**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**«МУРМАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**ПАКЕТ ПРАКТИЧЕСКИХ РАБОТ**

**ПО РАЗДЕЛУ 6 «СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»**

**МДК 02.01 СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ПМ 02. УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ**

|  |  |
| --- | --- |
| **По специальности:** | 34.02.01 Сестринское дело |
| **Курс:** | 2 курс на базе СОО;  3 курс на базе ООО. |
|  |  |
| **Разработчик (составитель) разработки:** | Кудрина Анна Юрьевна,  преподаватель ГАПОУ МО «ММК» |

Мурманск

2019

УДК 54(072)

Кудрина А.Ю. Пакет практических работ по разделу 6 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в акушерстве и гинекологии» МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах. /Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Мурманской области «Мурманский медицинский колледж». – Мурманск, 2019, 110 с.

© Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Мурманской области «Мурманский медицинский колледж», 2019

**СОДЕРЖАНИЕ**

[Введение 3](#_Toc6225218)

[Учебно-тематический план 5](#_Toc6225219)

[Общие рекомендации по выполнению самостоятельной работы при подготовке к практическим занятиям 6](#_Toc6225220)

[Тема занятия № 1. Методы исследования в акушерстве и гинекологии 13](#_Toc6225221)

[Тема занятия № 2. Физиология и патология беременности 19](#_Toc6225222)

[Тема занятия № 3. Роды и родоразрешение. Помощь матери и плоду в родах 23](#_Toc6225223)

[Тема занятия № 4. Послеродовый период и его осложнения. Уход за родильницей 27](#_Toc6225224)

[Тема занятия № 5. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве и гинекологии 33](#_Toc6225225)

[Тема занятия № 6. Основные виды гинекологических заболеваний. Нарушение менструального цикла и нейроэндокринные синдромы. 38](#_Toc6225226)

[Тема занятия № 7. Воспалительные заболевания женских половых органов. Консервативные методы лечения 44](#_Toc6225227)

[Тема занятия № 8. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий 51](#_Toc6225228)

[Тема занятия № 9. Охрана репродуктивного здоровья населения. Бесплодие 57](#_Toc6225229)

[Тема занятия № 10. Оперативные методы лечения в гинекологии. Неотложные состояния и доврачебная помощь 62](#_Toc6225230)

[Заключение 66](#_Toc6225231)

[Библиографический список 68](#_Toc6225232)

[Приложение 1 69](#_Toc6225233)

[Приложение 2 72](#_Toc6225234)

[Приложение 3 73](#_Toc6225235)

[Приложение 4 74](#_Toc6225236)

[Приложение 5 76](#_Toc6225237)

[Приложение 6 78](#_Toc6225238)

[Приложение 7 79](#_Toc6225239)

[Приложение 9 81](#_Toc6225240)

[Приложение 10 83](#_Toc6225241)

[Приложение 11 85](#_Toc6225242)

[Приложение 12 87](#_Toc6225243)

[Приложение 13 89](#_Toc6225244)

[Приложение 14 91](#_Toc6225245)

[Приложение 15 93](#_Toc6225246)

[Приложение 16 96](#_Toc6225247)

[Приложение 17 97](#_Toc6225248)

[Приложение 18 98](#_Toc6225249)

[Приложение 19 100](#_Toc6225250)

[Приложение 20 102](#_Toc6225251)

[Приложение 21 103](#_Toc6225252)

[Приложение 22 104](#_Toc6225253)

[Приложение 23 105](#_Toc6225254)

[Приложение 24 106](#_Toc6225255)

[Приложение 25 107](#_Toc6225256)

[Приложение 26 108](#_Toc6225257)

[Приложение 27 109](#_Toc6225258)

[Приложение 28 110](#_Toc6225259)

[Приложение 29 112](#_Toc6225260)

[Приложение 30 114](#_Toc6225261)

[Приложение 31 115](#_Toc6225262)

# ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время акушерство и гинекология находятся на довольно высоком уровне развития, благодаря чему удалось найти решение множества проблем, связанных с заболеванием женской репродуктивной системы и родовспоможением. Однако, несмотря на это, ряд нерешенных проблем остается и в их числе – низкий уровень репродуктивного здоровья женщин и, соответственно, низкий уровень рождаемости, который характерен для ряда стран, в том числе – и для России. Это является основанием для интенсификации усилий по развитию акушерства и гинекологии – причем не только их практической отрасли, но и теоретических исследований.

Медицинская сестра, безусловно, должна быть профессионалом, с оп­ределенной степенью независимости. Особое значение в формировании сестринского дела в акушерстве и гинекологии имеет все то, что связано с формированием профессиональных ценностей, определением сферы деятельности, сотрудничеством. Использование деятельности медицинской сестры с высшим образованием в клинической практике дает возможность организовать совершенно новую составную часть медико-социальной по­мощи женскому населению в РФ.

Требования, как и результаты процесса, определяются преподавателем в соответствии с ФГОС и рабочей программой учебной дисциплины. Для достижения желаемых результатов требуется организация самостоятельной работы студентов и эффективный контроль.

Пакет практических работ по разделу 6 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в акушерстве и гинекологии» МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах способствует организации учебного процесса и обеспечению эффективного контроля.

Пакет практических работ предоставляются студентам на электронном носителе, что позволяет студенту самому определить, в каком объеме перенести представленные материалы на бумажный носитель.

Работа с пакетом практических работ по разделу 6 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в акушерстве и гинекологии» МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах способствует формированию общих и профессиональных компетенций (ПК и ОК) :

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

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

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. 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.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

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

Содержание заданий усложняется по мере того, как накапливаются и расширяются знания студента. Наиболее трудные задания могут быть выполнены с помощью преподавателя.

# УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Название темы** | **Количество часов** | **Вид работы** |
|  | Введение в дисциплину. История развития акушерства и гинекологии. Система организации акушерско-гинекологической помощи. Методы исследования в акушерстве и гинекологии. | 4 | Практическое занятие |
|  | Физиология и патология беременности. | 4 | Практическое занятие |
|  | Роды и родоразрешение. Помощь матери и плоду в родах. | 4 | Практическое занятие |
|  | Послеродовый период и его осложнения. Уход за родильницей. | 4 | Практическое занятие |
|  | Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве. | 4 | Практическое занятие |
|  | Основные виды гинекологических заболеваний. Нарушение менструального цикла, нейроэндокринные синдромы. | 4 | Практическое занятие |
|  | Воспалительные заболевания женских половых органов. Консервативные методы лечения. | 4 | Практическое занятие |
|  | Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий. | 4 | Практическое занятие |
|  | Охрана репродуктивного здоровья населения. Бесплодие. | 2 | Практическое занятие |
|  | Оперативные методы лечения в гинекологии. Неотложные состояния и доврачебная помощь. | 2 | Практическое занятие |
|  | Зачетное занятие | 4 | Зачет |
|  | **ИТОГО:**  **практические занятия – 40 часов** | **40** |  |

# ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

**СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА БЕСЕДЫ**

Цель: установить и развить контакт с пациентом для осуществления совместной деятельности, выработки единой стратегии, провести обмен информации и для взаимопонимания.

**Методические указания:**

Определите задачи беседы и составьте план:

* продумайте ход беседы;
* подготовьтесь к возможным вопросам собеседника;
* правильно выберите тон проведения беседы (тон беседы должен быть дружелюбно-деловым – он создает атмосферу взаимного доверия);
* попытайтесь представить себя на месте собеседника и понять его;
* попытка представить, если бы такая беседа была проведена с Вами, остались бы Вы довольны ею?
* не применяйте непонятные для пациента термины.

**Вводная часть беседы**:

Как часто встречается заболевание? (распространенность). Дайте определение заболевания без сложной медицинской терминологии.

**Основная часть беседы**:

Назовите основные причины и способствующие факторы заболевания.

Перечислите основные проявления заболевания (симптомы)

Какие осложнения могут быть у пациента, если не лечить заболевание? Назовите их.

Расскажите какое обследование должно быть проведено пациенту и с какой целью?

Перечислите принципы лечениея пациента: немедикаментозное и медикаментозное.

Расскажите почему пациенту назначены именно эти группы препаратов.

Обучите пациента ведению дневника.

**Заключительная часть беседы:**

Выясните, как пациент настроен на лечение, его отношение к болезни и вера в успех лечения. Готов ли он соблюдать предписанный режим и диету, принимать лекарственные препараты?

Задайте несколько вопросов на предмет усвоения полученной информации.

**К критериям оценки самостоятельной работы по составлению плана беседы с пациентом относятся**:

* соответствие содержания теме;
* глубина проработки материала;
* лаконичность изложения;
* грамотность и полнота использования источников;
* отсутствие грамматических ошибок;
* обоснованность и четкость изложения ответов на вопросы преподавателя.
* работа представлена в срок.

Оценка «отлично»: содержание беседы соответствует теме, материал глубоко проработан, в тексте нет грамматических ошибок, обучающийся свободно владеет материалом при ответах на вопросы, работа представлена в срок.

Оценка «хорошо»: содержание беседы соответствует теме, материал глубоко проработан, в тексте нет грамматических ошибок, обучающийся владеет материалом, но недостаточно чётко отвечает на вопросы, работа представлена в срок.

Оценка «удовлетворительно»: содержание беседы соответствует теме, материал проработан не достаточно глубоко, в тексте имеются грамматических ошибки, обучающийся в 30% вопросов допускает ошибки при ответах на вопросы, работа представлена в срок.

Оценка «неудовлетворительно»: содержание беседы соответствует теме, материал проработан не глубоко, в тексте имеются грамматических ошибки, обучающийся при ответах на вопросы в 50% допускает ошибки, работа не представлена в срок.

**ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ПАМЯТОК, БУКЛЕТОВ И Т.Д.**

В современном понятии памятка – это средство вербальной и / или визуальной передачи информации, краткое изложение какого-либо вопроса или проблемы, а также самые важные сведения, которыми надо руководствоваться в определенных жизненных ситуациях или при выполнении определенной деятельности.

Памятка относится к особому речевому жанру, не только информационному, но и оказывающему воздействие на эмоции и эстетические чувства людей.

Используются памятки в ситуациях, когда нет непосредственного общения с аудиторией, и / или как дополнение к общению.

По характеру содержания можно выделить следующие виды памяток:

1) памятка-алгоритм, в которой все предлагаемые действия довольно жестко фиксированы, их последовательность обязательна (например, комплекс упражнений лечебной гимнастики, действия при появлении признаков инсульта и т.п.);

2) памятка-инструкция, в которой даются вполне конкретные указания о выполнении конкретных действий, шагов (например, измерение артериального давления, подсчет индекса массы дела и др.);

3) памятка-совет (памятка-рекомендация), в которой целевая группа получает рекомендации о том, при каких условиях то или иное действие (деятельность) осуществляется успешно (например, способы быстрого снятия стресса, правила кормления ребенка грудью и др.);

4) памятка-разъяснение, в которой опровергаются устоявшиеся мнения и стереотипы и утверждаются другие, основанные на более современных научных исследованиях;

5) памятка-стимул, целью которой является стимулирование, мотивация человека, раскрытие перспектив его деятельности и т.п. (например, сопоставление жизни с наркотиками и без них);

6) памятка «вопрос – ответ».

Деление это условно, поскольку в каждом виде памяток есть общее: информация, представленная с помощью выразительных средств. Выбор той или иной модели содержательной части и художественного оформления во многом зависит от цели, тематики, характера целевой аудитории, представлений и вкусов создателя памятки.

Правила составления и оформления памятки:

Разрабатывая памятку, всегда задавайте себе вопросы:

Чего я хочу добиться?

Что люди должны понять в результате?

Какие действия они должны предпринять?

Четко следуйте цели. Не включайте в памятку материал, не относящийся к теме: он только отвлекает от основной идеи вашего сообщения. Следует помнить, что небольшой объем информации не позволяет в тексте одной памятки затрагивать слишком много аспектов проблемы. Целесообразнее выделить лишь один из них и именно ему посвятить содержание памятки.

Особое внимание уделяйте правильно составленному и рационально размещенному тексту. Текст памятки должен быть написан живым, ясным, доступным неспециалисту языком; предложения – краткими, набранными небольшими блоками; шрифт – простым, легко читаемым. Крупный шрифт облегчает прочтение материала людьми пожилого возраста. Ни в коем случае нельзя набирать текст декоративным, трудно различимым шрифтом. Иллюстрации, ключевые слова, тематические строки информационного сообщения должны быть простыми и ясными. Все незнакомые термины лучше объяснять. Текст лучше представить на проверку нескольким читателям, чтобы убедиться, что он не содержит двусмысленных фраз.

Очень важно выбрать ту цветовую гамму, на фоне которой текст будет восприниматься наилучшим образом. Для облегчения восприятия материала используйте не слишком сложное оформление. Цвет может служить для выделения наиболее важной информации. Выбирайте его осторожно, поскольку разные цвета вызывают разные эмоции, могут ассоциироваться с определенными идеями, образами.

Проверяйте грамотность текста будущей памятки, т.к. грамматическая ошибка или стилистическая неточность могут вызвать недоверие к материалу.

Иллюстрация в памятке всегда привлекает внимание. Могут использоваться фотографии, рисунки, диаграммы и т.д. используемые зрительные образы должны обладать определенной силой воздействия.

Структурно текст памятки обычно представляет следующие блоки:

заголовок (должен быть точным, кратким, набираться большими буквами; его цель – привлечь внимание); здесь же может быть указание, кому предназначена памятка (для населения, для подростков, для родителей, для персонала и т.д.);

ведущий абзац – заставляет читать дальше, интригует;

средний абзац – развивает понимание и оценку предмета, отвечает на все вопросы;

заключительный абзац – дает понять, какое действие от читателя желательно.

Материал памятки подбирается с расчетом на конкретную аудиторию. Внимание к той или информации зависит от того, насколько значимые сведения она содержит для определенной группы людей.

Идейное содержание памятки не должно вызывать у людей страха или отрицательных эмоций. При составлении памяток для детско-подростковой аудитории крайне важным является принцип преимущественного позитива в изложении информации. Например, надо показать ребенку не то, как плохо курить, а как хорошо быть здоровым.

Убедительность материалов памятки зависит не от длинного перечня правил, советов, запретов и рекомендаций, не от сухой назидательности, а от того, насколько интересен, несложен и полезен текст.

**К критериям оценки самостоятельной работы по составлению памятки относятся**:

* соответствие содержания теме;
* глубина проработки материала;
* лаконичность изложения;
* грамотность и полнота использования источников;
* отсутствие грамматических ошибок;
* работа представлена в срок.

Оценка**: «отлично»**ставится, если содержание памятки полностью соответствует теме, глубоко проработан материал, положения памятки сформулированы лаконично, грамотно и полно использованы источники, отсутствуют грамматические ошибки работа представлена в срок.

Оценка **«хорошо»**ставится, если содержание памятки полностью соответствует теме, глубоко проработан материал, не все положения памятки сформулированы лаконично, грамотно и полно использованы источники, встречаются грамматические ошибки, работа представлена в срок.

Оценка **«удовлетворительно»**ставится, если содержание памятки соответствует теме, материал проработан не достаточно глубоко, не все положения памятки сформулированы лаконично, не полно использованы источники, имеются грамматические ошибки, работа не представлена в срок.

Оценка **«неудовлетворительно»**ставится, если содержание памятки не соответствует теме, материал проработан не достаточно глубоко, многие положения памятки сформулированы нелаконично, не полно использованы источники, имеются грамматические ошибки, работа не представлена в срок.

**ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ РЕФЕРАТА**

**Реферат** – краткая запись идей, содержащихся в одном или нескольких источниках, которая требует умения сопоставлять и анализировать различные точки зрения. Реферат – одна из форм интерпретации исходного текста или нескольких источников. Поэтому реферат, в отличие от конспекта, является новым, авторским текстом. Новизна в данном случае подразумевает новое изложение, систематизацию материала, особую авторскую позицию при сопоставлении различных точек зрения.

Реферирование предполагает изложение какого-либо вопроса на основе классификации, обобщения, анализа и синтеза одного или нескольких источников.

Специфика реферата (по сравнению с курсовой работой):

* не содержит развернутых доказательств, сравнений, рассуждений, оценок,
* дает ответ на вопрос, что нового, существенного содержится в тексте.

**Виды рефератов**

|  |  |
| --- | --- |
| По полноте изложения | Информативные (рефераты-конспекты). |
| Индикативные (рефераты-резюме). |
| По количеству реферируемых источников | Монографические. |
| Обзорные. |

**Структура реферата:**

1) титульный лист;

2) план работы с указанием страниц каждого вопроса, подвопроса (пункта);

3) введение;

4) текстовое изложение материала, разбитое на вопросы и подвопросы (пункты, подпункты) с необходимыми ссылками на источники, использованные автором;

5) заключение;

6) список использованной литературы;

7) приложения, которые состоят из таблиц, диаграмм, графиков, рисунков, схем (необязательная часть реферата).

Приложения располагаются последовательно, согласно заголовкам, отражающим их содержание.

Реферат оценивается научным руководителем исходя из установленных кафедрой показателей и критериев оценки реферата.

**Критерии и показатели, используемые при оценивании учебного реферата**

|  |  |
| --- | --- |
| Критерии | Показатели |
| 1.Новизна реферированного текста  Макс. - 20 баллов | - актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений. |
| 2. Степень раскрытия сущности проблемы Макс. - 30 баллов | - соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы. |
| 3. Обоснованность выбора источников Макс. - 20 баллов | - круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.). |
| 4. Соблюдение требований к оформлению Макс. - 15 баллов | - правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев. |
| 5. Грамотность  Макс. - 15 баллов | - отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль. |

**Оценивание реферата**

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, балы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

* 86 – 100 баллов – «отлично»;
* 70 – 75 баллов – «хорошо»;
* 51 – 69 баллов – «удовлетворительно;
* менее 51 балла – «неудовлетворительно».

Баллы учитываются в процессе текущей оценки знаний программного материала.

**ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ПРЕЗЕНТАЦИИ**

Назначение презентации заключается в том, что в небольшой по объему презентации, которая, как правило, содержит 10-15 слайдов, нужно отразить всю сущность работы.

В **презентации** можно поместить показательные графики, расчеты, то есть, прежде всего, уделить внимание практической части работы. Следует показать ее значимость и результативность с обоснованной демонстрацией актуальности выбранной темы для исследования, а также аргументировано сделать выводы с предложениями.

Следует придерживаться делового стиля при оформлении слайдов. У каждого слайда должен быть заголовок. Не стоит использовать в презентации слишком сложный дизайн.

Основными требованиями к оформлению презентации являются наглядность, ясность и четкость информации. Рекомендации по дизайну слайдов и оформлению:

* заголовки слайдов оформляются в одном стиле, размером не менее 32 пунктов;
* оптимальное число строк на слайде – от 6 до 15 (перегруженность и мелкий шрифт тяжелы для восприятия);
* пункты перечней должны быть выполнены короткими фразами, оптимально – одна строка, максимум – четыре;
* шрифт основного текста не менее 24 пунктов;
* рекомендуется выделять цветом или жирным шрифтом те ключевые фрагменты, на которых Вы останавливаетесь при обсуждении;
* оформление слайдов не должно отвлекать внимание от выступающего – это всего лишь вспомогательный материал. Дизайн должен быть единый. Текст должен быть четко виден на фоне. Может быть светлый фон и темный текст или, наоборот, светлый шрифт и темный фон;
* таблицы, чертежи, рисунки, диаграммы и другой графический материал, иллюстрирующий основные положения работы – наглядные и безупречно оформленные, должны быть обязательно в стиле общего дизайна презентации;
* запрещается применять анимацию;
* переход от одного слайда к другому осуществляется по щелчку.

Считается, что наилучшим образом воспринимаются сочетания цветов

* синий на белом,
* черный на желтом,
* зеленый на белом,
* черный на белом.

Следует оценить качество восприятия слайдов, отображенных на экране через проектор на процедуре предзащиты – цветовосприятие, грамотность, стиль.

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Обучающийся должен знать:

* основные принципы организации акушерской и гинекологической помощи;
* структуру гинекологического стационара, перинатального центра, женской консультации;
* основные группы гинекологических заболеваний;
* методы обследования гинекологических пациентов, беременных женщин, родильниц и рожениц;
* обязанности медицинской сестры при подготовке и проведении профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в гинекологическом стационаре, перинатальном центре и женской консультации;
* диспансеризацию гинекологических пациентов.

Обучающийся должен уметь:

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* вести утвержденную медицинскую документацию;

выполнять назначения врача.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

* организовывать собственную деятельность при обследовании гинекологических пациенток, беременных женщин, рожениц и родильниц.

