



Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Учебно-методическая документация

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ПМ. 01 ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

МДК 01.01 Здоровый человек и его окружение

(Здоровье мужчин и женщин зрелого возраста)

Специальность:

34.02.01 Сестринское дело

Квалификация выпускника: медицинская сестра / медицинский брат

(базовая подготовка)

Разработчик:

О.Н. Ягмина – преподаватель Медицинского колледжа МПК НовГУ, высшая квалификационная категория.

Методические рекомендации по организации и выполнению самостоятельной работы *МДК.01.01 Здоровый человек и его окружение (Здоровье мужчин и женщин зрелого возраста)* приняты на заседании предметной (цикловой) комиссии преподавателей профессионального цикла Медицинского колледжа

Протокол № 1 от «31» августа 2017г.

Председатель предметной (цикловой) комиссии - Е.С. Левашова

Содержание

1.	Пояснительная записка	4
2.	Тематический план	7
3.	Виды самостоятельной работы	10
4.	Содержание самостоятельной работы	11
5.	Информационное обеспечение обучения	23
6.	Приложения	25
7.	Список сокращений	110
8.	Лист регистрации изменений	112

1. Пояснительная записка

Методические рекомендации по организации и выполнению самостоятельной работы, являющиеся частью учебно-методического комплекса по ПМ. 01 Проведение профилактических мероприятий МДК.01.01 Здоровый человек и его окружение, составлены в соответствии с:

1. Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 34.02.01 Сестринское дело;
2. Рабочей программой профессионального модуля;
3. Положением о планировании и организации самостоятельной работы студентов колледжей МПК НовГУ.

Методические рекомендации включают внеаудиторную работу студентов, предусмотренную рабочей программой профессионального модуля ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий в объеме 11 часов.

Формами внеаудиторной самостоятельной работы являются:

1. Работа с информационными средствами обучения на бумажных и электронном носителях, составление сообщений, подготовка презентаций.
2. Работа с нормативными документами, обменными картами, историями родов.
3. Подготовка бесед по профилактике осложнений беременности, родов, питанию, диете и режиму дня.
4. Решение ситуационных задач, работа с тестовыми заданиями (в том числе и системе ДО Moodle).
5. Заполнения немых графструктур и таблиц.
6. Составление тестовых заданий, графологических структур, схем, глоссария темы.
7. Просмотр видеоматериалов, составление рецензий, отзывов.
8. Составление сообщений на бумажных и электронных носителях по следующим темам:
 - ✓ Переходный период: болезнь или норма?
 - ✓ Андрогенодефицит – что это?
 - ✓ Физкультура и диета в переходном периоде
 - ✓ Режим дня в переходном периоде
 - ✓ Контрацепция в переходном периоде
9. Работа с опорным конспектом темы.
10. Работа с учебником, конспектом лекций, с контрольными вопросами по темам.
11. Подготовка к дифференцированному зачету. Выполнение тренировочных тестовых заданий по МДК.01.01.

В результате освоения МДК.01.01 Здоровый человек и его окружение обучающийся должен **иметь практический опыт:**

– проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода

уметь:

- обучать население принципам здорового образа жизни
- проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия
- консультировать пациента и его окружение по вопросам иммунопрофилактики
- консультировать по вопросам рационального и диетического питания
- организовывать мероприятия по проведению диспансеризации

знать:

- современные представления о здоровье в разные возрастные периоды, возможные факторы, влияющие на здоровье, направления сестринской деятельности по сохранению здоровья;
- основы иммунопрофилактики различных групп населения;
- принципы рационального и диетического питания;
- – роль сестринского персонала при проведении диспансеризации населения и работе «школ здоровья»

Методические рекомендации содержат: виды самостоятельной работы; цель заданий; установочные инструкции по выполнению заданий; форму контроля. Предлагаемая в конце каждого задания литература помогает студентам в процессе выполнения самостоятельной внеаудиторной работы. В пособии представлены методические рекомендации и указания по написанию рефератов, докладов, составлению глоссария, графологических структур, презентаций, составлению тестовых заданий и критерий их оценки. Указаны критерии проверки и оценки знаний и умений студентов.

Самостоятельная работа студентов является не только способом накопления знаний, но и необходимым навыком в профессиональном становлении будущих специалистов.

2. Тематический план и содержание учебной дисциплины
ПМ. 01 ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
МДК 01.01 Здоровый человек и его окружение
Зрелый возраст

<p style="text-align: center;">Тема 1.5. Период юношеского возраста</p>	<p>Содержание Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности человека юношеского возраста. Основные потребности, способы их удовлетворения. Возможные проблемы</p>	2	1, 2
<p style="text-align: center;">Тема 1.6. Особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте.</p>	<p>Содержание Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности и различия мужчин и женщин зрелого возраста. Основные потребности человека зрелого возраста, способы их удовлетворения. Возможные проблемы</p>	2	1, 2
<p style="text-align: center;">Тема 1.7. Здоровье семьи</p>	<p>Содержание Понятие семьи. Типы, этапы жизненного цикла, основные функции семьи. Характеристика основных функций семьи. Права членов семьи. Значение семьи в жизни человека. Возможные медико-социальные проблемы семьи. Планирование беременности. Последствия искусственного прерывания беременности</p> <p>Практическое занятие № 4 <i>«Период юношеского возраста. Особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте. Здоровье семьи»</i></p>	1	1, 2
		6	

Тема 1.8. Период беременности и родов	Содержание Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности беременной. Процесс оплодотворения и развития плодного яйца. Признаки беременности. Влияние вредных факторов на развитие эмбриона и плода. Дородовые патронажи. Роды и послеродовой период. Изменения в организме женщины в послеродовом периоде	2	1, 2
	Практическое занятие № 5 <i>«Период беременности и родов. Послеродовый период»</i>	6	
Тема 1.9. Климактерический период	Содержание Понятия «климакс», «климактерический период», «пременопауза», «менопауза», «постменопауза». Причины возникновения климакса. Изменения, происходящие в организме женщины и мужчины в климактерическом периоде. Особенности протекания климактерического периода у женщин и мужчин. Возможные проблемы женщин и мужчин в течение климактерического периода и пути их решения.	1	1, 2
	Практическое занятие № 6 <i>«Климактерический период»</i>	2	
	Самостоятельная внеаудиторная работа при изучении раздела 1 Тем 1.5 – 1.9 1. Заполнение медицинской документации 2. Написание отзывов по видео материалам 3. Составление графструктур по теме. 4. Составление тестовых заданий 5. Подготовка сообщений (презентаций). 6. Составление текстов бесед по рациональному и адекватному питанию людей разного возраста. 7. Выступление с беседами	11	
	Всего	33	

Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения:

1. – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств);
2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством)
3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач)

Виды самостоятельной работы

№ п/п	Название тем и содержание самостоятельной работы	Кол-во часов
1.	<p>Тема 1.5. Период юношеского возраста <i>Самостоятельная работа обучающихся № 1</i> Просмотр видео фильма. Написание отзыва по видео материалу.</p>	3
2.	<p>Тема 1.6. Особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте. <i>Самостоятельная работа обучающихся № 2.</i> Составление тестовых заданий. Составление графструктуры темы.</p>	1
3.	<p>Тема 1.7. Здоровье семьи. <i>Самостоятельная работа обучающихся №3</i> Заполнение таблицы. Составление текста бесед.</p>	2
4.	<p>Тема 1.8. Период беременности и родов. <i>Самостоятельная работа обучающихся №4</i> Составление текста бесед. Заполнение обменной карты беременной. Просмотр видео фильма. Написание отзыва по видео материалу.</p>	3
5.	<p>Тема 1.9. Климактерический период <i>Самостоятельная работа обучающихся №5</i> Подготовка сообщений (презентаций). Решение ситуационных задач.</p>	2
	Итого:	11

Содержание самостоятельной работы

Тема 1.5. Период юношеского возраста

Самостоятельная работа обучающихся № 1 (3 часа)

Вид самостоятельной работы: внеаудиторная

Цель самостоятельной работы:

- развивать познавательную способность и активность студентов, сформировать интерес к дисциплине.

Требования к умениям и знаниям студента:

Студент должен уметь:

- консультировать пациента и семью по вопросам рационального и адекватного питания, поддержания адекватной двигательной активности.

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности человека юношеского возраста;
- психологические и социальные особенности человека юношеского возраста;
- основные потребности, способы их удовлетворения;
- возможные проблемы в юношеском возрасте.

Содержание заданий:

Содержание задания 1:

Просмотр видео фильма «**Период полового созревания**». Написание отзыва по видео материалу.

Практические рекомендации по выполнению:

1. Найдите в интернете по ссылке <http://www.youtube.com/watch?v=6DiGbkYPysM> видео фильм «**Период полового созревания**»
2. По просмотренному видеоматериалу напишите отзыва по следующему плану:
 - 1) актуальность темы;
 - 2) краткое содержание фильма, основные положения;
 - 3) выводы о просмотренном видеоматериале.

Требования к результатам работы:

Индивидуальную работу выполните на бумажном или электронном носителе с оформлением титульного листа (см. приложение №3) указать план изложения, перечня интернет ресурсов.

Форма контроля и критерии оценки:

Индивидуальную работу сдайте до следующей лекционной темы 1.2., т.е. через неделю.

Критерии оценки отзыва по видео материалу.

«5»

- логическая последовательность изложения материала с соответствующими выводами и обоснованиями;

- при защите студенты показывают глубокие знания вопросов темы, свободно оперируют данными;
- Во время доклада используют наглядные пособия (таблицы, схемы, графики).

«4»

- содержит грамотное изложение теоретической базы с неполным обоснованием;
- при защите студент показывает знания вопросов темы, оперирует данными исследования, во время доклада использует наглядные пособия.

«3»

- не содержит анализа, не имеет выводов;
- при защите студент затрудняется отвечать на поставленные вопросы, при ответе допускает существенные ошибки, к защите не подготовлены наглядные пособия и раздаточный материал.

Тема 1.6.

Особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте

Самостоятельная работа обучающихся № 2 (1 час).

Вид самостоятельной работы: внеаудиторная

Цель самостоятельной работы:

- систематизировать и закрепить теоретические знания,

Требования к умениям и знаниям студента:

Студент должен уметь:

- Организовывать рабочее место с соблюдением требований по охране труда, производственной санитарии и инфекционной безопасности
- Соблюдать этику и деонтологию при работе с пациентом

Студент должен знать:

- Особенности строения и функционирования репродуктивной системы женщины в различные возрастные периоды;
- регуляцию менструального цикла;
- Особенности строения и функционирования репродуктивной системы мужчины в различные возрастные периоды;
- Женские и мужские половые гормоны, их действие на организм;
- Мужские и женские половые железы, их функции.
-

Содержание задания 1:

Составление тестовых заданий (15-20) разного уровня с эталонами ответов.

Практические рекомендации по выполнению:

1. Прочитайте лекционный материал темы; учебник, Бодяжина В.И., 2009г.
2. Ответьте на **контрольные вопросы для самоподготовки** по этой теме:
 1. Какие вы знаете уровни регуляции МЦ?
 2. Какие гормоны участвуют в регуляции МЦ?
 3. Что представляют собой принципы диспансеризации женского населения

4. Какое значение имеет возраст пациента для постановки диагноза?
5. Какие связки входят в состав закрепляющего аппарата матки?
6. Какие связки не входят в состав подвешивающегося аппарата матки?
7. Что является границей между верхним и нижним отделом половой системы?
8. Какие вы знаете эндоскопические методы исследования?
9. Какие существуют инструментальные методы исследования?
10. Что представляют тесты функциональной диагностики?
11. Какая нормальная влагалищная среда у здоровой женщины?

3. Выделите ключевые понятия темы

4. Составьте 3-4 тестовых задания с инструкцией «Дополнить» на знание терминов, 7-10 тестовых заданий с инструкцией «Выбрать правильный ответ» и 2-3 тестовых задания с инструкцией «Установить соответствие» или «Установить последовательность действий».

