

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение
высшего образования
«Воронежский государственный технический университет»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

для практических занятий

МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

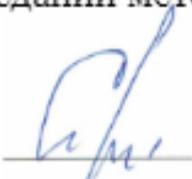
Раздел 02.01.07 Сестринский уход в акушерстве и гинекологии

для студентов специальности 34.02.01 Сестринское дело

строительно-политехнического колледжа

Методические указания обсуждены на заседании методического совета
СПК

20.01.2023 года Протокол №5

Председатель методического совета СПК  Сергеева С. И.

Методические указания одобрены на заседании педагогического совета
СПК

27.01.2023 года Протокол №5

Председатель педагогического совета СПК  Дегтев Д. Н.

2023

Разработчик:

Кораблина Наталья Николаевна, преподаватель высшей категории СПК

Целью практических занятий по МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях (Раздел 02.01.07 Сестринский уход в акушерстве и гинекологии) является создание необходимой теоретической и практической базы необходимой для освоения общих и профессиональных компетенций:

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 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

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

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

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

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

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

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей ПК 2.1.

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

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

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами

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

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

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

В ходе освоения междисциплинарного курса обучающийся должен:
знать:

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;

уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях ПМСП и стационара;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- осуществлять паллиативную помощь пациентам;
- вести утвержденную медицинскую документацию;

иметь практический опыт:

- осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
- проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией;

Практическое занятие № 1

Тема: **Знакомство с родильным домом, особенности работы медсестры. Методы исследования в акушерстве и гинекологии.**

Цель занятия: формирование навыков по субъективному и объективному обследованию пациенток; обеспечение соблюдения этапов сестринского ухода при проведении диагностических вмешательств; ознакомление с основной документацией в гинекологической практике.

Оснащение занятия: схемы, плакаты по теме занятия, фантом, гинекологический инструментарий, перчатки, раствор антисептика, алгоритмы манипуляций.

Методические указания

Задание 1 Ознакомьтесь со схемами, слайдами, плакатами по теме занятия.

Задание 2 Изучите теоретический материал.

Акушерско-гинекологическое обследование женщины начинается со сбора анамнеза. Собирая общий анамнез, необходимо обратить внимание на возраст, профессию, семейный анамнез, развитие, перенесенные заболевания в детстве и во взрослом состоянии. Выясняют наличие в прошлом операций, травм, гемотрансфузий. Собирают аллергологический и эпидемиологический анамнезы. Уточняют вредные привычки. Выясняют здоровье мужа (исключить туберкулез, ЗППП, вредные привычки, действие радиации и т.д.)

В акушерском анамнезе нужно выяснить: а) менструальную функцию; б) детородную функцию; в) сексуальную функцию; г) секреторную функцию.

При выяснении менструальной функции обращают внимание на возраст наступления менархе, правильность установления цикла, продолжительность менструального цикла, количество менструальных дней, болезненность и количество теряемой во время менструации крови.

При исследовании детородной и сексуальной функции выясняют возраст начала половой жизни, ее регулярность, применение контрацептивов, количество беременностей, их течение и исход.

О секреторной функции необходимо знать регулярность менструальных циклов или их нарушений.

Собирая гинекологический анамнез, выясняют наличие гинекологических заболеваний (их течение, методы лечения, исход), операций.

Объективное обследование начинается с оценки телосложения. Проводится антропометрия.

Оценивается цвет кожных покровов и слизистых оболочек, обращают внимание на пигментацию.

Осмотр молочных желез: оценивают их развитие, строение и форму соска (коническая, цилиндрическая форма; выпуклый, плоский, втянутый). При пальпации железа мягкая, безболезненная.

Сердечно-сосудистая система – проводят подсчет пульса, АД, выслушивание тонов сердца.

Мочевыделительная система – симптом Пастернацкого.

Акушерское обследование.

Акушерское обследование делится на наружное и внутреннее.

Наружное акушерское исследование включает: осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию и измерение.

При осмотре НПО обращают внимание на характер волосяного покрова на лобке, на развитие больших и малых половых губ, слизистую оболочку входа во влагалище.

При пальпации определяют размеры, форму и консистенцию матки, положение и шевеление плода, отношение предлежащей части ко входу в малый таз.

Измерение таза проводится тазомером.

Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки проводится сантиметровой лентой.

Приемы наружного акушерского исследования (по Леопольду-Левицкому) позволяют определить положение, предлежание, вид и позицию плода

Выслушивание сердцебиения плода производят акушерским стетоскопом. В норме сердцебиение плода от 120 до 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Дополнительные методы исследования.

1. Зондирование матки.
2. Биопсия.
3. Бактериоскопическое исследование.
4. О функции яичников судят по тестам функциональной диагностики. (феномен зрачка, феномен арборизации, измерение базальной температуры).
5. Пункция брюшной полости через задний свод
6. Раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки.
7. Эндоскопические методы:
 - а) кольпоскопия
 - б) гистероскопия
 - в) лапароскопия.
8. УЗИ.
9. Гистеросальпингография
10. Рентгенография.
11. Гормональные исследования.
12. Компьютерная томография
13. Магнитно-резонансная томография
14. УЗИ.
15. Амниоскопия
16. Амниоцентез
17. Хорионбиопсия
18. Кордоцентез
19. Кардиотокография (КТГ)
20. Амниотомия

Задание 3 Ответьте на контрольные вопросы:

1. Как проводится объективное исследование гинекологических больных?
2. Какие потребности нарушаются у гинекологических больных?
3. Физические проблемы, встречающиеся у гинекологических больных?

4. Психологические и духовные сестринские проблемы в гинекологии?
5. Сестринский диагноз в гинекологии?
6. Дополнительные методы исследования?
7. Цитологические методы исследования?
8. Перечислите тесты функциональной диагностики?
9. Перечислите эндоскопические методы исследования?
10. Рентгенологические методы в гинекологии?

Задание 4 Выполните тестовые задания по теме.

Вариант 1.

Задание: выберите один правильный ответ.