Регулярное гинекологическое обследование - важнейшая часть программы медицинского ухода. Гинекологический осмотр очень важен для здоровья и самочувствия женщины. С подросткового возраста, когда появляется первая менструация (менархе), и до самых преклонных лет, когда менструация прекращается (климакс или менопауза), гинекологический осмотр необходим для каждой женщины, так как позволяет предотвратить и выявить серьезные заболевания органов репродуктивной системы.

От здоровья этих органов зависит сексуальная жизнь, фертильность и протекание беременности и родов, а также здоровье будущих детей. Здоровье репродуктивных органов уменьшает риск осложнений беременности и родов. Всестороннее гинекологическое обследование следует проводить еще до беременности, перед тем, как зачать ребенка. Женщина и врач-гинеколог должны узнать как можно больше о состоянии ее здоровья, чтобы заблаговременно спланировать и подготовиться к здоровой беременности и рождению здорового ребенка.

Гинекологический осмотр позволяет врачу оценить состояние здоровья в целом. Кроме того, он помогает выявить причины различных заболеваний, расстройств, например, маточного кровотечения или влагалищных выделений, заболеваний мочеполовой системы и пищеварительного тракта, болей в брюшной полости или пояснице, бесплодия, а также сексуальных расстройств. Обследование состоит из изучения анамнеза пациента и его семейного анамнеза, физического осмотра, сдачи лабораторных анализов, их интерпретации и консультирования.

Любое обследование пациента проводится после взятия информированного согласия больной на лечение и обследование.

Медсестре нужно разъяснить женщине необходимость проведения исследований и сдачи анализов. Провести инструктаж, как правильно подготовиться к предстоящему методу обследования, где и когда оно будет проходить.

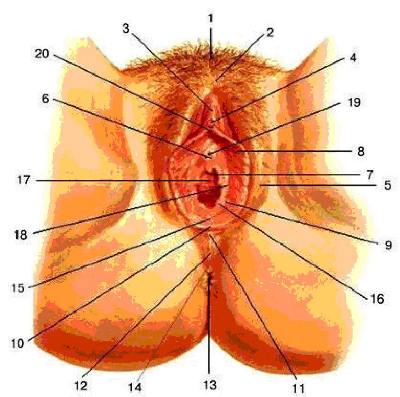
Медсестра проводит непосредственную подготовку больной к исследованию (бритье волос, постановка очистительных клизм, санация влагалища, выдача посуды для сбора мочи, забор крови из локтевой вены).

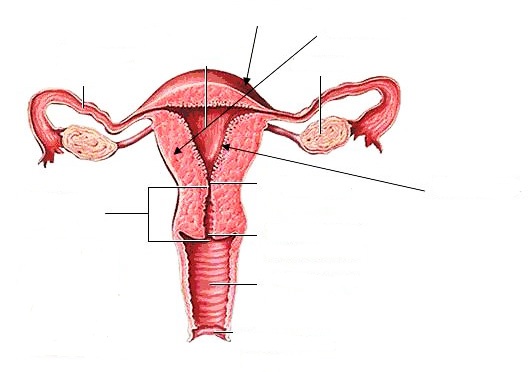
В обязанности медсестры входит организация и непосредственное проведение обследования пациентки (отвести пациентку в лабораторию, смотровую комнату, малую операционную и т.д.)

Медсестра также оказывает помощь врачу при инструментальных методах обследования.

Задание №1.

Рассмотрите рисунки, изображающие строение женских половых органов. Подпишите названия.





Задание № 2. Перечислите

* Что включают в себя методы субъективного обследования пациента:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* Что включают в себя методы объективного обследования пациента:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание № 3

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы манипуляций и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций на фантомах, используя необходимое оснащение:

1. Наружное акушерское исследование (Приложение 1).

2. Взятие мазка на онкоцитологию (Приложение 2).

3. Измерение наружных размеров таза (Приложение 3).

Задание № 4

Решите ситуационные задачи

№ 1

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

Задания:

1. Определите предполагаемый срок родов всеми известными вам способами.

2. Определите предполагаемую массу плода

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

№ 2

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

Задания:

1. Определите предполагаемый срок родов всеми известными вам способами.

2. Определите предполагаемую массу плода.

3. Определите положение, предлежание плода, вид и позицию

№3

У повторнобеременной женщины срок последней менструации 10.02.03., 1-е шевеление 10.06.03. ВДМ – 36 см, ОЖ – 99 см. головка плода расположена в дне матки, согнута, тазовый конец над входом в малый таз, конечности приведены к туловищу, спинка плода обращена к правой стороне передней стенки матки.

Задания:

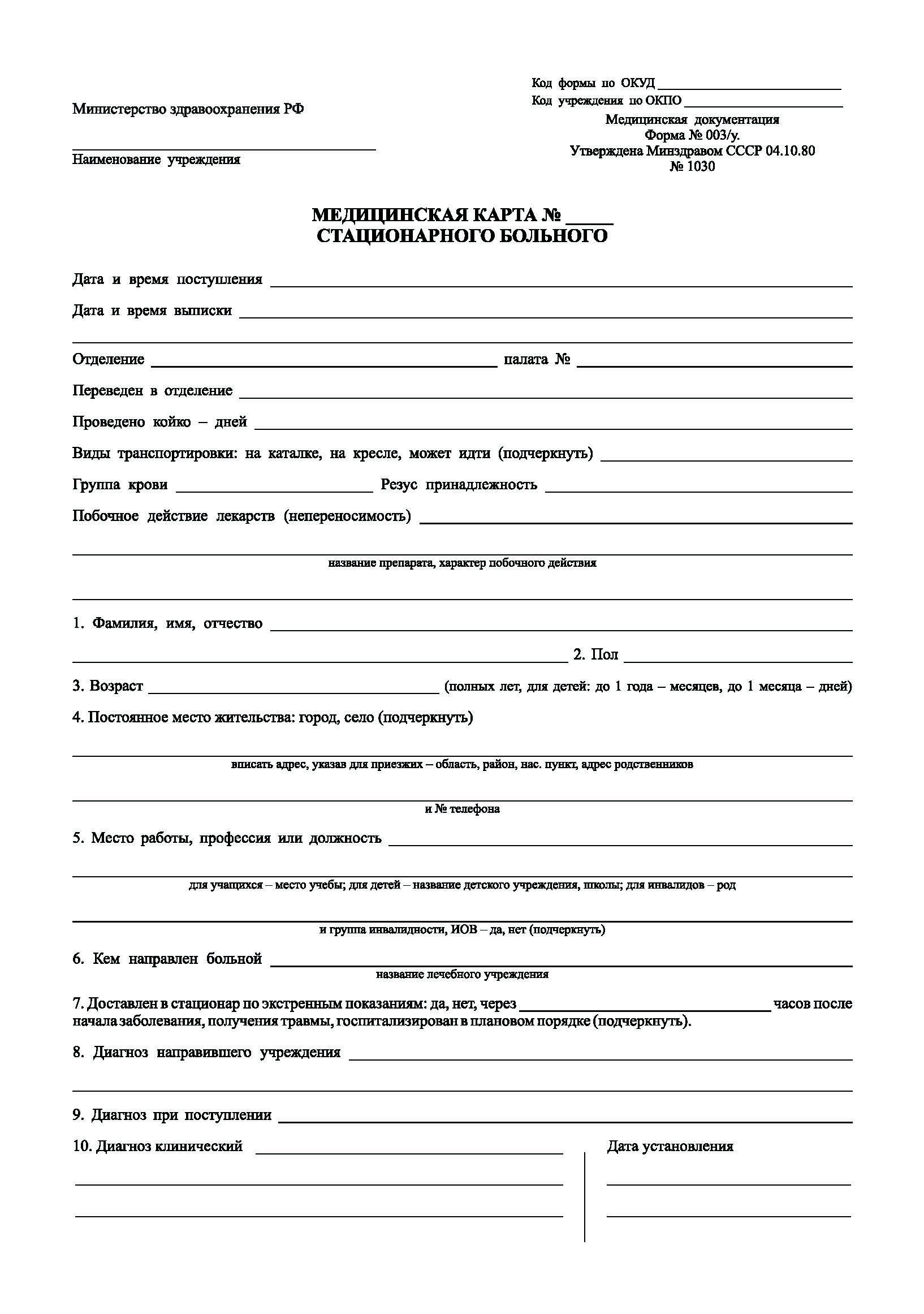
1. Определите предполагаемый срок родов всеми известными вам способами.

2. Определите предполагаемую массу плода

3. Определите положение, предлежание плода, вид и позицию

Задание № 4.

Продемонстрируйте оформление медицинской документации.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ».

Задание 1. Составить план беседы с пациентом о профилактике гестозов в первой и второй половине беременности.

Задание 2. Составить план беседы о профилактике травматизма беременных.

Задание 3. Повторить алгоритмы манипуляций: «Наружное акушерское исследование», «Взятие мазка на онкоцитологию», «Измерение наружных размеров таза».

Задание 4. Вопросы для самоподготовки:

1.Что такое оплодотворение, имплантация, плацента, околоплодные воды?

2.Внутриутробное развитие плода.

4.Физиологические изменения во время беременности.

5.Признаки зрелости плода.

6.Ранние и поздние гестозы, особенности течения и сестринского ухода.

7.Внематочная беременность, клиника, диагностика.

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 2. ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Обучающийся должен знать:

* основные принципы организации гинекологической и акушерской помощи;
* структуру гинекологического стационара, перинатального центра и женской консультации;
* основные группы гестозов беременных первой и второй половины беременности;
* методы обследования гинекологических пациентов, беременных и рожениц;
* обязанности м/с при подготовке и проведении профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в гинекологическом стационаре, перинатальном центре и женской консультации;

Обучающийся должен уметь:

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* вести утвержденную медицинскую документацию.
* выполнять назначения врача (проводить независимые вмешательства-подсчитывать суточный и водный баланс, определять видимые и скрытые отеки).
* соблюдать санитарно-эпидемиологический процесс;

Обучающийся должен иметь практический опыт:

* организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода за беременными пациентками в 1 и 2 половине беременности.

Беременность человека измеряется в акушерских неделях и длится 40 недель. Ожидание появления на свет новой жизни сопровождается постепенными метаморфозами в женском организме. Знание физиологии родов, физиологии беременности позволяет лучше понимать происходящие изменения и отличать норму от патологии.

Задание № 1.

Используя знания по теме дайте определения следующим понятиям:

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ИМПЛАНТАЦИЯ это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ПЛАЦЕНТА это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание№ 2.

Используя полученные знания заполните таблицу «Физиологические изменения в организме женщины во время беременности».

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сердечно-сосудистая система | Дыхательная система | Пищеварительная система | Мочевыделительная система | Нервная система | Половые органы и кожа |
|  |  |  |  |  |  |

Задание№ 3.

Используя полученные знания, перечислите признаки зрелости плода

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание№ 4.

Используя полученные знания заполните таблицу «Внутриутробное развитие плода».

|  |  |
| --- | --- |
| Нервная система |  |
| Кроветворная система |  |
| Дыхательная система |  |
| Пищеварительная система |  |
| Мочевыделительная система |  |

Задание№ 5.

Заполните таблицу «Ранние и поздние гестозы беременных».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название гестоза | Настоящие проблемы | Приоритетные проблемы | Потенциальные проблемы |
|  |  |  |  |

Задание № 6.

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы манипуляций и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций на фантомах, используя необходимое оснащение:

1.Выслушивание и оценка сердцебиения плода (ПРИЛОЖЕНИЕ 4).

2 Измерение артериального давления (ПРИЛОЖЕНИЕ 6).

3.Подсчет суточного диуреза и водного баланса (ПРИЛОЖЕНИЕ 5).

Задание № 7.

Прочитайте задачу. Выполните задания.

В приемный покой гинекологического отделения доставили женщину предварительных диагнозом: остро прервавшаяся внематочная беременность. Жалуется на головокружение, слабость, боли внизу живота.

**Объективно**: состояние тяжелое, лицо бледное, холодный пот. АД 80\50 мм.рт.ст, пульс 100уд. в минуту.

**Задания**

1.Определите и обоснуйте состояние пациентки

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

2.Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «РОДЫ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ. ПОМОЩЬ МАТЕРИ И ПЛОДУ В РОДАХ».

Задание 1. Составить план беседы с пациенткой о ФППП к родам.

Задание 2. Составить план беседы о профилактике лактостаза.

Задание 3. Составить план беседы о профилактике родового травматизма.

Вопросы для самоподготовки:

1.Что такое роды, схватки, потуги, биомеханизм родов?

2.Периоды родов. Особенности течения у первородящих и повторнородящих.

3.Виды тазовых предлежаний, диагностика.

Задание 3. Повторить алгоритмы манипуляций: «Выслушивание и оценка сердцебиения плода», «Измерение артериального давления», «Подсчет суточного диуреза и водного баланса».

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 3. РОДЫ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ. ПОМОЩЬ МАТЕРИ И ПЛОДУ В РОДАХ

|  |  |
| --- | --- |
| http://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=1ea4da17e9df27a935a5ed32a9baa68c-62-144&n=21 | http://im3-tub-ru.yandex.net/i?id=838c3cdb7c8c6531cc41ba80c9e1362b-131-144&n=21 |

Обучающийся должен знать:

* основные принципы организации акушерской помощи;
* структуру перинатального центра;
* методы обследования беременных женщин, рожениц;
* обязанности м/с при подготовке и проведении профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в перинатальном центре.

Обучающийся должен уметь:

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* вести утвержденную медицинскую документацию;
* соблюдать санитарно-эпидемиологический процесс;
* выполнять назначения врача.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

* организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода на всех периодах родов.

Закономерным окончанием любой беременности являются роды. Считается, что роды в срок должны происходить не ранее 38 недель и не позднее 42недель. К этому периоду плод созревает, его внутренние органы готовы к работе вне утробы матери. Запускается процесс родов в тот момент, когда организм женщины чувствует готовность ребенка к появлению на свет. Только хорошая теоретическая подготовка и знание последовательности в выполнении любой процедуры позволяет медсестре быть полноценным помощником врача.

Задание№1.

Заполните таблицу «Характеристика периодов родов. Особенности течения у первородящих и повторнородящих»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ПЕРИОДЫ РОДОВ** |  |  |  |
| У первородящих |  |  |  |
| У повторнородящих |  |  |  |

Задание № 2.

Используя знания по теме дайте определения следующим понятиям:

Роды-это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Схватки - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Потуги - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Биомеханизм родов - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Задание № 2.

Используя знания по теме решите задания к следующей ситуационной задаче:

В экстремальной ситуации (в поезде) женщина родила живого ребенка. При родах присутствовала медицинская сестра. Послед самостоятельно отделился и вышел. Кровопотеря составила приблизительно 250-300 мл. Женщина жалуется на усталость, волнуется за своего ребенка.

**Объективно:** кожные покровы розовые, пульс 74 уд. в мин. На подкладной пеленке обильные кровянистые выделения алого цвета. При осмотре последа дефектов не выявлено.

**Задание:**

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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание №3.

Используя знания заполните схему « Виды тазовых предлежаний»

Задание № 4.

Используя знания, перечислите признаки тазового предлежания плода

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание № 5.

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:

1. Первичный туалет новорожденного (ПРИЛОЖЕНИЕ 10).

2. Подсчет и оценка схваток (ПРИЛОЖЕНИЕ 8).

3. Оценка кровопотери в родах (ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

4. Способы выделения отделившегося последа (ПРИЛОЖЕНИЕ 9).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ ПО ТЕМЕ « ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ».

Задание 1. Составить план беседы с пациенткой о профилактике лактационного мастита.

Задание 2. Составить план беседы о гигиене, диете и двигательном режиме в послеродовом периоде.

Вопросы для самоподготовки:

1. Что такое инволюция половых органов? Кто такая родильница? Что такое лохии?

2.Послеродовый период.

3.Уход за родильницей.

4.Родовой травматизм, его профилактика.

Задание 3. Повторить алгоритмы манипуляций: « Первичный туалет новорожденного», «Подсчет и оценка схваток», «Оценка кровопотери в родах», « Способы выделения отделившегося последа».

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 4. ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ. УХОД ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ

|  |  |
| --- | --- |
| http://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=a76182c4108d5181c3c6deaf7594288c-80-144&n=21 | http://im3-tub-ru.yandex.net/i?id=1f38f1ac61c0fee4298378cd2193acf4-33-144&n=21 |
| http://im1-tub-ru.yandex.net/i?id=e56b4c4400c6bd787613abdb8785a66c-64-144&n=21 | http://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=8c5c4297b52bbe5ceca48ae6847d1ae5-139-144&n=21 |

Обучающийся должен знать:

-основные принципы организации сестринской помощи в послеродовом периоде;

-основные виды осложнений в послеродовом периоде;

-методы обследования родильниц;

-обязанности м/с при подготовке и проведении профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в послеродовом периоде.

Обучающийся должен уметь:

-готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

-соблюдать санитарно-эпидемиологический процесс;

-выполнять назначения врача;

-вести утвержденную медицинскую документацию.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

-организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода на всем этапе послеродового периода.

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

Задание № 1.

Используя знания по теме дайте определения следующим понятиям:

Инволюция половых органов-это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Родильница - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Лохии - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Задание№2

1. Выберете один правильный ответ

1.Продолжительность раннего послеродового периода:

а) 1 ч г) 12 ч

б) 2 ч д) 24 ч

в) 4 ч

2. Продолжительность послеродового периода определяется:

а) появлением первой менструации

б) инволюцией шейки матки

в) прекращением выделений из матки

г) длительностью лактации

д) инволюцией матки

3. Высота стояния дна матки после рождения плода:

а) на уровне пупка

б) на 2 пальца выше пупка

в) на 2 пальца ниже пупка

г) на середине расстояния между лоном и пупком

4. Высота стояния дна матки после рождения последа:

а) на уровне пупка

б) на 2 пальца выше пупка

в) на середине расстояния между пупком и лоном

г) на 2 пальца ниже пупка

д) на уровне лона

5. Высота стояния дна матки в 1-е сутки после родов:

а) на уровне пупка

б) на 2 пальца выше пупка

в) на 2 пальца ниже пупка

г) на середине расстояния между пупком и лоном

6. Высота стояния дна матки на 5-е сутки после родов (перед выпиской):

а) на середине расстояния между пупком и лоном

б) на 2 пальца ниже пупка

в) на 3 пальца выше лона

г) на уровне верхнего края лона

7. На внутренней поверхности матки после родов не происходит:

а) отторжения децидуальной ткани

б) эпителизации плацентарной площадки

в) регенерации эндометрия

г) пролиферации эндометрия

д) секреторной трансформации эндометрия

8. Характер лохий на 5-е сутки после родов (перед выпиской):

а) кровянистые г) слизистые

б) серозно-кровянистые д) гнойные

в) кровянисто-серозные

9. Состояние цервикального канала в 1-е сутки после родов:

а) проходим для кисти руки

б) проходим для 2–3 пальцев

в) сформирован, наружный зев закрыт

г) сформирован, внутренний зев закрыт

10. Цервикальный канал на 10-е сутки после родов:

а) проходим для одного пальца

б) проходим для 2 пальцев

в) закрыт

г) проходим до области внутреннего зева

11. Инволюция матки после родов замедляется при:

а) родах крупным плодом

б) длительных родах

в) анемии

г) послеродовом эндометрите

д) всех перечисленных осложнениях

12. Лактация начинается под действием:

а) плацентарного лактогена

б) прогестерона

в) эстрогенов

г) пролактина

д) лютеинизирующего гормона

13. Начало лактации считается нормальным:

а) сразу после родов

б) на 1–2-е сутки после родов

в) на 3-и сутки после родов

г) на 4–5-е сутки после родов

14. Для лактостаза характерно:

а) умеренное нагрубание молочных желез

б) повышение температуры тела с ознобом

в) свободное отделение молока

г) значительное равномерное нагрубание молочных желез

15. Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит через:

а) 10–15 дней г) 6–8 нед

б) 2–3 нед д) 9–10 нед

в) 4–5 нед

Задание№ 3.

Заполните таблицу «Послеродовые осложнения», используя полученные знания.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Послеродовая  язва | Послеродовый эндометрит | Тромбофлебит | Послеродовый мастит | Сепсис |
| **Клиника** |  |  |  |  |  |
| **Лечение** |  |  |  |  |  |
| **Проф-ка** |  |  |  |  |  |

Задание №4.

Перечислите основные принципы ухода за родильницей с осложнениями в послеродовом периоде.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание №4.