1. Заполните эталоны ответов тестовых заданий.
2. Всего тестовых заданий должно быть 15-20.

При возникновении затруднений воспользуйтесь приложением 4.

Требования к результатам работы:

1. Тестовые задания излагайте в повествовательной форме.
2. Слов в одном задании должно быть 7 ± 2
3. Составьте эталоны ответов, сделайте запись в лекционной тетради
4. Тестовых заданий должно быть не меньше 15.

Форма контроля и критерии оценки:

Лекционную тетрадь сдайте на проверку или ответьте устно.

«5»

- все условия тестирования выполнены правильно
- тесты составлены грамотно
- содержание тестов учитывает весь объем учебного материала темы.

«4»

- все условия тестирования выполнены правильно
- тесты составлены грамотно
- содержание тестов учитывает не весь объем учебного материала темы

«3»

- не все условия тестирования выполнены правильно
- тесты составлены с ошибками
- содержание тестов учитывает не весь объем учебного материала темы

«2»

- условия тестирования выполнены неправильно
- тесты составлены с грубыми ошибками
- содержание тестов учитывает не весь объем учебного материала темы.

Содержание задания 2:

Составление графструктуры темы.

Практические рекомендации по выполнению:

1. Прочитайте тему в опорном конспекте и учебнике.
2. Информацию по теме разместите в графструктуре в два столбика.



Требования к результатам работы:

1. Получившуюся графструктуру сравните с эталоном ответа (см. приложение № 8)
2. Итоговую графологическую структуру оформите в лекционной тетради.

Форма контроля и критерии оценки:

Лекционную тетрадь сдайте на контроль.

Используйте графструктуру при опросе на теоретическом занятии.

Тема 1.7. Здоровье семьи.

Самостоятельная работа обучающихся № 3 (2 часа)

Вид самостоятельной работы: внеаудиторная

Цель самостоятельной работы:

- развивать познавательную способность и активность студентов, сформировать интерес к дисциплине.

Требования к умениям и знаниям студента:

Студент должен уметь:

- Организовывать рабочее место с соблюдением требований по охране труда, производственной санитарии и инфекционной безопасности
- Соблюдать этику и деонтологию при работе с пациентом
- собрать анамнез.

Студент должен знать:

- виды семьи;
- типы семьи;
- функции семьи;
- значение семьи в жизни человека.

Содержание заданий:

Содержание задания 1: Заполнение таблицы

Практические рекомендации по выполнению:

1. Продолжите начатое на практическом 1.9. занятии задание: заполнение таблицы.
2. Изучите основные группы контрацептивов:

❖ Барьерные
❖ Химические
❖ Внутриматочные
❖ Гормональные
❖ Календарный
❖ Хирургический
❖ Экстренный

❖ .

Используйте приложение № 1, интернет ресурсы

<http://www.med-edu.ru/>

Гинекология и акушерство в рисунках, схемах, таблицах,

3. Заполните дополнительные графы в таблице.

Требования к результатам работы:

В таблице заполните все приведенные графы.

Форма контроля и критерии оценки:

Таблицу сдайте на контроль преподавателю.

Критерии оценки:

Зачет – таблица заполнена правильно и полностью.

Незачет - таблица не заполнена или заполнена с ошибками или неполностью.

Зачет по заданию является допуском к сдаче зачетных манипуляций «Размеры таза», «Размеры головки плода» по дисциплине.

Методы контрацепции	Наименование препаратов	Механизм действия	Показания, противопоказания	Осложнения	Эффективность
Барьерные					
Химические					
Внутриматочные					
Гормональные					
Календарный					
Хирургический					

Экстренный					
------------	--	--	--	--	--

Содержание задания 2:

Составление текста бесед по профилактике абортов, профилактике воспалительных заболеваний, значении профосмотров в профилактике опухолей репродуктивной системы. Выступление с беседами по данным вопросам в отделении гинекологии, в женской консультации (справка из места проведения беседы).

Практические рекомендации по выполнению:

1. Выберите тему беседы.
2. Прочитайте методические рекомендации по составлению и проведению беседы (см. приложение 9).
3. Оформите беседу, решите, когда будете защищать в учебной группе и когда будете реализовывать на целевой аудитории (реализация в 2 этапа: 1 этап – защита в учебной группе, 2 этап – реализуется в целевой аудитории).

Требования к результатам работы:

По итогам беседы составьте отчет реализации.

Краткое описание события. Отзывы слушателей (анкета, видеоматериал, фотографии).
Справка о проведении.

Организация реализации задания проходит в два этапа.

1 этап – защита на практическом занятии в учебной группе. К 1 этапу необходимо представить тезисы беседы, оформленные на бумажном или электронном носителе. На защиту отводится 10 – 15 мин.

При успешной защите студенты допускаются ко 2-му этапу реализации задания.

2 этап – проводится для целевой аудитории. Продолжительность работы – 20 - 30 мин. Отчет представляется после проведения в бумажном или электронном виде.

Форма контроля и критерии оценки:

В виде апробации в учебной группе и отчета реализации задания.

«5»

- задание реализовано;
- все требования методических рекомендаций выполнены;
- отзывы слушателей положительные;
- задание оформлено, отчет предоставлен.

«4»

- задание реализовано;
- не все требования методических рекомендаций выполнены самостоятельно;
- задание оформлено с незначительными замечаниями, отчет предоставлен.

«3»

- задание реализовано на уровне только учебной аудитории;
- задание оформлено с замечаниями, сдано не вовремя, отчет не предоставлен.

«2»

- задание не реализовано.

Тема 1.8. Период беременности и родов. Послеродовый период

Самостоятельная работа обучающихся №4 (3 часа)

Вид самостоятельной работы: внеаудиторная

Цели самостоятельной работы:

- сформировать умение использовать справочную и дополнительную литературу, как на бумажных носителях, так и в интернет пространстве, для поиска профессиональной информации;
- систематизировать и закрепить теоретические знания.

Требования к умениям и знаниям студента:

Студент должен уметь:

- Организовывать рабочее место с соблюдением требований по охране труда, производственной санитарии и инфекционной безопасности
- Соблюдать этику и деонтологию при работе с пациентом
- собрать анамнез;
- оценить аномалии развития репродуктивной системы мужчины.

Студент должен знать:

- наружные размеры таза;
- строение тазового дна;
- головку плода (кости, швы, роднички, размеры);
- признаки доношенного и недоношенного плода;
- физиологические изменения в организме беременной;
- признаки беременности;
- гигиену беременной;
- ППП беременных.
- причины наступления родов;
- периоды родов, их продолжительность;
- родовые изгоняющие силы и их характеристику;
- клиническое течение родов;
- биомеханизмы нормальных родов;
- причины, современную диагностику, внутриутробной гипоксии плода;
- оценку новорожденного по шкале Апгар;
- принципы работы послеродового отделения;
- инволюционные процессы в организме роженицы;
- показания к переводу в наблюдательное отделение;
- правила грудного вскармливания.

Содержание задания 1:

Составление текста бесед по рациональному питанию, режиму дня, гигиене беременной.

Выступление с беседами по данным вопросам в отделении патологии беременности, в женской консультации (справка из места проведения беседы).

Практические рекомендации по выполнению:

1. Выберите тему беседы.
2. Прочитайте методические рекомендации по составлению и проведению беседы (см. приложение 9).
3. Оформите беседу, решите, когда будете защищать в учебной группе и когда будете реализовывать на целевой аудитории (реализация в 2 этапа: 1 этап – защита в учебной группе, 2 этап – реализуется в целевой аудитории).

Требования к результатам работы:

По итогам беседы составьте отчет реализации.

Краткое описание события. Отзывы слушателей (анкета, видеоматериал, фотографии). Справка о проведении.

Организация реализации задания проходит в два этапа.

1 этап – защита на практическом занятии в учебной группе. К 1 этапу необходимо представить тезисы беседы, оформленные на бумажном или электронном носителе. На защиту отводится 10 – 15 мин.

При успешной защите студенты допускаются ко 2-му этапу реализации задания.

2 этап – проводится для целевой аудитории. Продолжительность работы – 20 - 30 мин. Отчет представляется после проведения в бумажном или электронном виде.

Форма контроля и критерии оценки:

В виде апробации в учебной группе и отчета реализации задания.

«5»

- задание реализовано;
- все требования методических рекомендаций выполнены;
- отзывы слушателей положительные;
- задание оформлено, отчет предоставлен.

«4»

- задание реализовано;
- не все требования методических рекомендаций выполнены самостоятельно;
- задание оформлено с незначительными замечаниями, отчет предоставлен.

«3»

- задание реализовано на уровне только учебной аудитории;
- задание оформлено с замечаниями, сдано не вовремя, отчет не предоставлен.

«2»

- задание не реализовано.

Содержание задания 2:

Заполнение обменной карты беременной

Практические рекомендации по выполнению:

1. Продолжите начатое на практическом 1.9. занятии задание.
2. Изучите алгоритм обследования беременной:

- ❖ сбор анамнеза,
- ❖ общее обследование,
- ❖ специальное обследование,
- ❖ дополнительные методы исследования.

Используйте приложение № 1, интернет ресурсы

<http://www.med-edu.ru/>

Гинекология и акушерство в рисунках, схемах, таблицах,

Соблюдая алгоритм, проведите обследование беременной.

3. Заполните обменную карту (см. приложение 1). При заполнении карты беременной оцените следующую возможную акушерскую ситуацию: повторнородящая 32 лет поступила в ОПБ. Первые роды закончились мертворождением, вторые - перфорацией головки при живом плоде. Настоящая беременность третья, сроком 39 недель. Размеры таза 26x29x31x18 см,

Предполагаемый вес плода 4000 г.

Требования к результатам работы:

В обменной карте заполните все приведенные графы.

Форма контроля и критерии оценки:

Обменную карту сдайте на контроль преподавателю.

Критерии оценки:

Зачет – карта заполнена правильно и полностью.

Незачет - карта не заполнена или заполнена с ошибками или не полностью.

Зачет по заданию является допуском к сдаче зачетных манипуляций «Размеры таза», «Размеры головки плода» по дисциплине.

Содержание задания 3:

Просмотр видео фильма «Руководство для беременных». Написание отзыва по видео материалу.

Практические рекомендации по выполнению:

1. Найдите в интернете по ссылке <http://www.youtube.com/watch?v=t3kx9M7nHic> видео фильм «Руководство для беременных»

2. По просмотренному видеоматериалу напишите отзыв по следующему плану:

- 1) актуальность темы;
- 2) краткое содержание фильма, основные положения;
- 3) выводы о просмотренном видеоматериале.

Требования к результатам работы:

Индивидуальную работу выполните на бумажном или электронном носителе с оформлением титульного листа (см. приложение №3), указать план изложения, перечня интернет ресурсов.

Форма контроля и критерии оценки:

Индивидуальную работу сдайте до следующей лекционной темы 1.2., т.е. через неделю.

Критерии оценки отзыва по видео материалу.

«5»

- логическая последовательность изложения материала с соответствующими выводами и обоснованиями;
- при защите студенты показывают глубокие знания вопросов темы, свободно оперируют данными;
- Во время доклада используют наглядные пособия (таблицы, схемы, графики).

«4»

- содержит грамотное изложение теоретической базы с неполным обоснованием;

- при защите студент показывает знания вопросов темы, оперирует данными исследования, во время доклада использует наглядные пособия.

«3»

- не содержит анализа, не имеет выводов;
- при защите студент затрудняется отвечать на поставленные вопросы, при ответе допускает существенные ошибки, к защите не подготовлены наглядные пособия и раздаточный материал.

Тема 1.9.

Климактерический период

Самостоятельная работа обучающихся №5 (2 часа)

Вид самостоятельной работы: внеаудиторная

Цели самостоятельной работы:

- Обобщить и закрепить знания по теме.
- Формирование умений пользоваться дополнительной специальной литературой

Требования к умениям и знаниям студента

Студент должен уметь:

- Оценить физическое и социально-психическое состояние женщины и мужчины в переходном периоде.
- Консультировать пациента в климактерическом периоде.
- Консультировать пациента по вопросам переходного периода.