1. При осмотре наружных половых органов обращают внимание на:
 - а) состояние матки и придатков;
 - б) степень и характер роста волос на лобке;
 - в) внутреннюю поверхность бёдер;
 - г) влагалищную часть шейки матки.
2. Осмотр с помощью зеркал производят для выявления патологии:
 - а) матки, маточных труб;
 - б) влагалища, шейки матки;
 - в) мочевого пузыря, прямой кишки;
 - г) яичников.
3. Бимануальное исследование применяют для исследования:
 - а) наружных половых органов;
 - б) шейки матки;
 - в) влагалища;
 - г) матки, маточных труб, яичников.
4. Бактериоскопическое исследование применяют с целью:
 - а) оценки гормональной функции яичников;
 - б) выявления онкологических заболеваний;
 - в) выявления микробного фактора;
 - г) состояния матки, маточных труб.
5. Кольпоскопия позволяет выявить патологию:
 - а) маточных труб;
 - б) матки;
 - в) яичников;
 - г) шейки матки.
6. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища производится при:
 - а) внематочной беременности;
 - б) кольпите;
 - в) бартолините;
 - г) метроэндометрите.
7. Зондирование матки производят с целью:
 - а) выявления патологии шейки матки;
 - б) выявления патологии придатков матки
 - в) выявления патологии мочевого пузыря и прямой кишки
 - г) измерения длины и определения конфигурации полости матки.

Вариант 2.

Задание: выберите один правильный ответ.

1. Измерение базальной температуры производят для определения:
 - а) степени чистоты влагалища;
 - б) гормональной функции яичников;
 - в) состояния шейки матки;
 - г) выявления онкологических заболеваний.
2. Цитологическое исследование на атипичные клетки производят для:
 - а) раннего выявления онкологических заболеваний матки;
 - б) выявления угрозы прерывания беременности;
 - в) выявления гонококка;
 - г) степени чистоты влагалища.
3. Гистеросальпингографию производят с целью установления:
 - а) проходимости маточных труб;
 - б) гормональной функции яичников;
 - в) состояния мочевого пузыря и кишечника;
 - г) патологии стенок влагалища.
4. Раздельное выскабливание проводится с целью выявить патологию:
 - а) мочевого пузыря и кишечника;
 - б) шейки матки;
 - в) придатков;
 - г) брюшины.
5. Профилактические гинекологические осмотры должны проходить:
 - а) женщины, живущие половой жизнью;
 - б) все девушки и женщины, начиная с 14 - 16 лет;
 - в) женщины репродуктивного возраста;
 - г) женщины после 45 лет.
6. К общим методам гинекологического обследования относится:
 - а) кольпоскопия;
 - б) биопсия;
 - в) влагалищное исследование;
 - г) гистеросальпингография.
7. К дополнительным методам гинекологического обследования относится:
 - а) осмотр в зеркалах;
 - б) бимануальное исследование;
 - в) лапароскопия;
 - г) влагалищное исследование.

Задание 5 Решите ситуационные задачи

Задача № 1.

Пациентка 40 лет, находится на стационарном лечении в гинекологическом отделении с диагнозом: хронический неспецифический сальпингит. Жалобы на зуд в области вульвы и влагалища, бели. Считает, что эти проявления возникли через несколько дней проведения курса антибиотикотерапии. Беспокойна, нервозна, жалуется на нарушение сна. Объективно: при осмотре половых органов – гиперемия малых половых губ, слизистой влагалища, творожистые выделения. Следы расчёсов в области наружных половых органов.

Задания:

Выделить проблемы больной.

Выставить сестринский диагноз.

Задача № 2.

Пациентка 25 лет, жалуется на обильные выделения из влагалища пенистого характера с гнилостным запахом, зуд во влагалище. Выделения появились после контакта с мужем, вернувшимся из командировки. Объективно: при осмотре в зеркалах гиперемия влагалища, пенистые выделения, раздражение в области половых губ, клитора.

Задания:

Выделите проблемы больной.

Выставьте сестринский диагноз.

Задача № 3.

В приёмный покой гинекологического отделения доставили женщину с предварительным диагнозом остро прервавшаяся внематочная беременность. Жалуется на головокружение, слабость, потемнение в глазах, боли внизу живота. Внезапные острые боли внизу живота появились в момент обследования в женской консультации, по поводу задержки менструации. Объективно: состояние тяжёлое, лицо бледное, холодный липкий пот, АД 80/50 мм.рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту.

Задание:

Выделите проблемы больной.

Выставьте сестринский диагноз.

Задача № 4.

Пациентка 45 лет доставлена машиной скорой помощи в приёмный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекрут ножки кисты. Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота.

Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот вздут, напряжён, резко болезнен при пальпации.

Задания:

Выделить проблемы больной.

Сестринский диагноз.

Задача № 5.

К медицинской сестре обратилась женщина с жалобами на схваткообразные боли живота, кровянистые выделения. Анамнез: состоит на учёте в женской консультации по поводу беременности срок беременности 12 недель.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые. АД 120/80 мм.рт.ст, пульс – 72 уд/мин. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный.

Задание:

Выделите проблемы больной.

Сестринский диагноз.

ГЛОССАРИЙ

Базальная термометрия – метод функциональной диагностики состояния яичников, основанный на гипертермическом эффекте прогестерона, который вырабатывается во 2-ю фазу менструального цикла.

Биопсия – метод, позволяющий произвести прижизненный забор материала для гистологического исследования.

Биопсия точечная – прижизненный забор материала конхатомом, применяют при патологии НПО, влагалища, шейки матки.

Биопсия пункционная – прижизненный забор материала, который применяется для диагностики патологии эндометрия, для этого производят аспирацию шприцем Брауна, снабжённого специальным наконечником, полученный аспират наносят на предметное стекло, высушивают.

Бимануальное исследование (двуручное)– метод исследования в гинекологии, при котором указательный и средний палец правой руки вводятся во влагалище, а левая рука находится на передней брюшной стенке, с помощью этого метода определяют состояние стенок влагалища, матки и придатков.

Бели – выделения из половых путей.

Выскабливание полости матки – удаление функционального слоя эндометрия с диагностической или лечебной целью.

Гинекологическое исследование — комплекс методов исследования половой системы женщины.

Гистеросальпингография – рентгеноконтрастное исследование матки и маточных труб.