Используя знания, определите проблемы и составьте план ухода по ситуационной задаче

Гр-ка И., 28 лет. Роды вторые, срочные. Третьи сутки послеродового периода. Был озноб, температура 39° С. Молочные железы мягкие, безболезненные. Дно матки на уровне пупка, при пальпации резкая болезненность матки. Лохии в умеренном количестве с неприятным запахом.

1. Выявите потребности пациентки, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы беременной.

2.Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

У родильницы на 3-й день после кесарева сечения поднялась температура до 38,7°С. Трижды была рвота застойным содержимым. Язык суховат, обложен белым налетом. Пульс — 110 удар. в мин. Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика очень вялая. Наклейка сухая. Выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом. Стимуляция кишечника без эффекта.

1. Выявите потребности пациентки, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы беременной.

2.Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задание №4.

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:

1.Проведение пальпации при самообследовании молочных желез (ПРИЛОЖЕНИЕ 11)

2.Осмотр в зеркалах шейки матки (ПРИЛОЖЕНИЕ 12).

3.Туалет наружных половых органов (ПРИЛОЖЕНИЕ 13).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ».

Задание1. Составить сообщение-презентацию о современных средствах контрацепции.

Задание2. Составить сообщение-презентацию о медикаментозном прерывании беременности.

Задание3. Повторить алгоритмы манипуляций: «Проведение пальпации при самообследовании молочных желез», «Осмотр в зеркалах шейки матки», «Туалет наружных половых органов».

Вопросы для самоподготовки:

1.Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в акушерстве и гинекологии.

2. Что такое форма выпуска, противопоказания, показания, суточная доза и разовая доза?

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ



Обучающийся должен знать:

-фармакологические свойства лекарственных препаратов;

-основные группы лекарственных препаратов;

Обучающийся должен уметь:

-вести утвержденную медицинскую документацию;

-вести учет лекарственных средств;

-выполнять назначения врача.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

-организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода.

В современном акушерстве и гинекологии широко используются гормональные препараты, как с лечебной, так и с профилактической целью. Именно глубокое знание предмета позволяет правильно выбрать лекарственное средство, определить его дозу, схему применения, т.е. рационально использовать гормональные препараты в акушерской и гинекологической практике.

Задание № 1.

Имеется таблетка дозировкой 1 грамм, цветным карандашом заштрихуйте необходимую часть таблетки:

250 мг 0,75 г 500 мг 1250 мг

Задание № 2.

Используя знания по теме дайте определения следующим понятиям:

Фармакология-это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Показания - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Противопоказания - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Разовая доза - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Суточная доза - это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Задание №3.

Распределите лекарственные препараты по группам

|  |  |
| --- | --- |
| **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ** | **ГРУППЫ** |
| 1. Ретаболил | 1. Утеротоники |
| 1. Эстрадиол | 1. Токолитики |
| 1. Синестрол | 1. Родостимулирующие |
| 1. Прогестерон | 1. Пр-ты мужских пол.гормонов |
| 1. Дианобол | 1. Гормональные контрацептивы |
| 1. Марвелон | 1. Гестагенные препараты |
| 1. Дюфастон | 1. Эстрогены |
| 1. Тестостерон | 1. Гестагены |
| 1. Гестанол |  |
| 1. Новинет |  |
| 1. Динопрост |  |
| 1. Три регол |  |
| 1. Окситоцин |  |
| 1. Эрготамин |  |
| 1. Жанин |  |
| 1. Эргометрин |  |
| 1. Постинор |  |
| 1. Фенотерол |  |

Задание № 4.

Заполните таблицу***.***

Проблема: отказ пациента от инъекций, отказ от диагностической манипуляции

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Проблема пациента | План ухода | | | Реализация плана ухода | Оценка |
| Цели | | Характер сестринского вмешательства |
| краткосрочные | долгосрочные |

Задание№5.

Используя полученные знания решите задачу.

Во флаконе 800.000 ЕД антибиотика. Развести 2:1, набрать в шприц 0,5г

*Возможные растворители\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Количество растворителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мл*

*Количество раствора для пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мл*

*Остаток во флаконе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Задание№6

Выберите правильный ответ

1. Лекарственные средства, усиливающие сократительную способность миометрия

А) синестрол

Б) магния сульфат

В) окситоцин

1. Лекарственные средства, блокирующие сократительную способность миометрия

А) метилэргометрин

Б) магния сульфат

В) мифепристон

1. Гормональное средство, применяемые в акушерстве и гинекологии

А) эстриол

Б) клотримазол

В) дротаверин

1. С целью подавления лактации пациентка по назначению врача будет принимать

А) овестин

Б) синестрол

В) бромкриптин

1. Нормализующие микрофлору влагалища средства

А) гексикон

Б) фарматекс

В) ноноксинол

1. Осложнения, связанные с нарушением правил асептики и антисептики

А) масляная эмболия

Б) инфильтрат

В) воздушная эмболия

1. Осложнения, связанные с неправильной техникой выполнения инъекции

А) абсцесс

Б) масляная эмболия

В) инфильтрат

1. Приступ удушья, кашля, цианоза которые развиваются постепенно характерны для

А) масляной эмболии

Б) воздушной эмболии

В) абсцесса

9. Осложнения, связанные с неправильным выбором места инъекции

А) липодистрофия

Б) гематома

В) инфильтрат

10.Способ введения масляных растворов

А) в/м

Б) п/к

В) в/в

11.Кальций хлористый препарат, который вводится строго

А) в/м

Б) в/в капельно, струйно

В) только в/в струйно

12.Магния сульфат препарат способ введения которого

А) в/м

Б) в/в

В) в/м и в/в

Задание №7

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:

1. Внутривенное струйное вливание стерильных растворов (ПРИЛОЖЕНИЕ 14).
2. Внутривенное капельное вливание стерильных растворов (ПРИЛОЖЕНИЕ 15).
3. Подкожное введение лекарственных средств (ПРИЛОЖЕНИЕ 16).
4. Внутримышечное введение лекарственных средств (ПРИЛОЖЕНИЕ 17).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ».

Задание1. Подготовить информационное сообщение по теме «Менструальный цикл и его регуляция», « Гигиена и диета во время менструации».

Задание 2. Повторить алгоритмы манипуляций:

1)Внутривенное струйное вливание стерильных растворов

2)Внутривенное капельное вливание стерильных растворов

3)Подкожное введение лекарственных средств

4)Внутримышечное введение лекарственных средств

Вопросы для самоподготовки:

1.Что такое менструальный цикл, овуляция, менструация, альгодисменорея, аменорея, дисфункциональное маточное кровотечение?

2. Виды менструальных нарушений, их проявление, диагностика, лечение и сестринский уход.

3. Виды нейроэндокринных нарушений, проявления, диагностика, лечение и сестринский уход.

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 6. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ.

|  |  |
| --- | --- |
| http://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=0e540030c439a778f400474e8e9f30af-78-144&n=21 | http://im2-tub-ru.yandex.net/i?id=1df3d2ac4ba1fdfa365401dc362b6b6c-61-144&n=21 |

Обучающийся должен знать:

-менструальный цикл и его регуляцию;

-различные виды нарушений менструальной функции;

-причины, основные симптомы, диагностику и лечение при нарушениях менструального цикла;

-особенности сестринского ухода за пациентками с нарушением менструального цикла;

-виды нейроэндокринных синдромов;

-причины, основные симптомы, диагностику и лечение при нейроэндокринных синдромах;

-особенности сестринского ухода за пациентками с нейроэндокринными синдромами.

Обучающийся должен уметь:

-готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

-проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

-проводить профилактику заболеваний женских половых органов и диспансеризацию гинекологических пациентов.

-вести утвержденную медицинскую документацию.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

-организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода за пациентками при нарушении менструального цикла, нейроэндокринных синдромах.

Последнее время наблюдается неуклонный рост числа гинекологических заболеваний и различных форм нарушений менструальной функции. Пренебрежение правилами гигиены, частые переохлаждения, аборты, и другие эндо- и экзогенные причины приводят к тому, что 90 % женщин России имеют нарушения со стороны половой сферы.

Неправильное применение контрацептивных средств, снижение иммунитета, и, как следствие этого, стёртая клиника процесса являются причиной того, что женщина не придаёт должного внимания недомоганиям и предпочитает не обращаться за помощью и лечиться дома, что приводит к хронизации процесса, нарушению менструального цикла, различным осложнениям во время беременности, вплоть до выкидыша, бесплодию, раковым заболеваниям. Патологические процессы, происходящие в половых органах, нередко осложняются кровотечением.Менструальный цикл и его характер отражает состояние здоровья женщины. Главное предназначение женщины - это продолжение рода, которое определяется регулярным овуляторным менструальным циклом. Нарушения менструального цикла являются не только причиной кровотечений или бесплодия, но и могут вызывать предраковые и раковые заболевания половых органов. Чтобы избежать возможных последствий нарушений менструального цикла, необходима своевременная профилактика различных заболеваний, приводящих к нарушению менструальной функции, а если имеются нарушения менструального цикла, то необходимо своевременное лечение.

Задание №1.

Дополните определения:

Менструальный цикл – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Овуляция – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Менструация – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Альгодисменорея – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Аменорея– это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Дисфункциональные маточные кровотечения – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Задание № 2.

Заполните таблицу, используя литературу и конспект лекций:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметры менструального цикла | Менструальный цикл (норма) | Менструальный цикл (гиперменструальный синдром, ДМК) | Менструальный цикл (гипоменструальный синдром, аменорея) | Менструальный цикл (альгодисменорея) |
| Интервал |  |  |  |  |
| Длительность |  |  |  |  |
| Кол-во кровопотери |  |  |  |  |

Задание№3.

Выберите одно из заболеваний по теме занятия, заполните таблицу, используя литературу и конспект лекций:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Нарушения менструального цикла | Нейроэндокринные синдромы |
| *Настоящие проблемы* |  |  |
| *Потенциальные проблемы* |  |  |
| *Приоритетные проблемы* |  |  |
| *Нарушенные потребности* |  |  |
| *План сестринских вмешательств по приоритетной проблеме* |  |  |

Задание №4.

Выберите правильные ответы

1. Климактерический синдром проявляется в виде

1.эндокринно-обменных нарушений

2.вегетативно-сосудистых изменений

3.нервно-психических отклонений

4.инфекционно-аллергических заболеваний

2. Гормональная терапия климактерического синдрома проводится

1.эстрогенами

2.прогестинами

3.эстроген-гестагенами

4.эстроген-андрогенами

5.кортикостероидами

3. Ведущие симптомы синдрома Штейна-Левенталя

1.менорагии

2.аменорея

3.гирсутизм

4.бесплодие

5.акромегалия

4. Основные формы синдрома Штейна-Левенталя

1.яичниковая

2.надпочечниковая

3.маточная

4.гипоталямо-гипофизарная

5. В лечении климактерического синдрома применяется диета

1.высококалорийная

2.малокалорийная

3.с повышенным содержанием углеводов

4.с повышенным содержанием жиров

6. При консервативной терапии синдрома Штейна-Левенталя используют

1.нон-овлон

2.овидон

3.регивидон

4.клостилбегит

5.тестостерона пропионат

7. Хирургическое лечение синдрома Штейна-Левенталя

1.овариоэктомия

2.ампутация матки с придатками

3.клиновидная резекция яичников

4.экстирпация матки с придатками

8. Гипоменструальный синдром характеризуется:

1.короткими менструациями

2.редкими менструациями

3.скудными менструациями

4.отсутствием менструаций

9. Аменорея считается физиологической, когда менструация отсутствует:

1.до периода пубертата

2.во время периода пубертата

3.во время беременности и лактации

4.в постменопаузе

10. Аменорея считается первичной, если менструаций не было:

1. до 12-13 лет

2. до 13-14 лет

3. до 15-16 лет

11. Ложная аменорея может быть обусловлена:

1. атрезией канала шейки матки

2. аплазией тела матки

3. дизгенезией гонад

12. Истинная (патологическая) аменорея может быть следствием всех указанных ниже заболеваний:

1. гипотиреоза

2. нейрогенной анорексией

3. атрезии девственной плевы

4. микро- и макроаденомы гипофиза

Задание№5

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:

1.Измерение базальной температуры (ПРИЛОЖЕНИЕ 20).

2.Катетеризация мочевого пузыря (ПРИЛОЖЕНИЕ 18).

3.Подготовка материала, инструментария, пациентки к раздельному диагностическому выскабливанию слизистой оболочки цервикального канала и тела матки (ПРИЛОЖЕНИЕ 19).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ».

Задание1.Подготовить информационное сообщение по теме «Профилактика воспалительных заболеваний женских половых органов», «Физиотерапевтические методы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов»

Задание 2. Повторить алгоритмы манипуляций:

1.Измерение базальной температуры (ПРИЛОЖЕНИЕ 20).

2.Катетеризация мочевого пузыря (ПРИЛОЖЕНИЕ 18).

3.Подготовка материала, инструментария, пациентки к раздельному диагностическому выскабливанию слизистой оболочки цервикального канала и тела матки (ПРИЛОЖЕНИЕ 19).

Вопросы для самоподготовки:

1.Что такое абсцесс, пиосальпинкс, пиовариум, кольпотомия, бактериоскопическое исследование мазка?

2. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов?

3. Факторы, способствующие развитию воспалительных заболеваний ЖПО?

4. Воспалительные заболевания нижнего отдела женских половых органов, клиника, диагностика, лечение, уход и профилактика?

5. Воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов, клиника, диагностика, лечение, уход и профилактика?

6. Заболевания ЖПО, которые вызываются специфическими возбудителями, клиника, диагностика, лечение, уход и профилактика?

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 7. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://konspekta.net/medlecbazaimg/587360793109.files/image012.jpg | http://konspekta.net/medlecbazaimg/587360793109.files/image013.jpg | http://konspekta.net/medlecbazaimg/587360793109.files/image015.jpg |

Обучающийся должен знать:

-причины воспалительных заболеваний женских половых органов;

-основные симптомы воспалительных заболеваний женских половых органов;

-лечение и профилактику воспалительных заболеваний женских половых органов;

-принципы реабилитации и диспансерного наблюдения за пациентками, страдающими воспалительными заболеваниями женских половых органов;

-особенности организации и осуществления сестринского процесса у пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Обучающийся должен уметь:

-проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента при воспалительных заболеваниях ЖПО;

-готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

-проводить мониторинг жизненно-важных функций организма;

-выполнять назначения врача;

-соблюдать санитарно-эпидемиологический процесс;

-вести утвержденную медицинскую документацию.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

-организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода за пациентками при воспалительных заболеваниях женских половых органов.

Воспалительные заболевания женских половых органов составляют около 65% гинекологических заболеваний, являются самой частой причиной обращаемости к врачу. Характерной особенностью является увеличение заболеваемости среди пациенток до 30 лет.

Медицинская сестра должна знать, что воспалительные заболевания являются самой частой причиной негормонального бесплодия, невынашивания беременности, болезней и пороков развития плода и, как следствие, большого числа оперативных вмешальств. Поэтому пациентки с хроническими воспалительными заболеваниями должны находиться на диспансерном учете в женской консультации и регулярно посещать гинеколога (1 раз в 3 месяца).

Медицинская сестра должна проводить санитарно-просветительную работу среди женского населения о необходимости своевременного, адекватного лечения, о последствиях воспалительных заболеваний, о вреде аборта, о инфекциях передающихся половым путем, контрацепции, о проведении реабилитационных мероприятий после внутриматочных вмешательств.



Задание №1.

Дополните определения:

Абсцесс – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Пиосальпинкс – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Пиовариум – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Кольпотомия – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Бактериоскопическое исследование мазка– это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Задание № 2.

Выберите одно из заболеваний по теме занятия, заполните таблицу «Сестринский процесс при воспалительных заболеваниях ЖПО»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Воспалительные заболевания женских половых органов нижнего отдела | Воспалительные заболевания женских половых органов верхнего отдела |
| ***Настоящие проблемы*** |  |  |
| ***Потенциальные проблемы*** |  |  |
| ***Приоритетные проблемы*** |  |  |
| ***Нарушенные потребности*** |  |  |
| ***План сестринских вмешательств по приоритетной проблеме*** |  |  |

Задание №2.

Составьте кроссворд по теме «Воспалительные заболевания женских половых органов».

Задание №3.

Выберите правильный ответ.

1. К специфическим воспалительным заболеваниям относят

А. Трихомониаз

Б. Эндоцервицит

В. Бартолинит

2. Воспаление слизистого и мышечного слоя матки

А. Метроэндометрит

Б. Параметрит

В. Бартолинит.

3. Воспаление слизистой оболочки влагалища

А. Кольпит

Б. Бартолинит

В Вульвит

4. Пиосальпинкс

А. Гнойный процесс в маточной трубе с запаиванием и образованием опухоли.

Б. Гнойник в малом тазу.

В. Воспаление яичника

5. Воспаление большой железы предверия влагалища

А. Кольпит

Б. Бартолинит

В. Вульвит

6. Специфическое воспалительное заболевание вызванное бактериями типа Candida

А. Гонорея

Б. Кандидоз

В. Трихомониаз

7. Профилактические осмотры у гинеколога в женской консультации должны осуществляться

А. 1 раз в год

Б. 2 раза в год

В. По желанию женщины

8. Для диагностики заболеваний шейки матки используют

А. Пробу Шиллера

Б. УЗИ брюшной полости

В Рентген органов малого таза.

9. К возбудителям неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов относится:

А) стафилококк;

Б) хламидии;

В) гонококк;

Г) гарднерелла.

10. Болезненная язвочка на малой половой губе позволяет заподозрить:

А) генитальный герпес;

Б) карбункул:

В) псориаз;

Г) крауроз.

11. У девочек в возрасте от2 до 8 лет чаще встречается:

А) опухоли яичников;

Б) врожденные аномалии половых органов;

В) вульвовагинит;

Г) сальпингоофорит.

12. Какие факторы способствуют развитию воспалений женских половых органов?

А) Нарушение гигиены половой жизни;

Б) ВМС;

В) аборты;

Г) все перечисленное.

13. Зуд вульвы наблюдается при всех заболеваниях кроме:

А) сахарного диабета;

Б) сифилиса;

В) трихоманиаза;

Г) кандидозного вульвовагинита.

14. При остром воспалении внутренних половых органов боли редко иррадиируют:

А) в область солнечного сплетения;

Б) в промежность;

В) в бедро;

Г) в область подреберья.

Задание№4

Используя знания по теме, решите задания по следующим ситуационным задачам.

На прием в смотровой кабинет поликлиники обратилась женщина 25 лет,

Жалобы: на боли, рези при мочеиспускании и обильные бели. Анамнез: менструация с 13 лет, по 4-5 дней регулярные. Были 1 роды и 1 медицинский аборт. Замужем. Работа мужа связана с командировками, из последней вернулся 5 дней назад. У мужа также появились рези при мочеиспускании.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено, симптом Пастернацкого отрицательный. При осмотре половых органов фельдшер обнаружил отек и гиперемию губок уретры, Пальпация уретры через переднюю стенку влагалища болезненна, она пальпируется в виде плотного валика, из уретры выделяется гнойный экссудат желтоватого цвета.

***Задания***

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы исследования при остром и хроническом течении заболевания для подтверждения диагноза.
4. Составьте алгоритм действий.

В поликлинику для профилактического осмотра обратилась женщина 24 лет. Жалобы: на обильные бели.

Анамнез: менструация отсутствует, два месяца назад произошли срочные роды доношенным плодом, массой 3800, кормит грудью.

Объективно: состояние удовлетворительное., АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд./мин., температура 36,8 молочные железы мягкие, соски чистые, лактация достаточная. Живот мягкий, безболезненный.

Осмотр в зеркалах: шейка матки увеличена в размере, поверхность ее ярко - красная, бархатистая, легко травмируется. При сближении передней и задней губ с помощью зеркал ярко-красная поверхность исчезает. Во влагалище бели слизистого характера.

***Задания***

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его,
3. Расскажите о дополнительных методах исследования и лечения при заболеваниях шейки матки.

Составьте алгоритм действий

Задание №5.

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:

1. Взятие мазков на степень чистоты влагалища, гонорею, трихомониаз и заполнение направлений (ПРИЛОЖЕНИЕ 26).

2. Взятие мазка и направление на бакпосев (ПРИЛОЖЕНИЕ 25).

3.Постановка лечебных тампонов (ПРИЛОЖЕНИЕ 24).

4.Введение во влагалище лечебных порошкообразных лекарственных форм (ПРИЛОЖЕНИЕ 23).

5. Проведение влагалищного спринцевания (ПРИЛОЖЕНИЕ 22).

6.Постановка влагалищных ванночек (ПРИЛОЖЕНИЕ 21).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ».