Студент должен знать:

- Вопросы диеты, гигиены, контрацепции в переходном периоде.
- Изменения, происходящие в организме человека в переходном периоде.
- Формы климактерического синдрома.
- Методы профилактики климактерического синдрома.

Содержание задания 1:

Подготовка сообщений (презентаций) на бумажных или электронных носителях на темы

- ✓ Переходный период: болезнь или норма?
- ✓ Андрогенодефицит – что это?
- ✓ Физкультура и диета в переходном периоде
- ✓ Режим дня в переходном периоде
- ✓ Контрацепция в переходном периоде

Практические рекомендации по выполнению:

Прочитайте учебник (Под ред. Бодяжиной В.И., 2009г), конспект лекции, используйте информацию с сайта <http://www.med-edu.ru/>

Выберите одну из предложенных тем сообщений (презентаций).

Подготовьте сообщение (презентацию), требования к составлению и оформлению см. Приложение № 3, 6.

Требования к результатам работы:

1. Индивидуальную работу выполните на бумажном или электронном носителе с оформлением титульного листа (см. приложение № 3, 6).

Форма контроля и критерии оценки:

Индивидуальную работу защитите устно на занятии в отведенное преподавателем время в течение не более 5-7 минут.

Критерии оценки сообщения, презентации

«5»

- логическая последовательность изложения материала с соответствующими выводами и обоснованиями;
- при защите студенты показывают глубокие знания вопросов темы, свободно оперируют данными;
- во время сообщения используют наглядные пособия (таблицы, схемы, графики), презентации;
- выдерживают регламент выступления (не более 5-7 минут)

«4»

- содержит грамотное изложение теоретической базы с неполным обоснованием;
- при защите студент показывает знания вопросов темы, оперирует данными исследования, во время сообщения использует наглядные пособия,
- выдерживают регламент выступления (не более 5-7 минут).

«3»

- не содержит анализа, не имеет выводов;
- при защите студент затрудняется отвечать на поставленные вопросы, при ответе допускает существенные ошибки, к защите не подготовлены наглядные пособия и раздаточный материал,

не выдерживают регламент выступления (более 5-7 минут).

Содержание задания 2:

Решение ситуационных задач.

Практические рекомендации по выполнению:

1. Прочитайте учебник, конспект лекции по теме.
2. Решите все ситуационные задачи, при возникновении затруднений обратитесь с вопросами к преподавателю.
3. Выберите ситуационную задачу с учетом степени сложности (ситуационные задачи имеют три степени сложности * - базовый уровень, ** - средней степени сложности, *** - повышенной сложности) и оформите ее решение письменно.

*Задача № 1 Женщина 44 года обратилась к медицинской сестре с жалобами на задержку менструации 18 дней.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Перечислите потенциальные проблемы.
3. Дайте рекомендации женщине.

****Задача № 2.** Мужчина 57 лет обратился в поликлинику по поводу дискомфорта во время полового акта, бессонницу, снижение работоспособности.

Задания

1. Выявите проблемы мужчины.
2. Предположительный диагноз?
3. Перечислите потенциальные проблемы.
4. Перечислите профилактические мероприятия, необходимые для предупреждения патологии.

****Задача №3.** К медсестре обратился мужчина 55 лет с жалобами на повышенную потливость, частое сердцебиение, неуверенность в себе. Все это возникло внезапно, причин никаких пациент не находит.

При осмотре органических изменений со стороны органов и систем не выявлено.

Задания

- Выявите проблемы пациента.
- Какой диагноз поставила медсестра?
- Тактика медсестры.

*****Задача № 3.** Больная 50 лет. Жалуется на периодические приступы сердцебиения, потливости, чувство жара, более выраженное в верхней половине туловища, раздражительность, неустойчивость настроения, увеличение массы тела. Болеет около трех лет. Принимала препараты валерианы, седуксен, беллоид, анаприллин. Заметного эффекта от лечения не отмечает. Приступы сердцебиения, потливости, приливов к лицу, верхней части туловища участились, в последнее время возникают до 15-20 раз в сутки. Аппетит сохранен. Отмечается склонность к запору.

Задания

1. О какой патологии идет речь? Назовите степень тяжести.
2. Назначьте женщине рекомендации.
3. Есть ли необходимость в назначении гормональных препаратов?

Требования к результатам работы:

результаты решения ситуационных задач оформите в лекционной тетради после темы «Климактерический период».

Форма контроля и критерии оценки:

лекционные тетради сдайте на контроль в течение до следующей темы лекции.

Критерии оценки решения ситуационных и проблемно-ситуационных задач

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации;

- знание теоретического материала,
- грамотная оценка положения и предлежания плода,

- правильный выбор тактики действий;
- грамотно данные рекомендации в рамках профессиональной компетенции,
- выбранная степень сложности задач ***и**.

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации,

- незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы,
- незначительные затруднения в оценке положения и предлежания плода,
- правильный выбор тактики действий;
- грамотно данные рекомендации в рамках профессиональной компетенции,
- выбранная степень сложности задач **и*.

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;

- неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога;
- выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах преподавателя,
- рекомендации в рамках профессиональной компетенции даны не в полном объеме,
- выбранная степень сложности задач*.

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации;

- неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации,
- нарушению безопасности пациента;
- неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Информационное обеспечение обучения

Электронный ресурс:

- 1) Экология человека [Электронный ресурс] : учебник для вузов / Под ред. Григорьева А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427453.html>
- 2) Гигиена и экология человека [Электронный ресурс] : учебник / Архангельский В.И., Кириллов В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "СПО")." - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425305.html>

Дополнительные источники:

- 1) Бодяжина В.И. Акушерство /В.И.Бодяжина, И.Б.Семенченко. – Изд. 8-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 477 с.
- 2) Гуськова Н.А. Акушерство: учебник для средних медицинских учебных заведений / Н.А.Гуськова, М.В.Солодейникова, С.В.Харитоновна; под ред. Н.А.Гуськовой. – 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 527 с.
- 3) Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение / Д.А.Крюкова, Л.А. Лысак, О.В.Фурса. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 383 с.
- 4) Кучма В.Р. Этапы жизнедеятельности человека и медицинские услуги в разные возрастные периоды: учеб. для студ. мед. училищ и колледжей /В.Р.Кучма, В.И.Донцов, В.Н.Крутько; под ред. В.Р.Кучмы, В.Н.Серова. – 2-е изд., стер. – М.: ИЦ «Академия», 2002. – 400 с.
- 5) Луганцева И.В. Популярная гинекология в вопросах и ответах /И.В.Луганцева. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 250 с.
- 6) Митяева А.М. Здоровый образ жизни: учебное пособие для студентов вузов.- М.: Академия, 2008.-144 с.
- 7) Назарова Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие: учебное пособие для студентов вузов.- 2-е изд., стер.- М.: Академия, 2008.- 256 с.
- 8) Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность / СанПиН 2.1.3.2630-10 № 58 от 18.05.2010г.
- 9) Сивочалова О.В. Гинекология: учеб. для студ. сред. мед. учеб. заведений / О.В.Сивочалова, О.И.Линева, Л.В.Гаврилова. – 2-е изд.,стер. – М.: ИЦ «Академия», 2008. – 272 с.
- 10) Слепенкова Г.Ф. Гинекология: учеб. пособие /Г.Ф.Слепенкова. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 158 с.
- 11) Современная организация сестринского дела: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей /Ю.А. Тарасова, Э.О. Костюкова, З.Э. Сопина, О.В. Александрова и др.; под ред. З.Е. Сопиной.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 576 с.
- 12) Сопина З.Е., Фомушкина И.А. Управление качеством сестринской помощи: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 176 с., ил
- 13) Туманян Г.С. Здоровый образ жизни и физическое совершенствование: учебное пособие для студ. вузов.-3-е изд., стер.-М.:Академия,2009.- 336 с.

Интернет ресурсы:

1. Учебные материалы [.http://t3301.narod.ru/uch/01.html](http://t3301.narod.ru/uch/01.html)
2. Справочник акушера <http://www.kid.ru/akusher/index.php3>
3. Электронные медицинские книги <http://www.medliter.ru/>
4. Электронная медицинская библиотека <http://formedik.narod.ru/index.htm>
5. Роды.ру - все о беременности и родах <http://www.rod.ru/>
6. Электронные медицинские книги <http://www.medliter.ru/>

<http://www.webmedinfo.ru/library/>
<http://formedik.narod.ru/index.html>
<http://www.medbook.net.ru/>

7. Электронные учебники

<http://www.bestmedbook.net>,
<http://www.medwedi.ru>
<http://studentam.net>

8. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан -
<http://russianmed.ru/content>

9. Медицинский портал –

<http://www.webmedinfo.ru>
<http://www.medicnews.info>
<http://www.promedall.ru>

10. Медицинские новости:

- <http://medlinks.ru>
- <http://zdorov47.ru/>

11. Журнал «Медицинская сестра» <http://www.rusvrach.ru/ms/about.htm>

ОБМЕННАЯ КАРТА Сведения женской консультации о беременной (заполняется на каждую беременную и выдается на руки в 30 недель беременности)	
1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Возраст _____ 3. Адрес _____ 4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции _____ 5. Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода _____ 6. Которая беременность__ роды____ 7. Было аборт(ов) _____ Год _____ на каком сроке _____ 8. Преждевременные роды _____ год _____ срок _____ срочные роды _____ 9. Последняя менструация _____ 10. Срок беременности _____ недель при первом посещении _____ «__» _____ 200__ г. 11. Всего посетила _____ 12. Первое шевеление плода _____ 13. Особенности течения данной беременности _____	14. Размеры таза _____ D Sp _____ D Cr _____ D troch _____ C.ext _____ C.diag _____ C.vera _____ Рост _____ Масса _____ 15. Положение плода _____ Предлежащая часть: головка, ягодицы, не определяется _____ Серцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов _____ в 1 минуту слева, справа _____ 16. Лабораторные и другие исследования: RW ₁ «__» _____ 200__ г. HBS ₁ «__» _____ 200__ г. RW ₂ «__» _____ 200__ г. HBS ₂ «__» _____ 200__ г. RW ₃ «__» _____ 200__ г. HCV ₁ «__» _____ 200__ г. ВИЧ ₁ «__» _____ 200__ г. HCV ₂ «__» _____ 200__ г. ВИЧ ₂ «__» _____ 200__ г. Резус: «+», «-», тип крови _____ титр антител _____ группа крови _____ Резус-принадлежность крови мужа _____ Токсоплазмоз: РСК, кожная проба _____ Клинические анализы: _____ крови _____ мочи _____ Анализ содержимого влагалища (мазок) _____ Кал на яйца-глист _____ 17. Школа матерей _____ 18. Дата выдачи листка нетрудоспособности по дородовому отпуску «__» _____ 200__ г. 19. Дата предполагаемых родов «__» _____ 200__ г. Врач акушер-гинеколог _____

Акушерско-гинекологический инструментарий

Акушерско-гинекологический инструментарий — инструменты, применяемые для выполнения акушерско-гинекологических манипуляций. Часть инструментов комплектовна в наборы: для акушерской помощи на дому, для экстренной акушерско-гинекологической помощи, для проведения искусственного аборта, для радикальной экстирпации матки по вертгейму, для пластических операций на влагалище, для фиксации шейки матки и др. Для оживления новорожденного выпускается набор интубаторов из пластмассы. А.-г. И. Отличается высокой прочностью, простотой устройства, большим разнообразием по размерам и сравнительно узкой номенклатурой. Назначение, краткая характеристика некоторых наиболее распространенных инструментов и их внешний вид приведены далее.

Инструменты, применяемые в акушерской и гинекологической практике.