Гистероскопия – эндоскопический метод исследования полости матки с *помощью гистероскопа*.

Кариопикнотический индекс (КПИ) — отношение поверхностных клеток с пикнотическими ядрами к общему количеству поверхностных клеток.

Клиновидная резекция – клиновидное прижизненное иссечение патологического участка с последующим гистологическим исследованием.

Кольпоскопия – эндоскопический метод исследования для определения патологических состояний НПО, влагалища, влагалищной части шейки матки, цервикального канала путём осмотра их с помощью оптического прибора – кольпоскопа.

Кольпоскопия простая – осмотр НПО, влагалища, влагалищной части шейки матки, цервикального канала с помощью оптического прибора – кольпоскопа без применения каких-либо средств (просто увеличение).

Кольпоскопия расширенная – кольпоскопия с использованием фармакологических средств для выявления структурных изменений тканей на клеточном уровне.

Кольпоцитологическое исследование влагалищного мазка – исследование влагалищного мазка, основанное на циклических изменениях эпителия в зависимости от фазы цикла.

Лапароскопия – эндоскопический метод исследования состояния органов брюшной полости с диагностической и лечебной целью.

Метод провокации физиологический – метод провокации, с целью активации хронического воспалительного процесса, к которому относится период менструации.

Метод провокации алиментарный – метод провокации, с целью активации хронического воспалительного процесса, к которому относится приём острой, солёной пищи, приём алкогольных напитков.

Метод провокации химический – метод провокации, с целью активации хронического воспалительного процесса, к которому относится смазывание слизистой влагалища, цервикального канала шейки матки, уретры 0,25% раствором нитрата серебра.

Метод провокации биологический – метод провокации, с целью активации хронического воспалительного процесса, к которому относится введение внутримышечно пирогенала, продигозана, гоновакцины. **Проба Шиллера** – проба с использованием раствора Люголя, при которой здоровые участки ткани окрашиваются в коричневый цвет, а патологические – не окрашиваются либо окрашиваются в слегка желтоватый цвет.

Проба с уксусной кислотой – проба с применением 3% раствора уксусной кислоты, при этом слизь внутриклеточно свёртывается, в результате чего эпителий приобретает беловато-сероватый цвет, а расширенные сосуды при наличии патологического процесса под воздействием кислоты суживаются и исчезают из поля зрения.

Симптом «зрачка» - тест функциональной диагностики, определяющий функциональное состояние яичников с целью диагностики гипофункции яичников.

Симптом натяжения шеечной слизи – тест, основанный на способности шеечной слизи растягиваться в нить при хорошей эстрогенной насыщенности в фолликулиновую фазу яичникового цикла.

Феномен арборизации (симптом папоротника) – заключается в том, что шеечная слизь, нанесенная на предметное стекло и высушенная на воздухе, образует кристаллы в виде листа папоротника.

Эозинофильный индекс (ЭИ) – процентное соотношение поверхностных клеток с эозинофильно окрашенной цитоплазмой к клеткам с базофильно окрашенной цитоплазмой.

К **общеклиническим методам исследования** относятся осмотр НПО, осмотр в шейки матки в зеркалах, вагинальное и бимануальное исследование, а также ректоабдоминальное и ректовагинальное исследование.

Практическое занятие № 2

Тема: Изучение сестринского ухода за беременной и роженицей при нормальном и патологическом течении беременности и родов.

Цель занятия: формирование навыков сестринского ухода за беременными и роженицами.

Оснащение занятия: схемы, плакаты по теме занятия, фантом, гинекологический инструментарий, перчатки, раствор антисептика, алгоритмы манипуляций.

Методические указания

Задание №1 Ознакомьтесь со схемами, плакатами по теме занятия.

Задание №2 Изучите теоретический материал.

Признаки беременности делятся на 3 группы: предположительные, вероятные и достоверные.

Диагностика ранних сроков беременности производится на основании выявления предположительных и вероятных признаков беременности.

Предположительные признаки появляются в связи с общими изменениями в организме беременной, связаны с ее субъективными ощущениями: изменение аппетита, вкуса, обоняния; тошнота, иногда рвота по утрам, слюнотечение, слабость, недомогание, раздражительность, плаксивость. К этим же признакам можно отнести пигментацию кожи на лице, по белой линии живота, в области сосков и околососковых кружков и наружных

половых органов.

Вероятные признаки беременности чаще зависят от развития беременности, но иногда появляются без всякой связи с ней. К ним относятся: прекращение менструальной функции у женщин в детородном возрасте, увеличение молочных желез и выделение из них молозива, синюшная окраска слизистой влагалища и шейки матки, увеличение матки, изменение ее формы, консистенции; положительные биологические и иммунологические реакции на беременность.

Диагностика поздних сроков беременности основывается на учете достоверных признаков: прощупывание частей плода, выслушивание сердцебиения плода, ощущение шевеления плода.

Особенности диагностики поздних сроков беременности.

После 13 нед беременности продолжается интенсивный рост и развитие плода, который занимает все большее пространство в матке. Беременная матка увеличивается соответственно сроку беременности и постепенно выходит за пределы малого таза. Она становится доступной для пальпации через переднюю брюшную стенку, можно определить ее контуры, размеры, тонус мышцы, а также части тела, находящегося в ней плода, прослушать его сердцебиение. Особенностью диагностики поздних сроков беременности является то, что она основывается на достоверных признаках, которые подтверждают наличие плода в полости матки.

Пальпация частей тела плода. К 20 нед беременности при пальпации матки можно определить головку плода, а по мере увеличения срока беременности - спинку и мелкие части плода. Чем больше срок беременности, тем отчетливее прощупываются следующие части тела плода: головка, тазовый конец, спинка, конечности.

Выслушивание сердцебиения плода. Регистрация сердечных сокращений плода возможна с 5-6 нед беременности, но только при УЗИ. Акушерским стетоскопом сердцебиение плода начинают прослушивать через переднюю брюшную стенку обычно после 20 нед беременности, иногда удается его уловить с 18-19 нед. Сердцебиение плода слышно в виде ясных, ритмичных ударов, количество которых достигает 120-140 раз в одну минуту.

