>Преподаватель демонстрирует следующие манипуляции:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - подсчёт схваток; - определение признаков отделения последа; - выслушивание сердцебиения плода акушерским стетоскопом; - определение кровопотери в родах. <p>Преподаватель демонстрирует биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания и акушерское пособие в родах.</p>	<p>Цель: конкретизировать знания, настроить на целенаправленную деятельность, развитие зрительной памяти, активизация мыслительных процессов: анализа, синтеза, сравнения. 55 минут</p>
6.	<p>Инструктаж самостоятельной работы</p> <p>Преподаватель сообщает план практической работы, обращает внимание на основные моменты.</p>	<p>Цель: вызвать познавательный интерес к предстоящей работе; настроить на выполнение самостоятельной работы. 5 минут</p>
7.	<p>Самостоятельная работа</p> <p>В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь.</p> <p>Задание № 1. Записать алгоритмы: «Подсчёт и оценка схваток», «Выслушивание и оценка сердцебиения плода»</p> <p>Задание № 2. Изучить схему «Физиология родов»</p> <p>Задание № 3. Повторить первичный туалет новорождённого и оценку по шкале Апгар</p>	<p>Цель: обобщить, систематизировать теоретические знания, отработка навыков самостоятельной работы. 110 минут</p>

	<p>Задание № 4. Записать ручное пособие при головном предлежании.</p> <p>Задание № 5. Записать алгоритм ведения последового периода.</p> <p>Отработать манипуляции: измерение ВСДМ и ОЖ, выслушивание сердцебиения плода, подсчёт и оценка схваток (преподаватель наблюдает, оценивает).</p> <p>Просмотр фильма «Роды»</p>	
8.	<p>Итоговый контроль</p> <p>Проводится в виде тестового контроля и решения задач. (Эталоны в приложении 1)</p>	<p>Цель: проверка вновь приобретенных знаний и закрепленных на занятии знаний теоретических занятий. 40 минут</p>
9.	<p>Подведение итогов занятия</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализ достижений и неудач; - выставление оценок за работу на занятие; - проверка дневников практики. <p>Инструктаж домашнего задания</p> <p>Следующая тема Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией</p> <p>Подготовка к практическому занятию. Подготовка памяток для беременных с патологией почек, сахарным диабетом, сердечно-сосудистой патологией, анемией (на выбор)</p>	<p>Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку помочь обучающимся в осмыслении результатов работы на занятии – 10 минут.</p>

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом
периоде**

Методическая разработка практического занятия № 6 для обучающихся
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11.2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
_____ Н.Г. Самсонова

Саянск

2022

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Практическое занятие № 6

Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде.

Цели занятия:

Учебная:

обобщить и систематизировать знания обучающихся о физиологических родах, принципах ведения родов, первичном туалете новорождённого, физиологическом послеродовом периоде и сестринском уходе в послеродовом периоде.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, **обучающийся в ходе освоения профессионального модуля**

должен уметь:

- производить подсчёт схваток;
- выслушивать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять период родов;
- проводить психопрофилактическую подготовку к родам, научить роженицу приёмам немедикаментозного обезболивания родов.
- в экстренной ситуации принять физиологические роды;
- определить признаки отделения последа;
- выделить послед при наличии признаков отделения последа;
- провести профилактику бленнореи новорождённого.

Обучающийся должен знать:

- предвестники родов;
- периоды родов;
- родовые изгоняющие силы;
- биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания;
- принципы акушерского пособия при физиологических родах;
- признаки отделения последа;
- методы выделения отделившегося последа;
- оценку состояния новорождённого и первичный туалет новорождённого;
- особенности физиологического послеродового периода
- особенности сестринского ухода в послеродовом периоде.

А. Наглядные пособия:

Плакат «Ручное пособие в родах при головном предлежании», акушерские фантомы, куклы-плоды, видеофильм

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, тестовые задания, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная: 1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

Дополнительная литература: 1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин / Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей - М. ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 720с.
лекции в электронном виде

Интернет-ресурсы:

<http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс

План занятия

1.	Организационный момент, мотивация: 10 мин.
2.	<p>Этап актуализации опорных знаний: 20 минут Актуализация опорных знаний. Письменно: биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Опрос: предвестники родов, периоды родов, родовые изгоняющие силы, различия в раскрытии шейки матки у перво- и повторнородящих.</p>
3	Подведение итогов 5 мин
4	<p>Демонстрационная часть: 55 минут Демонстрационная часть <i>Преподаватель демонстрирует следующие манипуляции:</i> - подсчёт схваток; - определение признаков отделения последа; - выслушивание сердцебиения плода акушерским стетоскопом; - определение кровопотери в родах. Преподаватель демонстрирует биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания и акушерское пособие в родах.</p>
5,6	<p>Самостоятельная работа студентов - 110 мин.(+ инструктаж 5 минут) В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. (Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь). Задание № 1. Записать алгоритмы: «Подсчёт и оценка схваток», «Выслушивание и оценка сердцебиения плода» Задание № 2. Изучить схемы «Физиология родов» Задание № 3. Повторить первичный туалет новорождённого и оценку по шкале Апгар Задание № 4. Записать ручное пособие при головном предлежании. Задание № 5. Записать алгоритм ведения последового периода. Задание №6. Записать алгоритм «Определение кровопотери в родах» Отработать манипуляции: выслушивание сердцебиения плода, подсчёт и оценка схваток (преподаватель наблюдает, оценивает). Просмотр фильма «Роды»</p>
7	<p>Итоговый контроль: 40 минут Проводится в виде выполнения тестового контроля, выполнения задач.</p>
8	<p>Подведение итогов занятия: 10 минут 1. Проверка тестов 2. Выставление оценок обучающимся. 3. Домашнее задание:</p>

Содержание учебной информации

Роды – сложный процесс, возникающий рефлекторно и регулируемый нервной системой. Этот процесс направлен на изгнание плода из матки, а затем плаценты с плодными оболочками и околоплодными водами через родовые пути после достижения плодом жизнеспособности.

Роды, произошедшие в срок 28-37 недель – преждевременные, в срок 38-41 неделя – срочные, а в сроке 41-42 недели – запоздалые.

Предвестники родов:

1. Опущение высоты стояния дна матки, женщине становится легче дышать.
2. Выделение пробки Кристеллера (слизистые тягучие выделения) из влагалища.
3. Потеря в весе (организм беременной перед родами освобождается от излишков жидкости).
4. Предлежащая часть у первородящих прижата ко входу в таз, у повторнородящих - подвижна.
5. Появление внизу живота и пояснично-крестцовой области тянущих болей (ложные схватки).
6. Выпячивание пупка.
7. Шейка матки размягчается, укорачивается до 1,5 – 2 см, располагается по проводной оси таза, внутренний зев мягкий, плавно переходит в нижний сегмент. У повторнородящих наружный зев пропускает кончик пальца.

Предполагаемый срок родов можно определить по формуле (от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 месяца и прибавляют 7 дней).

У первородящих первое шевеление плода ощущается в 20 недель беременности, прибавив к этой дате 20 нед., получаем срок родов (учитывая то, что у повторнородящих шевеление плода ощущается в 18 нед. беременности, для того, чтобы вычислить срок родов к дате первого шевеления прибавляют 18 недель.)

2. Биомеханизм родов

Биомеханизм родов - совокупность движений, которые совершает плод при прохождении через родовые пути матери.

В изучение механизма родов большой вклад внесли А. Я. Крассовский, И. И. Яковлев.

При рассмотрении биомеханизма родов используют следующие понятия:

Ведущая(проводная) точка - это самая низкая точка на предлежащей части плода, которая входит в малый таз, проходит по проводной оси таза и первой появляется из половой щели.

Точка фиксации - это точка, с помощью которой предлежащая или проходящая часть плода упирается в нижний край симфиза, крестец или верхушку копчика, чтобы согнуться или разогнуться.

Момент биомеханизма родов - это наиболее выраженное или основное движение, которое выполняет в определенный момент предлежащая часть, проходя через родовой канал.

Предлежание - это когда головка плода не зафиксирована и стоит над входом в малый таз.

Вставление - головка фиксирована к плоскости входа в малый таз малым или большим сегментом, размещена в одной из ее последующих плоскостей: в широкой, узкой части или у выхода из таза.

На особенности биомеханизма родов влияют предлежание, вставление, вид, форма и размеры таза и головки плода. Сначала головка плода, а потом и туловище с конечностями продвигаются по родовому каналу, ось которого проходит через центр классических плоскостей таза. Продвижению плода способствуют сокращения матки и пристеночных мышц таза.

2.1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного преждежания (табл. 1).

Ведущая линия – стреловидный шов.

Ведущая точка – малый родничок

I момент - вставление и сгибание головки плода. Головка стреловидным швом вставляется в поперечный или в один из косых размеров плоскости входа в малый таз. В результате сгибания головка входит в таз наименьшим размером - малым косым (9,5 см). Этой уменьшенной окружностью (32 см) головка проходит через все плоскости таза и половую щель.

II момент - внутренний поворот головки плода. Внутренний поворот начинается в широкой части малого таза и заканчивается на тазовом дне, в плоскости выхода. В выходе таза стреловидный шов устанавливается в прямом размере его, личиком к промежности матери. В процессе поворота затылок продвигается по дуге на 90° или 45°.

III момент - разгибание головки. Происходит врезывание и прорезывание головки. Разгибание происходит после того, как область *подзатылочной ямки (1-я точка фиксации)* подойдет под нижний край лонного сочленения (точка опоры). Вокруг этой точки фиксации головка разгибается. При разгибании прорезываются лоб, личико и подбородок - рождается вся головка. Головка рождается окружностью (32 см), проходящей через малый косой размер.

IV момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода к бедру матери, противоположному позиции плода. Во время разгибания головки плечики вставляются в поперечный размер или в один из косых размеров таза - противоположный тому, куда вставлялся стреловидный шов головки.

Поворот плечиков начинается в широкой части малого таза, а заканчивается на тазовом дне – в плоскости выхода, где плечики устанавливаются в прямом размере.

При этом *лицо плода поворачивается к правому (при первой позиции) или к левому (при второй позиции) бедру матери.*

Образуется *вторая точка фиксации – верхнее или переднее плечико*, При этом над промежностью рождается заднее плечико, а затем полностью освобождается переднее плечико. После рождения плечевого пояса быстро и без препятствий происходит рождение туловища ребенка, менее объемистого по сравнению с головкой и плечевым поясом.

Влияние механизма родов на форму головки.

Изменение формы головки при прохождении ее через родовые пути называется *конфигурацией* (рис. 1). Чем шире швы и мягче кости, тем больше способность головки к конфигурации. Форма головки изменяется в зависимости от механизма родов. В случаях затылочного предлежания головка вытягивается в направлении затылка, принимая *долихоцефалическую форму*. На предлежащей части в области проводной точки возникает *родовая опухоль* (припухлость, отечность тканей на самом нижнем, впереди идущем участке, предлежащей части), вследствие затруднения оттока венозной крови из того участка предлежащей части, которая располагается ниже пояса соприкосновения, образуется после излития вод только у живых плодов. При нормальных родах родовая опухоль не достигает больших размеров и исчезает через несколько дней после родов.



Рисунок 1 - Конфигурация головки при родах в затылочном предлежании (по: Бодяжина В. И., 1986)

Кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу одной, реже обеих теменных костей. Образуется при затрудненном прохождении головки через родовые пути и оперативном родоразрешении (акушерские щипцы, вакуум-экстракция), расположенную в пределах одной кости, и не переходящую за линию пограничных швов и родничков.

Таблица 1 Биомеханизм родов

Вид и предлежание	Проводная точка	Размер головки	1-й момент	2-й момент	3-й момент	4-й момент
Передний вид затылочного предлежания	Малый родничок	Малый косой 9,5 см. окружность 32 см	Сгибание головки в плоскости входа. Стреловидный шов в поперечном или косом размере плоскости входа	Внутренний поворот головки затылком к симфизу. Стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода	Точка фиксации – подзатылочная ямка у нижнего края симфиза. Разгибание головки.	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Образование точки фиксации – верхняя треть плечика. Боковое сгибание плечевого пояса.
Задний вид затылочного предлежания	Малый родничок, затем середина между родничками	Средний косой 10 см Окружность 33 см	То же	Внутренний поворот головки затылком кзади, к крестцу. Стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода	1-я точка фиксации – граница волосистой части лба у нижнего края симфиза. Дополнительное сгибание головки 2-я точка фиксации – подзатылочная ямка у крестцово-копчикового сочленения. Разгибание головки.	То же

3. Родовые изгоняющие силы

К родовым изгоняющим силам относятся схватки и потуги.

Схватки - периодически повторяющиеся сокращения мускулатуры матки.

Потуги - присоединяющиеся к схваткам ритмические сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна.

Каждая схватка развивается в определенной последовательности, по правилу тройного нисходящего градиента. Сначала начинается сокращение группы клеток в одном из верхних отделов тела матки (водители ритма- пейсмейкер), сокращения распространяются на дно матки, потом на все тело матки и, наконец, на область нижнего сегмента и шейки.

Сокращения матки постепенно нарастают, достигают наивысшей степени, затем происходит расслабление мускулатуры, переходящее в паузу.

Характеристика схватки: продолжительность, периодичность, сила, скорость нарастания и ослабления, болезненность. Определяя частоту, продолжительность и силу схватки, нельзя учитывать только информацию, полученную от роженицы. Женщина подсчитывает продолжительность схватки, ориентируясь на болевые ощущения. Эта субъективная информация может быть неточной. Женщина иногда не чувствует начала схватки или может ощущать болезненность после прекращения схватки (следовая реакция).

Необходимо, исследуя сократительную деятельность, располагать ладони рук с расставленными пальцами на передней стенке матки (одна ладонь ближе к дну, вторая - к нижнему сегменту), т. е. контролируя сокращения во всех отделах матки. Такие сокращения и расслабления матки необходимо проконтролировать хотя бы в течение трех схваток, отметить силу, регулярность, направление распространения сокращений миометрия (тройной нисходящий градиент).

Более объективные данные дает токометрия (регистрация сокращений матки при помощи гистерографа или токографа).

При пальпаторном определении силу схватки определяют по качественному признаку (слабые, умеренные, сильные). Болезненность схваток характеризует сама женщина. Болезненность весьма субъективно разделяют на слабую, умеренную и сильную.

В начале родов продолжительность схватки всего 20 с, к концу их - почти 1 мин. Паузы между схватками в начале родов длятся 15 мин, затем укорачиваются, к концу периода изгнания плода схватки наступают каждые 3 мин. По мере течения родов схватки становятся более сильными и болезненными. Схватки могут быть частыми, продолжительными и болезненными, но слабыми. В этом случае говорят уже об аномалии родовой деятельности.

Различают *три типа сокращений маточной мускулатуры*: контракция, ретракция и дистракция.

Контракция - сокращения мышц матки, вслед за которыми следуют их расслабление, характерны для тела матки, благодаря им плод выталкивается из плодовместилища. Контрактивные сокращения - наиболее активный вид сокращений.

Ретракция - сокращения мышц матки, которые сочетаются со смещением их. Такие сокращения характерны для нижнего отдела матки. При них нижние мышечные волокна укорачиваются и это способствует улучшению дистракции и раскрытию шейки. Шейка и нижний сегмент растягиваются, становятся тоньше и смещаются кверху. В то же время на границе с верхними отделами матки, выше которых ретракций не наблюдается, а имеют место только контракционные сокращения, образуется пограничное, или *контракционное, кольцо* (см. рисунок 1.). Его образуют смещенные кверху мышечные волокна. Контракционное кольцо расположено выше верхнего края симфиза на столько поперечных пальцев или сантиметров, на сколько открыта шейка (это можно использовать в целях диагностики).