Влагалищные зеркала применяют для осмотра стенок влагалища, его сводов, влагалищной части шейки матки, а также при производстве некоторых лечебных манипуляций и влагалищных операций. По устройству влагалищные зеркала делятся на ложкообразные (желобоватые) и створчатые. И те и другие бывают разных размеров (по длине и ширине). Влагалищные зеркала желобоватые двусторонние (зеркала Симса, рис. 1) применяют при гинекологическом обследовании; односторонние (зеркала Дуайена, рис. 2) — при обследовании и влагалищных операциях. В этих же случаях применяют и влагалищные зеркала-подъемники (рис. 3). Створчатые влагалищные зеркала состоят из двух створок, соединенных замком. Наибольшее распространение получило створчатое влагалищное зеркало Куско (рис. 4). Створчатые зеркала предназначены для обнажения и осмотра шейки матки. Вводят их во влагалище со спавшимися створками, а затем створки раздвигают по мере надобности и фиксируют замком. При использовании этих зеркал можно обходиться без помощника. Влагалищные зеркала светящиеся и створчатые (рис. 5 и 6), применяются с той же целью, что и другие желобоватые и створчатые зеркала.

Зонд маточный с делениями (рис. 7) предназначен для исследования канала шейки и полости матки (определение длины); расстояние между делениями — 1 см. Зонд маточный с нарезкой (рис. 8) предназначен для протирания и смазывания стенок канала шейки матки и лоси матки.

Шприц Брауна (рис. 9) предназначен для внутриматочных вливаний; выпускается емкостью в 2 и 5 мл.

Ложки гинекологические (односторонняя и двусторонняя) (рис. 1) предназначен для взятия выделений из мочеполовых органов женщины.

Щипцы пулевые однозубчатые (рис. 11) и двузубчатые (рис. 12), как правило, применяют для захватывания и удержания шейки матки. Щипцы полипиные окончатые (абортцанг) предназначен для захватывания полипов, извлечения из матки плодных оболочек и частей плодного яйца. Внутренняя поверхность таких окончатых колец гладкая (абортцанг Матъе, рис 13).

Расширители Гегара (рис. 14) предназначены для постепенного расширения канала шейки матки при производстве диагностического или лечебного выскабливания и других операций. На одном конце расширителя имеется как бы срезанная площадка для его удержания, другой конец, который вводят в канал шейки матки, несколько заострен. Выпускают наборы расширителей разных диаметров. Каждый расширитель имеет порядковый номер (с промежуточными полуномерами соответствующий его диаметру (от 3 до 24 мм); диаметр каждого расширителя больше диаметра предшествующего на 1 или 0,5 мм.

Инструменты для удаления из полости матки плодного яйца или его частей и для выскабливания стенок матки. Кюретки острые — состоят из ручки, которая может быть

шестигранной, плоской сплошной (рис. 16) и окончатой, стержня и петли с острыми краями. В зависимости от величины петли и ее изгиба выпускаются острые кюретки четырех номеров (№№ 1, 2, 4, 6); на их стержне имеется нарезка, указывающая, в какую сторону обращена петля, введенная в полость матки. Наиболее распространена кюретка Рекамье. Кюретки тупые выпускаются также четырех номеров в зависимости от длины и диаметра петли. Предназначены для удаления плодного яйца и остатков плацентарной ткани. Этим же целям служит резко изогнутая массивная кюретка (ложка) Винтера, а также абортцанги.

Инструменты, применяемые только в акушерской практике

Стетоскоп акушерский — деревянный с широким раструбом (рис. 15) — предназначен для выслушивания сердцебиения плода.

Тазомер — для определения наружных размеров таза, величины плода, его головки — имеет форму циркуля (рис. 17). Состоит из двух изогнутых металлических бранш, которые подвижно скреплены одна с другой, что позволяет раздвигать их. Свободный конец их заканчивается пуговчатым утолщением. С одной из бранш плотно соединена закругленная металлическая линейка с нанесенными на нее через каждые 5 мм делениями и через каждые 50 мм цифровыми обозначениями.

Ножницы для пересечения пуповины с широкими изогнутыми браншами (рис. 18).

Щипцы для наложения скобок на пуповину имеют клювовидные концы с прорезями для скобки (рис. 19).

Щипцы акушерские предназначены для извлечения (по показаниям) живого доношенного (или почти доношенного) плода за головку. Чаще всего пользуются щипцами Симпсона — Феноменова (рис. 20). Состоят щипцы из двух ветвей (бранш), каждая из которых имеет окончатую ложку, замок и рукоятку. Ложки имеют изгибы соответственно головной и тазовой кривизне.

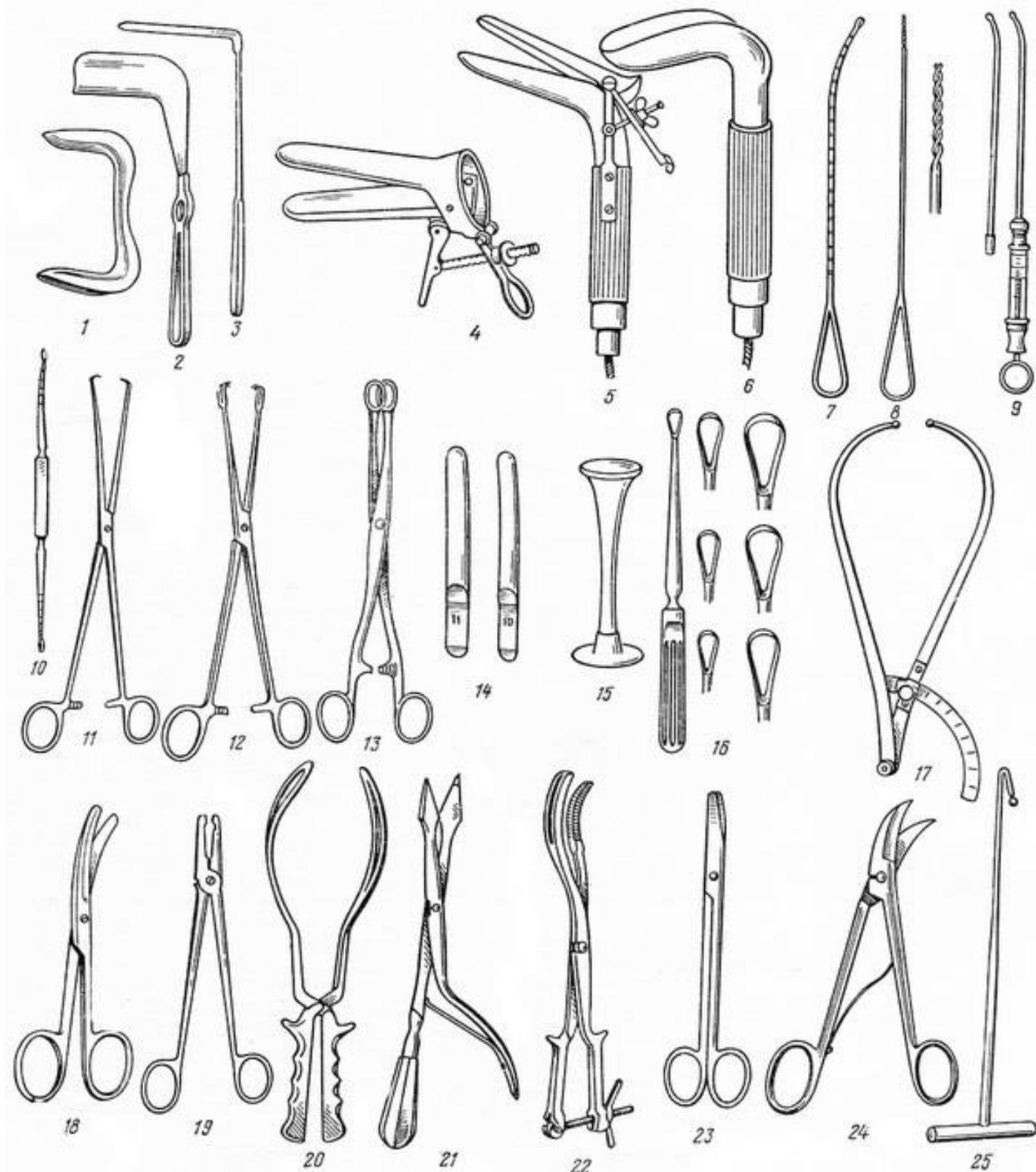
Замок в щипцах Симпсона состоит из двух пластин, благодаря чему сдвинутые вместе ложки, перекрещиваясь, плотно примыкают друг к другу. На наружной поверхности рукояток имеются боковые крючки, которые создают опору для пальцев при извлечении плода.

Инструменты, применяемые при плодоразрушающих операциях и последующем извлечении плода. Перфоратор копьевидный (рис. 21) предназначен для прободения головки плода (как правило, мертвого). Состоит из двух соединяющихся бранш: одна из них имеет полурукоятку, другая (дугообразной формы) — плоскую. При раздвинутых рукоятках перфоратора бранши имеют форму копья и в таком виде используются для прободения головки плода. При сжимании рукояток острые концы бранш раздвигаются, что ведет к увеличению размера перфорационного отверстия. Перфоратор ножницеvidный применяется с той же целью, что и копьевидный. Краниокласт Брауна (рис. 22) предназначен для извлечения плода после перфорации головки. Состоит из двух перекрещивающихся ветвей и имеет три части: ложку, замковую часть и рукоятку. Ветви имеют изгиб, соответствующий тазовой кривизне. Наружная ветвь окончатая, внутренняя — сплошная, с неровной выпуклой стороной. Винтовой запор обеспечивает плотное замыкание ложек. Ножницы для рассечения плода применяют с целью уменьшения объема мертвого плода. В ножницах Зибольда (рис. 23) бранши изогнутые, с закругленными концами. Могут быть использованы также ножницы Феноменова (рис. 24).

Декапитационный крючок Брауна (рис. 25) предназначен для перелома шейной части позвоночника плода с целью отделения головки от туловища. Состоит из массивного металлического стержня, согнутого на одном конце в виде крючка, оканчивающегося пуговчатым утолщением; другой конец оканчивается поперечной рукояткой. Все акушерско-гинекологические металлические инструменты изготавливаются из нержавеющей стали и покрываются никелем. Правила ухода, хранения и стерилизации — см.

Стерилизация в хирургии, Хирургический инструментарий

Акушерско-гинекологический инструментарий



Методические рекомендации по составлению сообщений (докладов)

1. Выберите себе тему, которая позволит выразить со всей полнотой идеи, знания по данной проблеме. Она должна быть актуальна, т.е. входить в одно из современных направлений науки.
2. Сформулируйте для себя проблему, которую вы будете раскрывать в соответствии с темой реферата.
3. Составьте краткий план сообщения. В плане должны быть разделы:
 - А. Вступление**, в котором обосновываются актуальность выбранной темы, ее значение, степень разработанности.
 - Б. Литературный обзор**, работа над которым заключается в тщательном изучении нужных публикаций последних лет, в умении пользоваться ими.
 - В. Основная часть**, отражающая опорные мысли разрабатываемой темы
 - Г. Заключение** с освещением итогов изучения проблемы. Отбираются только кардинальные вопросы. Здесь можно обосновать новый взгляд на проблему и выдвинуть оригинальную гипотезу.
 - Д. Выводы**, четко и кратко сформулированные, они должны носить строго декларированный характер, совершенно независимый от предыдущего или последующего.
 - Е. Список используемой литературы**, в нем даются только те источники, с которыми вы работали.
4. Сообщение должно быть правильно оформлено:
 - А. на титульном листе указываются:
 - тема реферата
 - фамилия, имя автора (полностью)
 - группа
 - учебное заведение
 - ФИО преподавателя полностью, осуществляющего руководство
 - Б. пронумерованные страницы
 - В. сокращение слов не допускается
 - Г. текст должен быть разделен на логические части, абзацы
 - Д. обязательны сноски
 - Е. оформляются приложения (документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.)
 - Ж. объем сообщения не превышает 20 страниц машинописного текста или 24 страницы ученической тетради.