Движения плода акушерка может ощутить при наружном обследовании беременной. Первородящая начинает ощущать первое шевеление плода с 20 нед, повторнородящая - с 18 нед беременности. Однако эти первые ощущения субъективные, их не считают достоверными, так как беременные часто принимают за движения плода перистальтику кишечника.

УЗИ позволяет получить достоверную информацию о беременности, четко определить наличие плода (плодов) в матке, положение его, определить гестационный возраст и т.д.

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, после 42 недели – запоздалые.

Роды разделяют на три периода:

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

В первом периоде родов

- необходимо измерять артериальное давление у роженицы, считать пульс;
- вести подсчёт схваток (длительность схваток и пауз между ними),
- выслушивать сердцебиение 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;

Во втором периоде родов

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

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

Ведение последового периода (3-го периода родов).

В третьем 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.

Задание 3 Ответьте на контрольные вопросы:

1. Какие существуют группы риска развития осложнений во время беременности?
2. Классификация гестозов.
3. Диагностика и уход за беременными с ранним гестозом.
4. Диагностика и уход за беременными с поздним гестозом.
5. Стадии самопроизвольного аборта.
6. Течение, осложнения внематочной беременности.
7. Характеристика пузырного заноса.
8. Диагностика и сестринская помощь при предлежания плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
9. Что такое роды? Каковы причины наступления родов?
10. Перечислите предвестники родов.
11. Что такое схватки и потуги?
12. Периоды родов и принципы их ведения.

Задание 4 Выполните тестовые задания.

Инструкция по выполнению заданий № 1-3: соотнесите содержание столбца 1 с содержанием столбца 2. Запишите букву из столбца 2, обозначающую правильный ответ на вопросы столбца 1. В результате Вы получите последовательность букв. Например,

1. 1-а; 2 – б.

1.	Установите соответствие между признаками беременности и их группой	
	<u>Группа признаков беременности:</u>	<u>Признаки беременности:</u>
	1. Предположительные признаки	а) пальпация частей плода б) повышенная раздражительность, сонливость

	2. Вероятные признаки	в) усиленный перегиб матки кпереди из – за размягчения в области перешейка
2.	Приведите в соответствие приемы наружного акушерского исследования и цели исследования	
	<u>Приемы пальпации по Leopoldu</u>	<u>Что определяем</u>
	1. Первый прием	а) положение, позицию, вид плода
	2. Второй прием	б) уровень стояния дна матки и крупную часть плода, находящуюся в дне матки
	3. Третий прием	в) предполагаемую массу плода
		г) предлежащую часть плода
3.	Приведите в соответствие даты последней менструации и предполагаемые даты родов	
	<u>Последняя менструация</u>	<u>Предполагаемая дата родов</u>
	1. 15 февраля	а) 01 января
	2. 01 июня	б) 27 октября
	3. 20 января	в) 22 ноября
		г) 08 марта

<i>Инструкция по выполнению заданий № 4-15: Выберите букву, соответствующую правильному варианту ответа.</i>	
4.	К предположительным признакам беременности относится:
	а) цианоз слизистой влагалища и шейки матки
	б) увеличение размеров матки
	в) тошнота, рвота по утрам
5.	Предлежание плода - это отношение:
	а) головки плода ко входу в таз
	б) наиболее низко лежащей крупной части плода ко входу в таз
	в) тазового конца плода ко входу в малый таз
6.	Изменения в матке во время беременности:
	а) гипертрофия мышечных волокон
	б) гиперплазия мышечных волокон
	в) увеличение объема полости матки
	г) все перечисленное
7.	Достоверный признак беременности:
	а) выслушивание сердцебиения плода
	б) непереносимость запахов
	в) тошнота
	г) выделение молозива из молочных желез
8.	Диагностическая проба (анализ мочи) на беременность основана на выявлении повышенной концентрации:
	а) хориогонического гонадотропина
	б) эстрогенов
	в) прогестерона
9.	Предлежат головка, спинка плода обращена влево – это:
	а) головное предлежание, II позиция
	б) головное предлежание, I позиция
	в) головное предлежание, задний вид
10.	Объем околоплодных вод к концу беременности составляет
	а) 500- 700мл
	б) 1200 – 1300мл
	в) 2000 – 3000мл
11.	Первое шевеление плода повторнобеременная чаще начинает ощущать в сроке:
	а) 20 недель
	б) 22 недель

	в) 18 недель
12.	Объем циркулирующей крови во время беременности
	а) уменьшается
	б) увеличивается
	в) не изменяется
13.	Правильным является членорасположение, когда головка:
	а) разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
	б) согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
	в) согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
14.	УЗ-исследование в акушерстве позволяет определить:
	а) расположение плаценты и ее патологию
	б) генетические заболевания плода
	в) состояние плода
	г) все вышеперечисленное
15.	Для диагностики ранних сроков беременности наиболее важное значение имеют:
	а) оценка сомнительных признаков беременности
	б) оценка вероятных признаков беременности
	в) данные влагалищного исследования
	г) данные УЗИ

Задание 5 Решите ситуационные задачи

Задача № 1

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

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

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

Пациентке назначено:

1. –пустырник, 2. – церукал, 3. – метионин, 4. – спленин, 5. - витамин Е, 6. - внутривенно 5% 100,0 - гидрокарбонат натрия, 7. - альбумин 500,0, 8. -кокарбоксилаза 2,0 внутримышечно, 9. -подсчет водного баланса.

Задания

1. Выявите потребности пациентки, удовлетворение которых нарушено; сформулируйте и обоснуйте проблемы беременной.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
3. Объясните беременной, как подготовиться к влагалищному исследованию.
4. Обучите беременную правильному подсчету водного баланса.

Задача № 2

Беременная 20 лет, поступила в стационар в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность 12 недель. Самопроизвольный угрожающий аборт.

При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: Жалобы на тянущие боли внизу живота и в поясничной области. Заболела 2 дня назад, причину заболевания связывает с подъемом тяжести на работе.

Женщина тревожна, беспокоится за дальнейший исход беременности.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 120\80. мм.рт.ст., пульс - 74 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Беременной назначено:

- электросон, пустырник;
- но-шпа;
- витамин Е;
- свечи с папаверином в прямую кишку;
- иглорефлексотерапия.