Задание1. Подготовить информационное сообщение по теме «Профилактика предопухолевых заболеваний женских половых органов», «Диагностика доброкачественных и злокачественных заболеваний».

Задание 2. Повторить алгоритмы манипуляций:

1. Взятие мазков на степень чистоты влагалища, гонорею, трихомониаз и заполнение направлений (ПРИЛОЖЕНИЕ 26).

2. Взятие мазка и направление на бакпосев (ПРИЛОЖЕНИЕ 25).

3.Постановка лечебных тампонов (ПРИЛОЖЕНИЕ 24).

4.Введение во влагалище лечебных порошкообразных лекарственных форм (ПРИЛОЖЕНИЕ 23).

5. Проведение влагалищного спринцевания (ПРИЛОЖЕНИЕ 22).

6.Постановка влагалищных ванночек (ПРИЛОЖЕНИЕ 21).

Вопросы для самоподготовки:

1.Что такое доброкачественная опухоль, злокачественная опухоль, проба Шиллера, онкоцитологическое исследование мазка, гистеросальпингография, кольпоскопия, метастазы.

2.Предопухолевые заболевания. Причины, клиника, тактика лечения, сестринский уход и профилактика.

3.Доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий. Причины, клиника, тактика лечения, сестринский уход и профилактика.

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 8. ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ

|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Documents and Settings\user21\Рабочий стол\любимая\file1_html_10e1cba7.jpg** | **C:\Documents and Settings\user21\Рабочий стол\любимая\Patient-Experience.jpg** |

Обучающийся должен знать:

-причины предопухолевых заболеваний, доброкачественных и злокачественных заболеваний женских половых органов;

-основные симптомы предопухолевых заболеваний, доброкачественных и злокачественных заболеваний женских половых органов;

-лечение и профилактику предопухолевых заболеваний, доброкачественных и злокачественных заболеваний женских половых органов;

-принципы реабилитации и диспансерного наблюдения за пациентками, предопухолевыми заболеваниями, доброкачественными и злокачественными заболеваниями женских половых органов;

-особенности организации и осуществления сестринского процесса у пациенток с предопухолевыми заболеваниями, доброкачественными и злокачественными заболеваниями женских половых органов;

Обучающийся должен уметь:

-проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента при предопухолевых заболеваниях, доброкачественных и злокачественных заболеваниях женских половых органов;

-готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

-проводить мониторинг жизненно-важных функций организма;

-выполнять назначения врача;

-соблюдать санитарно-эпидемиологический процесс;

-проводить профилактику заболеваний женских половых органов и диспансеризацию гинекологических пациентов;

-вести утвержденную медицинскую документацию.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

-организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода за пациентками при предопухолевых, доброкачественных и злокачественных заболеваниях женских половых органов.

Многочисленные наблюдения специалистов-онкологов показывают, что снижение смертности от рака зависит не столько от совершенствования методов лечения, сколько от улучшения диагностики онкологических заболеваний.

Важнейшим направлением противораковой борьбы является профилактика опухолей, которая включает своевременное выявление и лечение заболеваний, предшествующих развитию рака. Учитывая, что предопухолевые заболевания и начальные формы рака различных органов протекают, как правило, с чрезвычайно скудными клиническими проявлениями и не вызывают у людей потребности обратиться к врачу, особое значение приобретает активное выявление больных среди населения. Успешное выполнение задачи по раннему выявлению злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний наружных локализаций во многом зависит от активного участия в этой работе многотысячного отряда среднего медицинского персонала.

Задание №1.

Дополните определения:

Доброкачественные опухоли – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Злокачественные опухоли – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Гистеросальпингография – это

|  |
| --- |
|  |
|  |

Проба Шиллера – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Онкоцитологическое исследование мазка – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Кольпоскопия – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Метастазы – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Задание №2.

Используя полученные знания заполните таблицу «Предраковые, доброкачественные и злокачественные заболевания»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Предраковые заболевания*** | ***Доброкачественные заболевание женских половых органов*** | ***Злокачественные заболевание женских половых органов*** |
|  |  |  |

Задание №3.

Используя полученные знания решите ситуационные задачи:

В гинекологическое отделение онкологического диспансера поступила пациентка 45 лет на оперативное лечение с диагнозом рак шейки матки, 1 ст. Жалоба на бели с прожилками крови, контактные кровотечения. Считает себя больной в течение месяца. Заболевание возникло на фоне эрозии шейки матки по поводу чего она получала лечение в течение 6 мес. Тревожна, депрессивна, плохо спит, выражает опасение за свое будущее. Объективно: состояние ясное, положение активное. Кожные покровы нормального окраса. АД 140/80 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту.

Задание: определить проблемы пациентки; сформулировать цели и составить план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией.

Анамнез:

На прием к фельдшеру ФАП обратилась больная 42 лет,

Жалобы: на беспорядочные кровянистые выделения, жидкие водянистые бели с примесью крови. половая жизнь с 20 лет. Было 2 родов, 9 искусственных медицинских абортов, Последний аборт был 5 лет назад. Не предохраняется, беременность не наступает. Роды и аборты протекали, со слов больной, без осложнений, Последние менструация - 2 недели назад, В прошлом переболела метро-эндометритом. Считает себя больной три месяца.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура в норме, Р - 76 ударов в минуту, ритмичный, АД 130\90 - 140\80 мм. рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледноватые. Функция сердечно-сосудистой системы и органов дыхания без особенностей, Живот мягкий, безболезненный, Мочеиспускание не нарушено. Функция желудочно-кишечного тракта без патологии. Шейка при осмотре зеркалами неувеличена, обычной окраски. На передней губе - эрозия размерами в диаметре 1 ,5 х 1 ,5 см. ярко розового цвет. Ткани эрозии хрупкие, при контакте крошатся и кровоточат, ткани вокруг эрозии плотные инфильтрированные, При двуручном исследовании матка не увеличена, в нормальном положении, плотно - эластичной консистенции, подвижная, безболезненная. Боковые своды влагалища глубокие, свободные, придатки не определяются.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.

2.Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его,

3.Перечислите, какие дополнительные методы исследования можно применить для подтверждения диагноза.

Задание №4

Выбрать правильный вариант ответа.

1.Основная проблема больных при раке шейки матки:

А. аменорея

Б. бели

В. высокая температура

Г. контактные кровотечения

2. Приоритетные действия медсестры при подозрении на онкологическое заболевание половых органов:

А. проведение кольпоскопии

Б. направление на консультацию к онкологу

В. проведение лабораторного обследования

Г. приглашение на повторный прием.

3.Миома матки это опухоль:

А. эпителиальная

Б. быстрорастущая

В. доброкачественная

Г. злокачественная

4. Основная проблема больных при субмукозной миоме:

А. вздутие живота

Б. обильные и длительные менструации

В. гипотония

Г. болезненное мочеиспускание

5. Миома матки это

А. Доброкачественная опухоль

Б. Злокачественная опухоль

В. Фоновое заболевание.

6. Как называется узел, который растет в полость матки

А. Субсерозный узел

Б. Субмукозный

В. Интерстициальный

7.К фоновым процессам в гинекологии относятся

А. Эрозия шейки матки

Б. Киста бартолиновой железы

В. Лейкомиома матки

8. Причина возникновения эктропиона

А. Некачественное восстановление разрыва

Б. Воспалительные заболевания

В. инфекции

9. К предраковым заболеваниям относят

А. Эндоцервицит

Б. Лейкоплакия

В. Эндометриоз

10. Рак матки возникает

А. На фоне гиперпластических процессов

Б. На фоне эрозии шейки матки

В. На фоне лейкоплакии.

11. Рост узла внутри стенки матки носит название:

А. Субмукозный

Б. Интерстициальный

В. Субсерозный

12. Консервативное лечение фоновых заболеваний шейки матки может заключаться:

А. в прижигании азотом

Б. в применении тампонов

В. в применении десенсибилизирующей терапии

Задание №5.

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:

1. Подготовка пациентки, инструментов, материала и участие в биопсии шейки матки (ПРИЛОЖЕНИЕ 28).

2. Подготовка материала, инструментария, пациентки к раздельному диагностическому выскабливанию слизистой оболочки цервикального канала и тела матки (ПРИЛОЖЕНИЕ 29).

3. Подготовка пациентки, инструментов, материала и участие в гистеросальпингографии (ПРИЛОЖЕНИЕ 30).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. БЕСПЛОДИЕ».

Задание 1. Подготовить информационное сообщение по теме «Профилактика бесплодия», «Современные методы лечения бесплодия», «Охрана репродуктивного здоровья».

Повторить алгоритмы манипуляций:

1. Подготовка пациентки, инструментов, материала и участие в биопсии шейки матки (ПРИЛОЖЕНИЕ 28).

2. Подготовка материала, инструментария, пациентки к раздельному диагностическому выскабливанию слизистой оболочки цервикального канала и тела матки (ПРИЛОЖЕНИЕ 29).

3. Подготовка пациентки, инструментов, материала и участие в гистеросальпингографии (ПРИЛОЖЕНИЕ 30).

Вопросы для самоподготовки:

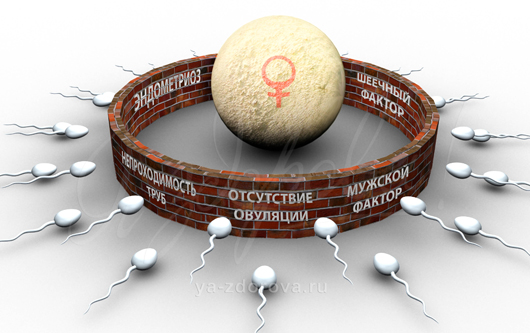
1.Что такое репродуктивное здоровье, бесплодие, контрацепция, планирование семьи

2.Женское бесплодие, мужское бесплодие, методы диагностики, методы лечения.

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 9. ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. БЕСПЛОДИЕ



Обучающийся должен знать:

-причины мужского и женского бесплодия;

-основные методы диагностики бесплодия;

-принципы лечения и профилактикибесплодия;

-принципы реабилитации и диспансерного наблюдения за пациентками;

-особенности организации и осуществления сестринского процесса у пациенток с бесплодием;

-особенности сестринского ухода при женском и мужском бесплодии.

Обучающийся должен уметь:

-проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

-готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

-проводить мониторинг жизненно-важных функций организма;

-выполнять назначения врача;

-соблюдать санитарно-эпидемиологический процесс;

-вести утвержденную медицинскую документацию;

-проводить профилактику заболеваний женских половых органов и диспансеризацию гинекологических пациентов.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

-организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода за пациентками при бесплодии.

Общество и семья заинтересованы в рождении здорового потомства. Поэтому значение приобретает деятельность в этом направлении медицинских работников, в частности медицинских сестер и акушерок. В российской программе планирования семьи на средний медицинский персонал возлагаются большие надежды, а именно, на его активную просветительскую и информационную работу с населением и непосредственное обучение методам и средствам контрацепции.

Медицинские сестры должны иметь достаточно знаний, чтобы консультировать по вопросам планирования семьи и репродуктивного здоровья, иметь теоретическую и практическую подготовку по контрацепции, владеть техникой применения различных противозачаточных средств, иметь базовые клинические знания для динамического наблюдения за пациентками, особенно за беременными, родильницами и женщинами, перенесшими аборт.

Задание №1.

Дополните определения:

Репродуктивное здоровье – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Бесплодие – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Контрацепция – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Планирование семьи – это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Задание№2

Используя знания о сестринском процессе заполните таблицу «Сестринский процесс при бесплодии»

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***БЕСПЛОДИЕ*** |
| ***Настоящие проблемы*** |  |
| ***Потенциальные проблемы*** |  |
| ***Приоритетные проблемы*** |  |
| ***Нарушенные потребности*** |  |
| ***План сестринских вмешательств по приоритетным проблемам*** |  |

Задание №3.

Используя знания решите ситуационные задачи

Больная А. 25 лет, брак первый, детей не имеет, находиться под наблюдением врача женской консультации. В анамнезе: 3 беременности : первая закончилась медицинским абортом и осложнилась эндометритом, вторая и третья беременности локализовались вматочных трубах, заканчивались разрывом трубы. Женщина прооперированна, проведено удаление труб с двух сторон. Другие гинекологические заболевания отрицает.

Менструации с 12 лет. По 3-4 дня, через 28 дней, регулярные, безболезненные.

Диагноз?

Какие современные репродуктивные технологии и методы исследования могут быть применены для рождения ребенка в этом браке

На приеме, к медицинской сестре смотрового кабинета обратилась больная 33 лет. Жалобы на бесплодие в течение 7 лет при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов.

Анамнез: менструальный цикл установился в 16 лет. Менструации болезненные, скудные, длительность 2-3 дня через 32- 33 дня, сопровождаются тошнотой и рвотой. Перенесенные болезни: ветряная оспа, ОРВИ, ангина, пневмония,

По поводу бесплодия к врачу не обращалась.

Две недели назад прошел обследование муж. Патология с его стороны не выявлена,

Объективные данные: Женщина невысокого роста, пониженного питания. Общее состояние удовлетворительное, АД - 110/70, мм рт. ст. Легкие и сердце в пределах нормы, Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы: оволосение на лобке скудное, большие половые губы не прикрывают малые, половая щель зияет, промежность высокая, втянутая. При осмотре с помощью зеркал шейка конической формы, длинная, узкая. Слизистая стенок влагалища бледно - розового цвета. Влагалище короткое, узкое, своды короткие.

Матка маленькая с резким anteversio - anteflexio, плотная, безболезненная, малоподвижная, соотношение шейки матки к телу матки 2:1. Своды свободные, придатки не определяются. Выделения скудные, бесцветные с кислым запахом.

1. Выявите проблемы больной.

2, Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

3. Перечислите основные методы исследования, подтверждающие диагноз

Задание №4.

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:

1.Подготовка пациентки, инструментов, материала и участие в гистеросальпингографии (ПРИЛОЖЕНИЕ 30).

2. Техника измерения базальной температуры (ПРИЛОЖЕНИЕ 20).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ «ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ».

Задание 1.Подготовить информационное сообщение по теме «Современные хирургические методы лечения в гинекологии»

Задание 2. Повторить алгоритмы манипуляций:

1.Подготовка пациентки, инструментов, материала и участие в гистеросальпингографии (ПРИЛОЖЕНИЕ 30).

2. Техника измерения базальной температуры (ПРИЛОЖЕНИЕ 20).

Вопросы для самоподготовки:

1.Что такое плановое оперативное вмешательство, экстренное оперативное вмешательство, синдром «Острый живот»

2.Оперативные методы лечения в гинекологии.

3. Подготовка к операции, послеоперационный период, осложнения.

4. Неотложные состояния, доврачебная помощь.

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ТЕМА ЗАНЯТИЯ № 10. ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

****

Обучающийся должен знать:

**-**виды и объем оперативных вмешательств;

-принципы оказания хирургической помощи женщинам;

-обязанности медсестры при подготовке и проведении диагностики; лечебных мероприятий в гинекологическом стационаре;

-основные неотложные состояния в гинекологии; причины их возникновения; диагностику состояний;

-алгоритм оказания помощи при неотложных состояниях.

Обучающийся должен уметь:

-готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

-проводить мониторинг жизненно-важных функций организма;

-выполнять назначения врача;

-соблюдать санитарно-эпидемиологический процесс;

-вести утвержденную медицинскую документацию.

Обучающийся должен иметь практический опыт:

-организовывать собственную деятельность при осуществлении сестринского ухода за пациентками в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах;

Неотложные состояния, угрожающие жизни и здоровью пациента, требуют оказания лечебных мероприятий на всех этапах.

Главной задачей медицинской помощи на догоспитальном этапе является стабилизация состояния больного, быстрые адекватные лечебные мероприятия, следующие за быстро и грамотно проведенной дифференциальной диагностикой и постановкой предварительного диагноза.Только при соблюдении принципа преемственного лечения на всех этапах удается повысить уровень оказания медицинской помощи и, как следствие, предупредить развитие осложнений, снизить смертность, повысить шансы больного на полное выздоровление и качество жизни.

Задание № 1.

Используя знания по теме дайте определения следующим понятиям:

Плановое оперативное вмешательство это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Экстренное оперативное вмешательство это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Синдром «острого живота» это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Апоплексия яичника это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Перекрут ножки кисты яичника это

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Задание№2.

Составить схемы технологии оказания доврачебной медицинской помощи в ЖК при неотложных состояниях, используя Приказ №1832 «О совершенствовании оказания доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях», при следующих состояниях:

- внематочной беременности,

- апоплексии яичника,

- травмах половых органов,

- перекруте ножки опухоли,

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание№4.

Используя полученные знания, перечислите основные этапы подготовки женщины к оперативному лечению***.***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Задание№5.

Используя полученные знания заполните таблицу «Послеоперационные осложнения»

|  | ***Парез кишечника*** | ***Тромбофлебит*** | ***Пролежни*** |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Причины*** |  |  |  |
| ***Клиника*** |  |  |  |
| ***Лечение и уход*** |  |  |  |

Задание№6.

В приемный 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 тяжелое, лицо бледное, холодный пот, АД 80/50 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин.

Задания

1. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.

В приемный покой гинекологического отделения доставлена женщина 28 лет.

Жалобы: на слабость, головокружение и сильные боли внизу живота, которые возникли внезапно, боли иррадиируют во влагалище и прямую кишку.

Анамнез: считает себя беременной, последняя менструация пять недель назад.

Объективно; состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 90\55мм рт ст. Пульс 100 ударов в минуту, живот резко болезненный, симптом Щеткина - Блюмберга положительный, При попытке встать с кушетки женщина потеряла сознание.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Составьте алгоритм действия фельдшера и обоснуйте каждый этап,

3. Подготовьте инструменты к пункции заднего свода влагалища.

Задание№7.

Задание выполняется в паре или в малых группах.

Изучите алгоритмы и продемонстрируйте технику выполнения манипуляций, используя необходимое оснащение:1.техника выполнения сердечно-легочной реанимации (ПРИЛОЖЕНИЕ 31)

Замечание преподавателя:

Оценка:

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сейчас в нашей стране широко развита сеть медицинских и научно исследовательских институтов. Подготовкой медицинских сестѐр, работающих в многопрофильных больницах, родовспомогательных учреждениях и в поликлинической сети занимаются медицинские училища и колледжи, где уделяется большое внимание выработке практических навыков наряду с полноценной теоретической подготовкой среднего звена этих специалистов. В акушерско-гинекологической службе широкое применение находит работа медицинских сестѐр, они работают под руководством врача в женской консультации, в смотровых кабинетах, во всех подразделениях родовспомогательных учреждений, а, также, в гинекологических стационарах. Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства; оно постоянно находится в центре внимания законодательной и исполнительной власти РФ и еѐ субъектов. Нынешнее поколение акушерок и медсестѐр продолжает замечательные традиции российского родовспоможения. Целью создания настоящего сборника является формирование навыков самостоятельной познавательной деятельности, способностей к саморазвитию и самоконтролю при организации собственной деятельности.

**получит первоначальный практический опыт:**

**–** осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;

**–** проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с гинекологической патологией

**Будет знать:**

* Особенности работы медицинской сестры по наблюдению и уходу за пациентами в гинекологическом отделении
* Основные вопросы инфекционной безопасности пациента и персонала;
* Правила заполнения и ведения медицинской документации приемного отделения, палатной и процедурной медицинской сестры;
* Правила забора; хранения и доставки материала от пациенток для лабораторного исследования;
* Правила подготовки пациенток и инструментария к дополнительным методам исследования (диагностическое выскабливание, биопсия);
* Особенности организации лечебно-охранительного режима и питания за беременными, родильницами и роженицами и пациентками с гинекологическими заболеваниями;
* Особенности сестринского процесса при уходе за беременными, родильницами и роженицами и с гинекологическими заболеваниями;
* Особенности ухода за пациентками, страдающими гинекологическими онкологическими заболеваниями.