Образец титульного листа

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

(название темы реферата)

СОБЩЕНИЕ (ДОКЛАД)

по дисциплине

(наименование дисциплины)

Преподаватель

_____ /ФИО/

(подпись)

« ___ » _____ 20__ г.

Студент группы

№ _____

_____ /ФИО/

(подпись)

« ___ » _____ 20__ г.

Методические рекомендации по составлению тестовых заданий

Тесты – это система заданий специфической формы, возрастающей трудности, позволяющая качественно оценить структуру знаний и эффективно измерить уровень подготовки студентов. Это метод контроля соответствующий установленным стандартам валидности и надежности.

Под надежностью понимают согласованность результатов проведения теста на одной и той же группе испытуемых, но при изменении условий проведения, чаще всего либо времени, либо набора тестовых заданий. Коэффициент надежности может принимать только положительные значения от 0 до 1. Обычно для оценки надежности тест проводят 2 раза и сравнивают полученные тестовые баллы. Чем более схожи результаты двух тестирований, тем более высок уровень надежности тестов.

Валидность теста – это пригодность для достижения поставленной цели: пригодность по содержанию, пригодность к применению в конкретных обстоятельствах, пригодность по какому-либо критерию.

Требования к тестовым заданиям:

- **Содержательность** – обязательная принадлежность к теме, разделу дисциплины, для которой составляется тест.
- **Краткость** – четкая. Короткая формулировка, ясное изложение, требующее однозначности ответа, невозможность истолкования, при формировании задания желательно придерживаться прямого порядка слов. Задание должно составлять утверждение, то есть оформляться в повествовательной форме, а не вопросительной. В начале предложения следует ставить ключевое слово. Слов должно быть 7 ± 2 .
- **Калибровка по трудности** – в ходе апробации теста определяется мера трудности каждого задания. В тесте должны быть задания различной трудности.
- **Взаимосвязь** - задания должны быть взаимосвязаны по содержанию (из любого раздела, темы) и соотноситься между собой.
- **Дифференцирование** – разделение студентов на сильных и слабых. Если на тестовое задание никто не отвечает или отвечают все, такие задания исключаются.

Формы тестовых заданий.

Задания закрытой формы – это когда предлагается несколько вариантов готовых утверждений (ответов), из которых нужно выбрать одно. Как правило, дается 4-5 ответов. Трудность составления заданий с выборочными вариантами ответов заключается в подборе правдоподобных, но все-таки неправильных ответов.

Задания открытой формы – контролирует ключевые слова, термины, концентрации, экспозиции, важные в учебной дисциплине. В тексте вместо контролируемой информации делается пробел по количеству необходимых слов. Слов должно быть в задании 7 ± 2 . Задания не должны допускать неоднозначных ответов.

Задания на соответствие - Необходимо установить соответствие элементов одного множества элементам другого. При таком методе тестирования оценивается либо каждый вопрос (что желательно), либо целиком полный правильный ответ. Элементы первого множества нумеруются арабскими цифрами, а элементы второго множества обозначаются буквами. После задания пишется слово «Ответ: 1 ___ 2 ___ 3 ___ и т.д.»

Задания на установление последовательности – устанавливается последовательность тех или иных действий, алгоритмов, манипуляций, процессов, операций. Каждый шаг обозначается буквой. После задания пишется слово «Ответ: 1 ___ 2 ___ 3 ___ и т.д.». Количество цифр должно соответствовать числу шагов.

Этапы разработки теста.

- **Замысел.** В основу замысла теста ложится концепция знания предмета, представляющая собой структуру учебной дисциплины.
- **Цель.** Четко формулируется, для чего разработан тест, какие функции выполняет.
- **Условия применения.** Определяется контингент, подлежащий тестированию (курс, объем знаний, период обучения), время на тестирование, указывается безмашинный (анкетный) или автоматизированный тест.
- **Анализ разделов, тем.** В зависимости от важности разделов делается примерная процентная раскладка заданий по разделам и составляется общий план теста с учетом содержания заданий.
- **Определение вида тестовых заданий.** Используются тестовые задания различных видов в зависимости от темы раздела, концепции разработки.

Структура теста:

1. Наименование темы.
2. Варианты тестовых заданий.
3. Эталоны правильных ответов.
4. Критерии оценки.

Критерии оценки:

90-100% - оценка «5».

75-89% - оценка «4».

Менее 60% - оценка «2».

60-74% - оценка «3».

Методические рекомендации по составлению графструктуры

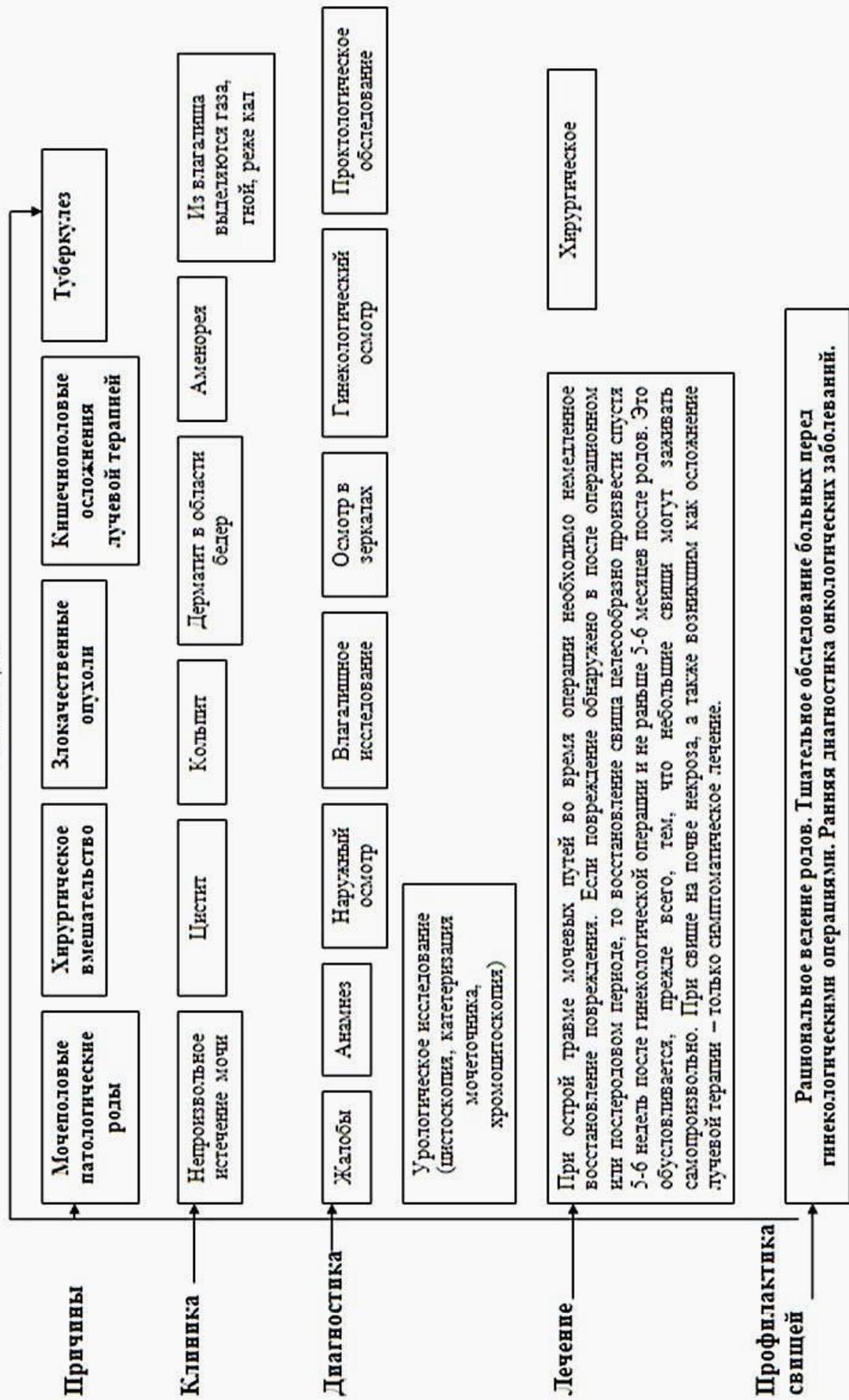
Составление графологической структуры — это очень продуктивный вид самостоятельной работы студента по систематизации информации в рамках логической схемы с наглядным графическим ее изображением. Графологическая структура как способ систематизации информации ярко и наглядно представляет ее содержание. Работа по созданию даже самых простых логических структур способствует развитию у студентов приемов системного анализа, выделения общих элементов и фиксирования дополнительных, умения абстрагироваться от них в нужной ситуации. В отличие от других способов графического отображения информации (таблиц, рисунков, схем) графологическая структура делает упор на логическую связь элементов между собой, графика выступает в роли средства выражения (наглядности).

Работа по созданию такой структуры ступенчата. Структурировать можно как весь объем учебного материала, так и его отдельной части. Оформляется графически.

Чтобы правильно составить графологическую структуру, необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- изучить информацию по теме;
- провести системно-структурный анализ содержания, выделить главное (ядро), второстепенные элементы и взаимную логическую связь;
- выбрать форму (оболочку) графического отображения;
- собрать структуру воедино (покрыть ядро оболочкой);
- критически осмыслить вариант и попытаться его модифицировать (упростить в плане устранения избыточности, повторений);
- провести графическое и цветное оформление;
- составить краткий логический рассказ о содержании работы и озвучить его на занятии, либо работу сдать в срок преподавателю.

ГРАФСТРУКТУРА «СВИЩИ»



Методические рекомендации к оформлению презентаций

В оформлении презентаций выделяют два блока: оформление слайдов и представление информации на них. Для создания качественной презентации необходимо соблюдать ряд требований, предъявляемых к оформлению данных блоков.

Оформление слайдов:

Стиль	Соблюдайте единый стиль оформления Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. Вспомогательная информация (управляющие кнопки) не должны преобладать над основной информацией (текстом, иллюстрациями).
Фон	Для фона предпочтительны холодные тона
Использование цвета	На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовка, один для текста. Для фона и текста используйте контрастные цвета. Обратите внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).
Анимационные эффекты	Используйте возможности компьютерной анимации для представления информации на слайде. Не стоит злоупотреблять различными анимационными эффектами, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Представление информации

Содержание информации	Используйте короткие слова и предложения. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. Заголовки должны привлекать внимание аудитории.
Расположение информации на странице	Предпочтительно горизонтальное расположение информации. Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней.
Шрифты	Для заголовков – не менее 24. Для информации не менее 18. Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одной презентации. Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных).
Способы выделения информации	Следует использовать: рамки; границы, заливку; штриховку, стрелки; рисунки, диаграммы, схемы для иллюстрации наиболее важных фактов.
Объем информации	Не стоит заполнять один слайд слишком большим объемом информации: люди могут одновременно запомнить не более трех фактов, выводов, определений. Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
Виды слайдов	Для обеспечения разнообразия следует использовать разные виды слайдов: с текстом; с таблицами; с диаграммами.

Основные термины и понятия

Аборт - искусственное или самопроизвольное прерывание беременности в первые 28 недель. Ранний аборт - в течение первых 14-15 недель, поздний аборт в сроки 16-28 недель.

Азооспермия - отсутствие в семенной жидкости сперматозоидов.

Акиноспермия (также акинозооспермия) - полная неподвижность сперматозоидов в эякуляте.

Акрсомная реакция - растворение сперматозоидом оболочек яйцеклетки.

Акушер-гинеколог - врач, специализирующийся на лечении женских болезней и ведении беременности.

Акушерское пособие – система мер, предупреждающих травматизацию роженицы и плода и сохраняющих нормальный биомеханизм родов.

Аменорея - отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более.

Амниоцентез – прокол передней стенки живота, матки и забор околоплодной жидкости с целью исследования биохимического состава околоплодных вод.