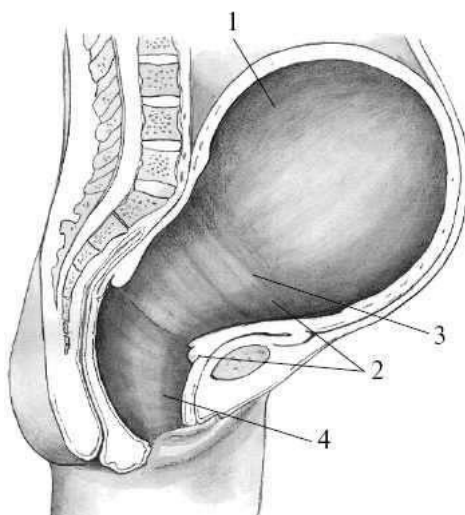


Рис. 1. Строение матки в родах. 1 - тело матки; 2 - нижний сегмент; 3 - контракционное кольцо; 4 – влагалище

Мышцы тела матки, сокращаясь, способствуют раскрытию шейки и изгнанию плода и последа.

Дистракция - расслабление циркулярных (круговых) мышц шейки матки, что способствует раскрытию шейки матки.

Во время схваток возрастает внутриматочное давление, а во время потуг и внутрибрюшное давление.

Потуги наступают рефлекторно вследствие раздражения подлежащей частью плода нервных элементов, заложенных в шейке матки, мышцах тазового дна и параметральной клетчатке. Потуги возникают произвольно, но роженица до известной степени может регулировать их (усиливать при напряжении и ослаблять при глубоком дыхании).

Одновременное повышение внутриматочного давления (схватки) и внутрибрюшного давления (потуги) способствует продвижению плода по родовым путям.

4. Периоды родов и их течение

По определению ВОЗ, "Нормальные роды - это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов: ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии".

Роды разделяют на три периода:

- период раскрытия,
- период изгнания,
- последовый период.

Общая продолжительность родов зависит от многих обстоятельств: возраст, подготовленность организма женщины к родам, особенности костного таза и мягких тканей родовых путей, размера плода, характера подлежащей части и особенности ее вставления, интенсивность изгоняющих сил и др.

Средняя продолжительность *нормальных родов* у первородящих равна около 10 часов, у повторнородящих - 7-8 часов.

Стремительными являются роды у первородящих продолжительностью 4 часа, у повторнородящих - 2 часа.

Быстрые роды соответственно 5-6 часов и 3-4 часа.

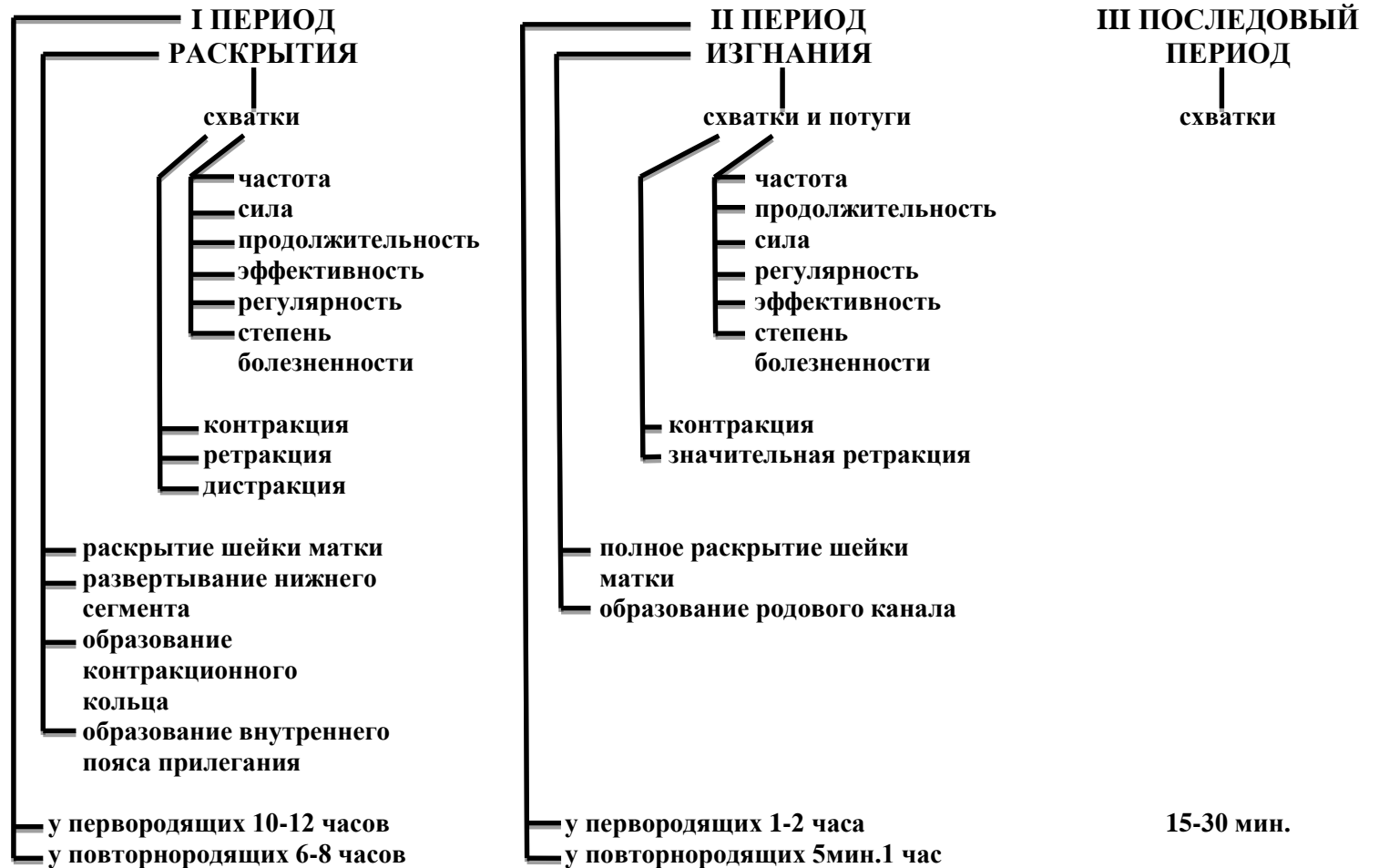
I период: - 8-10 часов у первородящей; 6-8 часов у повторнородящей;

II период: - первородящие - 45-60 мин; повторнородящие - 20-30 мин;

III период: - 5-15 мин, максимум 30 мин.

ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

- ПЕРИОДЫ РОДОВ
- РАЗНОВИДНОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РОДОВЫХ СИЛ
- ИЗМЕНЕНИЯ В МИОМЕТРИИ В РОДАХ
- СОСТОЯНИЕ РОДОВЫХ ПУТЕЙ
- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ ПО ПЕРИОДАМ



I период родов - период раскрытия шейки матки до степени, достаточной для изгнания плода из полости матки, т. е. на 10 см. У первородящих женщин сначала раскрывается внутренний зев, а потом уже наружный, у повторнородящих женщин внутренний и наружный зев открываются одновременно. Другими словами, у первородящей женщины сначала идет укорочение и сглаживание шейки, а уже потом раскрытие наружного зева. У повторнородящей женщины идет одновременно и укорочение, и сглаживание, и раскрытие шейки.

Средняя скорость раскрытия шейки от 1 до 2 см в час.

Раскрытию шейки матки способствует перемещение околоплодных вод в сторону нижнего полюса плодного пузыря.

Головка, опускаясь и прижимаясь ко входу в малый таз, со всех сторон соприкасается с областью нижнего сегмента. Место охвата головки плода стенками нижнего сегмента матки называется **поясом соприкосновения**, который делит околоплодные воды на передние и задние. Под напором околоплодных вод нижний полюс плодного яйца (плодный пузырь) отслаивается от стенок матки и внедряется во внутренний зев канала шейки. Во время схваток плодный пузырь наливается водой и напрягается, способствуя раскрытию шейки. Разрыв плодного пузыря происходит при максимальном растяжении нижнего полюса во время схватки.

Оптимальное - спонтанное вскрытие плодного пузыря при раскрытии шейки матки 7-8 см у первородящей, а у повторнородящей - 5-6 см.

Большему напряжению околоплодного пузыря способствует продвижение головки по родовому каналу. Если воды не отходят, проводится их искусственное вскрытие, которое называется *амниотомия*.

Преждевременным считается отхождение вод до начала родовой деятельности, *ранним* - в первом периоде родов, но до оптимального раскрытия. При спонтанном или искусственном вскрытии плодного пузыря отходят передние околоплодные воды, а задние воды изливаются вместе с ребенком.

Первый период начинается с регулярных схваток (продолжительностью не менее 25 с, с интервалом не более 15 мин) и раскрытия шейки (при этом оптимальным являются целые воды и головка, прижатая ко входу в малый таз). Первый период заканчивается, когда шейка полностью раскрыта (на 10 см), схватки - каждые 3-4 мин по 60 с, и начинаются потуги, воды отошли, и головка к этому времени должна опуститься на тазовое дно.

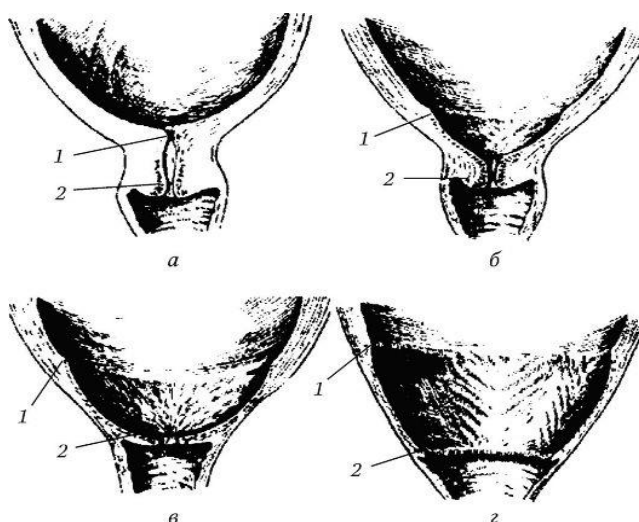


Рисунок 2 - Раскрытие шейки у первородящей (по: Каплан А. Л., 1950):

а - шейка матки первородящей до начала родов; б - шейка резко укорочена; в - шейка сглажена; г - раскрытие наружного зева полное; 1 - внутренний зев; 2 - наружный зев

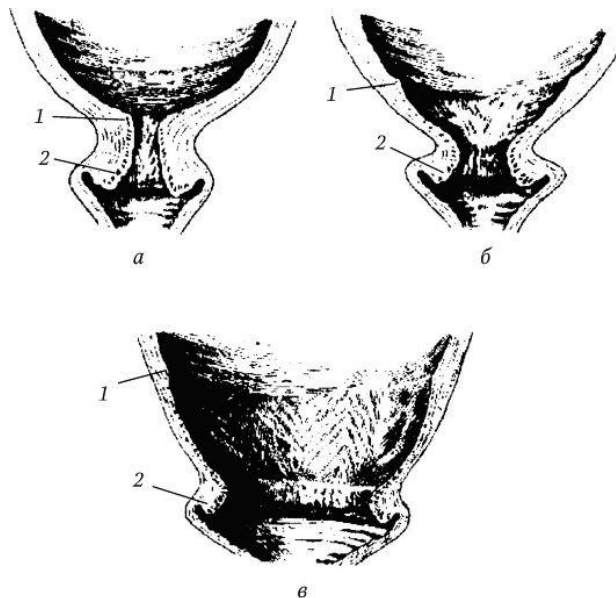


Рисунок 3 - Раскрытие шейки у повторнородящей (по: Каплан А. Л., 1950):
 а - шейка в конце беременности; б - начало периода раскрытия; в - конец периода раскрытия; 1 - внутренний зев; 2 - наружный зев

II период родов - период изгнания начинается после полного раскрытия зева и заканчивается рождением ребенка. Схватки приобретают потужной характер и наступают каждые 3 мин продолжительностью почти минуту. Головка в полости малого таза или на тазовом дне. Возрастает внутриматочное давление, а затем и внутрибрюшное давление.

К схваткам присоединяются **потуги** - рефлекторно возникающие сокращения поперечно-полосатой мускулатуры брюшного пресса. Потугами роженица может управлять - усиливать или ослаблять.

Во время потуг дыхание роженицы задерживается, диафрагма опускается, мышцы живота сильно напрягаются, внутриутробное давление возрастает.

II период родов заканчивается рождением ребенка. Продолжительность его 30-60 мин у первородящих и 20- 30 мин у повторнородящих. В течение этого периода женщина ощущает частые, продолжительные, сильные и болезненные схватки, ощущает сильное давление на прямую кишку и мышцы промежности, что заставляет ее тужиться. В связи с этим может быть учащение пульса, повышение АД, вследствие напряжения и задержки дыхания отмечаются гиперемия лица, нарушение ритма дыхания, дрожание и судороги в мышцах.

III период - последовый период. После рождения плода начинается третий период родов – последовый (15-20 мин). В III периоде родов происходит:

1. Отделение плаценты и оболочек от стенок матки.
2. Изгнание отслоившегося последа из половых путей.

Спустя несколько минут после рождения плода возобновляются схватки, способствующие отслоению плаценты и изгнанию отделившегося последа (плацента, оболочки, пуповина).

Рождению последа, отделившегося от стенок матки, кроме схваток, способствуют потуги, которые возникают при перемещении последа во влагалище и раздражении мышц тазового дна.

Выравнивается дыхание у женщины, исчезает тахикардия, артериальное давление приходит к исходному уровню. Температура тела обычно нормальная. Кожные покровы имеют обычную окраску.

Последовые схватки обычно не вызывают неприятных ощущений. Умеренно болезненными схватки бывают только у повторнородящих.

После рождения последа матка резко сокращается.

6. Принципы ведения родов

Началом родовой деятельности считают появление регулярных схваток. Иногда роды ведут под контролем кардиотокографии (КТГ) – одновременно фиксируя сократительную деятельность матки и сердцебиение плода, для того, чтобы предупредить осложнения в родах.

В первом периоде родов

- необходимо измерять артериальное давление у роженицы, считать пульс;
- вести подсчёт схваток (длительность хваток и пауз между ними),
- выслушивать с/биение плода каждые 25-20 минут.
- По назначению врача провести профилактику кровотечения в послеродовом периоде: внутривенно ввести 40% - 20,0 глюкозу + 5 ед (1, 0 мл) окситоцина;
- В конце первого периода родов – определить признак Вастена (соответствие головки плода и таза матери), чтобы исключить клинически узкий таз.

Во втором периоде родов

- необходимо измерять артериальное давление у роженицы, считать пульс;
- выслушивать с/биение плода после каждой потуги;

Длительность 2 периода родов: от 30 минут до 1 часа. При прорезывании головки (если нет рядом врача или акушерки) необходимо оказывать акушерское пособие в родах – бережно вывести из родовых путей головку и плечевой пояс плода, стерильным баллончиком отсосать слизь из дыхательных путей новорожденного.

Акушерское пособие в родах

Регулирование продвижения врезывающейся головки. Во время врезывания головки плода акушерка, стоя справа от роженицы, располагает левую руку на лобке роженицы, концами четырех пальцев осторожно надавливает на головку, препятствуя быстрому разгибанию ее и сдерживая стремительное ее рождение.

Правую руку акушерка кладет на промежность таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности, ниже задней спайки, а пальцы располагались по сторонам от вульварного кольца — большой палец на правой, четыре — на левой большой половой губе.

В паузах между потугами акушерка производит так называемый заем тканей: ткани клитора и малых половых губ, как менее растянутые ткани вульварного кольца, низводятся в сторону промежности для предотвращения ее разрыва.



Рисунок 4- Положение рук акушера при врезывании головки



Рисунок 5 - Выведение головки плода

Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. В этот момент роженице запрещают тужиться, а головку выводят вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают глубоко дышать, так как ритмичное дыхание помогает преодолеть потугу.

Акушерка левой рукой захватывает головку плода и постепенно осторожно разгибает ее, а правой рукой сдвигает с головки ткани промежности. Таким образом постепенно рождаются лоб, личико и подбородок плода. Если после рождения головки обнаруживается обвитие пуповины, то осторожным подтягиванием ее снимают с шеи через головку. Если снять пуповину не удастся, ее пересекают между зажимами Кохера.

Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1—2 потуг рождаются плечевой пояс и весь плод.

При прорезывании плечиков есть риск возникновения травмы промежности. Защита промежности в момент рождения плечиков: после того как переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры, акушерка осторожно сдвигает ткани промежности с заднего плечика. При задержке самостоятельного рождения плечевого пояса головку захватывают обеими руками таким образом, чтобы ладони располагались в области ушей, висков, щек, не сдавливая при этом шеи.

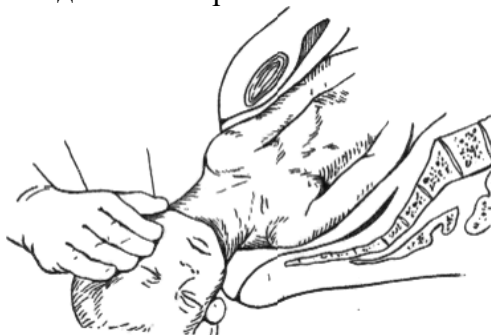


Рисунок 6 - Выведение переднего плечика

Головку вначале осторожно оттягивают вниз, способствуя рождению переднего плечика. После этого левой рукой приподнимают головку плода кпереди и сразу после рождения головки правой рукой низводят промежность с заднего плечика, предупреждая тем самым ее травму (рис. 4).

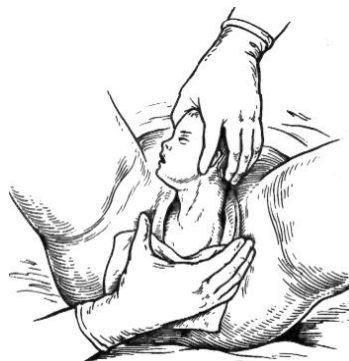


Рисунок 7 - Выведение заднего плечика

Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно держат плод в области грудной клетки (указательные пальцы обеих рук при этом располагаются в подмышечных впадинах) и приподнимают туловище плода кпереди

В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную пеленку. Изголовье кровати, на которой находится роженица, опускают, т.е. ее переводят в горизонтальное положение.



Рисунок 8 - Выведение туловища

После рождения плода начинается завершающий период родов — последовый. Несмотря на кратковременность, он требует тщательного наблюдения и врача, и акушерки из-за опасности возникновения кровотечения.

После рождения ребёнка выкладывают на грудь матери, чтобы заселился материнской флорой, кроме того, данная процедура формирует материнский инстинкт у роженицы; после прекращения пульсации пуповины, на неё накладывают 2 зажима (один на 10 см кнаружи от пупочного кольца, а другой на 2 см кнаружи от него). Участок пуповины между 2 зажимами обрабатывают 5% спиртовой настойкой йода и пересекают его.

6. Первичный туалет новорожденного

После рождения ребёнка, пока пульсирует пуповина, ребёнка выкладывают на грудь матери, чтобы заселялся материнской флорой. После прекращения пульсации пуповины. До пережатия пуповины акушерка закладывает в глаза, за нижнее веко новорождённого 1% тетрациклиновую, или 1% эритромициновую глазную мазь, девочкам — и на наружные половые органы. Таким образом проводится профилактика хламидийного поражения глаз (офтальмобленнорея) и половых органов у девочек, так как инфицирование возможно при прохождении плода по родовым путям.

Первичная обработка пуповины производится после полного прекращения пульсации ее сосудов, что обычно происходит через 2—3 мин после рождения плода. Пуповину не следует пересекать до прекращения пульсации сосудов, так как за это время к плоду поступает около 50—100 мл крови. Перед пересечением пуповину протирают спиртом на расстоянии 10—15 см от пупочного кольца, затем накладывают три зажима Кохера: один зажим на расстоянии 10 см от пупочного кольца, второй — на 2 см ниже первого и третий — как можно ближе к вульварному кольцу. Участок пуповины между первыми двумя зажимами акушерка обрабатывает 70 % этиловым спиртом и пересекает стерильными ножницами (рис. 6). Срез детской культи пуповины смазывают 1% раствором йодоната или 5 % спиртовой настойкой йода.



Рисунок 9 - Первичная обработка пуповины

Затем акушерка показывает ребенка матери, обращая ее внимание на пол и врожденные аномалии развития, если они имеются.

Акушерка выводит роженице мочу катетером в лоток, а другой лоток подкладывает под ягодицы женщины и опускает в него конец пуповины с зажимом, а новорожденного переносит на пеленальный столик, покрытый стерильной пеленкой, и приступают к окончательной (вторичной) обработке пуповины.

Акушерка повторно обрабатывает руки одним из кожных антисептиков. Плодовый отрезок пуповины дополнительно обрабатывают спиртом, выжимают из него оставшуюся кровь. На расстоянии 0,5 см. от пупочного кольца на пуповину с помощью зажима накладывают скобу Роговина. Пуповинный остаток над скобой отсекают стерильными ножницами, поверхность среза пуповины смазывают 5 % раствором калия перманганата. На остаток пуповины с наложенной на него скобой защитную повязку не накладывают, можно из баллончика побрызгать пленкообразующим антисептическим препаратом, заживление будет происходить открытым способом.

Закончив обработку пуповины, акушерка протирает кожные покровы новорожденного стерильной пелёнкой, сыровидную смазку не удаляют.

После завершения туалета новорожденного осматривают с целью исключения врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.).

Затем ребенку измеряют массу тела, рост (длину), окружность головки по прямому размеру, окружность плечиков. Отмечают признаки зрелости или незрелости, недоношенности или перекошенности. На ручки надевают «браслеты» мальчикам голубого, а девочкам розового цвета, где указываются фамилия, имя и отчество матери, пол ребенка, его масса и рост, а также дата рождения. Ребенка пеленают, и оставляют на 2 ч на специальном столике.

В третьем, последовом, периоде родов происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа.

Последовый период ведут активно-выжидательно.

Алгоритм ведения последового периода (третьего периода родов)

- необходимо вывести мочу у роженицы катетером,
 - следить за признаками отделения последа:
1. Шредера: дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо,
 2. Альфельда – удлинение материнского отрезка пуповины (рисунок 10).
 3. Довженко: при вдохе и выдохе пуповина не втягивается обратно в половые пути роженицы;
 4. Появление выпячивания над лоном;
 5. Клейна: при потугах пуповина удлиняется;
 6. Штрассмана: при поколачивании по брюшной стенке над лоном, толчки на пуповину не передаются.
 7. Кюстнера-Чукалова: при надавливании ребром ладони над лоном – пуповина не втягивается в половые пути (рисунок 11).

8. Микулича-Радецкого- отделившийся послед в матке опускаясь вниз вызывает желание потужиться.

- уметь применить (при отсутствии врача и акушерки) способы выделения отделившегося послета:

Необходимо привести матку в срединное положение, затем провести бережный массаж матки через переднюю брюшную стенку, а далее приступить к одному из методов выделения послета.

а) По Абуладзе - роженице предлагают потужиться, собрав брюшную стенку 2 руками в продольную складку, причём большие пальцы обеих рук располагаются с одной стороны продольной складки, а остальные пальцы – с другой (рисунок 12).

б) По Гентеру: роженица не тужится! надавливание кулаками книзу и внутрь у трубных углов матки (в последнее время не проводится- вероятность выворота матки).

в) По Креде-Лазаревичу: женщина не тужится, послед выжимают правой рукой, таким образом, что большой палец находится на передней поверхности матки, дно матки – в ладони, а 4 пальца на задней поверхности матки (рисунок 13).

- уметь подсчитать кровопотерю в родах.



Рисунок 10 - Признак отделения плаценты по Альфельду

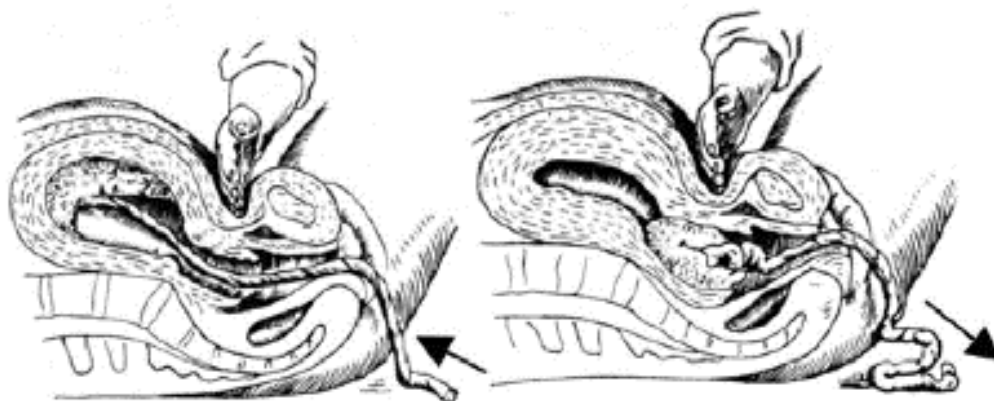


Рисунок 11 - Признак отделения плаценты Чукалова - Кюстнера. А - плацента не отделилась; Б - плацента отделилась

С целью стимуляции сокращения матки в последовом периоде , в периоде изгнания плода, в момент прорезывания теменных бугров головки плода, женщине внутривенно вводят 1 мл окситоцина, разведённого в 20 мл 40% глюкозы.



Рисунок 12 - Выделение отделившегося последа по Абуладзе



Рисунок 13 - Выделение отделившегося последа по Креде-Лазаревичу

Физиологическая кровопотеря составляет до 0,5 % от массы тела женщины, при гестозах и ожирении – до 0,3%.

Родившийся послед осматривают, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек. Средняя продолжительность последового периода – 15 минут.

После рождения последа врач осматривает родовые пути женщины, чтобы не пропустить разрывы. Имеющиеся разрывы зашивают. Кладут холод на низ живота. Родильница на 2 часа остаётся в родзале, так как существует опасность возникновения кровотечения.

Роженицам, относящимся к группе повышенного риска развития кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах (многорожавшие женщины, при многоводии или многоплодной беременности, с большим количеством аборт в анамнезе, имевшие кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах при предыдущих родах), после перевода в родзал, начинают внутривенное капельное введение 1,0 окситоцина + изотонический раствор натрия хлорида. В последнее время в роддоме Саянской городской больницы применяют после рождения ребёнка окситоцин 1,0 (5 ед.) в надлобковую область. Если в

родах проводилось внутривенное капельное введение окситоцина, то введение продолжают еще в течение 5—30 мин послеродового периода.

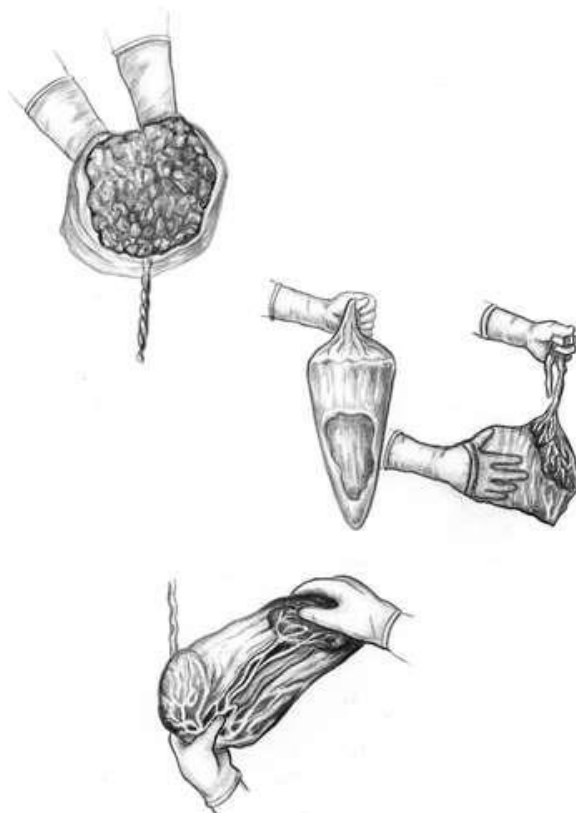


Рисунок 14 - Осмотр плаценты после рождения. А - осмотр материнской поверхности плаценты; Б - осмотр плодных оболочек; В - добавочная долька плаценты с сосудами, идущими к ней

7. Оценка состояния новорождённого

Оценку состояния новорождённого проводят сразу после рождения и на 5 минуте после рождения.

Шкала Апгар

Симптомы	Оценка в баллах		
	0	1	2
ЧСС (в 1 мин.)	Отсутствует	Менее 100	100 и более
Дыхание	Отсутствует	Брадикардия, нерегулярное	Нормальное, громкий крик
Мышечный тонус	Конечности свисают	Некоторое сгибание конечностей	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на носовой катетер, раздражение подошв)	Не реагирует	Гримаса	Кашель, чихание, крик
Окраска кожи	Генерализованная бледность или цианоз	Розовая окраска тела и синюшная конечностей (акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей

1. Асфиксия средней тяжести (умеренная) - 4-6 баллов на первой минуте, к пятой - 8-10 баллов

2. Тяжелая асфиксия- 0-3 балла по шкале Апгар на 1-й минуте, к 5-й - менее 7 баллов

8. Сестринский уход в послеродовом периоде. Принципы ведения раннего послеродового периода

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и продолжается 6-8 недель. (Ранний послеродовой период длится 2 часа и женщина проводит его в родзале, так как велика вероятность возникновения кровотечения).

В этом периоде происходит обратное развитие (инволюция) половых органов женщины и изменений в других органах и тканях, возникших в связи с беременностью и родами. Исключение представляют молочные железы, их функция достигает максимального развития в послеродовом периоде.

Наиболее выраженные инволюционные процессы происходят в половой системе женщины, особенно в матке. После рождения последа матка приобретает шаровидную форму, дно ее располагается на уровне пупка, её длина составляет 15 см, масса около 1 кг. В дальнейшем матка постепенно уменьшается в размерах, ВСДМ ежедневно уменьшается на 1,5- 2 см (приблизительно на палец).

Так на 3-ий день после родов дно матки определяется на 2 пальца ниже пупка, на 4-ый - на 3 пальца ниже пупка, на 5-ый - на середине между пупком и верхним краем лонного сочленения. На 10 день - на уровне лонного сочленения, хотя может уже и не определяться через брюшную стенку.

Внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность, заживление происходит постепенно и полностью завершится к 20-25 дню послеродового периода.

Функция матки восстановится через 40-60 дней после родов. Процесс заживления сопровождается образованием раневого секрета - лохий.

Лохии состоят из элементов крови - эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в стадии распада и обрывков децидуальной (отпадающей) оболочки. В норме - запаха не имеют. в первые 3-4 дня они имеют кровянистый характер, с 4-5 дня - серозно-красные, с 6-8 дня - серозно-сукровичные, с 9 -10 дня светлые. в первые 3 дня количество лохий значительное, к 6-7 дню их количество уменьшается. выделение лохий заканчивается к концу 5-ой недели

Процесс формирования шейки матки происходит в течение 2-3 недель послеродового периода. Вначале формируется и закрывается внутренний зев (к 10 дню послеродового периода, а затем к концу 3-й недели происходит закрытие наружного зева).

В яичниках происходит обратное развитие желтого тела беременности. У не кормящих грудью женщин менструальный цикл восстанавливается через 6-8 недель, у кормящих позже. Молочные железы достигают своего высшего развития. В первые 2-3 дня послеродового периода из молочных желез отделяется молозиво - жидкость желтоватого цвета, содержащая белок, жир, слущенный эпителий молочных желез и лейкоциты в стадии распада. С 3-4 дня появляется молоко, которое содержит все необходимые вещества для развития ребёнка и антитела, создающие у ребёнка пассивный иммунитет по отношению к инфекции.

При организации ухода за родильницей особо важное значение имеет соблюдение правил асептики и антисептики. Раневая поверхность матки, мелкие ссадины, трещины и разрывы мягких родовых путей могут служить входными воротами для инфекции, поэтому занесение инфекции в половые пути родильницы представляет собой реальную угрозу в отношении развития послеродовой септической инфекции. Так же опасно попадание инфекции на трещины сосков, нередко образующихся у родильниц.