**Будет уметь:**

* уметь выполнять обследование, наблюдение, уход за беременными, родильницами и роженицами и при гинекологических заболеваниях
* уметь выявить акушерские и гинекологические осложнения, осуществлять уход и наблюдение, выполнять назначения врача;
* уметь ассистировать врачу и оказывать помощь пациентке в случае оперативных вмешательств (помощь в периоперативной практике);
* уметь оформить специальную документацию;

**Задачи:**

* Расширение и углубление теоретических знаний по сестринскому уходу за беременными, роженицами, родильницами и пациентками с гинекологическими заболеваниями;
* Освоение и закрепление практических умений по дисциплине;
* Применение сестринского процесса в сестринской практике ухода за беременными, роженицами, родильницами и пациентками с гинекологическими заболеваниями;
* Углубление знаний и умений по вопросам санитарно-эпидемического режима в акушерском и гинекологическом стационаре;
* Освоение особенностей форм и методов работы медицинской сестры по уходу за беременными, роженицами, родильницами и пациентками с гинекологическими заболеваниями;
* Воспитание трудовой дисциплины и профессиональной ответственности;
* Формирование и развитие у студентов этических принципов при работе с беременными, роженицами, родильницами

***Студент должны знать:***

* Особенности работы медицинской сестры по наблюдению и уходу за пациентами в гинекологическом отделении и беременными, находящимися в отделении патологии беременных, роженицами и родильницами в родильном отделении;
* Основные вопросы инфекционной безопасности пациента и персонала;
* Правила заполнения и ведения медицинской документации приемного отделения, палатной и процедурной медицинской сестры;
* Правила забора; хранения и доставки материала от пациенток для лабораторного исследования;
* Правила подготовки пациенток и инструментария к дополнительным методам исследования (диагностическое выскабливание, биопсия);
* Особенности организации лечебно-охранительного режима и питания за беременными, роженицами, родильницами и пациентками с гинекологическими заболеваниями;
* Особенности сестринского процесса при уходе за беременными, роженицами, родильницами и пациентками с гинекологическими заболеваниями;
* Особенности ухода за пациентками, страдающими гинекологическими онкологическими заболеваниями.

# БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акушерство: руководство к практическим занятиям: учебное пособие/ М.В.Дзигуа, А.А.Скребушевская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Акушерство: учебник / под ред. проф. В.Е.Радзинского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
3. Гуськова Н.А., Солодейникова М.В., Харитонова С.В. «Акушерство», СПб, СпецЛит, 2008.
4. Дзигуа М.В. Физиологическое акушерство.- М.: ГЭОТАР-Медиа.2016.
5. Дзигуа М.В., Скребушевская А.А. «Акушерство. Руководство к практическим занятиям». – М.: ГЭОТАР-Медиа 2012.
6. Прилепская В.Н.,Радзинский В.Е. Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушерок». - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
7. Радзинский В.Е. «Акушерство»: Учебник для акушерских отделений средних cпециальных медицинских учебных заведений, М., ГЭОТАР –Медиа, 2014.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ**

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

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

сонливость.

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

из сосков.

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

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

16 нед. — 6 см;

20 нед — 12—14 см;

24 нед — 20 см;

28 нед. — 24—26 см;

32 нед. — 28—30 см;

36 нед. — 32—34 см;

40 нед. — 28—30 см

**НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

относится к основным методам обследования беременной. При пальпации живота определяют части плода, его величину, положение, позицию, предлежание, отношение предлежащей части плода к тазу матери, ощущают движение плода, а также получают представление о количестве околоплодных вод и состоянии матки.

Показания: 1) определение положение плода в матке.

Оснащение рабочего места:1) кушетка, покрытая обеззараженной клеёнкой; 2) индивидуальная карта беременной и родильницы (история родов); 3) индивидуальная пеленка.

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Информировать беременную о необходимости выполнения и сущности манипуляции.

2. Беременную уложить на кушетку, покрытую индивидуальной пеленкой, ноги согнуты в тазобедренных суставах и в коленных суставах.

3. Вымыть руки.

4. Стать справа от беременной лицом к ней.

Основной этап выполнения манипуляции.

5. С помощью первого приёма определяют высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится у дна матки. Для этого ладони обеих рук располагаются на уровне дна матки, пальцы рук сближаются, осторожным надавливанием вниз определяется уровень стояния дна матки и часть плода, которая находится у дна матки.

6. С помощью второго приёма определяют позицию и вид позиции плода. Обе руки со дна матки перемещают книзу, расположив их на боковых поверхностях. Пальпацию частей плода производят поочерёдно правой и левой рукой, чтобы определить, в какую сторону обращена спинка плода и его мелкие части. Спинка плода определяется на ощупь как широкая, гладкая, плотная поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде подвижных небольших частей (ножки, ручки ). Если спинка обращена влево –первая позиция. Если спинка обращена вправо-вторая позиция.

7. С помощью третьего приёма определяют предлежание плода. Исследование выполняется следующим образом: правую руку нужно положить немного выше лонного сочленения так, чтобы большой палец находился с одной стороны, а четыре остальных-с другой стороны нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружаются вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном. Головка плода определяется как плотная, круглая, крупная часть, а ягодицы –крупная, но мягкая часть.

8. С помощью четвертого приема определяют предлежащую часть (головка или ягодицы), место нахождения предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже, где именно), в каком положении находится предлежащая головка (в согнутом или разогнутом). Для этого нужно стать лицом к ногам женщины, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при пальпации концы пальцев касаются симфиза. Вытянутыми пальцами, осторожно проникают вглубь, по направлению к полости таза, и кончиками пальцев определяют предлежащую часть плода (головка, тазовый конец) и высота ее стояния. Степень вставления головки плода в малый таз определяют следующим образом. Проникнув пальцами обеих рук возможно глубже в таз и надавливая на головку, производят скользящие по ней движения в направлении к себе. Если головка подвижна над входом в малый таз, можно при наружном исследовании подвести под нее пальцы обеих рук и даже отодвинуть ее от входа.

Если при этом пальцы рук расходятся, головка находится во входе в малый таз малым сегментом. Если скользящие по головке кисти рук сходятся, то головка либо расположена большим сегментом во входе, либо прошла через вход и опустилась в более глубокие отделы таза. Если головка плода полностью выполняет полость малого таза, то

прощупать ее наружными приемами не удается.

Заключительный этап.

9. Вымыть руки.

10. Полученные данные отмечают в индивидуальной карте беременной и родильницы (истории родов).

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО СРОКА РОДОВ И ДАТЫ ДОРОДОВОГО ОТПУСКА.**

Показания: 1) определение срока родов и даты дородового отпуска.

Оснащение рабочего места: 1)медицинская кушетка; 2) сантиметровая лента; 3) тазомер; 4) календарь; 5) индивидуальная карта беременной и родильницы (история родов).

Основной этап выполнения манипуляции.

1.Определить дату родов по менструации. К первому дню последней менструации прибавить 280 дней (40 недель или 10 акушерских месяцев). Или от первого дня последней менструации отнять 3 месяца и прибавить 7 дней.

2.Определить дату родов по шевелению. К дате 1-го шевеления прибавить у первородящих 140 дней ( 20 недель, 5 акушерских месяцев). У повторнородящих – 154 дня (22 недели, 5,5 месяца).

3.Определить дату родов по первой явке в женскую консультацию. При этом учитывают данные объективного обследования: величину матки, объем живота, высоту стояния дна матки, длину плода и размеры головки плода.

4.Определить дату родов по данным ультразвукового исследования.

5.Дату декретного отпуска определяют по тем же данным.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**ВЗЯТИЕ МАЗКА НА ОНКОЦИТОЛОГИЮ**

Показания: 1) пациенткам, поступающим в гинекологическое, родильное отделение (больницу); 2) в женской консультации при обследовании гинекологических больных; 3) при профилактическом осмотре.

Оснащение рабочего места: 1) зеркала ложкообразные или створчатые; 2) ватные тампоны; 3) предметные стекла; 4) пинцет; 5) бланки направления; 6) цитощетка; 7) ложечка Фолькмана; 8) стерильные перчатки; 9) гинекологическое кресло; 11) индивидуальная пеленка.

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Подготовить необходимый инструментарий.

2. Промаркировать предметные стекла.

3. Тщательно вымыть руки с мылом, просушить, надеть стерильные перчатки.

4. Пациентка предварительно опорожняет мочевой пузырь и производит туалет наружных половых органов.

5. Укладываем пациентку на гинекологическое кресло, покрытое индивидуальной пеленкой.

Основной этап выполнения манипуляции.

5. Ввести зеркало во влагалище и обнажить шейку матки.

6. Ватным тампоном удалить излишки слизи из влагалища.

7. Вскрыть блистерную упаковку цитощетки со стороны рукоятки.

8. Ввести цитощетку в цервикальный канал, повернуть на 360°.

9. При заборе материала с поверхности шейки матки, согнуть рабочую часть цитощетки под прямым углом по отношению к рукоятке (не вскрывая упаковки).

10. Ввести инструмент до касания с поверхностью шейки и медленно повернуть на полный оборот.

11. Материал нанести на предметное стекло.

Заключительный этап.

11.Извлечь зеркала, погрузить в дезинфицирующим средством.

12.Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.

13.Заполняем направление: фамилия, имя, отчество, возраст, домашний адрес, диагноз, дата последней менструации, дата взятия материала и номер, соответствующий номеру стекла, фамилия врача или акушерки.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**ИЗМЕРЕНИЕ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА**.

Измерение размеров большого таза позволяет косвенно судить о размерах малого таза, позволяет нам установить степень сужения таза. Для определения истинной коньюгаты, из наружной вычитают 9 см.

Показания: 1) измерение наружных размеров таза;

Оснащение рабочего места: 1) кушетка; 2)тазомер; 3) сантиметровая лента; 4) индивидуальная пеленка; 5) дезинфицирующее средство.

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Информировать беременную или роженицу о необходимости выполнения и сущности манипуляции.

2. Пациентку уложить на кушетку, покрытую индивидуальной пеленкой, на спину, ноги выпрямлены.

3. Вымыть руки.

4. Встать справа от женщины, лицом к ней.

5. Взять тазомер так, чтобы шкала была обращена кверху, а большие и указательные пальцы лежали на пуговках тазомера.

6. Указательными пальцами прощупать пункты, между которыми измеряют расстояние, прижимая к ним пуговки тазомера и отметить по шкале величину полученного размера.

Основной этап выполнения манипуляции.

7. Distancia spinarum - расстояние между передневерхними остями подвздошных костей. Пуговки тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. В норме 25- 26 см.

8. Distancia cristarum- расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. Пуговки с остей передвигаю по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшего расстояния, это и будет distancia Cristarum. В норме 28- 29 см.

9. Distancia trachanterica- расстояние между большими вертелами бедренных костей. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов (предлагают пациентке поворачивать ступни внутрь и кнаружи) и прижимают пуговки тазомера. В норме 30- 31 см.

10. Для измерения наружной коньюгаты беременную нужно уложить на бок, нижележащую ногу согнуть в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую - выпрямить.

11. Пуговки тазомера устанавливаются на середине верхненаружного края симфиза и к надкрестцовой ямке на спине, которая находится под остистым отростком V поясничного позвонка, что соответствует верхнему углу ромба Михаэльса- размер равен 20- 21см.

Заключительный этап.

13. Полученные данные записать в индивидуальную карту беременной и родильницы.

14. Вымыть руки,

15. Обработать тазомер шариком, смоченным в дезинфицирующем средстве.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

**ПРОСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА**

Аускультацию проводят акушерским стетоскопом главным образом для определения сердечных тонов плода после 20 недель, которые служат достоверным признаком беременности. Путем выслушивания сердечных тонов, также выясняют состояние плода, что имеет особо важное значение во время родов.

В настоящее время для оценки сердечной деятельности плода используют также электрокардиографию (ЭКГ), фонокардиографию (ФКГ). Одним из ведущих методов оценки состояния плода в настоящее время является кардиотокография (КТГ). В норме частота сердцебиения плода-120-160 ударов в минуту.

**Показания:** 1) определение сердечных сокращений плода

**Оснащение рабочего места:** 1)акушерский стетоскоп;2) секундомер; 3) кушетка; 4) кардиотокограф; 5) индивидуальная пеленка.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать беременную или роженицу о необходимости выполнения и сущности манипуляции.

2. Беременную уложить на кушетку, покрытую индивидуальной пеленкой, на спину, ноги выпрямлены.

3. Вымыть руки.

4. Провести наружное акушерское исследование для определения положения и предлежания плода.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

5. Акушерский стетоскоп широкой воронкой приложить к оголенному животу беременной.

6. При затылочных предлежаниях сердцебиение плода прослушивается ниже пупка: слева - при первой позиции, справа - при второй позиции. При тазовых предлежаниях наиболее отчетливо сердцебиение плода прослушивается выше пупка в зависимости от позиции плода слева или справа. При поперечном положение плода – на уровне пупка, ближе к головке.

7. При выслушивании сердцебиения плода можно уловить биение брюшной аорты, крупных сосудов матки. Они совпадают с пульсом матери.

8. Подсчитать количество сердечных ударов плода за одну минуту.

9. Наблюдение за сердечной деятельностью плода при помощи кардиотокографии. Беременную укладывают на кушетку и проводят наружное акушерское исследование. На ультразвуковой приемник наносят контактный гель и располагают его на животе матери в месте наилучшего прослушивания сердечных тонов. Закрепляют ремень и ведут запись в течении 40 минут в положении пациентки на левом боку.

**Заключительный этап.**

10. Стетоскоп после окончания исследования протереть ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.

11. Вымыть руки.

12. Записать полученные данные в индивидуальную карту беременной и родильницы ( историю родов).

# ПРИЛОЖЕНИЕ 5

**ПОДСЧЕТ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА**

**ЦЕЛЬ:** диагностическая

**ПРИМЕЧАНИЕ**: Человек за сутки потребляет 1,5-2 литра жидкости в зависимости от сезона. Трудовой деятельности, массы тела, состояния здоровья, а выделяет через мочевыделительную систему и ЖКТ 70-80% потребленной жидкости; остальная жидкость выводится из организма при дыхании, потоотделении.

**ОСНАЩЕНИЕ:** медицинские весы, мерная стеклянная градуированная емкость для сбора мочи, лист учета водного баланса.

Этапы

1. Подготовка к процедуре

1.1. Представиться пациентке. Объяснить пациенту цель, ход процедуры. Получить его согласие

1.2. Убедиться, что пациентка сможет проводить учет жидкости

1.3. Объяснить пациентке необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режимов

1.4. Убедиться, что пациентка не принимала диуретики в течение 3 дней до исследования

1.5. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса. Убедиться в умении заполнять лист

1.6. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета введенной жидкости.

Примечание: для подсчета суточного диуреза необходимо учитывать всю потребленную жидкость: питьевую воду, напитки, первые блюда, овощи, фрукты, ягоды, мороженое, парентеральное введение лекарственных средств.

Учету количества выделенной жидкости подвергаются не только моча, но и рвотные массы, испражнения пациента

2. Выполнение процедуры

2.1. Объяснить пациентке, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз.

Примечание: собирать мочу в течение 24 часов (1 сутки) с 6.00 часов утра до 6.00 часов следующих суток

2.2. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость

2.3. Фиксировать количество и время выделенной мочи в листе учета водного баланса

2.4. Фиксировать количество принятой жидкости, содержащейся в продуктах питания, в листе учета водного баланса

2.5. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре

3. Завершение процедуры

3.1. Определить медицинской сестре, какое количество жидкости должно выделиться с мочой (в норме).

Примечание: расчет учета водного баланса определяется по формуле: количество выделенной мочи умножить на 0,8 (80%) = количеству мочи, которое должно выделиться в норме

3.2. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме)

3.3. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано.

3.4. Считать водный баланс отрицательным, если в течение суток выделено жидкости меньше нормы (70-80% - часть жидкости задерживается в организме)

3.5. Сделать записи в листе учета водного баланса и оценить его. Сообщить пациенту.

Примечание: Положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения и схождения отеков. Отрицательный – о нарастании отеков или неэффективности дозы диуретических средств

# ПРИЛОЖЕНИЕ 6

**ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**ЦЕЛЬ**: диагностическая

**ОСНАЩЕНИЕ:** тонометр, фонендоскоп, ручка, температурный лист (амбулаторная карта), салфетка, смоченная в антисептике.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** не следует измерять АД на руке со стороны произведенной мастэктомии, если рука парализована или ослаблена после инсульта, а также при проведении с данной стороны внутривенной инфузии.

Этапы

1. Подготовка к процедуре

1.1. Предупредить пациентку о предстоящем исследовании за 15 минут до его начала

1.2. Объяснить пациентке цель, ход процедуры. Получить его согласие на проведение

1.3. Попросить пациентку лечь или сесть к столу

1.4. Вымыть, осушить руки

2. Выполнение процедуры

2.1. Помочь пациентке сдвинуть или снять одежду с руки

2.2. Предложить пациентке правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх

2.3. Попросить пациентку подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки или валик

2.4. Наложить манжету на обнажённое плечо пациентки на 2-3см выше локтевого сгиба. Закрепить манжету так, чтобы между ней и плечом проходил только один палец.

Примечание: одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты

2.5. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы

2.6. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану фонендоскопа

2.7. Закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо и быстро нагнетать в манжету воздух пока давление в ней не превысит 30мм.рт.ст. – уровень, при котором исчезают тоны Короткова или пульсация лучевой артерии

2.8. Открыть вентиль и выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1с. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии

2.9. Следить за показателями шкалы манометра: при появлении первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению

2.10. Продолжая выпускать воздух из манжеты, отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова

2.11. Полностью открыть вентиль, снять манжету, выпустить воздух

2.12. Сообщить пациентке результат измерения

2.13. Повторить процедуру через 2-3 минуты на второй руке

2.14. Сообщить пациентке результат измерения

3. Завершение процедуры

3.1. Обработать мембрану и оливы фонендоскопа салфеткой смоченной в антисептике

3.2. Вымыть, осушить руки

3.3. Документировать выполнение процедуры

# ПРИЛОЖЕНИЕ 7

**ИЗМЕРЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Физиологической кровопотерей в последовом и раннем послеродовом периоде считается 250 - 400 мл или 0,5% массы тела.

**Показания:** 1) третий период родов; 2) ранний послеродовый период.

Оснащение рабочего места: 1) градуированный сосуд; 2) лоток; 3) весы; 4) пеленки; 5) перчатки.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. В третьем периоде родов под тазовый конец роженицы подкладывается лоток и в него опускается конец пуповины (лоток подкладывается для собирания в него крови).

**Основной этап выполнения манипуляции**.

2. Кровь из лотка переливают в градуированный сосуд, определяют объем кровопотери.

3. Взвешивают пеленки, пропитанные кровью, вычитают вес сухих пеленок.

4. Определяют суммарный объем кровопотери, исходя из того, что 100 мл крови весит 125 гр.

5. Определение % потеряной крови от массы тела роженицы перед родами. Кровопотеря 0,5% от массы тела – физиологическая, 0,7% и более – патологическая.

6. Спектрофотометрический метод. Его недостаток-продолжительность выполнения (до 20 минут).

7. Определение шокового индекса. Это отношение частоты пульса к уровню систолического артериального давления.

**Шоковый индекс** **Объем кровопотери (% ОЦК)**

0,8 и меньше 10

О,9 - 1,2 20

1,3 - 1,4 30

1,5 и более 40

**Заключительный этап**.

8. Суммарный объем кровопотери в родах записывают в историю родов.

**ПОДСЧЕТ И ОЦЕНКА СХВАТОК**

**Схватки** - непроизвольное ритмичное сокращение мышц матки.

**Показания**: оценить родовую деятельность.

Противопоказаний нет.

**Основной этап выполнения манипуляции**:

1. Представиться пациентке. Объяснить пациенту цель, ход процедуры. Получить его согласие

2. Акушерка кладет руку на дно матки и определяет силу, продолжительность сокращающей матки, степень расслабления матки путем пальпации. Во время схватки матка постепенно становится плотной, затем постепенно расслабляется. Продолжительность схватки определяется по секундомеру, а также пауза между схватками, когда матка спокойная, расслабленная, мягкая при пальпации.

3. Считать частоту схваток обязательно в течение 10 минут. При нормальной хорошо выраженной деятельности родовой схватки длятся по 40-45 сек. Через 1-2 мин, в период раскрытия.

**Заключительный этап.**

4. Данные сообщить доктору и занести в историю родов.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 9

**СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА**

**Общие сведения**: для ведения последового периода важно знать признаки, указывающие на то, что плацента отделилась от стенок матки, после чего применить наружные приемы выделения последа.

**Показания**:3 период родов. Наличие признаков отделения плаценты.

**Оснащение**: катетер для катетеризации мочевого пузыря, лоток, зажим для пуповины.

**Подготовительный этап:**

1. Опорожнить мочевой пузырь катетером

2. Предложить женщине потужиться. Если послед не рождается, применяют следующие наружные методы удаления отделившегося последа.

**Основной этап:**

1. **Способ Абуладзе**. Переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку таким образом, чтобы были плотно обхвачены пальцами обе прямые мышцы живота. После этого предлагают женщине потужиться. отделившийся послед при этом легко рождается, благодаря устранению расхождения прямых мышц живота и значительному уменьшению объема брюшной полости.