Амниоскопия – осмотр нижнего полюса плодного яйца (плодные оболочки, о/п воды и предлежащую часть плода) для определения состояния плода во время беременности и в родах.

Анамнез - совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и др., собираемых в целях использования для диагноза, прогноза, лечения и профилактики.

Ановуляция - отсутствие овуляции.

Аномалии полового члена - врожденное отсутствие всего полового члена или только его головки, наличие скрытого полового члена, его эктопия, а также удвоенный и перепончатый половой член.

Анорхизм - врожденное отсутствие яичек (обоих). Подобная аномалия встречается крайне редко.

Аспирация - забор содержимого с помощью инструмента, например фолликулярной жидкости из фолликула.

Аутоантитела - антитела, действующие против собственных тканей.

Базальная температура тела (БТТ) - это температура, которая измеряется утром в заднем проходе, сразу после пробуждения, до подъема с постели. Измерение базальной температуры - один из методов функциональной диагностики деятельности яичников. В норме в первой половине менструального цикла температура находится в пределах 36,4-36,8 °С, а во второй половине - 37,0-37,4 °С.

Беременность - процесс внутриутробного вынашивания плода.

Бесплодие - диагноз, который ставится при безуспешных попытках забеременеть в течение года регулярной половой жизни без предохранения.

Бесплодие пары - длительное отсутствие беременности в супружеской паре, хотя один из супругов или даже оба могут быть способны к воспроизводству потомства.

Биомеханизм родов - совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути.

Биопсия - диагностическая процедура: забор кусочка ткани с последующим исследованием под микроскопом.

Бластомер - клетка раннего эмбриона.

Бластоциста - этап развития оплодотворенного яйца; зародышевый узелок, из которого образуются зародыш и его оболочки.

Вагинит - воспаление слизистой оболочки влагалища. То же, что и "кольпит".

Вид позиции - отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о **переднем виде** позиции, если кзади — о **заднем виде**.

Влагалище - половой орган женщины. Представляет собой эластичную мышечную трубку 7-10 см в длину, верхним концом обхватывающую шейку матки, а нижним открывающуюся в половую щель. Изнутри покрыто слизистой оболочкой.

Внутриматочная инсеминация - искусственное введение подготовленной спермы в полость матки женщины.

ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) - все методы лечения и процедуры, связанные с обработкой яйцеклеток или сперматозоидов в целях наступления беременности. К ВРТ относятся: внутриматочная инсеминация, ЭКО, ГИФТ, ЗИФТ, криоконсервация зародышей, донорство яйцеклеток и зародышей, суррогатное материнство.

Гамета - половая клетка: сперматозоид у мужчин и яйцеклетка у женщин.

Генетическая консультация - один из видов специализированной медицинской помощи, направленный на предотвращение рождения ребенка с наследственным заболеванием.

Гидротубация - диагностическая процедура: введение жидкости в фаллопиевы трубы для контроля их проходимости и лечения.

Гипертонус матки - повышенный тонус матки. Во время беременности свидетельствует об угрозе невынашивания.

Гипоплазия яичка - его недоразвитие. Иногда отмечается врожденное отсутствие яичек, резко выражены евнухоидизм и гипогенитализм.

Гипофиз - эндокринная железа в основании головного мозга, продуцирующая гонадотропные, лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий (ФСГ), гормоны, которые, в свою очередь, стимулируют половые железы к продукции половых клеток и гормонов.

Гистеросальпингография (ГСГ) - диагностическая процедура: рентгенологическое исследование полости матки и фаллопиевых труб.

Гистероскопия - диагностическая процедура: обследование полости матки с помощью оптической системы, введенной через влагалище и цер-викальный канал.

ГИФТ (трансплантация гамет в фаллопиевы трубы) - процедура ВРТ, заключающаяся в извлечении яйцеклеток из яичников женщины, соединении их со спермой и помещении неоплодотворенных яйцеклеток и спермы в фаллопиевы трубы женщины.

Гонадотропины - гормоны, продуцируемые гипофизом, - фолликулостимулирующий и лютеинизирующий (ЛГ).

Гонады - органы, продуцирующие половые клетки и половые гормоны. Яички у мужчин, яичники у женщин.

Гормон - вещество, продуцируемое эндокринной железой, переносимое током крови к органу-мишени.

Диагональная конъюгата (*conjugata diagonalis*) - расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца.

Дисменорея - расстройства менструаций, нерегулярные месячные.

Дистракция – растяжение. Смещение мускулатуры из перешейка в тело матки в результате контракции и ретракции миометрия.

Дисфункция - нарушенная функция.

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота; вещество, содержащееся в ядре клетки. В структуре молекулы этого вещества закодирована наследственность организма.

Донорский эмбрион - эмбрион, образовавшийся из яйцеклетки женщины-донора, переданный женщине, не способной к зачатию со своими собственными яйцеклетками (реципиент).

Донорство яйцеклетки - взятие яйцеклетки у одной женщины для другой с целью оплодотворения "in vitro" (в пробирке).

Железа - орган, продуцирующий и выделяющий в кровь специфические для организма вещества, например гормоны.

Желтое тело - временная эндокринная железа в организме женщины, развивающаяся в яичнике после овуляции и выделяющая гормон прогестерон. В случае беременности способствует ее сохранению до образования плаценты.

Заболевание, передающееся половым путем (ЗППП) - заболевание, вызванное возбудителем, переданным во время полового сношения.

Задние околоплодные воды – околоплодные воды, расположенные выше пояса соприкосновения.

Зародыш - то же, что и "эмбрион".

Зигота - оплодотворенная яйцеклетка до начала процесса деления.

Имплантация - внедрение эмбриона в слизистую матки в процессе беременности.

Индекс Соловьева - 1/10 от окружности лучезапястного сустава.

Кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу.

Киста яичника - жидкостное, в основном качественное, образование в яичнике.

Кольпоскопия - диагностический осмотр входа во влагалище и влагалищных стенок при помощи кольпоскопа — специального прибора, представляющего собой бинокляр и осветительный прибор.

Комбинированное бесплодие - бесплодие, вызванное проблемами как с мужским, так и с женским здоровьем.

Конфигурация головки - процесс сжатия головки для принятия наименьшего размера при прохождении через родовой канал.

Контракционное кольцо - поперечная борозда на поверхности матки, прощупываемая через брюшную стенку при родах, граница между нижним сегментом и верхним сегментом матки в виде борозды.

Контракция - одновременно сокращение каждого мышечного волокна и каждого мышечного пласта в мышечной стенке матки.

Координированность сокращений по вертикали - тройной нисходящий градиент, доминанта дна матки и реципрокность.

Координированность сокращений по горизонтали - правая и левая половины матки во время схватки сокращаются одновременно и координировано.

Крипторхизм – порок развития яичек, при котором одно или сразу оба яичка еще во внутриутробном периоде не переместились в мошонку, а задержались в нижнем сегменте первичной почки, в паховом канале или в брюшной полости. Встречается наиболее часто.

Лапароскопия - диагностическая процедура: обследование органов таза с помощью оптической системы, введенной через тонкий прокол передней брюшной стенки.

Лохии - выделения из послеродовой матки.

Лютеинизирующий гормон (ЛГ) - гормон гипофиза, вызывающий продукцию половых гормонов в яичках мужчин и яичниках женщин.

Лютеиновая фаза - постовуля-торная фаза женского цикла. Характеризуется подъемом уровня ЛГ в крови после созревания яйцеклетки и повышения базальной температуры до 37,2-37,3 °С.

Маловодие - количество околоплодных вод менее 0,5 л.

Матка - внутренний орган женской половой системы размерами 4х6х5 см, расположенный в полости малого таза, стенки которого состоят из гладких мышц. Полость матки выстлана слизистой оболочкой. В матке происходит развитие зародыша из оплодотворенной яйцеклетки.

Маточные трубы (фаллопиевы трубы) - трубчатые образования (внутренний диаметр около 0,3 мм, длина 12-15 см), соединяющие матку с яичниками. В трубе происходит оплодотворение зрелой яйцеклетки. Устарелое название - фаллопиевы трубы.

Менархе - первые месячные.

Менопауза - естественные возрастные изменения в организме женщины, приводящие к прекращению менструаций.

Менструация - периодические кровянистые выделения из матки в течение детородного периода, связанные с овуляцией.

Многоводие - количество околоплодных вод превышает 2 л.

Многоплодная беременность - беременность, приводящая к рождению более чем одного ребенка.

Мониторинг яичников - использование ультразвука и (или) анализа крови или мочи для мониторинга развития фолликулов яичника.

Монорхизм –врожденное отсутствие одного из яичек.

Недостаточность лютеиновой фазы - неадекватное функционирование желтого тела, низкий уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ), что может препятствовать имплантации плодного яйца или вызывать ранний выкидыш.

Необъяснимое бесплодие (идиопатическое бесплодие) - бесплодие, причина которого не была обнаружена, несмотря на подробное обследование.

Нестимулированный цикл - цикл ВРТ, при котором женщина не получает лекарства для стимуляции яичников на выработку большего, чем обычно, количества фолликулов. Фолликулы развиваются естественным путем.

Обсервационное акушерское отделение – специально оборудованное отделение для госпитализации женщин с признаками инфекционного заболевания.

Овуляция – выход яйцеклетки из яичника в результате разрыва зрелого фолликула.

Околоплодные воды - жидкая биологически активная среда, окружающая плод и обеспечивающая наряду с другими факторами его нормальную жизнедеятельность.

Олигоменорея - редкие и нерегулярные менструации.

Оогенез - процесс созревания яйцеклетки в яичнике.

Оплодотворение "in vitro" (дословно, "в стекле, в пробирке") - оплодотворение вне организма, в лабораторных условиях. То же, что и "экстракорпоральное оплодотворение".

Оплодотворение - слияние мужских и женских половых клеток (сперматозоидов и яйцеклеток), в результате которого образуется зигота.

Органогенез - процесс формирования и развития органов.

Палочка Дедерлейна - общее название крупных грамположительных неподвижных ацидофильных, не образующих спор палочек, обнаруживаемых во влагалище и представляющих основной компонент его нормальной микрофлоры; относятся к роду *Lactobacillus* (*L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum*, *L. cellobiosum* и др.).

Патологический прелиминарный период - пролонгированная латентная фаза.

Патронаж - форма работы лечебно-профилактических учреждений, основными целями которой являются проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

Передние околоплодные воды – околоплодные воды, расположенные ниже пояса соприкосновения.

Перенос эмбриона - перенос оплодотворенной в лаборатории яйцеклетки в полость матки для последующего вынашивания беременности.

Перенос яйцеклетки (также называется переносом ооцита) - перенос извлеченных яйцеклеток в фаллопиевы трубы женщины с помощью лапароскопии. Эта процедура используется только для ГИФТ.

Перитониальный фактор бесплодия - наличие спаек в брюшной полости или спаечный процесс внутри маточных труб.

Перинеотомия — рассечение промежности по средней линии

Перинеорафия - хирургическое восстановление поврежденной промежности (наложение швов на промежность).

Период изгнания - время от момента полного открытия шейки матки до рождения плода.

Период раскрытия - время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки.

ПикЛГ - выброс лютеинизирующего гормона (ЛГ), вызывающий высвобождение из фолликула зрелой яйцеклетки (овуляцию).

Плацента - развивающийся в полости матки во время беременности орган, осуществляющий связь между организмом матери и плодом.

Плодный пузырь - заполненный жидкостью мешок, в котором развивается плод, видимый при ультразвуковом исследовании.

Плоскости Годжи – система параллельных плоскостей, через которые проходит плод.

Позиция плода - отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают две позиции: первую и вторую.

Полиорхизм – наличие более двух яичек (чаще трех). Дополнительное яичко располагается рядом с основным и оно обычно недоразвито. Отсутствует придаток и семявыносящий проток. Такое «лишнее» яичко в связи с риском злокачественного роста необходимо удалить.

Половой цикл - циклические изменения в органах репродуктивной системы женщины.