В первые 3 суток у родильниц наблюдается повышенная потливость, у некоторых родильниц могут возникнуть трудности с мочеиспусканием. АД в начале несколько понижено, потом нормализуется, ЧСС в норме, ЧДД-14-16 в минуту. Температура тела не более 37 градусов.

Для профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде

1. Имеет большое значение соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, подмывание родильниц не менее 2-х раз в день раствором калия перманганата в разведении 1:4000, смена подкладных не менее 4-х раз в сутки в первые 3-4 суток послеродового периода.
2. Осуществляется принцип активного ведения послеродового периода. Практикуется раннее вставание родильницы после родов – в первые сутки, для лучшего оттока лохий, в том числе тем родильницам, у которых имеются швы на промежности при разрывах 1-2 степени – кроме того, с первых суток послеродового периода и до выписки из акушерского стационара родильницы выполняют комплекс упражнений лечебной гимнастики.
3. Оправдана ранняя выписка из отделения - на 3 сутки.
4. Соблюдается цикличность заполнения палат. В СГБ в родильном отделении практикуют совместное содержание матери и ребёнка в послеродовых палатах физиологического акушерского отделения;
5. Свободное вскармливание, которое является профилактикой маститов, лактостаза. Кроме того, мать активно ухаживает за ребёнком и ограничивается контакт с медперсоналом, снижается возможность инфицирования ребёнка.
6. Для заселения материнской флорой ребёнка выкладывают на грудь матери сразу после рождения, пока пульсирует пуповина.
7. Прикладывают к груди матери новорождённого ещё в родзале, лучше в первые 30 минут после рождения, обязательно не позднее 2 часов после рождения (если нет противопоказаний).
8. Во избежание развития мастита необходим правильный уход за молочными железами. Каждое утро родильница моет молочные железы в следующем порядке: сосок, молочную железу, подмышечную впадину, а затем высушивают индивидуальным полотенцем. После кормления к соску прикладывают стерильную салфетку с прокипяченным растительным маслом или солкосерилом.

Активный метод ведения послеродового периода повышает жизненный тонус родильниц, улучшает функцию ССС, дыхательной системы, мочевого пузыря и кишечника. Современный метод ведения послеродового периода способствует оттоку лохий, ускоряет инволюцию половых органов, является эффективной мерой профилактики послеродовых септических заболеваний и профилактики тромбозов. При соблюдении принципов раннего вставания, родильница пользуется комнатой личной гигиены, проводит туалет наружных половых органов (раствором перманганата калия 1:4000, фурацилина 1: 5000) – 3 раза в день первые 3 дня, а в последующие – 2 раза в день. Для снятия раздражения слизистых оболочек рекомендуется отвар ромашки или заваривать травяной сбор «элекасол».

Родильницам, имеющим швы на промежности, до их снятия запрещается самостоятельно проводить туалет наружных половых органов. В последнее время швы не снимают, так как шьют рассасывающимся шовным материалом. Швы им обрабатывают 3% раствором перекиси водорода (после обработки наружных половых органов), либо раствором хлоргексидина. Не сидеть 2 недели. Лежачим родильницам проводят туалет наружных половых органов 2-3 раза в сутки, подмывая их на судне.

Температура у родильницы измеряется 2 раза в день (утром и вечером), измеряют АД, считают пульс.

Пальпируют живот: он должен быть безболезненным и мягким, измеряют ВСДМ. Если матка сокращается плохо, врач назначает препараты, усиливающие её сокращения (окситоцин, метилэргометрин).

Необходимо охарактеризовать лохии (количество, цвет, запах), осматривают состояние наружных половых органов (отёк, гиперемия).

Учитывая, что при задержке мочеиспускания и дефекации матка сокращается медленно, следят за физиологическими отправлениями. Мочеиспускание должно быть не

менее 5-6 раз в сутки, а дефекация - ежедневно. При задержке мочеиспускания назначают прозерин 1,0 подкожно, при задержке стула ставят очистительную клизму.

Подкладные родильницы меняют не реже 4 раз в день. Постельное бельё - 1 раз в 3 дня, ежедневно родильницы принимают душ и меняют нательное бельё.

Питание кормящей матери должно быть строго сбалансировано. Пищевой рацион должен быть увеличен на 1/3 по сравнению с обычным, т. к. родильница затрачивает дополнительную энергию. Калорийность должна быть 3200 ккал (белки 112г., жиры-88г., углеводы 310-320г)

Жидкость кормящей матери требуется в количестве 2000 мл в сутки. обязательное включение в рацион витаминов А,В,С,Е и минеральных солей (кальций, фосфор, магний, железо). При возникновении гипогалактии у родильницы врач может назначить но-шпу в/м и окситоцин 1 мл в/м.

Каждая медицинская сестра должна проводить последовательную политику стимуляции грудного вскармливания, базируясь на декларации ВОЗ, состоящую из следующих заповедей:

1. ведение здорового образа жизни,
2. подготовка молочных желёз к кормлению ещё во время беременности,
3. разъяснение преимуществ грудного вскармливания перед искусственным,
4. первое прикладывание к груди – в первые 30 минут после рождения ребёнка,
5. кормление ребёнка по требованию, в любое время суток с любой частотой (свободное вскармливание),
6. не следует давать новорождённому другой пищи или питья кроме грудного молока (за исключением медицинских показаний),
7. не следует давать ребёнку средств, имитирующих грудь (соски),
8. ребёнка кормить грудью не менее чем до года,
9. поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания
10. направлять родильниц после выписки из стационара в группы поддержки грудного вскармливания.

В палатах послеродового отделения должны в течение суток 2 раза проводить влажную уборку, один раз обязательно с применением дезинфектантов (3 % перекиси водорода) и 6 раз в сутки кварцевание и проветривание палат. После выписки проводят заключительную дезинфекцию.

Алгоритмы манипуляций

Подсчёт и оценка схваток

Цель: научить студента определять начало и конец схватки, интервал между ними, оценить их силу.

Оснащение:

- секундомер;
- листок наблюдения;
- ручка.

Методика выполнения:

1. Представиться пациентке и выяснить, как обращаться к ней.
2. Ознакомить женщину с необходимостью, целью и ходом выполнения процедуры: Получить согласие на выполнение манипуляции.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Сесть рядом с кроватью роженицы, роженица лежит в положении лёжа на спине;
5. Правую руку положить на дно матки, а в левую руку взять секундомер;
6. Заметить по секундомеру начало напряжения матки и время её расслабления;
7. Оценить силу схватки (сильные, умеренные, слабые);
8. Отметить временной интервал между схватками, просчитав 3-4 схватки подряд;
9. Занести полученные результаты в листок наблюдения.
10. Эта процедура повторяется каждые 30 минут.

Выслушивание и оценка сердцебиения плода

Цель: научить студента с помощью акушерского стетоскопа отыскать место наилучшего выслушивания сердцебиения плода и оценить его.

Оснащение:

- секундомер;
- акушерский стетоскоп;
- листок наблюдения;
- 70 % этиловый спирт и шарики.
- ручка.

Методика выполнения:

1. Представиться пациентке. Выяснить, как обращаться к ней.
2. Ознакомить женщину с необходимостью, целью и ходом выполнения процедуры: Получить согласие на выполнение.
3. Пациентка лежит в положении «на спине»;
4. Необходимо сесть слева от неё;
5. Протереть стетоскоп шариком со спиртом и взять его в правую руку;
6. В левую руку взять секундомер;
7. С помощью акушерского стетоскопа найти место наиболее ясного выслушивания с/биения плода (при головном предлежании ниже пупка, при ягодичном предлежании - выше пупка, при поперечном - на уровне пупка);
8. При первой позиции плода сердцебиение выслушивают слева, а при второй позиции – справа от пупка пациентки
9. При выслушивании с/биения руку от стетоскопа убрать;
10. С помощью секундомера засечь время и посчитать количество ударов в мин. (для исключения ошибки сравнить с пульсов роженицы, который по ритму не должен совпадать с сердцебиением плода);
11. Отметить ритмичность и чёткость ударов.
12. Вновь протереть стетоскоп шариком со спиртом;
13. Вымыть и вытереть руки;
14. Занести полученные данные в листок наблюдения.
15. В норме сердцебиение плода -120-140 ударов в минуту чёткое, ритмичное.

Подсчёт кровопотери в родах (по Дзигуа, Скребушевской)

Для определения объема кровопотери существует несколько способов, достоверность которых неодинакова.

Первый, наиболее распространенный способ — собирание крови, выделяющейся из половых путей, в специальный тазик и последующее измерение ее в градуированной колбе емкостью 1—2 л. К количеству крови, измеренному таким способом, прибавляют массу крови, излившейся на подкладные пеленки; ее определяют по разнице в массе сухой подкладной пеленки и смоченной кровью.

Второй способ — определение процента потерянной крови (в миллилитрах) к массе тела роженицы перед родами. Кровопотеря до 0,5% к массе тела роженицы обычно является физиологической; кровопотеря в 0,7—0,8% и больше, как правило, патологическая и может обусловить возникновение симптомов декомпенсированной кровопотери.

Состояние кровопотери представляет собой сложный комплекс патологических явлений, в развитии которых объем потерянной крови является не единственным, а лишь одним из важных патогенетических факторов.

При оценке кровопотери, как указано выше, надо учитывать не только ее размеры, но и компенсаторные особенности организма. Они выражаются в особенностях общего вида больной, ее реакциях, состоянии артериального давления, пульса, дыхания.

Имеет также большое значение тщательная оценка общего состояния роженицы к моменту родов и характера кровотечения (быстрота, объем).

Определение кровопотери во время родов

Оснащение: почковидный лоток, градуированный цилиндр, весы.

Примечания.

1. Обычно послеродовой период проводит медицинский работник, который принимал роды и подготовлен в соответствии с требованиями.

2. Фактическая кровопотеря в родах определяется с помощью объемно-весового метода и оценивается в послеродовом периоде (до рождения последа после его рождения) и через 2 часа после родов.

Для выяснения кровопотери объемно-весовым методом под таз женщины подкладывают почковидный лоток с пометкой, которая соответствует физиологической кровопотере, и следят за его наполнением (или периодически выливают кровь в сосуд соответствующей вместимости).

1. Кровь из почковидного лотка слить в градуированный цилиндр.

2. Определить количество потерянной крови, учитывая, что 100 мл крови весят 120 г.

3. После окончания родов все пеленки и ватные шарики, пропитанные кровью взвесить на весах.

4. Отнять от полученной величины вес сухих пеленок и перевязочного материала.

5. К полученной цифре добавить массу крови в мерном сосуде и получить величину кровопотери в родах.

6. Сопоставить массу потерянной крови и массу тела женщины, определить процент кровопотери.

7. Прозеинфицировать использованное оборудование.

8. Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Необходимо следить за количеством крови, которую теряет роженица в послеродовой период до рождения последа. Если кровопотеря превысила физиологическую, то немедленно приступают к удалению последа из полости матки.

Примечания: в начале родов необходимо знать вес сухих пеленок и перевязочного материала, который будет использоваться в родах.

Сравнив массу потерянной крови и массу тела женщины, выясняется процент кровопотери и определяется дальнейшая тактика.

Алгоритм обследования родильницы в раннем послеродовом периоде (первые 2 часа после окончания родов):

1. Проводят в родильном зале на кровати Рахманова.
2. Положение родильницы такое же, как и при ведении послеродового периода.
- 3.

Действия	В норме	При наиболее частых отклонениях	Наиболее вероятные причины
1	2	3	4
3.1. Определяют: - самочувствие	Усталость, сонливость	Возбуждение, чувство страха, резкая слабость	Кровопотеря больше физиологической, недостаточность кровообращения
-поведение	Адекватное	Неадекватное	Стрессовая реакция
-ЧСС	Умеренная брадикардия	Тахикардия	Кровопотеря выше физиологической, сердечно-сосудистая недостаточность
-АД	В пределах исходного (до начала родов)	Снижено	То же
-t	Нормальная или субфебрильная	Повышена	Инфекция

Продолжение таблицы			
Действия	В норме	При наиболее частых отклонениях	Наиболее вероятные причины
-положение, тонус, форма и величина матки	Симметрична, плотная, овоидная, дно на 3-4 см ниже пупка	Симметричная, выше пупка, тонус снижен	Гипотония матки
-кровотечение	Нет	Продолжается	Разрывы мягких родовых путей, гипотония, остатки плацентарной ткани
3.2. Производят осмотр родовых путей зеркалами -Преддверие влагалища после разведения больших половых губ	Слизистая гладкая, синюшная, передняя и задняя спайки целы	Кровоточащие участки слизистой преддверия	Травмы слизистой (разрывы)
		Кровотечение из области передней спайки	Разрыв клитора
		Задняя спайка разорвана с продолжением на кожу промежности	Разрыв промежности (степень уточняется после полного осмотра)
	Малые и большие губы симметричны	Выпячивание (увеличение одной из губ)	Гематома губы
Стенки влагалища после введения зеркал	Синюшные, целые, симметричные	Выпячивания одной из стенок на любом протяжении	Гематома паравагинальной клетчатки
		Продолжение разрыва задней спайки на слизистую задней стенки влагалища без разрыва мышц промежности	Разрыв промежности I ст.
		То же, с разрывами лонокопчиковых мышц	Разрыв промежности II ст.
		То же, с разрывами прямой кишки	Разрыв промежности III ст.
Осмотр шейки матки с наложением на ее края не менее двух пар окончатых щипцов, которые перемещают по всей окружности шейки, контролируя и целостность сводов влагалища	Края истончены, целы, передняя губа шейки несколько длиннее задней, повреждений сводов нет	Линейный разрыв (чаще с боков) длиной до 2 см, более 2 см, но не доходит до свода влагалища с переходом на свод влагалища. Секторальный дефект губы (чаще передней)	Разрыв шейки матки I ст. II ст. III ст. требует исключения перехода разрыва на тело матки). Отрыв губы шейки матки

Актуализация опорных знаний

Актуализация опорных знаний

Письменно:

1. **биомеханизм родов** при переднем виде затылочного предлежания
2. **Предвестники родов** возникают за 10-14 дней до родов:
 - Опускание высоты стояния дна матки, женщине становится легче дышать.
 - Выделение пробки Кристеллера (слизистые тягучие выделения) из влагалища.
 - Потеря в весе (организм беременной перед родами освобождается от излишков жидкости).
 - Предлежащая часть у первородящих прижата ко входу в таз, у повторнородящих - подвижна.
 - Появление внизу живота и пояснично-крестцовой области тянущих болей (ложные схватки).
 - Выпячивание пупка.
 - Шейка матки размягчается, укорачивается до 1,5 – 2 см , располагается по проводной оси таза, внутренний зев мягкий, плавно переходит в нижний сегмент. У повторнородящих наружный зев пропускает кончик пальца.
3. **Периоды родов (название)**
4. **К родовым изгоняющим силам относятся (название и определение):**
5. **Отличия раскрытия шейки матки у первородящих и повторнородящих:**
 - У первородящих:
Сглаживание шейки матки, раскрытие внутреннего зева, а затем наружного.
 - У повторнородящих:
Одновременно идёт сглаживание шейки матки и раскрытие внутреннего и наружного зева.

Итоговый контроль:

Тестирование

(Продолжить фразу, вставить недостающие слова)

1. Срочные роды – это роды.....
2. Водитель ритма – «пейсмежер» располагается
3. Граница между нижним сегментом и телом матки называется.....кольцо..
4. Раскрытие шейки матки: у первородящих: сначала раскрывается
5. У повторнородящих наружный зев раскрывается
6. Объективную оценку сокращений мышц матки можно получить при
7. Своевременное излитие околоплодных вод происходит при открытии шейки матки на..... см.;
8. Преждевременное излитие околоплодных вод - излитие вод.....
9. Потуги- сокращение мышц
10. 1 точка фиксации при переднем виде затылочного предлежания -
11. 2 точка фиксации при переднем виде затылочного предлежания-
12. 1 точка фиксации при заднем виде затылочного предлежания.....
13. Признак отделения последа Альфельда.....
14. Признак отделения последа Кюстнера-Чукалова.....
15. Схватка начинается в области.....матки
16. Наружный зев шейки матки закрывается.....
17. Раневой секрет матки называется.....
18. Насутки послеродового периода родильницам назначают трансабдоминальное ультразвуковое исследование матки
19. Ранний послеродовый период длится.....
20. Поздний послеродовый период длится.....