2. **Способ Креде-Лазаревича**. Выполняется в определенной последовательности:

а/ опорожняют мочевой пузырь катетером

б/ приводят дно матки в срединное положение

в/ производят легкое поглаживание /не массаж!/ матки в целях ее сокращения

г/ обхватывают дно матки кистью той руки, которой акушер лучше владеет, с таким расчетом, чтобы ладонные поверхности четырех ее пальцев располагались на задней стенке матки, ладонь - на самом дне матки, а большой палец - на передней ее стенке д/ одновременно надавливают на матку всей кистью в двух перекрещивающихся направлениях (пальцами - спереди назад, ладонью снизу вверх в направлении к лобку до тех пор пока послед не родится из влагалища

3. **Способ Гентера.**

а/ мочевой пузырь опорожняют катетером

б/ дно матки приводят к серединной линии

в/ акушерка становится сбоку от роженицы, лицом к ее ногам, кисти рук, сжатые в кулак, кладут тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки ( в области трубных углов) и постепенно надавливают в направлении книзу и внутрь

г/ роженица при этом не должна тужиться

Метод Гентера применяется сравнительно редко.

**Заключительный этап:**

1. Иногда, после рождения плаценты, обнаруживается, что оболочки задерживаются в матке. В таких случаях, родившуюся плаценту берут в ладони обеих рук и медленно вращают в одном направлении. При этом происходит скручивание оболочек, способствующее постепенному их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва.

2. Способ выделения оболочек по Гентеру. После рождения плаценты, роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз; при этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению оболочек

3. После выделения последа проводят наружный массаж матки.

4. Положить холод на низ живота

5. Осмотреть послед.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 10

**ПЕРВИЧНЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО**

**Цель**: проведение первых гигиенических процедур новорожденному

**Оснащение**: индивидуальный комплект стерильного белья (одеяло, 3 бязевые или бумажные пеленки), лоток для ребенка, стерильная резиновая груша или электроотсос, ватные шарики, 20% раствор сульфацила натрия (альбуцид), 1-2% раствор нитрата серебра, 3 зажима Кохера, 70% этиловый спирт, стерильный ножницы, скоба Роговина, 4-х-слойная треугольная повязка Чистяковой, 5% раствор перманганата калия, ватные палочки, стерильное вазелиновое масло 30мл, сантиметровая лента, лотковые медицинские весы, 2 клеенчатых браслета, карточка для записи данных о ребенке, набор для пеленания, стерильные перчатки, лоток для использованного материала, мешок для грязного белья.

**Подготовительный этап:**

1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры, получить согласие

2. Подготовить необходимое оснащение

3. Вымыть, обработать и осушить руки, надеть перчатки

**Основной этап**

1. В момент рождения головки ребенка акушерка с целью профилактики аспирации проводит отсасывание содержимого из ротовой полости и верхней части глотки (но не из носовых ходов, ибо это может вызвать рефлекторный вдох и аспирацию содержимого ротовой полости!) при помощи электроотсоса или стерильной резиновой груши.

2. Поместить ребенка на лоток ниже уровня расположения плаценты.

3. Профилактика гонобленнореи (офтальмобленнореи): · протереть веки от наружного угла к внутреннему сухим ватным шариком (отдельным ватным шариком для каждого глаза) · пальцами левой руки осторожно оттягивают нижнее веко вниз и, пользуясь стерильной пипеткой, наносят на слизистую оболочку (конъюнктиву) век по 1 капле 20% раствора сульфацила натрия (альбуцида) · смыкание век и острожное протирание от избытка раствора · девочкам дополнительно в наружные половые органы по 1-2 капле стерильного свежеприготовленного 1-2% раствора нитрата серебра · повторить профилактику офтальмобленнореи через 2 часа

4. Обработка пуповины I этап · Обработать пуповину 70% раствором этилового спирта в направлении от пупочного кольца к периферии, слегка отжимая оставшуюся кровь · Наложить один зажим Кохера на расстоянии 10-12см от пупочного кольца · Наложить второй зажим Кохера на 3-5-см дистальнее первого · Обработать расстояние между зажимами 70% раствором этилового спирта · Стерильными ножницами пересечь пуповину

5. Оценить состояние ребенка по шкале Апгар по 5 показателям (каждый показатель оценивается от 0 до 2 баллов): 1. Цвет кожных покровов 2. Пульс 3. Мышечный тонус 4. Частота дыхания 5. Рефлексы В норме 8-10 баллов.

6. Если позволяет состояние ребенка, то его выкладывают на живот матери

7. Сбросить одежду в мешок для грязного белья.

8. Акушерка надевает чистый халат, моет и обрабатывает руки, надевает перчатки

9. Переложить ребенка на пеленальный столик, на котором находится индивидуальный комплект подогретого белья. Столик должен обогреваться сухим лучистым теплом.

10. Обработка пуповины II этап · Обработать пуповину 70% раствором этилового спирта, включая кожу вокруг пупочного кольца. · Специальным инструментом на пуповину накладывают скобу Роговина на расстоянии 1,5-2 см от пупочного кольца · Стерильными ножницами пересечь пуповину на расстоянии 1-1,5см от скобы Роговина · Обработать пуповину 5% раствором перманганата калия от центра к периферии, начиная со среза пуповины (не касаясь кожи вокруг пупочного кольца). · После описанной обработки на остаток пуповины накладывают стерильную 4-х-слойную треугольную марлевую повязку (повязка Чистяковой).

11. Обработать кожные покровы салфеткой, смоченной стерильным вазелиновым маслом, удаляя при этом избыток сыровидной смазки, остатки крови и слизи. Полностью удалять сыровидную смазку нецелесообразно.

12. Тщательно осмотреть ребенка с целью выявления врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.).

13. Показать ребенка матери

14. На 5-ой минуте жизни повторно оценить состояние ребенка по шкале Апгар

15. Антропометрия: 1. Измерение клеенчатой или бумажной лентой с отметками-надрывами с последующим сопоставлением с сантиметровой шкалой на пеленальном столике или стерильной клеенчатой сантиметровой лентой: а) рост - от затылочного до пяточных бугров при вытянутых ножках; б) окружность головки – от затылочного бугра по линии надбровных дуг; в) окружность грудной клетки – по нижним углам лопаток и по околососковой линии 2. Взвешивание на лотковых весах в стерильной пеленке (вводится поправка на массу пеленок и зажимов).

16. Заполнение клеенчатых стерильных браслеток и карточки: 1. Фамилия, имя, отчество матери (полностью). 3. Номер истории родов. 4. Дата и час рождения. 5. Пол новорожденного. 6. Мacca новорожденного. 7. Рост новорожденного. 8. Оценка по шкале Апгар.

17. Сверить данные с матерью

18. Надеть браслетки на запястья обеих ручек ребенка

19. Запеленать ребенка Карточку с данными о ребенке вложить в одеяло

20. При отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка приложить его к каждой груди по 5 минут

21. Переложить ребенка на пеленальный столик под источник лучистого тепла набок Наблюдать в течение 2 часов за состоянием ребенка

22. Через 2 часа провести повторную профилактику гонобленнореи

23. Перевести маму и ребенка в палату совместного пребывания

**Заключительный этап:**

1. Провести утилизацию перевязочного материала и дезинфекцию инструментария.

2. Вымыть и осушить руки.

3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 11

М**ЕТОДИКА И ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ.**

Последовательность обследования:

1. Осмотр бюстгалтера, который держит в руках женщина на предмет наличия на нем следов выделений.

2. Осмотр грудных желез с *опущенными руками* . При этом определяется симметричность желез, наличие деформаций или втяжений.

3. Осмотр грудных желез в положении с *поднятыми руками* у женщины – также обращается внимание на появление этих изменений, которые не были видимы в положении с опущенными руками.

4. Осмотр сосков и околососковые зоны. При этом просите женщину нажать на сосок для проверки вероятности появления выделений из сосков.

5. **Пальпация грудных желез**: Для исследования внешних квадрантов левой грудной железы и внутренних квадрантов правой железы врач находится справа. Ладонь левой руки врача находится на правом плече женщины. Ладонь правой руки врача располагается на левой грудной железе так, чтобы сосок находился в центре ладони. Приподнимается вся грудная железа кверху для равномерного ее размещения на передней грудной стенке. Перемещая поочередно пальцы правой руки по поверхности железы (легкое разминание железы между пальцами с целью выявления небольших узловых образований в ней) исследуется вся толща ткани железы.

Для исследования (пальпации) внешних квадрантов правой и внутренних квадрантов левой грудной железы врач становится с левой стороны от женщины и прощупывание осуществляется уже левой рукой врача, а правая находится на левом плече (эта рука поддерживает женщину от возможного ее падения от нажима на железу исследуемой рукой).

Кроме того, пальпацию проводят:

• круговыми движениями (см. рис, а);

• движениями вверх-вниз (см. рис, б);

• отцентровыми и центробежными движениями (см. рис, в).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://studfiles.net/html/2706/1006/html_XYtvvsbKIN.YA2j/img-2gae5J.png | https://studfiles.net/html/2706/1006/html_XYtvvsbKIN.YA2j/img-YjnfnP.png | https://studfiles.net/html/2706/1006/html_XYtvvsbKIN.YA2j/img-31xeBx.png |
|  |  |  |

Рис. Направление пальпаторных движений при обследовании молочной железы.

6. Исследование грудных желез на кушетке. Просите женщину лечь на кушетку. Исследование каждой грудной железы проводится пальцами обеих рук врача. Вследствие того, что грудная железа при этом сама располагается равномерно на передней грудной стенке, то исследования ее возможно благодаря умеренному нажатию пальцами на железу. Узловые образования при этом обнаруживаются благодаря их нахождению между грудной стенкой и вашими пальцами.



# ПРИЛОЖЕНИЕ 12

**ОСМОТР ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ.**

Данный метод исследования позволяет определить форму шейки матки, форму наружного зева, выявить цианоз шейки и слизистой оболочки влагалища (вероятный признак беременности), заболевания шейки матки и влагалища (воспаления, эрозия, полип, рак), оценить характер выделений, осмотреть стенки влагалища.

**Показания:**1) обследование гинекологических больных;

2) обследование беременных и родильниц; 3) проведение профилактического осмотра.

**Оснащение рабочего места:**1) гинекологическое кресло;

2) стерильные перчатки; 3) зеркала ложкообразные Симса или створчатые Куско стерильные; 4) пеленки стерильные; 5) емкости с дезинфицирующим средством; 6) индивидуальная карта беременной и родильницы (медицинская карта амбулаторного больного), 7) ветошь.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать беременную, родильницу и гинекологическую больную о необходимости выполнения и сущности данной манипуляции.

2. Предложить пациентке опорожнить мочевой пузырь.

3. Уложить пациентку на гинекологическое кресло в положение «на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены в стороны».

4. Вымыть руки и надеть стерильные перчатки.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

5. Большим и указательным пальцами левой руки развести большие и малые половые губы.

6. Ввести во влагалище зеркало Куско в сомкнутом виде продольно длиннику половой щели по задней стенке влагалища наполовину.

7. Затем повернуть так, чтобы одна створка была спереди, другая сзади, рукоятка зеркала – обращена вниз.

8. После чего надавить на замок, продвинуть в раскрытом виде зеркало к сводам так, чтобы видна была шейка матки, и закрепить его.

9. Осмотреть шейку матки, определить форму шейки, состояние наружного зева, положение, величину, окраску слизистой оболочки, наличие патологических процессов. Стенки влагалища осматривают при извлечении зеркал

10.Ложкообразные зеркала сначала вводят ребром по задней стенке влагалища, а затем, введя в глубину, поворачивают поперек, оттесняя кзади промежность. Параллельно ему вводят переднее зеркало –подъемник, которым приподнимают переднюю стенку влагалища.

**Заключительный этап**.

11. Удалить зеркало из влагалища, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.

12. Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим средством.

13. Вымыть руки.

14. Полученные данные внести в медицинскую документацию.

15. Надеть перчатки, обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим средством.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 13

**ТУАЛЕТ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Цель**: гигиена наружных половых органов.

**Показания:** невозможность проводить гигиенические процедуры, подготовка к катетеризации мочевого пузыря и другим и инструментальным исследованиям.

**Оснащение**: 1) ширма, фартук; 2) кувшин (кружку Эсмарха) с теплой водой (35 -37 0 С), почкообразный лоток, судно; 3)впитывающие пеленки, клеенка, перчатки, марлевые салфетки (тампоны), корнцанг или пинцет; 4) емкость для сброса использованного материала, мешок для использованного белья и клеенки.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

останьтесь с пациенткой в комнате наедине, попросить всех вас не беспокоить некоторое время, закройте дверь в комнату, отгородите пациентку ширмой, закройте окно шторой (если комната на первом этаже), будьте деликатны и серьезны (даже улыбка может быть неправильно истолкована). Дайте пациентке ощутить температуру воды, которой вы будете проводить подмывание (полейте немного воды на внутреннюю поверхность бедра пациентки, а затем уже подмывайте).

1. Объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение процедуры.

2. Отгородить пациентку ширмой.

3. Подготовить необходимое оснащение.

4. Налить в кувшин теплую воду 35 -37 0 С.

5. Вымыть и высушить руки, надеть перчатки.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

6. Опустить изголовье кровати, повернуть пациентку на бок, постелить клеенку или впитывающую пеленку под пациентку.

7. Поставить судно в непосредственной близости от ягодиц пациентки. Повернуть ее на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. Помочь занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги согнуты в коленях и разведены в тазобедренных суставах).

8. Встать справа от пациентки, держать кувшин в левой руке (если медсестра «правша»), а корнцанг в правой. Поместить в непосредственной близости от себя лоток с тампонами или салфетками. Закрепить тампон (салфетку) корнцангом или брать их пинцетом.

9. Лить воду тонкой струйкой на гениталии женщины. Тампонами, закрепленными корнцангом осуществлять движения сверху вниз, меняя их после каждого движения, а также при переходе с левой стороны на правую сторону.

10. Порядок подмывания: а) одной салфеткой – лобок; б) второй и третьей – паховые складки справа и слева; в) далее правую и левую большие половые губы разными салфетками; г) также разными салфетками обрабатывать складки между большими и малыми половыми губами; д) движением сверху вниз обработать преддверие влагалища; е) промежность; ж) межягодичную складку по направлению сверху вниз к анальному отверстию; з) анальное отверстие.

11. Отработанные салфетки помещать в емкость для использованного материала.

12. Сухими салфетками промокательными движениями разными салфетками и в том же порядке осушить гениталии пациентки.

**Заключительный этап**.

13. Убрать судно, клеенку, перемещая пациентку на бок и обратно.

14 . Положить клеенку в мешок для использованного белья. Опустить судно в емкость для дезинфекции.

15. Провести дезинфекцию использованных салфеток и утилизировать в мешок класса «В»

16. Снять перчатки и погрузить в емкость для дезинфекции.

17. Вымыть и высушить руки.

18. Сделать соответствующую запись в медицинской документации.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 14

**ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА (СТРУЙНО)**

**Цель:** введение лекарственных препаратов

**Противопоказания:** повышенная чувствительность к вводимому препарату, наличие признаков воспаления вен, гематомы, отек, местный очаг инфекции (воспаления)

**Места введения**: вены локтевой сгиба, в редких случаях вены предплечья, кисти, стопы

**Оснащение**: 2 пары перчаток, ватные шарики, смоченные в антисептическом растворе, салфетка, лоток, шприц, 2 иглы, венозный жгут, клеёнчатая подушка, лекарственный препарат, емкости для использованного материала, пластырь или бинт

**Подготовительный этап**

1. Установить с пациентом доверительные отношения, объяснить цель процедуры, получить согласие пациента

2. Ознакомиться с листом назначения

3. Подготовить необходимое оснащение

4. Придать пациенту удобное положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды

5. Обработать руки на гигиеническом уровне

6.Надеть перчатки, маску, очки

**Основной этап**

1. Подложить под локоть пациента резиновую подушку (максимальное разгибание и фиксация вены). Наложить жгут на 10-15 см выше предполагаемого места инъекции на салфетку или рукав рубашки. Свободные концы жгута должны быть направлены вверх, пульсация на лучевой артерии сохранена

2. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, затем зажать его. При необходимости опустить руку пациента вниз. Можно также наполнить вену кровью движениями ладони медсестры от периферии конечности к месту инъекции. Пропальпировать вену.

3. Обработать место инъекции 2 шариками, смоченными в антисептическом растворе, круговыми движениями от центра (места инъекции) к периферии, в начале большое поле, затем непосредственно место инъекции. Подождать пока антисептический раствор высохнет.

4. Взять шприц в правую руку, указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные охватывают цилиндр шприца.

5. Натянуть кожу большим пальцем левой руки к периферии, ниже на 5-7 см по ходу вены, тем самым фиксировать ее. Не меняя положения шприца в руке и держа иглу срезом вверх под углом 300 ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене подкожно, отступив 1,0-1,5 см от места предполагаемого «входа» в вену

6. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить угол наклона (до 150) иглы и осторожно ввести в вену, пока не возникнет ощущение «пустоты». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении

7. Убедится, что игла в вене. Для этого необходимо перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя, если в шприце появилась кровь, следовательно, игла находится в вене

8. Развязать левой рукой жгут, потянув один из свободных концов, попросить пациента разжать кулак

9. Не меняя положения шприца, перенести левую руку на поршень и медленно ввести лекарственный препарат

10. Во время введения лекарственного препарата необходимо постоянно наблюдать за общим состоянием пациента и местом инъекции

11. По окончании введения лекарственного препарата прижать к месту инъекции ватный шарик, смоченный в антисептическом растворе, извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе

8. Погрузить шприц в емкость с дезинфицирующим раствором после того, как будет снята игла при помощи иглосъемника непрокалываемого контейнера для использованных игл.

**Заключительный этап:**

1. Попросить пациента держать руку согнутой не менее 5 минут, затем погрузить ватный шарик в емкость с дезинфицирующим раствором. Место инъекции заклеить бактерицидным пластырем или забинтовать.

2. Предложить пациенту спокойно посидеть (или полежать) в течение нескольких минут после манипуляции.

3. Погрузить шприц в емкость с дезинфицирующим раствором после того, как будет снята игла при помощи иглосъемника непрокалываемого контейнера для использованных игл.

4. Провести дезинфекцию резиновой подушки и жгута

5. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором

6. Вымыть и осушить руки

7. Сделать запись в листе назначения о проведенной манипуляции

# ПРИЛОЖЕНИЕ 15

**ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА (КАПЕЛЬНО)**

**Подготовка к процедуре**

1. Проверить лист назначения

2. Идентифицировать

пациента.

1.Доброжелательно и уважительно представиться пациенту:

* Назвать пациенту свой номер участника
* Должность (медицинская сестра/брат процедурного кабинета).

2.Уточнить, как обращаться к пациенту:

* Спросить ФИО пациента;
* Его возраст;
* Номер палаты.

3.Удостовериться в наличии добровольного информированного согласия:

* Сообщить пациенту цель и ход процедуры,
* Уточнить информированность о процедуре,
* Уточнить проводилась ли процедура ранее и реакция на неё,
* Получить согласие пациента на выполнение манипуляции.
* Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения

5. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: лежа.

* Обработать руки гигиеническим способом Надеть нестерильные перчатки.
* Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний.

*Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов однократного применения:*

1. Проверить срок годности устройства и герметичность пакета.
2. Прочитать надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок).
3. Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.
4. Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе).
5. Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие.
6. Закрыть винтовой зажим.
7. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.
8. Повернуть устройство в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. Если устройство снабжено мягкой капельницей, и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами и жидкость заполнит капельницу.
9. Закрыть винтовой зажим и вернуть устройство в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания.
10. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды.
11. Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли.
12. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено).
13. Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, стерильные салфетки или ватные шарики с антисептическим раствором, стерильную салфетку сухую.

Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря, шириной 1 см., длинной 4-5 см.

-Доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением, штатив с капельницей.

Осмотреть вены пациента на наличие инфильтратов, пропальпировать место предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний.

-Наложить венозный жгут (на рубашку или пеленку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на лучевой артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

**Выполнение процедуры.**

1. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками/ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении.
2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю
3. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции.
4. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». При появлении в канюле иглы крови - попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут. Все использованные салфетки или ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет.
5. Открыть винтовый зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача).
6. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем.
7. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет.
8. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
9. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортировки).