Задания

1. Выявите потребности беременной, удовлетворение которых нарушено; сформулируйте и обоснуйте проблемы беременной.
2. Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.
3. Объясните беременной, как подготовиться к процедуре -электросон
4. Обучите беременную правилам введения свечи в прямую кишку.

Задача № 3

30.09. в женскую консультацию обратилась 24- летняя пациентка М. Ощущает сомнительные признаки беременности. После осмотра врачом беременность подтвердилась. Последняя менструация 5.08.

Определите предполагаемую дату родов.

Задача № 4

Пациентка К., 24 лет, беременность вторая, первые роды физиологические 4 года назад. Последняя менструация 19 мая.

Определите предполагаемую дату родов.

Задача № 5

Повторнобеременная поступила в роддом 10 мая. Беременность 2-ая. В анамнезе 1 нормальные роды.

Из анамнеза установлено: дата первого ощущения шевеления плода – 23 декабря.

Определите дату предполагаемых родов

Практическое занятие № 3

Тема: **Изучение сестринского ухода за родильницей при нормальном и патологическом течении послеродового периода.**

Цель занятия: формирование навыков сестринского ухода за родильницей.

Оснащение занятия: схемы, плакаты по теме занятия, фантом, гинекологический инструментарий, перчатки, раствор антисептика, алгоритмы манипуляций.

Методические указания.

Задание 1 Ознакомьтесь со схемами, плакатами по теме занятия.

Задание 2 Изучите теоретический материал.

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.

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

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 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. Практикуют совместное содержание матери и ребёнка в послеродовых палатах физиологического акушерского отделения;
5. Свободное вскармливание, которое является профилактикой маститов, лактостаза.
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.

Каждая медицинская сестра должна проводить последовательную политику стимуляции грудного вскармливания, состоящую из следующих пунктов:

1. Ведение здорового образа жизни.
2. Подготовка молочных желез к кормлению ещё во время беременности.
3. Разъяснение преимуществ грудного вскармливания перед искусственным.
4. Первое прикладывание к груди – в первые минуты после рождения ребёнка.
5. Кормление ребёнка по требованию, в любое время суток с любой частотой.
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 желательнее кормить грудью не менее чем до года.
9. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания.

Гнойно-септические заболевания.

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

Причины:

- Экстрагенитальная патология (туберкулёз, сахарный диабет, ожирение).
- Острые инфекционные заболевания (грипп, ангина).
- Большая кровопотеря в родах.
- Затяжные роды, длительный безводный период.
- Обширные травмы мягких родовых путей.
- Отрицательные эмоции.
- Экзогенная и эндогенная инфекция.

Входные ворота послеродовой инфекции: места повреждения родового канала и поверхность плацентарной площадки.

Пути распространения инфекции:

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

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

Классификация послеродовых инфекционных заболеваний

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

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

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

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

3 этап: инфекция выходит за пределы малого таза, но не становится 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).

Задание 3 Ответьте на контрольные вопросы:

- 1.Что такое послеродовой период?
- 2.Как происходит инволюция тела и шейки матки?
- 3.Как называются послеродовые выделения?
- 4.Что входит в состав грудного молока?
- 5.Как осуществляется уход за молочными железами?
- 6.Как проводится наблюдение за родильницей?
- 7.Какие советы Вы дадите родильнице при выписке из роддома?
- 8.Особенности послеродовой контрацепции.
9. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Классификация. Пути распространения инфекции.
10. Факторы, благоприятствующие возникновению послеродовой инфекции (воспалительные заболевания, экстрагенитального характера, контакт с больными, отягощенный анамнез и т.д.).

Задание 4 Выполните тестовые задания.

Задание: выберите один правильный ответ.

1. Родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении после окончания родов в течение:
 - а) 30 минут;
 - б) 1 часа;
 - в) 2 часов;
 - г) 4 часов;

д) 6 часов.

2. Необходимость тщательного наблюдения за родильницей в условиях родильного отделения в течение первых 2-х часов после родов связана с высокой степенью риска развития:

- а) острой сердечной недостаточности;
- б) послеродового кровотечения;
- в) инфекционно-токсического шока;
- г) острой дыхательной недостаточности;
- д) эклампсии.

3. Молозиво после родов вырабатывается в течение:

- а) 1- 2 недель;
- б) 9-10 дней;
- в) 12-14 дней;
- г) 3- 4 дней;
- д) 1- 2 дней.

4. Выраженное нагрубание молочных желез обычно наблюдается:

- а) во время беременности;
- б) на 1-2 сутки послеродового периода;
- в) на 3-4 сутки послеродового периода;
- г) на 5-6 сутки послеродового периода.

5. В первые сутки послеродового периода дно матки обычно находится

- а) на уровне пупка;
- б) на 2 см выше пупка;
- в) на 3 см ниже пупка;
- г) на середине расстояния между пупком и симфизом;
- д) на 13 см выше лонного сочленения.

6. При нормально протекающем послеродовом периоде формирование внутреннего зева цервикального канала заканчивается:

- а) к 3-м суткам;
- б) к 10-м суткам;
- в) к 30-м суткам;
- г) к 21-м суткам;
- д) к концу послеродового периода.

7. При нормальном течении родов и послеродового периода родильнице можно разрешить вставать:

- а) через 2 часа после родов;
- б) через 6 часов после родов;
- в) через 24 часа после родов;
- г) через 36 часов после родов;
- д) через 48 часов после родов .

8. В раннем послеродовом периоде нормальные выделения из матки (лохии):

- а) сукровичные в умеренном количестве;
- б) кровянисто-серозные, обильные;
- в) серозные в умеренном количестве;
- г) кровянистые в умеренном количестве
- д) кровянистые, обильные.