Положение плода - отношение продольной оси плода к продольной оси матки.

Послед - это плацента, плодные оболочки, пуповина.

Последовый период - время от рождения плода до рождения последа.

Послеродовой период (синоним: пуэрпальный период, пуэрперий) — период, начинающийся после родов и продолжающийся 6—8 недель.

Потуги - произвольные ритмические сокращения матки, диафрагмы, мышц брюшного пресса и тазового дна.

Пояс соприкосновения – область соприкосновения предлежащей части плода с нижним сегментом матки.

Предлежание плода - отношение крупной части плода ко входу в малый таз.

Предлежащая часть - часть плода, которая расположена у входа в малый таз и первой проходит через родовые пути.

Преимплантационная генетическая диагностика - выявление генетических нарушений у эмбриона до имплантации.

Прелиминарный период – латентная фаза родов, характеризующаяся появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей схваткообразного характера внизу живота и в поясничной области.

Приемы наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого) – это последовательно проводимая пальпация матки, состоящая из ряда определенных приемов.

Проводная ось (линия) таза - условная линия, соединяющая центры всех прямых размеров таза.

Прогестерон - женский гормон, продуцируемый желтым телом после овуляции, подготавливающий слизистую оболочку матки к имплантации плодного яйца и поддерживающий беременность.

Пролактин - гормон гипофиза, стимулирующий выработку молока в молочных железах.

Пункция хориона - диагностическая процедура: забор материала зародыша путем пункции в срок 2 недели беременности для выявления генетических аномалий.

Псевдокрипторхизм – может возникнуть в результате сокращения мышц, поднимающих яичко.

Пункция яйцеклеток (пункция ооцита) - процедура отбора яйцеклеток, содержащихся в фолликулах яичников.

Пуповина - шнуровидное образование, соединяющее плод с плацентой и обеспечивающее фетоплацентарное кровообращение.

Репродукция (размножение) - воспроизведение потомства.

Ретракция - смещение мышечных волокон и пластов по отношению друг к другу.

Реципрокность - взаимосвязь сокращений тела матки и нижних ее отделов: сокращение тела матки способствует растяжению нижнего сегмента и увеличению степени раскрытия шейки матки.

Родовая опухоль - отек кожи подкожной клетчатки, расположенной ниже внутреннего пояса соприкосновения.

Роды - сложный физиологический процесс, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод.

Ромб Михаэлиса – пояснично-крестцовый ромб - очертания в области крестца.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) - это комплекс патологических симптомов, иногда возникающих на фоне гормональной стимуляции овуляции; характеризуется увеличением яичников, вздутием, ощущением тяжести, болями внизу живота и др.

Синдром персистирующего фолликула - невозможность высвобождения яйцеклетки из фолликула.

Синдром поликистозных яичников - эндокринное заболевание, встречающееся у неовулирующих женщин, характеризуемое множественными кистами яичников и повышением содержания андрогенов.

Синдром хронической тазовой боли –диагноз, выделенный для обозначения комплекса симптомов, ведущим среди которых является боль в нижней половине живота, пояснице, наружных половых органов и промежности.

Спайки - сращения между различными внутренними органами. Спаечный процесс между маткой и придатками (маточные трубы-яичники) может приводить к бесплодию.

Стерильность - неспособность к воспроизводству потомства.

Стимулированный цикл - цикл ВРТ, при котором женщина получает лекарства для стимуляции яичников с целью выработки фолликулов, содержащих несколько яйцеклеток.

Стимуляция суперовуляции - контролируемая стимуляция множественной овуляции с помощью гормональных препаратов для получения нескольких яйцеклеток.

Схватки - непроизвольные ритмические сокращения матки.

Тест на беременность - анализ крови или мочи, который определяет уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). Повышенный уровень этого гормона является химическим подтверждением беременности.

Трофобласт - наружный слой клеток зародыша; обособляется на стадии бластоцисты и обеспечивает контакт между зародышем и материнским организмом.

Трубный фактор - причина бесплодия, связанная со структурным или функциональным повреждением одной или обеих маточных труб.

Угол наклона таза - пересечение плоскости его входа с плоскостью горизонта.

Ультразвук (УЗИ) - использование высокочастотных звуковых волн для получения представления о внутренних органах.

Фертильность - способность давать потомство. Мужская фертильность -способность сперматозоидов к оплодотворению яйцеклеток. Женская фертильность - способность яйцеклеток быть оплодотворенными сперматозоидами и способность к вынашиванию беременности.

Фолликул - жидкостное образование в яичнике, содержащее яйцеклетку.

Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) - гормон гипофиза, стимулирующий рост фолликула у женщин и образование сперматозоидов у мужчин.

Фолликулярная фаза - преовуляторная фаза (I фаза) менструального цикла, во время которой происходит рост фолликула и эндометрия под действием высокого уровня эстрогенов.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) - белковый гормон, продуцируемый в ранние сроки беременности, косвенно способствует выработке желтым телом прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Может быть введен для стимуляции овуляции и продукции прогестерона в виде медицинского препарата. Повышенное содержание в крови (ХГЧ) свидетельствует о беременности.

Цервикальная (истмико-цервикальная) недостаточность - неспособность шейки оставаться закрытой на протяжении всей беременности.

Цервикальная слизь - слизь шейки матки, способствующая продвижению сперматозоида.

Цервикальный канал - шейный канал матки.

Членорасположение плода - отношение его конечностей к головке и туловищу.

Шейка матки - нижняя часть матки, находящаяся в глубине влагалища.

Экзостоз – костные образования, появляющиеся в результате гипертрофии внутреннего слоя надкостницы.

Экстракорпоральное оплодотворение (оплодотворение в пробирке, оплодотворение "in vitro", ЭКО) - процедура ВРТ, которая заключается в извлечении яйцеклеток из яичников женщины и оплодотворении их в лаборатории. Возникающие в результате этих действий эмбрионы переносят в матку через шейку матки.

Эктопическая (внематочная) беременность - беременность, локализованная вне матки; наиболее часто - в маточной трубе.

Эктопия полового члена – аномалия, при которой член находится позади мошонки, при этом имеет небольшой размер. Крайне редкая аномалия.

Эмбриобласт - часть бластомеров, из которых в дальнейшем развивается эмбрион.

Эмбриолог - специалист в области эмбриологии и биологии развития.

Эмбрион (зародыш) - стадия развития организма от оплодотворения до завершения формирования основных систем органов. У человека до 12-й недели беременности.

Эндометрий – слизистая оболочка матки.

Эндометриоз - разрастание ткани эндометрия вне его обычной локализации.

Эпизиорафия — хирургическая операция: сшивание рассеченной промежности (после эпизиотомии)

Эпизиотомия — рассечение вульварного кольца в латеральную сторону.

Эректильная дисфункция - неспособность достичь или поддержать эрекцию.

Эстрадиол - женский половой гормон из группы эстрогенов, продуцируемый яичником.

Эстрогены - женские половые гормоны.

Яичник - женская половая железа: продуцирует яйцеклетки и женские половые гормоны.

Рост _____ см. Вес _____ Т⁰ _____
Которая беременность _____ роды _____
Последняя менструация _____
Первое шевеление плода _____
D. Sp _____ D. Cr _____
D. Tr _____
Таз: с. ext _____ с. giag _____
T. vera _____
Окружность живота см. _____
Высота дна матки см. _____
Положение плода, позиция и вид _____
Сердцебиение плода, место, число ударов _____
Предлежащая часть _____
Где находится _____
Родовая деятельность _____
Предполагаемый вес плода _____
Врач _____
Акушерка _____

Течение родов
Схватки начались _____
Воды отошли _____
Качество и количество вод _____
Полное открытие _____
Начало потуг _____
Ребенок родился _____
Первый _ дата _ час _ мин. _
Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)
Пол _ масса (вес) _ рост _
Окружность головки _____ см, груди _____ см.
Второй _ дата _ час _ мин. _
Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)
Пол _ масса (вес) _ рост _
Окружность головки _____ см, груди _____ см.

Профилактика гонобленореи новорожденного произведена _____ (чем)

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____ баллов.
Послед выделился: самостоятельно, отделен, удален рукой, применен прием _____ через _____ час. _____ мин. _____
Детское место целое, под сомнением _____

Оболочки все, под сомнением _____
Пуповина: длина _____ см, обвитие вокруг _____ особенности _____
Кровопотеря в родах _____ мл. _____
АНАМНЕЗ

Общие заболевания _____

Здоровье мужа _____

Менструация: с _____ лет _____

Начало половой жизни с _____ лет _____
Гинекологические заболевания _____

Предыдущие беременности (даты родов, аборт, осложнения, оперативные пособия, масса (вес) новорожденных) _____

Психопрофилактическая подготовка, медикаментозное обезболивание: чем _____

эффект полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть).

Продолжительность родов
Общая _____ I период _____
II период _____ III период _____
Приняла ребенка (акушерка, врач) _____

Послед осматривал _____
Дежурный врач _____
Акушерка _____

Течение и осложнения настоящей беременности

Состояние при поступлении
Данные наружного осмотра:

Сердце _____

Пульс _____

АД на правой руке _____
левой _____

Органы дыхания _____

 Сколько детей живых _____
 мертворожденных _____
 умерло _____

 Органы пищеварения _____

 Мочевая система _____

 Моча при кипячении _____

 Подпись _____

Вкладной лист № 1 к истории родов № _____
 Гр-ки _____

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ

Дата, час	Состояние	Примечание

и т.д. до конца страницы

Дата, час	Состояние	Примечание

и т.д. до конца страницы

Вкладной лист № 2 к истории родов № _____
 Родильницы _____

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Дата	Общее состояние	Состояние молочных желез	Высота дна матки	Лохии	Функция		Назначения
					мочевого пузыря	кишечника	
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

	Состояние	Высота	Функция

ПОДПИСЬ

ПОДПИСЬ

Инструкция по заполнению учетной формы № 096/у ИСТОРИЯ РОДОВ

История родов является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу*.

В истории родов должны найти свое отражение характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия лечащего врача (или акушерки), записанные в их последовательности. История родов должна дать ясное представление о всей картине течения родов без дополнительных пояснений.

Все необходимые в истории родов исправления делаются немедленно, оговариваются за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

Замазывание исправленного текста не разрешается, как равным образом не разрешается внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

За ведение истории родов отвечает непосредственно дежурный врач — в части, касающейся течения родов, и лечащий врач — в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случае консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, приглашенными извне, в истории родов записывается заключение консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в историю родов с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, производивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также примененных наркотических средств и их количества.

При выписке беременной, родильницы и ее ребенка история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением, после просмотра главным врачом передается на хранение в архив родильного дома.

Истории родов могут выдаваться на руки сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок, согласно письменному разрешению главного врача, под расписку.

* Примечание: на женщин, поступающих для прерывания беременности, заполняется медицинская карта прерывания беременности (ф. № 003-1/у), на гинекологических больных — (ф. № 003/у).

Методические рекомендации по подготовке и организации беседы

Беседа должна содержать следующие разделы.

1. Тема беседы. Анализ демографической ситуации, обоснование актуальности проблемы и для Новгородской области в том числе.

Задачи работы:

1. Научиться компетентному информированию целевой аудитории о различных проблемах и вариантах их решения.
2. Развивать профессиональные компетенции санитарно-гигиенического просвещения населения, знакомиться с формами и методами проведения профилактической работы
3. Формировать умение использовать нормативную, справочную и дополнительную литературу, как на бумажных носителях, так и в виде электронных документов.
4. Способствовать формированию самостоятельного мышления, самосовершенствования и самореализации.
5. Развивать познавательную и коммуникативную способности и активность студентов.
6. Способствовать повышению уровня санитарно-гигиенической культуры как у целевой аудитории, так и у студентов.
7. Учиться создавать оригинальные профилактические продукты (аудио-, видеоматериалы, фотографии, плакаты, презентации, памятки и др.)
8. Способствовать созданию активной инициативной группы среди студентов.