Задача 1.

По радио начальник поезда объявляет просьбу к медикам, следующим этим поездом, пройти в 3-й вагон, где у женщины начались роды.

Женщина 24 лет, едет рожать в своей родной город, где живут её родители. На руках у неё обменная карта, из которой следует, что срок беременности 38-39 недель, вес женщины 70 кг.

Жалобы: схватки по 45 сек, через 7-8 минут, 30 минут назад отошли околоплодные воды

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот овоидной формы, при пальпации живота определять продольное положение плода, справа пальпируются мелкие части, слева – гладкая ровная площадка (спинка плода), предлежащая часть – плотная, округлая, прижата ко входу в малый таз (у дна матки округлая мягковатая часть плода).

Задания:

1. Определить предлежащую часть и позицию плода.
2. Определить период родов.
3. Как определить допустимую кровопотерю у этой женщины?

Задача 2.

Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель. Жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад. Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120\80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка.

Задания:

1. Определить предлежащую часть и позицию плода.
2. Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки. Назовите различия в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящей и повторнородящей.
3. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.

Эталон ответа:

У женщины срочные роды, головное предлежание, 2-ая позиция, 1 период родов – раскрытие шейки матки.

Факторы, способствующие раскрытию шейки матки: контракция, ретракция, дистракция. Плодный пузырь наливается во время схватки, вклинивается сверху во внутренний зев шейки матки, способствует раскрытию шейки матки.

Отличие раскрытия шейки матки у перво- и повторнородящих: у первородящих: сглаживание шейки матки, раскрытие внутреннего зева, а затем наружного;

у повторнородящих: одновременно идёт сглаживание шейки матки и раскрытие внутреннего и наружного зева. Допустимая кровопотеря у женщин до 320 мл (до 0,5 % от массы тела).

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и
экстрагенитальной патологией.**

Методическая разработка практического занятия № 7 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Саянск

2022

Учебно-методическая карта (план) занятия № 7
УД/ПМ МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и при
патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

(наименование)

Группа	Дата
3 а м/с	

Тема занятия: Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией.

Время 270 минут

Вид занятия практическое

Цель занятия

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о сестринской помощи и сестринском процессе при патологии беременности, сестринском уходе за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

Обучающийся должен уметь:

- осуществлять уход за беременной с ранними токсикозами и гестозом;
- осуществлять уход за беременной с экстрагенитальной патологией.

Обучающийся должен знать:

- определения токсикоза и гестоза;
- клинические проявления, принципы лечения ранних токсикозов;
- особенности сестринского ухода за беременной с патологией беременности.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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.

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ. 01. Проведение профилактических мероприятий, ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

Обеспечиваемые – ОП.02. Анатомия и физиология человека, ОП.07. Фармакология, ПМ.01., ПМ.02. Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессе, ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

А. Наглядные пособия презентация "Патология беременности".

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

Время № элемента	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5
Использован ие ТСО																		
Время № элемента	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180
	5	5	5	5	5	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Использован ие ТСО																		
Время № элемента	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270
	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9
Использован ие НП, ТСО и др.													+	+	+	+		

Содержание занятия

№ элемен	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания.
1.	Организационный момент: - проверка готовности кабинета к занятию; - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - проверка посещаемости; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: создание рабочей обстановки на занятии. 5 минут
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание на актуальность изучение темы, связь с будущей профессией и отметить межпредметные связи	Цель: преподаватель стимулирует интерес обучающихся к изучаемой теме, поясняет ее значимость в профессиональной деятельности, связь с другими предметами и темами. 5 минут
3.	Актуализация опорных знаний. Письменно: Рвота беременных (степени тяжести, клинические проявления, принципы лечения) Устно: Патогенез гестоза. Клинические проявления эклампсии. Принципы оказания помощи.	Цель: проверка базовых знаний по теме. Оценка выставляется каждому обучающемуся. 40 минут (Эталоны в приложении 1)

4.	Подведение итогов	Цель: оценить уровень подготовки, оценка выставляется каждому студенту – 5 минут
5.	Демонстрационная часть Преподаватель демонстрирует с помощью презентации основные виды патологии беременности и наиболее часто встречающуюся экстрагенитальную патологию у беременных. Демонстрирует взятие мазков на бактериологическое исследование.	Цель: конкретизировать знания, настроить на целенаправленную деятельность, развитие зрительной памяти, активизация мыслительных процессов: анализа, синтеза, сравнения. 65 минут
6.	Инструктаж самостоятельной работы Преподаватель сообщает план практической работы, обращает внимание на основные моменты.	Цель: вызвать познавательный интерес к предстоящей работе; настроить на выполнение самостоятельной работы. 5 минут
7.	Самостоятельная работа: В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь. Задание № 1. Записать стадии самопроизвольного аборта и неотложную помощь при них. Задание № 2. Записать Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза в баллах (шкала Г.М. Савельевой и соавт.); сестринскую помощь при ранних токсикозах и поздних гестозах (в т.ч. неотложную доврачебную помощь при преэклампсии, эклампсии) Задание № 3. Краткий конспект «Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты». Неотложная доврачебная помощь при наружном кровотечении из половых путей, или подозрении на внутреннее кровотечение: Задание 4. Записать алгоритм манипуляции: взятие мазков на бактериологическое исследование.	Цель: обобщить, систематизировать теоретические знания, отработка навыков самостоятельной работы с книгой. 95 минут
8.	Итоговый контроль Проводится в виде решения задач, тестового контроля. (Эталоны ответов в приложении 1)	Цель: проверка вновь приобретенных знаний и закрепленных на занятии знаний теоретических занятий. 40 минут
9.	Подведение итогов занятия - анализ достижений и неудач; - выставление оценок за работу на занятие; - проверка дневников практики. Инструктаж домашнего задания Подготовка к практич. занятию, подготовка памяток для беременной с патологией почек, сахарным диабетом, сердечно-сосудистой патологией (на выбор), конспект лекции.	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку 10 минут

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и
экстрагенитальной патологией**

Методическая разработка практического занятия № 7 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11..2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
_____ Н.Г. Самсонова.

Саянск

2022
175

МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.

**Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин
Специальность 34.02.01 Сестринское дело**

Практическое занятие № 7

Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией

Цели занятия:

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о сестринской помощи и сестринском процессе при патологии беременности, сестринском уходе за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, **обучающийся в ходе освоения профессионального модуля**

Обучающийся должен знать:

- определения токсикоза и гестоза;
- клинические проявления, принципы лечения ранних токсикозов;
- особенности сестринского ухода за беременной с патологией беременности.

Обучающийся должен уметь:

- осуществлять уход за беременной с ранними токсикозами и гестозом;
- осуществлять уход за беременной с экстрагенитальной патологией.

А. Наглядные пособия презентация "Патология беременности".

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

Интернет-ресурсы:

<http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс

План занятия

1.	Организационный момент, мотивация: 10 мин.
2.	Этап актуализации опорных знаний: 40 минут Письменно: Рвота беременных (степени тяжести, клинические проявления, принципы лечения) Устно: Патогенез гестоза. Клинические проявления эклампсии. Принципы оказания помощи.
3	Подведение итогов 5 мин
4	Демонстрационная часть: 65 минут Преподаватель демонстрирует с помощью презентации основные виды патологии беременности и наиболее часто встречающуюся экстрагенитальную патологию у беременных. Демонстрирует взятие мазков на бактериологическое исследование.
5	Самостоятельная работа студентов - 110 мин. <i>Самостоятельная работа</i> В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь. Задание № 1. Записать Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза беременных в баллах (шкала Г.М. Савельевой и соавт.), сестринскую помощь при ранних токсикозах и поздних гестозах (в т.ч. неотложную доврачебную помощь при преэклампсии, эклампсии) Задание № 2. Записать стадии самопроизвольного аборта и неотложную помощь при них. Задание № 3. Краткий конспект «Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты». Неотложная доврачебная помощь при наружном кровотечении из половых путей, или подозрении на внутреннее кровотечение: Задание 4. Записать алгоритмы манипуляций: взятие мазков на гонорею и трихомоноз. Выступление обучающегося с презентацией по изученной теме.
6	Итоговый контроль: 40 минут Проводится в виде выполнения тестового контроля, выполнения задач.
7	Подведение итогов занятия: 10 минут <i>Подведение итогов занятия</i> - анализ достижений и неудач; - выставление оценок за работу на занятие; - проверка тестов; - проверка дневников практики. <i>Инструктаж домашнего задания</i> Следующая тема "Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве" Подготовка к практическому занятию, подготовка памяток для беременной с патологией почек, сахарным диабетом, сердечно-сосудистой патологией (на выбор), конспект лекции.

Изучить информацию в методичках. При хорошем уровне знаний перейти к выполнению заданий.

1. Токсикозы

Токсикозы и гестоз - патологические состояния беременности, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания или в раннем послеродовом периоде.

Осложнения, связанные с беременностью, могут проявляться в ее ранние сроки, чаще в первые 3 мес, тогда их называют токсикозами. Если клинические симптомы наиболее выражены во II и III триместрах, то чаще это гестоз.

К токсикозам, относят: рвоту беременных, слюнотечение и некоторые другие, более редкие виды токсикоза: дерматопатия (дерматоз), тетания, бронхиальная астма, гепатоз, остеомаляция беременных и др.

Большинство форм токсикозов сопровождаются диспепсическими расстройствами и нарушениям всех видов обмена, гестоз - изменениями сосудистой системы и кровотока.

Рвота беременных (emesis gravidarum) - самый распространенный вид токсикозов. У большинства беременных в I триместре бывает тошнота и изредка рвота. Если при этом нет патологических изменений со стороны внутренних органов, не страдает общее состояние, работоспособность, то это не считается заболеванием и относится к признакам беременности (сомнительные или предположительные признаки беременности). Но у 5-7 % беременных тошнота и рвота возникает ежедневно, вызывая осложнения.

Этиология. Главным этиологическим фактором, способствующим развитию токсикоза, является наличие плодного яйца.

Клинические проявления:

I степень, или легкая форма рвоты. В связи с тем, что субъективные изменения выражены более объективных, - *невротическая, или аллергическая стадия*. Общее состояние остается удовлетворительным. Тошнота в течение дня возникает очень часто. Рвота от 2 до 5 раз. Сильно выражены вкусовые и обонятельные изменения, непереносимость запахов, в том числе приготовляемой пищи. Аппетит и сон обычно не нарушены. Потеря массы тела не превышает 1-3 кг за неделю. Может наблюдаться незначительное учащение пульса - не более 90 уд/мин и снижение АД до 110/60, 100/60 мм рт. ст. Температура и анализы в пределах нормы.

II степень, или рвота средней степени. В данном случае выражено нарушение обменных процессов – *токсическая стадия*. Тошнота почти постоянная, рвота до 10 раз в сутки, пища и жидкость удерживаются очень незначительно. Аппетит снижен, сон нарушен. Состояние ухудшается. Потеря массы 3-5 кг в неделю. Субфебрилитет, гипотония до 100/60, 90/50 мм рт. ст., тахикардия - пульс учащается до 90-100 уд/мин. В анализе мочи обнаруживается ацетон (++)).

III степень, или тяжелая форма рвоты, которая также называется **неукротимой рвотой** - *стадия дистрофическая*. Постоянная мучительная тошнота и рвота (вернее, постоянные позывы, так как желудок пустой), боли в эпигастральной области. Аппетита нет, пища и жидкость абсолютно не удерживаются, сон нарушен. Может быть апатия, нарушение сознания, мышечные боли, ломота. Состояние женщины средней тяжести и иногда тяжелое; выраженное обезвоживание, сухость кожи, нарушение тургора тканей. На коже могут быть петехии, кровоизлияния в конъюнктиве вследствие постоянного напряжения и нарушений свертывания. Язык обложен, запах ацетона изо рта и от кожи. Температура повышена. Пульс учащается до 120 уд/мин и более, могут быть нарушения сердечного ритма. Выраженная гипотония (80/40 мм рт. ст.). В анализе мочи кетонурия (ацетон до ++++), в тяжелых случаях

альбуминурия и уменьшение диуреза до полной анурии. В анализе крови увеличивается содержание билирубина, остаточного азота, мочевины, креатинина, нарушение белкового и водно-солевого обмена.

Диагноз ставится на основании жалоб, клинических симптомов, данных дополнительного исследования.

При тяжелом течении токсикоза, не поддающегося лечению, предлагается прерывание беременности по медицинским показаниям.

Осложнениями рвоты беременных: обезвоживание, нарушение функций жизненно важных органов, особенно сердца, печени и почек. Одним из наиболее тяжелых осложнений является острая желтая атрофия печени (наблюдается крайне редко, но может вызвать смерть).

Часто на фоне тяжелого токсикоза возникает прерывание беременности.

При благоприятном течении токсикоза явления его стихают не позднее 12 недель. Затяжное течение токсикоза свидетельствует о сочетанной патологии (обострение хронических заболеваний печени, панкреатит) или о наличии другого вида акушерской патологии (например, пузырьный занос, редкий вид токсикоза - гепатоз).

Дифференцировать рвоту беременных нужно со следующими заболеваниями: пищевые отравления, инфекционные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, сотрясение головного мозга. Медикаментозное лечение при рвоте беременных должно быть комплексным. Назначают препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс, инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания, препараты, нормализующие метаболизм. В начале лечения, при небольшом сроке беременности, для исключения отрицательного влияния лекарств на плодное яйцо целесообразно назначать немедикаментозные средства. Для восстановления функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия. Немедикаментозные методы лечения достаточны при легкой форме рвоты беременных, а при средней и тяжелой они позволяют уменьшить дозы лекарственных препаратов.

Задание 1. Записать Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза беременных в баллах (шкала Г.М. Савельевой и соавт.); сестринскую помощь при ранних токсикозах и поздних гестозах в т.ч. (обязательно неотложную доврачебную помощь при эклампсии)

В отсутствие врача необходимо заподозрить патологию, определить тяжесть состояния, оказать доврачебную помощь, обеспечить госпитализацию.

Лечение больных с легкой формой рвоты можно проводить амбулаторно, среднетяжелой и тяжелой рвоты - в стационаре. Большое значение имеет диета. В связи со снижением аппетита рекомендуют разнообразную пищу в соответствии с желанием женщины. Пища должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Ее дают в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2-3 ч. Больная должна есть лежа в кровати. Назначают щелочную минеральную воду в небольших количествах 5-6 раз в день.

Для нормализации функции ЦНС немаловажное значение имеют лечебно-охранительный режим и устранение отрицательных эмоций. При госпитализации больную целесообразно поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлекторную рвоту.

При отсутствии эффекта используют по назначению врача средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: м-холинолитики (атропин), антигистаминные препараты (тавегил), блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики - галоперидол, дроперидол, производные фенотиазина - торекан), а также прямые антагонисты дофамина (релан, церукал).

Инфузионная терапия при рвоте включает использование в основном кристаллоидов для регидратации и средств для парентерального питания. Из кристаллоидов применяют раствор Рингера-Локка, трисоль, хлосоль. Назначают 5% глюкозу в/в капельно.

При снижении общего объема белка крови до 5,0-5,5 г/л показан 5-10% альбумин до 200 мл.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1-3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела пациентки. Критериями достаточности инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и повышение тургора кожи, нормализация гематокрита, увеличение диуреза.

На фоне инфузионной терапии назначают препараты, нормализующие метаболизм, преимущественно рибофлавин-моноклеотид (1 мл 1% раствора внутримышечно); витамин С (до 5 мл 5% раствора внутримышечно), спленин 2 мл (внутримышечно).