9. О нормальной инволюции матки судят:
1. по количеству лохий
 2. по общему состоянию родильницы
 3. по данным влагалищного исследования
 4. по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий
 5. по состоянию наружного зева цервикального канала
10. На 1-3 сутки послеродового периода лохии:
- а) кровянистые;
 - б) серозно-кровянистые;
 - в) серозные;
 - г) слизистые;
 - д) кровянисто-серозные.
11. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся
- а) лечение кортикостероидными препаратами;
 - б) использование пероральных контрацептивов в анамнезе;
 - в) отягощенный аллергологический анамнез;
 - г) наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы;
 - д) наличие 3-х и более влагалищных исследований в родах.
12. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается
- а) при гестозе;
 - б) при гестационном сахарном диабете;
 - в) при патологической кровопотере в родах;
 - г) при использовании наружной кардиотокографии в родах;
 - д) при продолжительности безводного промежутка свыше 12 часов.
13. Послеродовый эндометрит:
- а) не имеет характерных эхографических признаков;
 - б) всегда сопровождается лихорадкой;
 - в) проявляется субинволюцией матки;
 - г) является показанием к назначению утеронитических средств;
 - д) диагностируется на основании положительных симптомов раздражения брюшины.
14. Послеродовый лактационный мастит:
- а) обычно вызывается золотистым стафилококком;
 - б) чаще является вторичным процессом;
 - в) чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом;
 - г) в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами;
 - д) в большинстве случаев бывает двухсторонним.
15. Профилактика послеродового лактационного мастита:
- а) должна начинаться в раннем послеродовом периоде;
 - б) включает профилактическую обработку сосков молочных желез кремом декспантенол («бепантен») после каждого кормления;
 - в) включает профилактику лактостаза;
 - г) может включать назначение профилактической фитотерапии;
 - д) включает УФО или дарсонвализацию сосков и ареол молочных желез.

Задание 5 Решите ситуационные задачи

Задача №1.

Первородящая 30 лет родоразрешена путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки в экстренном порядке, учитывая отсутствие эффекта от родовозбуждающей терапии при преждевременном излитии околоплодных вод (безводный промежуток составил 20 часов) и начавшейся гипоксии плода. Перед оперативным родоразрешением применялись антибактериальные средства (цефалоспорины II поколения, в/м), температура тела – субфебрильная. По истечении двух суток после операции у родильницы появился озноб, температура тела повысилась до 39°C . Затем выявлено нарастающее вздутие живота, появление рвоты зеленоватыми массами и застойным содержимым.

Объективно: состояние соответствует средней степени тяжести. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Кожные покровы бледноватые, лицо – гиперемировано. Язык обложен бурым налетом, сухой. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах. Перистальтика кишечника не выслушивается. Матка мягковатая, дно ее находится на уровне пупка, чувствительная при пальпации. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Из наружных половых путей – небольшие кровянистые выделения. Несмотря на проводимую интенсивную терапию в течение дальнейших 12 часов улучшения состояния родильницы не наступило. Температура тела оставалась высокой, тахикардия, отмечалась повторная рвота. Вздутие живота нарастало, перистальтические шумы не выслушивались. Постепенно нарастали боли в нижних отделах живота, где появился умеренно выраженный симптом Щеткина-Блюмберга. Выявлено укорочение перкуторного звука в отлогих местах живота. Суточный диурез составил 250 мл.

При повторном анализе крови: количество лейкоцитов $20 \times 10^9/\text{л}$, токсическая зернистость лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных – 12; сегментоядерных – 80), СОЭ – 58 мм/час.

Задание:

1. Факторы риска возникновения гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения. Какие из них имелись у данной родильницы? Какой фактор родоразрешения объективно мог повлиять на возникновение осложнений?
2. Каковы патогенетические варианты развития данного осложнения после операции кесарева сечения?
3. Принципы сестринского ухода.

Задача №2.

Родильница 27 лет с ОАА (два искусственных аборта до 12 нед. срока), после первых срочных родов, протекавших на фоне длительного безводного промежутка и слабости родовой деятельности (преждевременное излитие вод, родостимулирующая терапия в I и во II периодах родов, ручное выделение задержавшейся дольки плаценты, кровопотеря – физиологическая), находится в отделении наблюдения по поводу наличия субинволюции матки. В ходе вечернего обхода дежурного врача на VII сутки послеродового периода предъявила жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$.

Катаральных явлений нет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. АД 110/60 мм рт.ст. Температура тела 38,8⁰С. Лактация достаточная, сцеживание молока – с затруднением. Обе молочные железы увеличены, упругие. На сосках молочных желез – трещины. В нижне-наружном квадранте правой молочной железы имеется инфильтрат размерами 5х3 см, умеренно болезненный при пальпации, кожные покровы над ним гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка плотная, дно ее на 2 п/п выше уровня лона, безболезненная при пальпации. Выделения – кровянисто-серозные, умеренные.

Задание:

1. С какими заболеваниями могут быть связаны жалобы роженицы?

2. Какие причины могут приводить к развитию данного заболевания?

3. Лечебная тактика на данном этапе, особенности сестринской помощи.

Учитывая сложившуюся клиническую ситуацию, планируемая выписка роженицы домой отложена. Через 3 дня, несмотря на проводимую антибактериальную и симптоматическую терапию, у роженицы вновь появился озноб, повышение температуры тела до 39,1⁰С, слабость, головная боль, усилились боли в правой молочной железе.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пульс 108 ударов в минуту, напряжен. АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, с белым налетом. Правая молочная железа увеличена, отечная, кожные покровы ее гиперемированы с участками цианоза. Наблюдается расширение подкожной венозной сети, лимфангит и лимфаденит. В нижне-наружном квадранте – определяется участок флюктуации, размерами 5х4х3 см, резко болезненный при пальпации. Сцеживание молока из правой молочной железы затруднено, болезненное.

Дополнительные лабораторные данные: клинический анализ крови: лейкоциты $17,2 \times 10^9$ /л, п-12%, л-8%, токсическая зернистость нейтрофилов; эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нб 100 г/л.

4. О чем свидетельствует клиническая симптоматика?

5. Какие принципы сестринской помощи на данном этапе?

Практическое занятие № 4

Тема: Ознакомление с сестринским уходом при предопухолевых заболеваниях, доброкачественных и злокачественных заболеваниях женских половых органов.

Цель занятия: формирование навыков сестринского ухода за гинекологическими больными при предопухолевых заболеваниях, доброкачественных и злокачественных заболеваниях женских половых органов.