III. Окончание процедуры.

1. Надеть нестерильные перчатки.
2. Закрыть винтовый зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5 - 7 минут салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.
3. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.
4. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6. .Уточнить у пациента о его самочувствии.
7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 16

**ПОДКОЖНАЯ ИНЪЕКЦИЯ**

**Цель**: введение лекарственного средства подкожно

**Показания:** введение лекарственных растворов, местная анестезия (инфильтрационная).

**Противопоказания**: любые поражения кожи в месте предполагаемой инъекции

**Места введения**: средняя треть наружной поверхности плеча, подлопаточная область на 2 см ниже нижнего угла лопатки, переднебоковая поверхность брюшной стенки (исключая паховые области и области под молочными железами у женщин), средняя треть передненаружной поверхности бедра

**Оснащение**: антисептический раствор, стерильные шарики, шприц 2-5 мл, 2 иглы (для набора лекарственного средства и для введения лекарственного препарата), стерильные перчатки, лекарственный препарат.

**Подготовительный этап**

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить цель предстоящей манипуляции. Получить согласие на проведение

2. Ознакомиться с листом назначений

3. Обработать руки на гигиеническом уровне. Надеть маску, перчатки.

4. Подготовить необходимое оснащение для инъекции

**Основной этап**

1. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя, лежа)

2. . Обработать место инъекции 2 шариками, смоченными в антисептическом растворе, круговыми движениями от центра (места инъекции) к периферии, вначале большое поле, затем непосредственно место инъекции. Подождать пока антисептический раствор высохнет.

3. Пропальпировать предполагаемое место инъекции. Положить ладонь левой руки рядом с местом инъекции. Взять кожу в месте инъекции в треугольную складку большим и указательным пальцами

4. Ввести иглу под кожу в основание кожной складки под углом 450 к поверхности кожи, срезом вверх на глубину 1-2см (2/3 длины иглы), придерживая указательным пальцем канюлю иглы

5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд. Медленно ввести лекарственное средство левой рукой, надавливая большим пальцем на поршень. Шприц из одной руки в другую не перекладывать.

6. Извлечь иглу, приложив к месту введения иглы шарик, смоченный кожным антисептиком. Прижать шариком и провести легкий массаж места инъекции

**Заключительный этап:**

1. Поинтересоваться состоянием пациента после инъекции, при необходимости помочь принять удобное положение

2. Поместить использованные ватные шарики в емкость с дезинфицирующим раствором

3. Погрузить шприц в емкость с дезинфицирующим раствором после того, как будет снята игла при помощи иглосъемника непрокалываемого контейнера для использованных игл.

4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором

5. Вымыть и осушить руки

6. Сделать отметку о выполнении процедуры

# ПРИЛОЖЕНИЕ 17

**ВНУТРИМЫШЕЧНАЯ ИНЪЕКЦИЯ**

**Показания:** введение лекарственных препаратов

**Противопоказания:** выраженная кахексия, воспалительный процесс кожных покровов

**Места введения**: верхненаружный квадрант ягодицы (большая ягодичная мышца), переднебоковая поверхность средней трети бедра (латеральная широкая мышца бедра), дельтовидная мышца плеча

**Оснащение:** шприц 2-5-10 мл, 2 иглы (для набора лекарственного препарата и для проведения инъекции), стерильный лоток, ватные шарики, смоченные в антисептическом растворе, лекарственный препарат, перчатки.

**Подготовительный этап**

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить ему цель манипуляции, получить согласие

2. Ознакомиться с листом назначений

3. Приготовить необходимое оснащение

4. Обработать руки на гигиеническом уровне

5. Надеть маску, перчатки

**Основной этап**

1. Придать пациенту положение «лежа на животе», «лежа на боку»

2. Пропальпировать место инъекции

3. Обработать место инъекции 2 шариками смоченными в антисептическом растворе, круговыми движениями от центра (места инъекции) к периферии, в начале большое поле, затем непосредственно место инъекции.

4. Взять шприц в правую руку иглой вниз, фиксируя канюлю иглы мизинцем

5. Сдвинуть кожу в месте инъекции вниз указательным, средним и безымянным пальцами левой руки (Z-метод)

или растянуть ее большим и указательным пальцами

6. Ввести иглу под прямым углом (90 0) на 2/3 длины иглы, потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд,

7. Ввести лекарственный препарат большим пальцем левой руки

8. Приложить ватный шарик, смоченный в антисептическом растворе, на область инъекции

9. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю

10. Слегка помассировать место инъекции ватным шариком, смоченным в антисептическом растворе

**Заключительный этап:**

1. Погрузить шприц в емкость с дезинфицирующим раствором после того, как будет снята игла при помощи иглосъемника непрокалываемого контейнера для использованных игл.

2. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором

3. Вымыть, осушить руки

4. Сделать запись в листе назначений

# ПРИЛОЖЕНИЕ 18

**КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИНЫ МЯГКИМ КАТЕТЕРОМ**

**Цель**: Вывести мочу из мочевого пузыря пациентки с помощью мягкого резинового катетера.

**Показания:** 1. Острая задержка мочи.2. По назначению врача.

**Противопоказания:** Повреждение уретры или др., которые устанавливаются в процессе обследования пациента врачом и медицинской сестрой.

**Оснащение:** два стерильных катетера, стерильный лоток, стерильные перчатки (2 пары), стерильные салфетки и тампоны, емкость для отработанного материала, стерильный глицерин или вода, стерильный пинцет, емкости с дезинфицирующим раствором,емкость для сбора мочи, дозатор с жидким мылом.

**Возможные проблемы пациента** Необоснованный отказ.

**Подготовительный этап**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2. Попросите пациента тщательно подмыться до процедуры с использованием мыла.

3. Придайте пациента удобное положение «полусидя» с разведенными бедрами.

4. Подстелите под таз пациента клеенку, поверх которой положите пеленку.

5. Вымойте руки, наденьте перчатки.

**Основной этап:**

6. Поставьте лоток для сбора обработанного материала и судно (мочеприемник) в непосредственной близости.

7. Разведите большие и малые половые губы первым и вторым пальцами правой руки.

8. Обработайте салфетками, смоченными в антисептическом растворе, большие, затем малые половые губы, затем отверстие мочеиспускательного канала.

Движения сверху вниз. Каждый раз используйте новую салфетку. Сбрасывайте салфетки в емкость для сбора мусора.

9. Закрывайте влагалище и анальное отверстие ватным тампоном (при необходимости). Смените перчатки.

10. Обработайте руки.

11. Наденьте стерильные перчатки, проверив срок годности.

12. Вскройте упаковку с катетером.

13. Стерильным пинцетом положите стерильный катетер в стерильный лоток.

14. Возьмите катетер первым и вторым пальцами правой руки, отступив от кончика на 3-4 см, свободный конец зажмите четвертым- пятым пальцами этой же руки.

15. Смажьте конец катетера стерильным глицерином.

16. Разведите малые и большие половые губы пальцами левой руки, обнажите отверстие мочеиспускательного канала.

17. Введите катетер в отверстие на глубину 3-4 см.

18. Опустите свободный конец катетера в емкость для сбора мочи.

19. Извлеките катетер после выведения мочи и погрузите его в дезинфицирующий раствор.

**Заключительный этап:**

20. Уберите емкость с мочой и остальные предметы.

21. Снимите перчатки, поместите их в емкость с дезраствором.

22. Вымойте руки.

23. Уложите удобно пациента.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 19

**ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛА, ИНСТРУМЕНТАРИЯ, ПАЦИЕНТКИ К РАЗДЕЛЬНОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ВЫСКАБЛИВАНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И ТЕЛА МАТКИ.**

Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки и тела матки производят для выяснения состояния слизистой оболочки при различных доброкачественных и злокачественных процессах, при дисфункциональных маточных кровотечениях в репродуктивноми в перименопаузальном периоде. Для выполнения этой операции обнажается шейка матки в зеркалах, фиксируют за переднюю губу и после зондирования матки, расширяют цервикальный канал, производят гистероскопию. Затем выскабливают слизистую оболочку цервикального канала, а затем тела матки. Соскобы собирают раздельно, затем помещают в емкости с формалином, маркируют и направляют в гистологическую лабораторию.

**Показания:** 1) подозрение на злокачественную опухоль матки; 2) подозрение на остатки плодного яйца; 3) полипоз слизистой оболочки; 4)для уточнения причины расстройства менструального цикла; 5) для остановки кровотечения;

**Противопоказания:** 1) признаки инфекции в области половых органов.

**Оснащение рабочего места:** 1) ложкообразные влагалищные зеркала;2) корнцанг 2, пулевые щипцы 2, маточный зонд;3) набор расширителей Гегара и кюреток № 2,4,6;4) антисептическое средство, флаконы с раствором формалина 10%;5) почкообразный лоток, стерильные шарики и салфетки;6) стерильные перчатки;

7) гинекологическое кресло; 8) стерильная пеленка; 9) согласие на медицинское вмешательство (бланк).

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать пациентку о сущности и необходимости данной процедуры. Получить согласие пациентки на медицинское вмешательство.
2. Пригласить анестезиолога для дачи наркоза.
3. На стерильный столик выложить приготовленный стерильный инструментарий, перевязочный материал.
4. Произвести санобработку пациентки: сбрить волосы в области наружных половых органов, предложить опорожнить мочевой пузырь, уложить на гинекологическое кресло, покрытое стерильной пеленкой, обработать наружные половые органы раствором иодоната 1%, произвести влагалищное исследование.
5. Обработать руки, надеть стерильные перчатки.
6. Оформить флаконы с формалином (указать фамилия, имя, отчество,
7. № истории родов, исследуемый материал, дата взятия мазка).

**Основной этап выполнения манипуляции.**

1. После обнажения шейки матки в зеркалах, акушерка стоит справа от женщины, правой рукой фиксирует нижнее зеркало, левой – держит верхнее. После фиксации шейки пулевыми щипцами – верхнее зеркало извлекается.
2. Соскоб из цервикального канала и полости матки помещают в два отдельных флакона с 10% раствором формалина.

**Заключительный этап.**

1. Извлечь зеркала, погрузить в емкости с дезинфицирующим средством.
2. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.
3. Заполнить направление на гистологическое исследование

(фамилия, имя, отчество, год рождения, отделение, номер истории болезни, диагноз, характер менструальной функции, дата последней менструации, дата взятия материала, фамилия, имя, отчество врача)

1. На каталке перевезти женщину в палату.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 20

**ИЗМЕРЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ**

Измерение базальной температуры необходимо производить в течение двух- трех менструальных циклов.

**Показания:** 1) нарушения менструального цикла; 2) бесплодие;

3) определение фертильных дней с целью контрацепции.

**Оснащение рабочего места:** 1) емкость с дезинфицирующим средством; 2) термометр.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать пациентку о сущности и необходимости данной процедуры.
2. Положить термометр на столик рядом с кроватью.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

1. Утром, не вставая с постели, не опорожняя мочевой пузырь, ввести термометр в прямую кишку на 5 см.
2. Измерять температуру в течении 5-7 мин.

**Заключительный этап.**

1. Извлечь термометр и поместить его в емкость с дезинфицирующим средством.
2. Записать базальную температуру.
3. В конце менструации построить график базальной температуры.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 21

**ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВАННОЧКИ**

**Показания:** 1) кольпиты; 2) цервициты; 3) подготовка к операции; 4) подготовка к обследованию.

**Противопоказания:** 1) менструация; 2) послеродовый период.

**Оснащение рабочего места:** 1) гинекологическое кресло

2) влагалищные створчатые зеркала Куско;3) подогретый до 37-40° С нитрофурал (раствор фурацилина 1:5000) , отвар ромашки, шалфея,слабый раствор перманганата калия 1:10000, раствор хлоргексидина 1%, мирамистин; 4) стерильные шарики, тампоны;

5) корнцанг; 6) шприц Жане; 7) стерильные перчатки; 8) стерильные пеленки; 9) бланк процедурной карты.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать пациентку о сущности и необходимости данной процедуры.
2. На гинекологическое кресло положить клеенку, стерильную пеленку, уложить пациентку.
3. Вымыть руки, просушить, надеть стерильные перчатки.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

1. Ввести во влагалище зеркало Куско и закрепить его.
2. Удалить стерильными шариками слизь.
3. Влить первую порцию подогретого дезинфицирующего средства сразу слить наклоном зеркала вниз.
4. Влить во влагалище вторую порцию средства так чтобы была покрыта вся влагалищная часть шейки матки и оставить на 10-15 минут.
5. После окончания указанного времени, открыть замок и наклонить зеркало вниз.

**Заключительный этап.**

1. Стенки влагалища просушить стерильным шариком или тампоном.
2. Извлечь зеркала, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством.
3. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.
4. Отметить в процедурной карте дату выполнения процедуры.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 22

**ВЛАГАЛИЩНОЕ СПРИНЦЕВАНИЕ**

**Показания:** 1) подготовка к гинекологической операции; 2) подготовка к дополнительным методам исследования; 3) кольпиты; 4) цервициты.

**Противопоказания:** 1) менструация; 2) послеоперационный период; 3) беременность; 4) маточные кровотечения; 5) острые инфекции половых путей.

**Оснащение рабочего места:** 1) кружка Эсмарха; 2) нитрофуран (раствор фурацилина 1:5000), марганцово-кислый калий 1:10000, настой ромашки, отвар коры дуба, подогретые до 37 -40° С; 3) 3% раствор перекиси водорода, 1% раствор хлоргексидина.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Представиться пациентке. Объяснить пациенту цель, ход процедуры. Получить его согласие
2. На гинекологическое кресло постелить клеенку, стерильную пеленку, уложить пациентку.
3. Обмыть теплой струей дезинфицирующего средства наружные половые органы.
4. Вымыть руки, надеть стерильные перчатки.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

1. Кружку Эсмарха расположить на высоте 0,5 - 1 м.
2. Ввести наконечник во влагалище на глубину 6 – 8 см, последовательно оросить стенки влагалища дезинфицирующим средством.

**Заключительный этап.**

1. Извлечь наконечник, влагалищное зеркало Куско.
2. Просушить наружные половые органы стерильными ватными шариками.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 23

**ВВЕДЕНИЕ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПОРОШКООБРАЗНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**Показания:** 1) подготовка к гинекологической операции; 2) подготовка к дополнительным методам исследования; 3) кольпиты;

4) цервициты.

**Противопоказания:** 1) менструация; 2) послеоперационный период; 3) беременность; 4) маточные кровотечения.

**Оснащение рабочего места:** 1) гинекологическое кресло;

2) ложкообразные зеркала; 3) пинцет; 4) тампоны стерильные;5) стерильные перчатки; 6) подкладная клеенка; 7) резиновая груша;8) нитрофуран (раствор фурациллина 1:5000); 9) порошкообразное лекарственное средство (осарсол, трихопол, борная кислота); 10) процедурная карта, 11) емкости с дезинфицирующим средством.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать пациентку о необходимости и сущности проведения процедуры.
2. На гинекологическое кресло постелить клеенку, стерильную пеленку и уложить пациентку.
3. Вымыть руки, просушить, надеть стерильные перчатки.
4. Ввести во влагалище ложкообразные зеркала.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

1. Ввести во влагалище ложкообразные зеркала.
2. Сухим стерильным тампоном удалить слизь, затем все стенки влагалища последовательно обработать тампоном, смоченным в нитрофуране ( растворе фурациллина 1:5000).
3. Порошкообразное лекарственное вещество помещают на нижнее зеркало и распыляют по стенкам влагалища с помощью резиновой груши.

**Заключительный этап.**

1. Удалить зеркала из влагалища, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством.
2. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.
3. Записать в процедурную карту дату выполнения процедуры.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 24

**ЛЕЧЕНИЕ ТАМПОНАМИ**

**Показания:** 1) подготовка к гинекологической операции; 2) подготовка к дополнительным методам исследования; 3) кольпиты;

4) цервициты.

**Противопоказания:** 1) менструация; 2) послеоперационный период; 3) беременность; 4) маточные кровотечения.

**Оснащение рабочего места:** 1) гинекологическое кресло;

2) стерильные влагалищные тампоны; 3) ложкообразные зеркала; 4) стерильные перчатки; 5) мази, эмульсии (антибактериальные мази, эмульсии, масло шиповника, облепихи и др.);6) корнцанг, пинцет, шпатель; 7) бланк процедурной карты, 8) емкости с дезинфицирующими средствами.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Представиться пациентке. Объяснить пациенту цель, ход процедуры. Получить его согласие
2. На гинекологическое кресло постелить клеенку, стерильную пеленку и уложить пациентку.
3. Вымыть руки, просушить, надеть стерильные перчатки.
4. Ввести во влагалище зеркало Куско.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

1. Захватить тампон у основания корнцангом или пинцетом.
2. Шпателем мазь или эмульсию нанести на поверхность тампона.
3. Ввести тампон во влагалище.

**Заключительный этап.**

1. Удалить зеркало, поддерживая тампон пинцетом, конец тесьмы

вывести наружу (зеркало погрузить в емкость с дезинфицирующим

средством).

1. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.
2. Рекомендовать пациентке удалить тампон из влагалища за тесьму через 8-12 часов.
3. В процедурной карте отметить дату выполнения процедуры.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 25

**ВЗЯТИЕ МАЗКА И НАПРАВЛЕНИЕ НА БАКПОСЕВ**

**Показания: 1)** определение чувствительности к антибиотикам; **2)** выявление возбудителя инфекций, передающихся половым путем.

**Оснащение: 1)** гинекологическое кресло; **2)** влагалищные зеркала; **3)** пинцет; **4)** стерильные перчатки; **5)** стерильная подкладная; **6)** пробирки с питательными средами; **7)** бланк направления, **8)** емкости с дезинфицирующим средством.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

* 1. Информировать пациентку о сущности и необходимости данной процедуры.
  2. Пациентка предварительно опорожняет мочевой пузырь и производит туалет наружных половых органов.

3. На гинекологическое кресло постелить клеенку, стерильную пеленку, уложить пациентку.

4. Вымыть руки, надеть стерильные перчатки.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

5. Ввести во влагалище зеркала.

6. Взять содержимое из уретры и цервикального канала стерильной ватной палочкой и поместить в питательную среду пробири.,

**Заключительный этап.**

7. Извлечь зеркала.

8. Снять перчатки, вымыть руки.

9. Перчатки, зеркала поместить в разные емкости с дезинфицирующим средством.

10. Заполнить бланк направления.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 26

**ВЗЯТИЕ МАЗКОВ НА СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА, ГОНОРЕЮ, ТРИХОМОНИАЗ И ЗАПОЛНЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ**

**Показания: 1)** пациенткам, поступающим в гинекологическое отделение, в родильное отделение; **2)** в женской консультации при обследовании гинекологических больных; **3)** при профилактическом осмотре.

**Оснащение рабочего места: 1)** зеркала ложкообразные или створчатые; **2)** ватные тампоны; **3)** предметные стекла; **4)** пинцет; **5)** шпатель; **6)** желобоватыйзонд; **7)** ложечка Фолькмана**; 8)** корнцанг; **9)** бланки направления; **10)** гинекологическое кресло; **11)** индивидуальная пеленка; **12)** стерильные перчатки.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

* 1. Представиться пациентке. Объяснить пациенту цель, ход процедуры. Получить его согласие

2. Накануне и в день взятия мазков пациентка не должна иметь половые сношения, делать спринцевания и не должна мочиться за 2 часа перед взятием мазков.

3. Уложить пациентку на гинекологическое кресло, покрытое индивидуальной пеленкой.

4. Подготовить предметное стекло, разделив его на 3 части, промаркировав "U","C","V".

5. Вымыть руки, просушить, надеть стерильные перчатки.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

6. Взятие мазка из уретры. Для этого пальцем, введенным во влагалище слегка массируют ее через переднюю стенку влагалища. Первую порцию выделений из уретры полагается снять ватным шариком, а затем ввести ложечку Фолькмана или желобоватый зонд в мочеиспускательный канал – на глубину не более 1,5 – 2 см . Материал из уретры получают легким поскабливанием и наносят на предметное стекло в виде кружочка и обозначают буквой – U.

7. После взятия мазков из уретры, во влагалище вводят стерильное зеркало, обнажают шейку матки и протирают стерильным ватным тампоном. Второй конец стерильной ложечки Фолькмана вводят в цервикальный канал и легким поскабливанием берут мазок и в виде штриха наносят на предметное стекло обозначенное буквой С (шейка).

8. Взятие мазка из влагалища. Мазок берется шпателем или пинцетом из заднего свода влагалища и в виде штриха наносится на предметное стекло обозначенное буквой V (влагалище).

**Заключительный этап:**

9. Извлечь зеркала и погрузить в дезинфицирующее средство.

10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующее средство.