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение легкой и среднетяжелой рвоты беременных почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных при неэффективности комплексной терапии в течение 3 сут является показанием к прерыванию беременности.

Слюнотечение. Слюнотечение (*ptyalism*) заключается в повышенной саливации и потере значительного количества жидкости - до 1 л/сут. Оно может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных. В развитии слюнотечения имеют значение не только изменения в ЦНС, но и местные нарушения в слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки. Эстрогены оказывают активирующее воздействие на эпителиальный покров полости рта, вызывая секрецию слюны. При выраженном слюнотечении понижается аппетит, ухудшается самочувствие, возникает мацерация кожи и слизистой оболочки губ, больная худеет, нарушается сон; вследствие значительной потери жидкости появляются признаки обезвоживания.

Лечение. При слюнотечении проводят в основном то же лечение, что и при рвоте (психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии растворов и др.). Рекомендуется лечение в стационаре. Назначают средства, регулирующие функцию нервной системы, метаболизм, при обезвоживании - инфузионные препараты. Одновременно рекомендуют полоскание рта настоем шалфея, ромашки, ментола. При сильном слюнотечении можно применять атропин подкожно по 0,0005 г 2 раза в день. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином. Слюнотечение обычно поддается лечению. После его устранения беременность развивается нормально.

2. Гестозы

Гестоз является осложнением беременности. Основа гестоза - это генерализованный спазм периферийных сосудов, повышение артериального давления, повышенная проницаемость капилляров, задержка жидкости в тканях, гиповолемия вследствие уменьшения кровотока в магистральных сосудах, повышенная вязкость крови, нарушение микроциркуляции и как следствие этих изменений - нарушение обмена. Нарушение кровообращения и функций всех жизненно важных органов, в первую очередь в почках, приводит к еще худшим изменениям. Потеря белка приводит к уменьшению онкотического давления, в связи с этим жидкость переходит из магистральных сосудов на периферию и в ткани.

Классификация. Ни одна из ныне существующих классификаций не может считаться совершенной и вызывает множество дискуссий, так же как и теории возникновения гестоза.

В основе каждой классификации заложена триада основных симптомов гестоза: повышение АД, отеки и появление белка в моче. Эта триада получила название **триады Цангемейстера**. Она положена и в основу международной классификации: EPH-gestosis. Аббревиатура EPH расшифровывается следующим образом: E - edema, или отеки; P - proteinuria - протеинурия, или альбуминурия, т. е. белок в моче; H - hypertension - гипертензия, или повышение давления.

Многие авторы выделяют доклиническую стадию, которую называют **прегестоз**.

В настоящее время Российская ассоциация акушеров-гинекологов предлагает использовать термин "гестоз", следующую классификацию.

Классификация гестоза представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Классификация гестоза Российской ассоциации акушеров-гинекологов

МКБ-10	Классификация Российской ассоциации акушеров-гинекологов
O11 Существовавшая ранее АГ с присоединившейся протеинурией	Сочетанный гестоз*
O12.0, O12.1, O12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией	Отеки Протеинурия беременных Гестоз*
O13 Вызванная беременностью АГ без значительной протеинурии. Лёгкая преэклампсия (нефропатия лёгкой степени)	Гестоз лёгкой степени*
O14 Вызванная беременностью АГ со значительной протеинурией	Гестоз*
O14.0 Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести	Гестоз средней степени тяжести*
O14.1 Тяжёлая преэклампсия	Гестоз тяжёлой степени*
O14.9 Преэклампсия (нефропатия) неуточнённая	Преэклампсия
O15 Эклампсия	Эклампсия
O15.0 Эклампсия во время беременности	Эклампсия во время беременности
O15.1 Эклампсия в родах	Эклампсия в родах
O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде	Эклампсия в послеродовом периоде
O15.3 Эклампсия, не уточнённая по срокам	Эклампсия, неуточнённая по срокам
O16 АГ у матери неуточнённая	АГ у матери неуточнённая
O16.1 Преходящая АГ во время беременности	Преходящая АГ во время беременности

Степень тяжести гестоза определяют по шкале (табл. 3).

Таблица 3 - Оценка тяжести гестоза беременных в баллах (шкала Г.М. Савельевой и соавт.)

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 г/л	0,132–1 г/л	1 г/л и более
Систолическое АД	Ниже 130 мм рт.ст.	130–150 мм рт.ст.	150–170 мм рт.ст.	170 мм рт.ст. и выше

Диастолическое АД	До 85 мм рт.ст	85–95 мм рт.ст.	90–110 мм рт.ст.	110 мм рт.ст. и выше
Срок появления гестоза	Нет	36–40 нед или в родах	35–30 нед	24–30 нед и ранее
ЗРП	Нет	Нет	Отставание на 1–2 нед	Отставание на 3–4 нед и более
Фоновые заболевания	Нет	Проявление заболевания до беременности	Проявление заболевания во время беременности	Проявление заболевания до и во время беременности

Общее число баллов с учётом всех критериев при лёгкой степени гестоза составляет менее 7, при средней — 8–11, при тяжёлой — 12 и более.

В связи с тем, что симптомов гестоза может быть два и даже один, как раньше, так и теперь употребляют в диагнозе название основных симптомов: гипертензия беременных, альбуминурия и отеки беременных.

Доклиническая стадия гестоза. Для своевременной диагностики заболеваний важно выявлять доклиническую стадию гестоза (ранее называемую «прегестоз»), которая проявляется комплексом изменений, обнаруживаемых на основании лабораторных и дополнительных методов исследования. Изменения могут появляться с 13–15 нед беременности.

Отёки. Самый ранний симптом гестоза — отёки, чаще всего распространяются снизу вверх.

По распространённости выделяют степени отёков:

- I степень — отёки нижних конечностей;
- II степень — отёки нижних конечностей и живота;
- III степень — отёки нижних конечностей, стенки живота и лица;
- IV степень — анасарка.

Явные отеки определяются при пальпации стоп, передней поверхности голеней, на брюшной стенке остается след от стетоскопа. Часто женщины отмечают, что кольцо перестало надеваться или сниматься, не застегивается молния на сапогах.

Отёки, развивающиеся при снижении диуреза и не исчезающие после ночного сна, никтурия - считают начальными симптомами гестоза.

Для выявления скрытых отеков исследуют прибавку массы тела.

В среднем прибавка массы тела за неделю должна быть около 300-350г, т. е. за всю беременность не более 10-12 кг.

Для выявления скрытых отеков можно провести пробу **Мак-Клюра** (по Розенталу), или "волдырную пробу": внутривожно вводят 1 мл 0,9% раствора хлорида натрия; у здоровой женщины образовавшийся "волдырь" должен рассосаться через 30-40 мин.

Лечение отеков сначала может проводиться амбулаторно, возможно в условиях дневного стационара. Если лечение не эффективно или отеки очень значительны, более рационально провести лечение в условиях стационара.

Коррекция диеты: увеличение потребления белковой и витаминизированной пищи, исключение или ограничение острого, соленого, копченого, кислого, сладкого, нормализация потребления жидкости. При назначении больничной диеты это соответствует диетам 7и 10. Недопустимо уменьшение потребляемой жидкости в меньшем объеме, чем это диктуется физиологической потребностью, недопустимо голодание. После коррекции диеты жажда должна уменьшиться. Некоторые авторы рекомендуют применение специальных разгрузочных диет.

АГ — важный клинический признак гестоза, поскольку она отражает тяжесть ангиоспазма. Большое значение имеют исходные данные АД. Об АГ беременных свидетельствует повышение систолического АД на 30 мм рт.ст. от исходного, а

диастолического — на 15 мм рт.ст. и выше. Особое значение имеет нарастание диастолического АД и уменьшение пульсового, равного в норме в среднем 40 мм рт.ст.

При гестозе могут проявиться все три признака или два из них. Может быть моносимптомный гестоз, когда имеется анасарка, выраженная гипертензия или протеинурия. Помимо типичной триады, для гестоза характерны следующие симптомы: снижение диуреза, изменения сосудов глазного дна (ангиопатия), нарушения плацентарно-маточного кровообращения, выявляемые при УЗИ, гипотрофия и гипоксия плода.

Осложнениями гестоза являются:

- развитие судорожного припадка (эклампсии);
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- отслойка сетчатки;
- почечная, или печёночная недостаточность;
- гипоксия, гипотрофия и даже антенатальная гибель плода;
- преждевременные роды;
- кровотечение в раннем послеродовом периоде;
- развитие ДВС-синдрома; тромбоэмболии;
- невынашивание или необходимость досрочного прерывания беременности.

По новой классификации, преэклампсией называют любое проявление гестоза (кроме судорожной стадии), разделяя ее на две или три стадии. У пациентки появляются признаки энцефалопатии, отека головного мозга. Женщина жалуется на головную боль, "мелькание мушек перед глазами" или ухудшение зрения, тошноту, рвоту, боли в эпигастральной области. Иногда отмечается оглушенность, заторможенность, отсутствие адекватной реакции на вопросы или раздражители. Необходимо своевременно заметить судорожную готовность и предотвратить приступ эклампсии. Создают лечебно-охранительный режим (устранение всех видов раздражителей: световых, звуковых и т. д), необходимо также устранить болевые раздражители. Болезненные инъекции, исследования, схватки, транспортировка могут ухудшить состояние.

Критериями тяжести состояния беременных при гестозе и большой вероятности развития эклампсии бывают следующие признаки:

- увеличение систолического АД (160 мм рт.ст. и выше);
- увеличение диастолического АД (110 мм рт.ст. и выше);
- протеинурия (до 5 г в сутки и более);
- олигурия (объём мочи в сутки менее 400 мл);
- мозговые и зрительные нарушения;
- диспепсические явления;
- тромбоцитопения, гипокоагуляция;
- нарушение функций печени.

Наличие хотя бы одного из этих признаков свидетельствует о тяжёлом состоянии беременной и о возможности развития эклампсии.

Эклампсия (от греч. *eklampsis* — вспышка, воспламенение, возгорание) — тяжёлая стадия гестоза, характеризующаяся сложным симптомокомплексом.

Различают эклампсию беременных, эклампсию рожениц, эклампсию родильниц. Редкое, но очень тяжелое, даже смертельно опасное осложнение, при котором развивается судорожный припадок. Он протекает в несколько стадий, или фаз, каждая из которых продолжается 20-30 с, при самом тяжелом течении - до 40 с. Общая продолжительность эклампсического приступа 1-2 мин.

1. *Фаза фибриллярных подергиваний.* Происходят быстрые подергивания мимической мускулатуры на лице. Взгляд фиксирован, дыхание сохранено, сознание

резко заторможено, возможно падение женщины и ее травматизация. Продолжительность 20-30 секунд.

2. *Фаза тонических судорог.* Сознания нет, туловище напрягается, дыхание прекращается (апноэ), лицо бледное, челюсти сжаты, лицо и шея очень отечны, набухшие яремные вены, может быть прикушен отечный язык, зрачки расширены. Продолжительность 20-30 секунд.

3. *Фаза клонических судорог.* Судорожные подергивания всех мышц, сгибательные движения конечностей, женщина может упасть с кровати во время этих судорог, сознания нет, дыхание может отсутствовать в связи с непроходимостью дыхательных путей (вследствие западения корня языка, попадания рвотных масс), пульс не определяется, может быть хриплое дыхание неправильного ритма, кровавая пена изо рта в связи с прикусыванием языка, лицо багрово-синее. Продолжительность от 30 сек до 1 минуты.

4. *Фаза разрешения припадка.* Припадок может перейти в кому, которая может разрешиться улучшением или ухудшением состояния, повторным припадком или смертью вследствие одного из осложнений.

Чаще восстановление дыхания, изо рта выделяется пенная слюна с примесью крови, лицо розовеет, определяется пульс, сначала нитевидный и частый. Приходя в сознание, женщина о припадке не помнит, жалуется на головную боль, слабость, разбитость.

Несколько приступов подряд называются эclamпическим статусом.

Может быть эclamпсия без судорог, которая переходит в кому и заканчивается гибелью женщины.

Если появляется высокая температура, тахикардия, гипотензия при уменьшении диуреза – эти симптомы могут свидетельствовать о кровоизлиянии в мозг.

Оказание доврачебной помощи при преэclamпсии:

При появлении у беременной в женской консультации, или у роженицы следующих симптомов: головная боль, неясное зрение – мелькание мушек перед глазами, туман, сетка, боли в эпигастрии и др. необходимо:

- Больную уложить, по возможности оградить от внешних раздражителей (звуковых, зрительных, световых – на глаза положить пелёнку, сложенную в 3-4 слоя);
- Вызвать акушера-гинеколога, бригаду специализированной скорой помощи;
- Дать масочный наркоз закисью азота с кислородом;
- До прихода врача оценить состояние больной: цвет кожных покровов, измерить АД (манжету с руки не снимать), определить пульс, выслушать сердцебиение плода;
- Под прикрытием наркоза по назначению врача 16 мл 25% раствора сульфата магния в/в медленно 15-20 мин (шприц);
- По прибытии бригады специализированной скорой помощи повторно измерить АД, выслушать сердцебиение плода, в направлении на госпитализацию и обменной карте указать время введения препаратов, АД до и после введения препаратов;
- Транспортировка больной на каталке в акушерский стационар.

Неотложная доврачебная помощь при эclamпсии, для купирования судорожного припадка:

- Срочный вызвать врача;
- Уложить женщину на ровную поверхность;
- Дать масочный наркоз закиси азота с кислородом;
- Под прикрытием наркоза по назначению врача внутривенно ввести

При возникновении тонических и клонических судорог:

- Обеспечить безопасность женщины от возможной травмы (в том числе травмы языка);
- Голову повернуть на бок, обеспечить проходимость дыхательных путей, используя роторасширитель, языкодержатель, отсос, воздуховод;
- Аспирировать содержимое полости рта и верхних дыхательных путей;
- После судорожного припадка немедленно начать вспомогательную вентиляцию (с помощью мешка Амбу, или переводят на ИВЛ);
- Под прикрытием наркоза по назначению врача внутривенно ввести ;внутривенно капельно 16 мл 25% р-ра Магния сульфата+ 200 мл реополиглюкина;

Другие гипотензивные препараты:

- Нифедипин (кордафлекс ретард) , Атенолол, Лабеталол в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы;
- Эгилон; - Клофелин 0,075 – 0,15мг, 2-4 раза в сутки, в/м 0,5-1,0 мл 0,01%.

- Своевременный перевод на ИВЛ с одновременной проводимой внутривенной комплексной терапией позволяет не только купировать приступы эклампсии, но и предупредить развитие тяжёлых патологических нарушений ЦНС и почек.
- Показано немедленное родоразрешение.

Контроль пульса, АД, частоты дыхания, осмотр зрачков.

Послеродовый декретный отпуск при данной патологии составляет 86 дней.

Сестринская помощь включает (по назначению врача) - при поздних гестозах- контроль за колебаниями массы тела (от еженедельного до ежедневного), артериального давления (2-4 раза в день), пульса, контроль суточного диуреза.

Врач назначает клинический и биохимический анализ показателей крови, анализ мочи клинический, пробу Зимницкого (медсестра должна дать рекомендации беременной, как правильно подготовиться к сдаче анализа и собрать его), кардиотокография (КТГ), УЗИ, консультацию терапевта и окулиста (осмотр сосудов глазного дна).

В обязанности фельдшера входит своевременное выявление отеков беременных (при обследовании в женской консультации (ЖК) или на фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе)) и их профилактика (проведение бесед о правильном режиме и диете). Фельдшер или акушерка должны обеспечить госпитализацию, осуществлять уход, выполнять назначения, помогать ей в решении возникших проблем. Одной из важных проблем является то, что беременные с отеками не осознают необходимость проведения лечения (тем более в условиях стационара), опасаются, что прием лекарственных средств может быть вреден для плода. Необходимо объяснять целесообразность проводимой терапии.