Оснащение занятия: схемы, плакаты по теме занятия, фантом, гинекологический инструментарий, перчатки, раствор антисептика, алгоритмы манипуляций.

Методические указания

Задание 1 Ознакомьтесь со схемами, плакатами по теме занятия.

Задание 2 Изучите теоретический материал.

К опухолевидным образованиям относятся:

1. *ретенционные кисты* (киста бартолиновой железы, влагалища, фолликулярная киста и киста желтого тела яичника);
2. *кистомы* яичников, образующихся в результате разрастания эпителиальных клеток (псевдомуцинозная, серозная, дермоидная, гормонопродуцирующая). Эти кисты имеют длинную ножку, состоящую из яичниковой связки, в которой проходят кровеносные сосуды, питающие кисту. При перекруте ножки кисты нарушается питание кисты, что приводит к картине “острого живота”.

Опухоль – это увеличение органа или ткани за счет пролиферации или гипертрофии их клеточных элементов. По особенностям развития, гистологическому строению и клиническому течению различают доброкачественные и злокачественные новообразования.

Доброкачественные опухоли – растут медленно, имеют капсулу, не обладают инфильтративным ростом, не метастазируют.

Злокачественные опухоли – растут быстро, не имеют капсулы, поэтому прорастают в соседние органы и ткани, дают метастазы в другие органы.

К доброкачественным опухолям относится миома (фибромиома) матки. Это доброкачественная мышечно – соединительнотканная опухоль, развивается у женщин среднего возраста, чаще у малорожавших и нерожавших. Растет в виде одного или нескольких узлов. Может располагаться на ножке. По месту расположения различают:

1. субсерозная (подбрюшинная);
2. интерстициальная (межмышечная);
3. субмукозная (подслизистая).

Лечение при бессимптомных (субсерозной и интерстициальной фибромиомах) - консервативное, женщина 1 раз в 3-4 месяца наблюдается у гинеколога.

Оперативное при выраженных клинических проявлениях (приводящих к анемизации) или больших размерах опухоли (приводящих к нарушению функции соседних органов). К злокачественным опухолям относятся: рак, саркома, хорионкарцинома (хорионэпителиома).

Развитию злокачественных опухолей, как правило предшествуют фоновые или предраковые заболевания.

- Наружных половых органов - лейкоплакия, крауроз вульвы, остроконечные кандиломы.
- Шейки матки - псевдоэрозия, полипы или лейкоплакия шейки матки.

Диагноз предраковых заболеваний ставится на основании гистологического исследования. Лечение консервативное или оперативное, в зависимости от гистологической картины.

Рак шейки матки. Специфических симптомов нет. Характерны контактные (при половом акте) кровотечения. Различают 0 стадию (преинвазивный рак) – протекает бессимптомно, 1,2,3 и 4 стадии – симптомы зависят от степени распространения процесса: бели (серозные, кровянистые), боли (внизу живота, крестце), контактные кровотечения, дизурические расстройства (циститы, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, прерывистое мочеиспускание). Диагноз ставится на основании данных анамнеза, гинекологического исследования и дополнительных методов исследования (взятие выделений на цитологию, кольпоскопия и биопсия). Лечение зависит от особенностей клинического течения, степени распространения процесса и общего состояния пациентки: хирургическое; лучевая терапия; химиотерапия или сочетанное. Профилактика: проф.

осмотры не реже 2 раз в год, с обязательным гистологическим обследованием и своевременное лечение предраковых заболеваний.

Рак тела матки. Клиника: специфических симптомов нет. Характерны бели (водянистые), ациклические кровотечения, иногда боли внизу живота. Диагноз ставится на основании данных анамнеза, гинекологического исследования тазовых органов и дополнительных методов исследования (диагностического выскабливания полости матки и цитологического исследования влагалищных мазков). Лечение: хирургическое и комбинированное (хирургическое + химиотерапия + лучевая терапия). Прогноз: зависит от стадии. Профилактика: проф. осмотры и своевременное лечение предраковых заболеваний.

Рак яичников может быть первичным и вторичным (метастазирует из желудка). Встречается от детского до старческого возраста. Клиника: боли внизу живота, общая слабость, повышенная утомляемость, тошнота, быстрое снижение массы тела, асцит, отеки, неустойчивый стул. Диагноз ставится на основании данных анамнеза, гинекологического исследования и дополнительных методов исследования (УЗИ, лапароскопия).

Лечение: зависит от степени распространения опухоли - хирургическое и комбинированное.

Трофобластические заболевания. К ним относятся: пузырный занос, деструктурирующий пузырный занос и хорионкарцинома (хорионэпителиома). Пузырный занос – это перерождение элементов плодного яйца. Деструктурирующий пузырный занос – это пузырный занос прорастающий стенку матки. Симптомами хорионкарциномы являются длительные мажущие выделения после аборта, родов и после перенесенного пузырного заноса.

Эндометриоз - патологический процесс, при котором в миометрии или других органах половой системы и вне ее возникают включения (очаги), структура которых характеризуется наличием эпителиальных и стромальных элементов, присущих эндометрию. В соответствии с локализацией процесса выделяют:

- эндометриоз генитальный – внутренний (тела матки – аденомиоз, перешейка и шейки матки) и наружный (эндометриоз труб, яичников, крестцово-маточных и широких маточных связок);
- экстрагенитальный эндометриоз (мочевого пузыря, кишечника, послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, почек, легких, конъюнктивы глаза, и др. локализаций).

Клиника зависит от локализации эндометриозных очагов. При экстрагенитальном эндометриозе - кровянистые выделения из очагов эндометриоза.

Лечение зависит от локализации процесса, степени его распространения и возраста женщины. Лечение: гормонотерапия; хирургическое лечение.

Задание 3 Ответьте на контрольные вопросы.

1. Предраковые и фоновые заболевания женских половых органов. Эпидемиология, определение, классификация, причины.
2. Симптомы и проблемы пациентов с предраковыми и фоновыми заболеваниями женских половых органов.
3. Лабораторная и инструментальная диагностика предраковых и фоновых заболеваний женских половых органов. Методы раннего выявления.
4. Лечение и профилактика предраковых и фоновых заболеваний женских половых органов.
5. Доброкачественные и злокачественные опухоли гениталий. Эпидемиология,

определение, классификация, причины.