11. Заполнить направление: фамилия, имя, отчество, возраст, адрес, наименование исследования, дата, номер участка женской консультации, фамилия врача или акушерки.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 27

**ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛА, ИНСТРУМЕНТАРИЯ, ПАЦИЕНТКИ К КОЛЬПОСКОПИИ**

Кольпоскопия – осмотр влагалищной части шейки матки, границы многослойного плоского и цилиндрического эпителия поверхности эндоцервикса, влагалища и наружных половых органов оптическим прибором (кольпоскопом) с осветителем при увеличении в 4-30 раз. Различают простую и расширенную и простую кольпоскопию. С помощью простой кольпоскопии определяют форму и величину шейки матки, наружного зева, цвет и рельеф слизистой оболочки, переходную зону плоского и цилиндрического эпителия, сосудистый рисунок. Расширенная кольпоскопия основана на использовании фармакологических средств (3% раствор уксусной кислоты, раствор Люголя) для выявления структурных изменений тканей на уровне клетки и ее компонентов. Она позволяет исследовать определенный участок при достаточном оптическом увеличении, а так же производить прицельную биопсию.

**Показания:** 1) диагностика заболеваний шейки матки и влагалища; 2)обследование гинекологической больной перед полостными гинекологическими операциями.

**Противопоказания**: 1) кровотечение; 2) менструация.

**Оснащение рабочего места**: 1) кольпоскоп; 2) 3% раствор уксусной кислоты; 3) ватные шарики, пинцеты; 4) раствор Люголя;5) этиловый спирт 70 º; 6) влагалищные зеркала; 7) стерильные перчатки;8) гинекологическое кресло; 9) индивидуальная пеленка.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции**.

1. Представиться пациентке. Объяснить пациенту цель, ход процедуры. Получить его согласие

2. Пациентку укладывают на гинекологическое кресло, покрытое индивидуальной пеленкой, проводят туалет наружных половых органов.

3. Акушерка готовит необходимый инструментарий, материал, растворы.

4. Моет руки, просушивает, одевает стерильные перчатки.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

5. Акушерка ассистирует врачу

**Заключительный этап.**

6. Поместить использованные инструменты, перчатки в разные емкости с дезинфицирующим средством.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 28

**ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТКИ, ИНСТРУМЕНТОВ, МАТЕРИАЛА И УЧАСТИЕ В БИОПСИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

Биопсия проводится при патологических процессах, при подозрении на злокачественные образования в области шейки матки, влагалища, наружных половых органах, в полости матки. Для исследования необходимо получить кусочек ткани из подозреваемого участка. Забор материала производят путем иссечения скальпелем или конхотомом участка на границе измененной и здоровой ткани.

**Показания:** 1) предраковые заболевания шейки матки; 2) эрозия шейки матки; 3) лейкоплакия; 4) подозрение на рак шейки матки.

**Противопоказания:** 1) третья и четвертая степень чистоты влагалищного содержимого.

**Оснащение рабочего места**: 1) ложкообразные зеркала; 2) стерильные перчатки; 3) корнцанг, пинцет, пулевые щипцы –2 скальпель или конхотом, ножницы; 4) игла с иглодержателем, кетгут;5) спирт 70º, настойка йода, р-р Люголя, флакон с 10% раствором формалина, стерильный материал; 6) бланк направления в патогистологическую лабораторию; 7) гинекологическое кресло; 8) стерильная пеленка; 9) согласие на медицинское вмешательство (бланк), 10) емкости с дезинфицирующим средством.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции**.

1. Информировать пациентку о сущности и необходимости данной процедуры.

2. Больной предлагают опорожнить мочевой пузырь, укладывают на гинекологическое кресло, покрытое стерильной пеленкой.

3. Проводят туалет наружных половых органов.

4. Вымыть руки с мылом, надеть перчатки.

5. Подготовить набор инструментов на стерильном столике.

6. Оформить флаконы с формалином (указать фамилию, имя, отчество,

№ истории родов, исследуемый материал, дата взятия мазка).

**Основной этап выполнения манипуляции.**

7. После обнажения шейки матки в зеркалах, акушерка удерживает их в течении всей операции.

**Заключительный этап.**

8. После окончания операции зеркала извлечь, погрузить в емкости с дезинфицирующим средством.

9. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.

10. Кусочек ткани поместить во флакон с 10% раствором формалина.

11. Заполнить направление в патогистологическую лабораторию

(фамилия, имя, отчество, год рождения, отделение, номер истории болезни, диагноз, характер материала, дата последней менструации, дата взятия материала, фамилия, имя, отчество врача).

# ПРИЛОЖЕНИЕ 29

**ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛА, ИНСТРУМЕНТАРИЯ, ПАЦИЕНТКИ К РАЗДЕЛЬНОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ВЫСКАБЛИВАНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И ТЕЛА МАТКИ**

Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки и тела матки производят для выяснения состояния слизистой оболочки при различных доброкачественных и злокачественных процессах, при дисфункциональных маточных кровотечениях в репродуктивноми в перименопаузальном периоде. Для выполнения этой операции обнажается шейка матки в зеркалах, фиксируют за переднюю губу и после зондирования матки, расширяют цервикальный канал, производят гистероскопию. Затем выскабливают слизистую оболочку цервикального канала, а затем тела матки. Соскобы собирают раздельно, затем помещают в емкости с формалином, маркируют и направляют в гистологическую лабораторию.

**Показания:** 1) подозрение на злокачественную опухоль матки; 2) подозрение на остатки плодного яйца; 3) полипоз слизистой оболочки; 4)для уточнения причины расстройства менструального цикла; 5) для остановки кровотечения;

**Противопоказания:** 1) признаки инфекции в области половых органов.

**Оснащение рабочего места**: 1) ложкообразные влагалищные зеркала; 2) корнцанг 2, пулевые щипцы 2, маточный зонд; 3) набор расширителей Гегара и кюреток № 2,4,6; 4) антисептическое средство, флаконы с раствором формалина 10%; 5) почкообразный лоток, стерильные шарики и салфетки; 6) стерильные перчатки;

7) гинекологическое кресло; 8) стерильная пеленка; 9) согласие на медицинское вмешательство (бланк).

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать пациентку о сущности и необходимости данной процедуры. Получить согласие пациентки на медицинское вмешательство.

2. Пригласить анестезиолога для дачи наркоза.

3. На стерильный столик выложить приготовленный стерильный инструментарий, перевязочный материал.

4. Произвести санобработку пациентки: сбрить волосы в области наружных половых органов, предложить опорожнить мочевой пузырь, уложить на гинекологическое кресло, покрытое стерильной пеленкой, обработать наружные половые органы раствором иодоната 1%, произвести влагалищное исследование.

5. Обработать руки, надеть стерильные перчатки.

6. Оформить флаконы с формалином (указать фамилия, имя, отчество,

7. № истории родов, исследуемый материал, дата взятия мазка).

**Основной этап выполнения манипуляции.**

8. После обнажения шейки матки в зеркалах, акушерка стоит справа от женщины, правой рукой фиксирует нижнее зеркало, левой – держит верхнее. После фиксации шейки пулевыми щипцами – верхнее зеркало извлекается.

9. Соскоб из цервикального канала и полости матки помещают в два отдельных флакона с 10% раствором формалина.

**Заключительный этап.**

10. Извлечь зеркала, погрузить в емкости с дезинфицирующим средством.

11. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством.

12. Заполнить направление на гистологическое исследование (фамилия, имя, отчество, год рождения, отделение, номер истории болезни, диагноз, характер менструальной функции, дата последней менструации, дата взятия материала, фамилия, имя, отчество врача)

13. На каталке перевезти женщину в палату.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 30

**ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТКИ, ИНСТРУМЕНТОВ, МАТЕРИАЛА И УЧАСТИЕ В ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ**

Это рентгенологический метод исследования маточных труб и полости матки при введении контрастных веществ (урографии, поливидон и др.) Наиболее подходящим сроком для гистеросальпингографии является первая половина менструального цикла. В полость матки при помощи наконечника, соединенного со шприцем, вводят 3-5 мл контрастного вещества и делают контрольный снимок. Через 5-7 минут вводят еще одну порцию контрастного вещества с целью исследования маточных труб

**Показания:** 1) бесплодие; 2) подозрение на подслизистую миому матки; 3) эндометриоз; 4) недоразвитие и пороки развития матки; 5) синехии в полости матки.

**Противопоказания:** 1) третья-четвертая степень чистоты влагалища;

2) острые и подострые воспалительные процессы; 3) беременность; 4) состояние после выскабливания матки; 5) кровотечение.

**Оснащение рабочего места:** 1) шприц для внутриматочных вливаний; 2) контрастное вещество; 3) цилиндрическое или створчатое зеркало; 4) пулевые щипцы – 2, корнцанг; 5) 2% раствор папаверина гидрохлорида 2 мл или но-шпа 2 мл;

6) стерильные перчатки; 7) стерильная пеленка; 8) рентгеновская пленка, 9) маточный зонд.

**Подготовительный этап выполнения манипуляции.**

1. Информировать пациентку о сущности и необходимости данной

процедуры.

2. Подготовка в условиях женской консультации: гинекологическое обследование, мазок на степень чистоты влагалищного содержимого, мазок на онкоцитологию, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на реакцию Вассермана, флюорография.

3. Подготовка в рентген кабинете: на стол постелить клеенку, стерильную пеленку, уложить пациентку. Вымыть руки, надеть стерильные перчатки.

4. Подготовить необходимый инструментарий, подогреть контрастную смесь до температуры тела.

5. За 30 мин до исследования внутримышечно ввести 2 мл но-шпы или 2 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида.

**Основной этап выполнения манипуляции.**

6. Акушерка стоит справа от женщины и выполняет указания врача.

**Заключительный этап.**

7. Инструменты погрузить в емкости с дезинфицирующим средством.

8. После проведения гистеросальпингографии в течении часа наблюдают за пациенткой.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 31

**ПРОВЕДЕНИЕ СЛР**

1. Информация, позволяющая медицинской сестре распознать состояние клинической смерти.

• Отсутствие сознания.

• Отсутствие дыхания.

• Отсутствие пульса на сонной артерии.

1.1. Определение наличия сознания.

Действия.

1.Убедитесь в собственной безопасности и безопасности пациента. Исключите контакт с кровью и другими выделениями пострадавшего.

2.Громко обратитесь к пострадавшему, позовите его или задайте какой-нибудь вопрос («Что с Вами?).

3.При отсутствии ответа похлопайте пострадавшего по плечу или встряхните за плечи.

4.При отсутствии реакции примените болевой раздражитель, например, сдавите мочку уха пострадавшего.

5.Отсутствие каких-либо реакций со стороны пациента означает отсутствие сознания.

1.2. Определение наличия дыхания.

Действие.

1. Убедитесь в собственной безопасности и безопасности пациента. Исключите контакт с кровью и другими выделениями пострадавшего.

2.Посмотрите на грудную клетку пострадавшего.

3.Если дыхательные движения не видны, положите руку на грудную клетку пострадавшего.

4.Приблизьте свое ухо ко рту пострадавшего.

5. Потратьте не более 10 секунд на проверку наличия нормального дыхания.

6.Сразу после остановки сердца у пострадавшего могут сохраняться слишком частые или ,наоборот, редкие и шумные вдохи. При любых сомнениях действовать как при остановке дыхания.

7. При отсутствии сознания и наличии дыхания обеспечить проходимость верхних дыхательных путей (можно перевести пострадавшего в устойчивое боковое положение), вызвать скорую помощь и до ее приезда контролировать состояние пациента.

2. Действия медсестры.

1. Убедитесь в собственной безопасности и безопасности пациента. Исключите контакт с кровью и другими выделениями пострадавшего.

2.Оцените состояние пациента (наличие сознания, дыхания и кровообращения).

3.Попросите окружающих вызвать скорую помощь, обязательно указав при этом на отсутствие сознания и дыхания. В ЛПУ попросите окружающих вызвать врача.

4.Уложите пациента на жесткую ровную поверхность, расстегните стесняющую одежду, обнажите грудную клетку (для проведения непрямого массажа сердца).

5. При отсутствии у пациента сознания и дыхания начать этапы А - восстановление проходимости дыхательных путей и В - искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) при постоянном контроле за пульсом на сонной или бедренной артерии.

6. При отсутствии сознания и кровообращения выполнять этапы в последовательности А, В и С.

7. При отсутствии сознания, дыхания и кровообращения приводить мероприятия в последовательности АВС.

8. При невозможности обеспечения собственной безопасности можно проводить только непрямой массаж сердца непрерывно с частотой не менее 100 в минуту.

9. Проводите реанимационные мероприятия до приезда Скорой помощи, прихода врача или до появления у пациента сознания и нормального дыхания. При отсутствии признаков эффективности реанимация проводится в течение 30 минут. При появлении признаков биологической смерти реанимация прекращается.

2.1. Этап А - восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей. Причины нарушения проходимости верхних дыхательных путей:

1. У всех пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, за счет расслабления мышц шеи и дна полости рта корень языка отходит назад к задней стенке глотки и перекрывает дыхательные пути пациента.

2. Возможно нарушение проходимости дыхательных путей за счет закупорки их инородными телами, рвотными массами, содержимым желудка, кровью и т.д.

Действия.

1.Уложите пострадавшего на жесткую ровную поверхность на спину. Расстегните стесняющую дыхание одежду.

2.Запрокиньте голову пациента. Для этого одну руку подложите под шею пациента, а другую расположите на его лбу.

3.Откройте рот пациента.

4.Если вы видите в полости рта пациента какие-либо инородные тела или жидкости, то проведите очистку полости рта и ротоглотки с помощью указательного пальца, обернутого тканью.

5.Попробуйте сделать 2 пробных вдоха.

6. Если ИВЛ не эффективна, то произведите максимальное выдвижение нижней челюсти вперед. Для этого поместите большой палец на подбородок пациента и надавите вниз, открывая рот, остальные три пальца поместите на угол нижней челюсти и выдвинете ее вперед.

7. Если все вышеперечисленные мероприятия не восстанавливают проходимость дыхательных путей пациента, то можно думать о полной закупорке их инородным телом. Необходимо провести удаление инородного тела из дыхательных путей (смотри соответствующую манипуляцию).

8. Для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей медработники могут использовать воздуховоды различного типа или интубацию трахеи.

2.2.Этап В – искусственная вентиляция легких (ИВЛ).

Наиболее эффективно применение экспираторных методов.

ИВЛ может проводится способами "изо рта в рот", "изо рта в нос" и " изо рта в рот и нос"(у маленьких детей).В основе этих методов лежит вдувание воздуха, выдыхаемого реаниматором, в легкие пациента.

Действие.

1.ИВЛ можете начинать только после обеспечения проходимости дыхательных путей, иначе она будет неэффективна.

2.Во время ИВЛ проходимость дыхательных путей поддерживайте следующими приемами:

-запрокиньте голову пациента,

-откройте рот пациента и зажмите пальцами его нос (при способе "рот в рот"),

-закройте рот пациента (при способе "рот в нос"),

-если эти приемы не обеспечивают проходимость дыхательных путей, то примените выдвижение нижней челюсти вперед при закрытом или открытом рте.

3.Вы должны обеспечить герметичность системы "ваши легкие- легкие пациента". Для этого необходимо плотно обхватить губами рот или нос пациента.

4. ИВЛ можно проводить через носовой платок, сложенную марлю, маску для дыхания, лицевой щиток, S- образные воздуховоды.

5. Перед проведением вдувания воздуха сделайте нормальный неглубокий вдох.

6. Продолжительность каждого вдувания должна составлять

1 секунду. Рекомендуемый объем вдуваемого воздуха для взрослого от 500 до 600 мл.

7. Каждое вдувание воздуха должно вызывать экскурсию грудной клетки: на вдохе грудная клетка пациента должна подниматься, на выдохе - опускаться.

8. Если во время первого вдувания воздуха грудная клетка пострадавшего не совершает экскурсию, перед вторым вдуванием повторите запрокидывание головы. Первое вдувание надо повторить.

9. Пользуйтесь единым соотношением надавливаний и вдуваний для всех категорий пострадавших за исключением новорожденных – 30:2 (у новорожденных 15:2).

10. При проведении ИВЛ без закрытого массажа сердца (при отсутствии дыхания у пострадавшего без сознания, но при наличии пульса) следует у взрослого делать 10-12 вдуваний в минуту (приблизительно 1 вдувание через каждые 5-6 секунд) и 12-20 вдуваний в минуту для новорожденного или ребенка (1 вдувание каждые 3-5 секунд).

11. Вздутие в эпигастральной области свидетельствует о попадании воздуха в желудок, что может привести к регургитации и аспирации содержимого в дыхательные пути.

В этом случае поверните пострадавшего набок и осторожно надавите ладонью на эпигастральную область. При затекании содержимого желудка в рот пациента, проведите пальцевую очистку полости рта и ротоглотки. После этого продолжайте реанимацию.

12. При использовании воздуховода или эндотрахеальной трубки, если спасателей двое, не следует прерывать закрытый массаж сердца для вдувания воздуха. Один спасатель выполняет непрямой массаж с частотой 100 в минуту без перерывов, второй - делает 8-10 вдуваний воздуха в минуту (одно вдувание каждые 6-8 секунд).

2. 3.Этап С – непрямой массаж сердца.

Сдавление сердца между позвоночником и грудиной приводит к изгнанию небольших количеств крови в большой и малый круги кровообращения. Вы должны помнить, что непрямой массаж сердца должен сочетаться с ИВЛ.

Действия.

1. Уложите пострадавшего на жесткую горизонтальную поверхность.

2. Расстегните одежду пациента и обнажите переднюю поверхность грудной клетки. Обязательно расстегните поясной ремень у мужчин, пояс юбки или платья у женщин.

3. Расположитесь сбоку от пациента с любой стороны.

4. Произведите прекардиальный удар в среднюю треть грудины кулаком или ребром ладони с высоты примерно 30 см, если остановка сердца произошла в вашем присутствии.

5. Положите основание ладони одной руки на нижнюю треть грудины. Правильное положение можно определить двумя способами:

-найдите середину расстояния между яремной вырезкой и нижним краем грудины (местом отхождения мечевидного отростка - точкой, где соединяются две реберные дуги) и расположите ладонь сразу ниже этой середины;

-найдите точку на 2 поперечных пальца выше нижнего края грудины и расположите ладонь сразу выше этой точки.

Вторую ладонь положите сверху.

6. Давление следует проводить руками, выпрямленными в локтевых суставах, руки должны быть перпендикулярны грудной клетке пострадавшего. Пальцы высоко поднимите, чтобы они не касались грудной клетки пациента. Давление проводится основанием ладони.

7. Сильными и быстрыми толчками надавливайте на грудину так, чтобы она прогибалась на 4-5 см. Не отрывайте рук от груди пострадавшего и не смещайте их в стороны.

8. Проводите непрямой массаж сердца с частотой не менее 100 в минуту. Старайтесь не прерывать закрытый массаж сердца.

9. В паузах не снимайте руки с грудины пациента, но не давите на нее (при проведении реанимации вдвоем).

10. Обеспечивайте полную декомпрессию (возвращение в исходное состояние) грудной клетки после каждого надавливания и следите за тем, чтобы длительность надавливания и декомпрессии была приблизительно одинаковой.

11.Для контроля эффективности проведения непрямого массажа сердца определяется пульс на крупных артериях.

12. Для всех категорий пострадавших, за исключением новорожденных, применяется единое соотношение надавливаний и вдуваний – 30:2 (для новорожденных 15:2), независимо от количества спасателей. Сначала делается 2 вдоха, затем работа продолжается в режиме 30:2.

13. Чтобы не сбиться с ритма, необходимо проводить счет вслух. Счет ведет тот, кто проводит массаж сердца.

14. Спасатели меняются местами, примерно, через каждые 2 минуты, то есть через 5 циклов по 30 толчков и 2 вдоха.

15. В ходе непрямого массажа сердца 1 раз в 2 минуты необходимо определять пульс на сонной артерии. При появлении отчетливого пульса непрямой массаж сердца следует прекратить.

16. При восстановлении сердечной деятельности оценить наличие дыхания, при его отсутствии продолжить этапы А и В.

4.Оценка эффективности реанимации.

1. Об эффективности проводимых реанимационных мероприятий свидетельствуют:

• Сужение зрачков, появление реакции зрачков на свет.

• Восстановление сердечной деятельности - появление отчетливого пульса на

• сонной или бедренной артерии.

• Восстановление самостоятельного дыхания.

• Появление АД.

• Порозовение кожных покровов и слизистых.

• Восстановление сознания.

2.При наличии хотя бы одного из этих признаков необходимо продолжать реанимацию.

3.При отсутствии признаков эффективности реанимация продолжается примерно до 30 минут.

4. Реанимация прекращается раньше при появлении признаков биологической смерти.