Задание № 2. Записать стадии самопроизвольного аборта и неотложную помощь при них.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

По клиническому течению выделяют следующие стадии аборта (выкидыша):

- **угрожающий аборт**, для которого характерны ноющие боли внизу живота и в пояснице, повышение тонуса матки. Выделений из матки не должно быть, изменения со стороны шейки незначительные. Иногда об этой стадии выкидыша судят по явлениям гормональной недостаточности при исследовании мазков на угрозу;

- **начавшийся аборт** характеризуется более сильными болями, возможно даже схваткообразного характера, изменениями со стороны шейки матки (укорочение, проходимость цервикального канала), могут быть кровянистые выделения;

- **аборт в ходу** — так называют стадию, при которой имеются регулярные схватки, значительное укорочение и даже раскрытие шейки матки, отхождение вод,

кровянистые выделения, отслоение плодного яйца или продвижение плода по родовому пути. При позднем выкидыше эта стадия имеет те же характеристики, что и роды;

• **неполный аборт** следует после того, как из половых путей родился плод, но в матке остаются остатки плодного яйца, плацента или ее доля. В связи с этим наблюдаются боли схваткообразного характера, отходят кровяные сгустки, кусочки ткани, может быть кровотечение, шейка остается пока раскрытой;

• **полный аборт** бывает редко в очень ранних сроках или около 27—28 недель. Об этом можно судить по осмотру плаценты, результатам пальцевого обследования, выскабливания полости матки, УЗИ либо по клиническим данным ретроспективно, когда наблюдения показывают, что осложнений не было. Но и после полного выкидыша могут некоторое время быть кровянистые умеренные выделения и ноющие боли.

Неотложная доврачебная помощь при первых двух стадиях: госпитализация на носилках. Положение в постели с приподнятым ножным концом, допустимо дать пациентке 2 таблетки но-шпы.

При аборте в ходу и неполном аборте помощь:

1. транспортировка на носилках с приподнятым ножным концом,
2. холод на низ живота,
3. в стационаре подмыть женщину,
4. контроль гемодинамических показателей,
5. подсчёт кровопотери,
6. контакт с веной,
7. вызов через третье лицо врача и лаборанта,
8. подготовка инструментов для выскабливания полости матки,
9. подготовка лекарственных средств: окситоцин, этамзилат. При необходимости подготовить всё для определения группы крови и резус фактора

Задание № 3. Краткий конспект «Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты». Неотложная доврачебная помощь при наружном кровотечении из половых путей, или подозрении на внутреннее кровотечение.

Предлежание плаценты

Предлежание плаценты – это патология, при которой плацента располагается в нижних отделах матки по любой стенке, частично или полностью перекрывая область внутреннего зева. Частота возникновения предлежания плаценты составляет в среднем от 0,1% до 1% от общего числа родов.

Если плацента только частично перекрывает область внутреннего зева, то – это *неполное предлежание*, которое отмечается с частотой 70-80% от общего числа предлежаний. Если плацента полностью перекрывает область внутреннего зева то, это является *полным предлежанием плаценты*. Такой вариант встречается с частотой 20-30%.

Различают также и *низкое расположение плаценты*, когда её край находится на более низком уровне, чем это должно быть в норме, но не перекрывает область внутреннего зева.

Причины формирования низкого расположения или предлежания плаценты: патологические изменения эндометрия вследствие воспаления, оперативных вмешательств (выскабливания, кесарево сечение, удалением миоматозных узлов и др.), многократных осложненных родов; миома матки, эндометриоз, недоразвитие матки, истмиоцервикальная недостаточность, воспаление шейки матки, многоплодная беременность. Предлежание плаценты более характерно для повторно беременных женщин, чем для первородящих.

Наиболее частое проявление при предлежании плаценты: повторяющееся кровотечение из половых путей. Кровотечения могут возникать в различные периоды беременности, начиная с самых ранних ее сроков. Однако чаще всего они наблюдаются уже во второй половине беременности вследствие формирования нижнего сегмента матки. В последние недели беременности, когда сокращения матки становятся более интенсивными, кровотечения могут усиливаться.

Плод не теряет кровь. Однако ему угрожает кислородное голодание, так как отслоившаяся часть плаценты не участвует в газообмене.

Провоцирующие факторы возникновения кровотечения при беременности: физическая нагрузка, резкое кашлевое движение, влагалищное исследование, половой акт, повышение внутрибрюшного давления при запоре, тепловые процедуры (горячая ванна, сауна).

При полном предлежании плаценты кровотечение часто появляется внезапно, без болевых ощущений, и может быть очень обильным. Кровотечение может прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь, или может продолжаться в виде скудных выделений. В последние недели беременности кровотечение возобновляется и/или усиливается.

При неполном предлежании плаценты кровотечение может начаться в самом конце беременности. Однако чаще это происходит в начале родов. Сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка плаценты. Чем больше предлежит плацентарной ткани, тем раньше и сильнее начинается кровотечение.

Повторяющиеся кровотечения при беременности, осложненной предлежанием плаценты в большинстве случаев приводят к развитию анемии. Для беременных с предлежанием плаценты характерно наличие пониженного артериального давления, что встречается в 25%-34% наблюдений.

В настоящее время наиболее объективным и безопасным методом диагностики предлежания плаценты является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое позволяет установить сам факт предлежания плаценты и вариант предлежания (полное, неполное), определить размеры, структуру и площадь плаценты, оценить степень отслойки.

УЗИ следует проводить при умеренном наполнении мочевого пузыря. С помощью УЗИ возможно также определение наличия скопления крови (гематомы) между плацентой и стенкой матки при отслойке плаценты (в том случае если не произошло излитие крови из полости матки). Если участок отслойки плаценты занимает не более 1/4 площади плаценты, то прогноз для плода является относительно благоприятным. В том случае если гематома занимает более 1/3 площади плаценты, то чаще всего это приводит к гибели плода.

Наблюдение и лечение при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерском стационаре. Ведение беременных в акушерском стационаре предусматривает: соблюдение строгого постельного режима; применение лекарств обеспечивающих оптимизацию нормализацию сократительной деятельности; лечение анемии и плодово-плацентарной недостаточности.

Показаниями к кесареву сечению в экстренном порядке независимо от срока беременности являются: повторяющиеся кровотечения; сочетание небольших кровопотерь с анемией и снижением артериального давления; одномоментная обильная кровопотеря; полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.

Операцию выполняют по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

Абсолютным показанием к кесареву сечению в плановом порядке является полное предлежание плаценты.

При неполном предлежании плаценты и при наличии сопутствующих осложнений (тазовое предлежание, неправильное положение плода, рубец на матке,

многоплодная беременность, выраженное многоводие, узкий таз, возраст первородящей старше 30 лет и др.) также выполняют кесарево сечение в плановом порядке.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом и во втором периодах родов).

КОД ПО МКБ-10

O45 Преждевременная отслойка плаценты

O45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свёртываемости крови.

O45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты.

O45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточнённая.

Классификация. В зависимости от площади выделяют частичную и полную отслойку плаценты. При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной – вся плацента. Частичная ПОНРП может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной – соответственно центральная часть.

К предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:

• Во время беременности:

- сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);
- эндокринопатии (СД);
- аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
- гестоз, особенно на фоне гломерулонефрита;
- генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

• Во время родов:

- излитие ОВ при многоводии;
- гиперстимуляция матки окситоцином;
- рождение первого плода при многоплодии;
- короткая пуповина;
- запоздалый разрыв плодного пузыря.

Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

Если кровь при продолжающейся отслойке плаценты не находит выхода, то она накапливается между стенкой матки и плацентой с образованием гематомы. Кровь при этом проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки, раздражению рецепторов миометрия. Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или с петехиальными кровоизлияниями). Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией; впервые патология описана А. Кувелером в 1911 г. и получила название «матка Кувелера». Состояние нарушает сократительную способность миометрия, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.

Основные симптомы ПОНРП:

- кровотечение и симптомы геморрагического шока;
- боль в животе;
- гипертонус матки;
- острая гипоксия плода.

Выраженность и характер симптомов ПОНРП определяются величиной и местом отслойки.

Кровотечение при ПОНРП может быть:

- наружным;

- внутренним;
- смешанным (внутренним и наружным).

При краевой отслойке плаценты появляется наружное кровотечение. Кровь отделяет оболочки от стенки матки и быстро выходит из половых путей. Кровь при этом яркого цвета. Если кровь вытекает из гематомы, расположенной высоко у дна матки, то кровяные выделения, как правило, темного цвета. При наружном кровотечении общее состояние определяется величиной кровопотери. Общее состояние определяется не только внутренней кровопотерей, но и болевым шоком.

Болевой синдром и гипертонус матки возникают, как правило, при внутреннем кровотечении, когда имеется ретроплацентарная гематома. Боли могут быть интенсивными. При ПОНРП, расположенной на задней стенке матки, боли локализованы в поясничной области. При большой ретроплацентарной гематоме на передней поверхности матки определяют резко болезненную локальную «припухлость».

Острая гипоксия плода возникает вследствие гипертонуса матки, нарушения маточно-плацентарного кровотока и отслойки плаценты. Плод может погибнуть при отслойке трети и более поверхности плаценты. При полной отслойке происходит моментальная гибель плода. Иногда интранатальная гибель плода — единственный симптом отслойки плаценты.

Диагностика ПОНРП основана на:

- клинической картине заболевания;
- данных УЗИ;
- изменениях гемостаза.

Клинические симптомы, позволяющие заподозрить ПОНРП: кровяные выделения и боли в животе; гипертонус, болезненность матки; отсутствие расслабления матки в паузах между схватками во время родов; острая гипоксия плода или антенатальная гибель; симптомы геморрагического шока.

УЗИ при подозрении на ПОНРП следует проводить как можно раньше. В ряде случаев при незначительной отслойке плаценты по краю с наружным кровотечением по данным УЗИ отслойку обнаружить не удаётся.

Лабораторные исследования. Анализ показателей гемостаза указывает на развитие ДВС-синдрома.

Профилактика. Специфической профилактики не существует. Предупреждение ПОНРП заключается в предгравидарной подготовке, лечении эндометрита и экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности, коррекции выявленных дефектов гемостаза.

Прогноз при ПОНРП определяется не только тяжестью состояния, но и своевременностью оказания квалифицированной помощи. Беременная должна знать, что при появлении кровяных выделений из половых путей, она должна быть экстренно госпитализирована в стационар.

Неотложная доврачебная помощь при наружном кровотечении из половых путей, или подозрение на внутреннее кровотечение:

1. Вызвать помощь (врача и лаборанта)
2. обязательно подмыть женщину,
3. на низ живота — холод,
4. контакт с веной,
5. контроль за гемодинамическими показателями (ЧДД, ЧСС, пульс, АД),
6. приготовить всё для определения группы крови и резус-фактора,
7. приготовить кровоостанавливающие препараты: хлористый кальций 10%, дицинон, аминапроновую кислоту.

8. Выполнять все назначения врача

Задание 4. Записать алгоритмы манипуляций: взятие мазков на бактериологическое исследование.

Алгоритмы выполнения манипуляций

Взятие материала из влагалища для бактериологического исследования

Оснащение: стерильные: двусторчатое зеркало Куско, резиновые перчатки, пленка; другие: гинекологическое кресло, индивидуальная пленка пациентки, пробирка со стерильным ватным тампоном, стеклогграф, бланк направления в лабораторию, сухой спирт или спиртовка и спички.

Примечание. Обязательно предупредить пациентку, чтобы она накануне не имела половых сношений, лечебных процедур, связанных с введением фармакологических средств во влагалище, не спринцевалась, но перед проведением манипуляции освободила мочевой пузырь, прямую кишку и провела туалет наружных половых органов.

1. Представиться пациентке, выяснить как обращаться к ней.
2. Получить у пациентки информированное согласие на проведение манипуляции.
3. Вымыть и осушить руки.
4. Стерильным пинцетом достать из бикса стерильную пленку, положить на столик у гинекологического кресла и развернуть.
5. Соблюдая правила асептики, на пленке разместить: влагалищное зеркало, резиновые перчатки.
6. На почковидный лоток положить пробирку с написанным стеклогграфом номером, пару перчаток. Приготовить стерильное одноразовое зеркало Куско, пинцет, 4-6 марлевых тампонов
7. Рядом приготовить и с помощью спичек зажечь спиртовку или сухой спирт.
8. Провести психологическую подготовку пациентки.
9. Выяснить, не было ли половых сношений или спринцевания накануне.
10. Предложить пациентке застелить на гинекологическое кресло индивидуальную пленку и раздеться до пояса снизу.
11. Помочь пациентке лечь на гинекологическое кресло .
12. Надеть стерильные резиновые перчатки, (если перчатки смотровые, то обработать их антисептиком).
13. Подойти к гинекологическому креслу и встать у ног женщины.
14. Ввести зеркало Куско во влагалище, раскрыть его.
15. Оголить шейку матки так, чтобы ее влагалищная часть находилась между створками зеркала.
16. Зафиксировать зеркало с помощью винта замка.
17. Взять пробирку в левую руку и правой рукой извлечь палочку с ватным тампоном из пробирки над пламенем.
18. Быстро, не касаясь посторонних предметов, ввести палочку во влагалище и взять материал из запланированного места (например, задней части свода влагалища).
19. Палочку с материалом поместить обратно в пробирку, предварительно пронеся горловину пробирки над пламенем спиртовки.
20. Проверить, чтобы ватная пробка плотно закрывала пробирку.
21. Пробирку положить на почковидный лоток.
22. С помощью винта замок ослабить так, чтобы створки зеркала свободно двигались и не сжимали шейку матки.

23. Вывести зеркало из влагалища, предварительно сжав, и положить его в дез. раствор.
24. Снять резиновые перчатки, положить их в дез. раствор.
25. Погасить спиртовку.
26. Помочь женщине встать с кресла и предложить одеться.
27. Продезинфицировать использованное оборудование.
28. Вымыть и высушить руки.
29. Организовать отправку материала в лабораторию.
30. Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Актуализация опорных знаний

- 1. Рвота беременных** (степени тяжести, клинические проявления, принципы лечения)
- 2. Устно: Что такое гестоз?(Патогенез). Клинические проявления эклампсии. Принципы оказания помощи.**
- 3. Клиника судорожного припадка при эклампсии:**
- 4. Неотложная доврачебная помощь при эклампсии:**

Итоговый контроль

Проводится в виде выполнения тестового контроля, выполнения задач.

Тестирование на практическом занятии № 7 Патология беременности. Сестринский уход за беременной с гестозом и экстрагенитальной патологией:

(Вставить недостающие слова, или фразы)

- 1) Протеинурия это появление в моче.....
- 2) Эклампсия может проявиться во время.....
- 3) Особенность кровотечения при предлежании плаценты.....
- 4) Первая стадия самопроизвольного аборта называется.....
- 5) Вторая стадия самопроизвольного аборта называется.....
- 6) При самопроизвольном аборте боли (какие по характеру).....
- 7) Птиализм – это.....
- 8) Отёки при гестозах распространяются (как).....
- 9) Диагноз предлежания плаценты подтверждается (каким методом исследования).....
- 10) Матка Кувелера развивается при.....
- 11) Маткой Кувелера называют
- 12) Абсолютным показанием для кесарева сечения при предлежании плаценты является.....(какое предлежание плаценты?)
- 13) Сколько фаз судорожного припадка при эклампсии?.....
- 14) При первой фазе судорожного припадка при эклампсии отмечаются следующие проявления:.....
- 15) Как определяют скрытые отёки у беременной женщины?.....
- 16) Если судорожные припадки при эклампсии сменяют друг друга (несколько приступов подряд) это называют...
- 17) Кровавая пена изо рта при приступе эклампсии указывает на
- 18) Абсолютно короткой считается пуповина, длина которой составляет...
- 19) Анасарка это.....
- 20) Триада Цангемейстера это.....

Задача 1

Первобеременная женщина, находясь в декретном отпуске, пришла на приём в женскую консультацию. Срок беременности 36 недель, ранее женщина проходила лечение в отделении патологии беременности по поводу гестоза (регистрировали повышение АД до 170/ 120 , протеинурию более 2г/л) . Через некоторое время после выписки из стационара и временного улучшения появились следующие жалобы: тошнота, рвота, боли в эпигастральной области, головная боль, нарушение зрения, мелькание мушек перед глазами. Женщина заторможена.