6. Методы раннего выявления доброкачественных и злокачественных опухолей гениталий.

7. Лечение и профилактика доброкачественных и злокачественных опухолей гениталий.

8. Особенности сестринского ухода за гинекологическими больными.

9. Дисгормональные заболевания молочных желез.

Задание 4 Выполните тестовые задания.

Задание: выберите один правильный ответ.

1. К предраковым заболеваниям женских половых органов относится

- А) кольпит
- Б) эрозия шейки матки
- В) эндоцервицит
- Г) вульвовагинит
- Д) параметрит

2. К предраковому заболеванию эндометрия относится

- А) крауроз
- Б) эритроплакия
- В) лейкоплакия
- Г) гиперплазия
- Д) эндометрит

3. К злокачественным опухолям не относится

- А) рак шейки матки
- Б) аденокарцинома матки
- В) хорионэпителиома
- Г) пузырный занос
- Д) рак яичников

4. Длительность консервативной терапии при кисте яичника не должна превышать

- А) 1 месяца
- Б) 2-х месяцев
- В) 6-ти месяцев
- Г) 1 года
- Д) 2-х лет

5. Основной симптом предракового заболевания эндометрия

- А) боли
- Б) бели
- В) зловонные выделения из половых путей
- Г) ациклические маточные кровотечения
- Д) озноб

6. Рак тела матки встречается чаще у женщин старше

- А) 20 лет
- Б) 70 лет
- В) 50 лет
- Г) 30 лет
- Д) 80 лет

7. При пузырном заносе после выписки из стационара необходимо в течение 1- го года обследовать больную на хориогонин

- А) 1 раз в 2-е недели
- Б) 2 раза в месяц
- В) 1 раз в год
- Г) 2-а раза в год
- Д) 1 раз в месяц

8. Пациентка 40 лет. Год назад была эрозия шейки матки, лечилась в женской консультации жировыми тампонами в течение 10 дней. Последние 3 месяца отмечает контактные кровотечения и водянистые бели.

Тактика медицинской сестры.

- А) направить больную к врачу
- Б) взять мазок на онкоцитологию и направить больную к врачу
- В) произвести осмотр на зеркалах
- Г) произвести осмотр на зеркалах и влагиалищное исследование
- Д) произвести все основные методы исследования

9. Пациентка 56 лет. После 7 летней менопаузы появились кровянистые выделения. На зеркалах: влагиалище и шейка без особенностей, при влагиалищном исследовании матка в правильном положении, по величине соответствует размеру матки молодой женщины. Придатки пальпируются, своды болезненны. Выделения скудные, кровянистые. Предполагаемый диагноз:

- А) меторрагия
- Б) меноррагия
- В) гиперполименорея
- Г) гиперплазия эндометрия
- Д) рак матки

10. На прием к врачу-гинекологу пришла пациентка 45 лет с жалобами на длительные, обильные и иногда болезненные менструации, на схваткообразные боли внизу живота, особенно перед месячными, также недомогание, слабость, снижение работоспособности, головокружение и одышку. При осмотре женщина бледная, артериальное давление снижено, тахикардия. При гинекологическом обследовании: матка слегка увеличена, плотная и болезненная, бугристая и неправильной формы. Предполагаемый диагноз

- А) самопроизвольный выкидыш
- Б) симптомная миома
- В) рак тела матки
- Г) угроза раннего выкидыша
- Д) эндометрит

11. Основные симптомы рака эндометрия

- А) кровянистые выделения из половых путей в менопаузе
- Б) ациклические кровотечения в репродуктивном возрасте
- В) боли внизу живота
- Г) слизистые выделения из половых путей

12. План лечения больных раком эндометрия вырабатывается на основании

- А) гистологической формы опухоли
- Б) стадии заболевания
- В) размеров матки
- Г) симптомов заболевания

13. Методы лечения больных раком эндометрия

- А) комбинированный
- Б) хирургический
- В) лучевой
- Г) гормональный

14. Диагностика рака шейки матки осуществляется с помощью

- А) гинекологического осмотра
- Б) цитологического исследования соскобов с шейки матки и цервикального канала

- В) кольпоскопии
 - Г) гистологического исследования кусочка шейки матки.
15. К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят женщин
- А) начавших раннюю половую жизнь (до 18 лет)
 - Б) имеющих роды до 18 лет
 - В) перенесших вирусные заболевания половых органов
 - Г) страдающих деформацией шейки матки после ее разрыва в родах

Задание 5 Решите ситуационные задачи

Задача №1

Пациентка 30 лет, поступила на стационарное лечение в гинекологическое отделение с диагнозом: миома тела матки с геморрагическим синдромом.

Жалобы на обильные и длительные менструации, общую слабость, головокружение. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Женщина беспокойна, нервозна, на контакты идет, но выражает страх по поводу предстоящей операции.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, пульс 80 ударов в минуту, АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания.

Задания:

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Обучите пациентку приему гормональных препаратов

Задача № 2

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

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

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

Задания:

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

Литература

- 1 Спирина, Е. Г. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : Учебное пособие для СПО / Е. Г. Спирина. - Саратов : Профобразование, 2018. - 131 с.
- 2 Окинчиц Л.Л. Гинекологическая клиника: инфекционные воспалительные заболевания /Л.Л. Окинчиц. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 314 с.
- 2 Алексеев Н.П. Физиология лактации женщины: монография / Н.П. Алексеев. — М.: Издательство Юрайт, 2019. — 300 с.
- 3 Окинчиц Л.Л. Гинекологическая клиника: опухоли матки / Л.Л. Окинчиц. — М.: Издательство Юрайт, 2019. — 175 с.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Министерство здравоохранения и социального развития РФ (<http://www.minzdravsoc.ru>)
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)
3. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>)
4. Методические указания к дезинфицирующим средствам, нормативные документы
5. Нормативные документы (<http://www.consultant.ru/>, <http://www.recipe.ru/>, www.med-pravo.ru/, <http://dezsredstva.ru/>)
6. Информационно-справочный портал о медицине (<http://doctorspb.ru>)