При объективном исследовании определено:

- увеличение систолического АД (160 мм рт.ст. и выше);
- увеличение диастолического АД (110 мм рт.ст. и выше);
- протеинурия (до 4 г в сутки);
- олигурия (объём мочи в сутки менее 400 мл);
- тромбоцитопения, гипокоагуляция;
- нарушение функций печени.

Задание: Определите какое возможное осложнение беременности развивается у женщины?

Что необходимо предпринять? Неотложная доврачебная помощь.

Задача 2

У повторнобеременной женщины в сроке 18 недель беременности появились кровянистые выделения из половых путей. Кровь жидкая, тёмного цвета. Жалобы на тошноту, рвоту, изменение вкусовых пристрастий, раздражительность, плаксивость.

При осмотре: рубцы беременности в нижней части живота, ВСДМ на уровне пупка, соответствует сроку 24 недели беременности. При пальпации матка туго эластической консистенции, части плода пропальпировать не удаётся. Вывод: вероятные признаки беременности отмечались, а достоверных признаков беременности нет.

Задание:

Какое осложнение беременности имеет место. Какой метод исследования позволит подтвердить возникшее предположение?

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология
лекарственных средств, применяемых в акушерстве. Дифференцированный зачёт**

Методическая разработка практического занятия № 8 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.

Рассмотрено на заседании

ЦМК Сестринское дело

Протокол № 4 от 25.11.2022г.

Председатель ЦМК Сестринское дело

_____ Н.Г. Самсонова.

Саянск

2022

Учебно-методическая карта (план) занятия № 8

УД/ПМ МДК 02.01. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин

(наименование)

Группа	Дата
3 а м/с	

Тема занятия: Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве. Дифференцированный зачёт.

Время 270 минут

Вид занятия практическое

Цель занятия

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о патологии родов и послеродового периода и особенностях сестринского помощи и ухода при данной патологии, клинической фармакологии лекарственных средств, применяемых в акушерстве.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

Обучающийся должен уметь:

- оказывать помощь в рамках сестринской компетенции при патологии родов и послеродового периода;

Обучающийся должен знать:

- патологию родов;

- патологию послеродового периода;

- особенности сестринской помощи и сестринского ухода при данной патологии;

- клиническую фармакологию лекарственных средств, применяемых в акушерстве.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

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

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

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

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

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.

Интеграционные связи УД и ПМ

Обеспечивающие – ПМ. 01. Проведение профилактических мероприятий, ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

Обеспечиваемые – ОП.02. Анатомия и физиология человека, ОП.07. Фармакология, ПМ.01., ПМ.02. Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессе, ПМ. 04.

Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра (решение проблем пациента посредством сестринского ухода).

А. Наглядные пособия презентация «Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве»

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, тестовые задания, задачи, графический диктант, контрольные вопросы.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Структура занятия

Время № элемен	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5
Использован ие ТСО																		
Время № элемен	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180
	5	5	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Использован ие ТСО																		
Время № элемен	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8
Использован ие ТСО																		

Содержание занятия

№ элемен.	Элементы занятия, учебные вопросы, формы и методы обучения	Добавления, изменения, замечания.
1.	Организационный момент: - проверка готовности кабинета к занятию; - приветствие обучающихся, обращение внимания на внешний вид, санитарное состояние кабинета; - проверка посещаемости; - сообщение темы, плана, целей занятия.	Цель: создание рабочей обстановки на занятии. 5 минут
2.	Мотивация учебной деятельности Обратить внимание на актуальность изучение темы, связь с будущей профессией и отметить межпредметные связи	Цель: преподаватель стимулирует интерес обучающихся к изучаемой теме, поясняет ее значимость в профессиональной деятельности, связь с другими предметами и темами. 5 минут
3.	Актуализация опорных знаний. 1. Письменно: патология родов – 25 минут	Цель: проверка базовых знаний по

	2. Фронтальный опрос «Патология послеродового периода»-15 минут (Эталоны ответов в приложении 1)	теме. Оценка выставляется каждому обучающемуся. 40 минут
4.	Подведение итогов	Цель: оценить уровень подготовки, оценка выставляется каждому студенту – 5 минут
5.	Демонстрационная часть Преподаватель демонстрирует с помощью презентации презентация «Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве». Студенты составляют краткий конспект	Цель: конкретизировать знания, настроить на целенаправленную деятельность, развитие зрительной памяти, активизация мыслительных процессов: анализа, синтеза, сравнения. 50 минут
6.	Инструктаж самостоятельной работы Преподаватель сообщает план проведения дифференцированного зачёта по предмету. Билеты включают 3 вопроса: 1 теория, 2 – неотложная доврачебная помощь, 3 – выполнение манипуляции на фантоме.	Цель: вызвать познавательный интерес к предстоящей работе; настроить на выполнение самостоятельной работы. 5 минут
7.	Итоговый контроль Сдача дифференцированного зачёта по билетам	Цель: проверка приобретенных знаний и умений 150 минут
8.	Подведение итогов занятия: 10 минут - анализ достижений и неудач; - проверка дневников практики. - выставление итоговых оценок за практику; - итоговой оценки по МДК 02.01.Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин - заполнение ведомости.	Цель: помочь лучшей подготовке домашнего задания, активизировать самоподготовку 10 минут

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» _____ О.И.Комолкина

**Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология
лекарственных средств, применяемых в акушерстве. Дифференцированный зачёт.**

Методическая разработка практического занятия № 8 для обучающихся
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11.2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
_____ Н.Г. Самсонова.

Саянск

2022

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Практическое занятие № 8

**Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология
лекарственных средств, применяемых в акушерстве. Дифференцированный зачёт**

Цели занятия

Учебная: обобщить и систематизировать знания обучающихся о патологии родов и послеродового периода и особенностях сестринского ухода при данной патологии, клинической фармакологии лекарственных средств, применяемых в акушерстве.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, **обучающийся в ходе освоения профессионального модуля**

Обучающийся должен знать:

- патологию родов;
- патологию послеродового периода;
- особенности сестринской помощи и сестринского ухода при данной патологии;
- клиническую фармакологию лекарственных средств, применяемых в акушерстве.

Обучающийся должен уметь:

- оказывать помощь в рамках сестринской компетенции при патологии родов и послеродового периода.

А. Наглядные пособия презентация презентация «Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве»

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.

Интернет-ресурсы:

<http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс

План занятия

1.	Организационный момент, мотивация: 10 мин.
2.	<p>Этап актуализации опорных знаний: 40 минут</p> <p>1. Письменно: патология родов – 25 минут Перечислить кратко все виды патологии родов</p> <p>2. Фронтальный опрос «Патология послеродового периода»-15 минут:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Классификация послеродовых инфекционных заболеваний по Сазонову-Бартельсу - Причины гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде - Пути распространения инфекции - Клинические проявления эндометрита - Что является причиной сепсиса в послеродовом периоде - Клинические проявления бактериально-токсического шока - Какие осложнения послеродового периода кроме инфекционных вы знаете? - Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде; - Причины кровотечений в позднем послеродовом периоде. - Неотложная доврачебная помощь при кровотечении в раннем послеродовом периоде
3	Подведение итогов 5 мин
4	<p>Демонстрационная часть: 50 минут</p> <p>Преподаватель демонстрирует презентацию «Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве». Студенты составляют краткий конспект</p>
5	<p>Инструктаж самостоятельной работы</p> <p>Преподаватель сообщает план проведения дифференцированного зачёта по предмету. Билеты включают 3 вопроса: 1 теория, 2 – неотложная доврачебная помощь, 3 – выполнение манипуляции на фантоме.</p>
6	<p>Итоговый контроль 150 минут</p> <p>Сдача дифференцированного зачёта по билетам</p>
7	<p>Подведение итогов занятия: 10 минут</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализ достижений и неудач; - проверка дневников практики. - выставление итоговых оценок за практику; - итоговой оценки по МДК 02.01.Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин - заполнение ведомости.

Актуализация опорных знаний на практическом занятии № 8 Патология родов и послеродового периода. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве. Дифференцированный зачёт.

1. Письменно: патология родов.

- **Аномалии положения плода:** косое и поперечное положение плода. *Поперечным положением плода* называют такое положение плода, когда его ось пересекает ось матки под прямым углом. При поперечном положении живот имеет шарообразную форму, головка плода или ягодицы располагаются в боковых отделах матки, предлежащей части над входом в малый таз нет.

Возможны осложнения: дородовое излитие околоплодных вод, выпадение мелких частей плода и пуповины, аномалии родовых сил, гипоксия плода, запущенное поперечное положение плода, эндометрит в родах, разрыв матки

Ведение родов: при живом плоде – кесарево сечение, при мертвом плоде – плодоразрушающая операция

- **Многоплодная беременность.** Осложнения – преждевременные роды, преждевременная отслойка плаценты второго плода в двойне. масса новорожденных меньше 2500 г, возможно тазовые и поперечные положения второго плода. Частое раннее излитие околоплодных вод может сопровождаться выпадением мелких частей плода и пуповины. Часто проводят кесарево сечение. Госпитализация в роддом за две недели до срока родов.
- **Патология околоплодных вод** (маловодие, многоводие). Маловодие – это состояние, при котором имеет место малое количество вод, т. е. менее 0,5 л; Многоводие – околоплодных вод более 1,5 литра
- **Тазовые предлежания плода:**
 - А. Чистоягодичное* (предлежат ягодички плода)
 - Б. смешанное* ягодичное предлежание (предлежат ягодицы и стопы плода) - плод "сидит по-турецки"),
 - В. ножные* предлежания - полное (предлежат обе ножки) или неполное (предлежит одна ножка).
- Узкий таз. К *анатомически узким тазам* относятся такие, у которых один или несколько наружных размеров уменьшены на 1,5-2 см. Нормальные размеры таза: 25-28-31-21- (11) Определяют во время беременности..

Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от его размера. Возможно диагностировать при открытии шейки матки более 7-8 см, отсутствии плодного пузыря, опорожненном мочевом пузыре и нормальной сократительной деятельности матки. Для клинически узкого таза характерна произвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки.

Признак Вастена (определение клинически узкого таза) – ладонь руки положить на лонное сочленение, после чего смещать её в сторону живота роженицы. Если головка плода находится выше уровня ладони, то признак Вастена положительный и роды через естественные родовые пути невозможны.

- **Предлежание плаценты.** *Полное (центральное)* - внутренний зев полностью перекрыт плацентой *Неполное (частичное) предлежание плаценты* - внутренний зев не полностью перекрыт плацентой. *Низкое прикрепление плаценты* - нижний край плаценты располагается на 7 см и менее от внутреннего зева
- **Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты**

2. Фронтальный опрос:

- Классификация послеродовых инфекционных заболеваний по Сазонову-Бартельсу

1 этап: ограниченная форма септической инфекции; не распространяется за пределы матки:

- а) послеродовая язва,
- б) послеродовой эндометрит.

2 этап - инфекция вышла за пределы матки, но ограничена полостью малого таза:

- а) метрит, параметрит;
- б) сальпингоофорит;
- в) пельвиоперитонит;
- г) метротромбофлебит;
- д) ограниченный тромбофлебит вен таза и бедра.

3 этап - инфекция вышла за пределы малого таза, но не стала генерализованной:

- а) разлитой перитонит,
- б) прогрессирующий тромбофлебит;
- в) анаэробная газовая инфекция;
- г) септический шок.

4 этап - генерализованная септическая инфекция- сепсис.

- а) сепсис без выраженного метастазирования (септицемия);
- б) сепсис с выраженным метастазированием (септикопиемия).

- Причины гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде:

1. экстрагенитальная патология (туберкулёз, сахарный диабет, ожирение)
2. острые инфекционные заболевания (грипп, ангина);
3. большая кровопотеря в родах,
4. затяжные роды, длительный безводный период,
5. обширные травмы мягких родовых путей,
6. отрицательные эмоции,
7. экзогенная и эндогенная инфекция.

- Пути распространения инфекции

- гематогенный,
- лимфогенный,
- интраканаликулярный (по каналу шейки матки и трубам).

- Клинические проявления эндометрита

Головная боль, боль внизу живота и пояснице, слабость, недомогание, чувство жара, озноб. Температура повышается ступенеобразно, иногда наблюдается тахикардия. при пальпации матка увеличена, мягкая, болезненная, подвижная. выделения из матки гнойные, обильные, иногда с гнилостным запахом.

- Что является причиной сепсиса в послеродовом периоде

генерализованная инфекция, которая в акушерской практике в 90% случаев связана с инфекционным очагом в матке и развивается в результате истощения антиинфекционного иммунитета.

К развитию сепсиса предрасполагает осложнённое течение беременности (ОПГ-гестоз, вирусные инфекции, железодефицитная анемия). Длительное течение родового акта с безводным периодом более 24 часов, травмы мягких родовых путей, оперативное родоразрешение, кровотечения и др. осложнения родов создают условия для генерализации инфекции.

- Клинические проявления бактериально-токсического шока:

Развитию шока предшествует гипертермия до 39-41 градусов, сопровождающаяся повторными ознобами, держится 1-3 суток, затем падает на 2-4 градуса. Основным признаком шока является падение АД без предшествующей кровопотери, либо несоответствующее ей. Систолическое АД снижается до 80-90 мм.рт. ст. на 2-3 часа, далее - более резкое падение АД. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких суток. На клиническую картину часто наслаиваются симптомы почечной недостаточности, острой дыхательной недостаточности и кровотечения вследствие прогрессирования ДВС - синдрома.

- Какие осложнения послеродового периода кроме инфекционных вы знаете?

Разрывы в области вульвы и входа во влагалище;

Разрывы промежности 3 степеней;

Разрывы шейки матки 3 степеней;

Разрыв матки;

Расхождение и разрыв лонного сочленения;

Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде;

Послеродовой психоз

Эклампсия в послеродовом периоде.

- Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде;

4 «Т»:

- травма (мягких тканей родового канала);

- ткани (задержка частей последа в матке);

- тонус (гипо- и атонические кровотечения вследствие нарушения тонуса матки и её сократительной способности);

- тромбин (нарушение свёртывающей системы крови).

- Причины кровотечений в позднем послеродовом периоде:

Возникают через 2 часа после родов, вышеперечисленные причины + плацентарный полип, инфицирование матки.

- Неотложная доврачебная помощь при кровотечении в раннем послеродовом периоде:

1. Немедленно вызвать врача, лаборанта. Успокоить женщину, измерить пульс, АД, температуру.
2. Положить холод на низ живота;
3. Приготовить инструментарий для осмотра родовых путей, одноразовые шприцы;
4. Собрать систему для в/в ведения растворов.
5. Приготовить сокращающие средства: окситоцин, метилэргометрин, маммофизин, питуитрин. Кровоостанавливающие средства: дицинон, кальция хлорид 10%.
6. Приготовить всё для определения группы крови и резус-фактора.
7. Шейку матки захватить пулевыми щипцами, соединив переднюю и заднюю губы ш. м, подтянуть на себя, и перегнуть вверх. (по Квантилиани)
8. Тампон с эфиром ввести в задний свод влагалища.
9. Прижатие брюшной аорты кулаком.

Список рекомендуемой литературы

Литература основная:

1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

дополнительная:

1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин, Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей./М.В. Дзигуа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, 720с.
2. .Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение / Д.А. Крюкова, Л.А.Лысак, О.В. Фурса. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2021.
3. Славянова И.К. Акушерство и гинекология / И.К Славянова, - Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 573с.
4. Дзигуа М.В Акушерство. Руководство к практическим занятиям. / М.В. Дзигуа, А.А Скребушевская Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей, Гэотар – Медиа. 2019. – 304 с.

Интернет-ресурсы:

1. <http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс
2. <http://vmede.org/sait/>
3. <http://meduniver.com/Medical/Book>
4. <http://www.feldsher.ru/obuchenie/stati>.
5. <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail>
6. <http://www.medsekret.net>