3. Участники проекта: 1 или 2 студента.

4. Целевая аудитория: пациенты отделений патологии беременности, пациенты ЖК, студенты учебных групп и др.

5. Описание проекта: Механизм реализации проекта. План (этапы) реализации. Форма проведения – профилактическая беседа с элементами интерактивного общения с аудиторией. Создание и использование аудио-видео профилактических продуктов, электронных презентаций, плакатов, памяток и др. Время на работу с целевой аудиторией - 20-30 минут.

6. Ожидаемые результаты: развитие навыков самостоятельной профилактической работы - для студентов, повышение информированности целевой аудитории по вопросам профилактики.

7. Отчет о реализации профилактического проекта. Краткое описание события. Отзывы слушателей (анкета, видеоматериал, фотографии). Справка о проведении.

Организация реализации проекта проходит в два этапа.

1 этап – защита проекта проходит на практическом занятии в учебной группе. К 1 этапу необходимо представить описание проекта, оформленное на бумажном или электронном носителе. На защиту проекта отводится 10 – 15 мин.

При успешной защите студенты допускаются ко 2-му этапу реализации проекта.

2 этап – проводится для целевой аудитории. Продолжительность работы – 20 - 30 мин. Отчет представляется после проведения в бумажном или электронном виде.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

код больного _____ М Ж

1. Фамилия _____ 2. Имя, отчество _____
 3. Дата рождения _____ 4. Тел. дом. _____ сл. _____
 5. Адрес _____ 6. Место работы (учебы) _____

7. Прикреплены для диспансеризации:

7.1. В данном учреждении _____
 (номер/название врачебного участка)

7.2. В другом учреждении _____
 (наименование ведомства)

СИГНАЛЬНЫЕ ОТМЕТКИ

ГРУППА и Р-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ _____

АЛЛЕРГИЯ _____

Тип реакции _____

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (когда, сколько) _____

ПРИВИВКИ (когда, какие) _____

Реакция _____

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА _____

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ _____

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ _____

Переписной эпикриз из медицинской карты <*>

Ф.И.О. _____ Поступил под наблюдение данной поликлиники в 19.. г.
 Состоит под диспансерным наблюдением: да, нет (подчеркнуть). Группа диспансерного учета _____

Наличие и группа инвалидности _____

Диагноз основного заболевания: _____

Дата его выявления 19.. г.

Сопутствующие заболевания с датами их выявления _____

 <*> - Дополняется листом уточненных диагнозов.

Результаты важнейших диагностических исследований

Дата	Вид исследования	Результат

Сведения о госпитализации

Дата	Место госпитализации	Диагноз	Дополнительные сведения для врача (особенности течения заболевания, лечения и пр.)

Дата | ЛИСТ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточненных) ДИАГНОЗОВ | Подпись |

Назначения	Обследование

Б/л N _____ Срок _____
 Активное посещение _____ Повторная явка _____
 Врач _____

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ НА ВКК

Дата _____ на б/листе с _____ по _____ дней _____
 Диагноз _____

Динамика состояния и проводимое лечение _____

Нуждается в продлении б/листка до "....." 19.. г.

Врач _____

КОНСУЛЬТАЦИЯ ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЕМ

Дата _____ Данные осмотра _____

Диагноз _____

Рекомендации лечащему врачу _____

Экспертное решение: б-лист продлен с _____ по _____
 Зав. отделением _____

ОСМОТР КАРДИОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Кожные покровы: обычные _____ окраска _____
 влажность _____ отечность _____

Лимфатические узлы _____

Суставы: (не) изменены _____ (без) болезненные _____ цвет _____

конфигурация сохранена (нет) _____ отечность _____

контрактура, анкилоз _____

Зев _____ Миндалины _____

Легкие: дыхание везикулярное, хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____

Сердечно-сосудистая система: границы сердца _____

Пульс _____ уд. в мин. (не) ритмичный, наполнения (не) удовлетворительного _____
хорошего, _____ напряжен, верхушечный толчок _____
Тоны _____ Акцент тона на _____ Шумы _____
над крупными сосудами _____ АД: сидя _____ лежа _____ левая рука _____ правая _____
Печень _____ выступает из подреберья на _____ см., _____ уплотнена _____
Селезенка _____ Почки _____
С-м Пастернацкого _____ Мочеиспускание _____ Стул _____
Диагноз _____

Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3)

Назначения

Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____

Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР РЕВМАТОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Кожные покровы: обычные _____ окраска _____

влажность _____ отечность _____ Лимфатические узлы _____

Суставы: (не) изменены _____ (без) болезненные _____ цвет _____

конфигурация сохранена (нет) _____ отечность _____

Нарушение функции сустава _____

Зев _____ Миндалины _____ Легкие: _____

Сердечно-сосудистая система: границы сердца _____

Пульс _____ уд. в мин. (не) ритмичный, наполнения (не) удовлетворительного _____

хорошего, _____ напряжен, верхушечный толчок _____

Тоны _____ Акцент _____ тона на _____ Шумы _____

над крупными сосудами _____ АД: сидя _____ лежа _____ левая рука _____ правая _____

Печень _____ выступает из подреберья на _____ см., _____ уплотнена _____

Болезненность _____ Селезенка _____ Почки _____

С-м Пастернацкого _____ Мочеиспускание _____ Стул _____

Диагноз _____

Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3)

Назначения

Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____

Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР ЭНДОКРИНОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Телосложение _____ рост _____ см., вес _____ кг.

тонус мускулатуры _____ степень ожирения _____

Кожные покровы: обычные, тургор _____, окраска кожи и слизистых оболочек _____

влажность _____, пигментация _____, отеки _____

Вторичные половые признаки: соответствуют полу и возрасту, недоразвиты,

преждевременно развиты, либидо, половое оволосение, менструальный цикл _____

Щитовидная железа: без изменений, увеличение I, II, III, IV ст., консистенция _____

подвижность _____, болезненность _____, узлы _____, тахикардия _____,

похудание _____, дрожание рук _____ экзофтальм, симптом Грефе и др. _____

Отеки лица и конечностей _____, сухость кожи _____, зябкость _____,

сонливость _____, запоры _____. Легкие: дыхание везикулярное _____

хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца _____, шум _____

АД _____ мм рт. ст. Пульс _____ уд. в мин., (не) ритмичный _____

Живот: мягкий, _____, болезненный _____

Печень _____ Селезенка _____
Нервно-психический статус _____

Дополнительные данные _____

Диагноз _____

Назначения

Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____ Повторная явка _____
Врач _____

ОСМОТР ОТОЛАРИНГОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Носовое дыхание _____

Полость носа: без изменений; содержит _____ отделяемое
слизистая _____ цвета, отечна (нет), гиперемирована, атрофирована;
полипы: имеются, отсутствуют, носовые раковины _____
носовая перегородка: без изменений, искривлена (умеренно, резко), вправо,
влево _____

Носоглотка: без изменений _____

аденоиды 1, 2, 3 ст.; другие образования _____

Глотка: без изменений, слизистая _____

Миндалины (Д, С) _____ Лимфатические узлы _____

Голосовая функция _____

Гортань: без изменений _____

Уши: без изменений; наружное ухо (Д, С) _____

слуховой проход (Д, С) _____

барабанная перепонка: без изменений (Д, С) _____

слух: ш.р. Д _____ м, С _____ м; р.р. Д _____ м, С _____ м.

Камертональное исследование _____ Вестибулярные функции _____

Дополнительные данные _____

Проводимые манипуляции _____

Диагноз _____

Назначения

Обследование

Б/л N _____ Срок _____ Активное посещение _____
Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР ОКУЛИСТА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Острота зрения Правый глаз Левый глаз

без корр. _____ с корр. _____ без корр. _____ с корр. _____

Орбита, положение глаз, двигательный аппарат: норма (Д, С) _____

Веки: норма (Д, С); ресничный край: утолщен, чешуйки, язвочки, трихиаз (Д, С);
конъюнктив век: норма, гиперемирована (Д, С); отделяемое: нет, немного;
слизистое, гнойное, пенистое (Д, С) _____

Слезные органы: норма (Д, С); проходимость: активная, пассивная (Д, С)

Склера: норма (Д, С), конъюнктивальная, смешанная (Д, С) _____

Роговица: прозрачная, помутнение (Д, С) _____

Передняя камера: мелкая, глубокая, неравномерная (Д, С): влага ... прозрачная
(Д, С);

Радужка: норма (Д, С) _____ зрачок: норма (Д, С) _____

Хрусталик: прозрачен (Д, С), мутный частично, спицы, полностью (Д, С) _____

Стекловидное тело: прозрачно (Д, С), муть диффузная, плавающая, грубая, тонкая
(Д, С) _____ Глазное дно: зрительный нерв (Д, С) _____

сосуды (Д,С) _____ сетчатка (Д,С) _____
Поле зрения: норма, изменено (см. схему) _____
Внутриглазное давление _____
Проводимые манипуляции _____

Диагноз: _____

Назначения	Обследование
Б/л N _____	Сроки _____
Активное посещение _____	Явка в поликлинику _____
Врач _____	
ОСМОТР НЕВРОПАТОЛОГА (первичный)	
Дата _____	Жалобы _____

Анамнез _____

Статус _____ АД _____ мм.рт. ст. Пульс _____ уд. в м
Сознание: ясное, оглушенность, сонор, кома _____
Зрачки равные, анизокория (Д,С). Диплопия нет, есть. Движение глазных яблок в полном объеме, огранич. вверх, в стороны. Реакция на свет: живая, вялая, отсутствует _____
5-я пара: точки выхода болезненны Д-1, 2, 3. С-1, 2, 3 _____
7-я пара: лицо симметричное, асимметричное, парез периферический, центральный (Д,С) _____
8-я пара: нистагм, шум в ушах, слух нормальный, снижен, отсутствует, головокружение, системное, несистемное _____
9-10 пары: глотание нормальное, поперхивание, пища выливается через нос, голос осиплый, гнусавый, афония _____
12-я пара: язык отклоняется вправо, влево. Гипотрофия Д _____ С _____ половины
Менингеальные симптомы: нет, есть; ригидность затылочных мышц, с-м Кернига, Чувствительность: гипестезия, анестезия, гиперестезия, Брудзинского _____
Рефлексы: с конечностей верхних _____ нижних _____
Патологические знаки: нет, есть _____

Координация: норма, в позе Ромберга пошатывается, падает вправо; влево; промахивается при пальценосовой пробе Д _____ С _____ Атаксия _____
Афазия: моторная, сенсорная, амнестическая. Апраксия, астериогноз _____
Расстройства движений: нет, есть. Гемиплегия _____ Параплегия _____
Тетраплегия _____ Моноплегия _____ Гемипарез _____ Парапарез _____
Тетрапарез _____ Монопарез _____
Вегетативная нервная система: дермографизм розовый, красный, белый, широкий, узкий, быстро исчезающий, гипергидроз ладоней, стоп _____
Эмоциональная сфера: эмоционально лабилен, загруженность, вялость, аданамия;
Периферическая нервная система: симптом Лассега _____
симптом Нери _____; симптом посадки _____ и др. симптомы _____
Состояние мышц спины _____, объем движений позвоночника _____

Проводимые манипуляции: _____

Диагноз _____

Назначения	Обследование
Б/л N _____	Срок _____
Активное посещение _____	Повторная явка _____
Врач _____	
ОСМОТР ХИРУРГА (первичный)	
Дата _____	Жалобы _____

Анамнез _____

Кожные покровы _____
Лимфатические узлы _____
Органы движения: верхние конечности _____
нижние конечности _____ (цвет, перемежающая хромота, температура кожных покровов, пульсация, сосудистая система) _____
Суставы: (не) изменены _____
Язык: чистый, обложен, влажный, сухой _____
Живот: мягкий, вздут, при пальпации болезненность разлитая, ограниченная _____

Мышечная защита: _____
Печень: (не) пальпируется _____
Стул: нормальный, неустойчивый, запоры _____
Прямая кишка: (выделения, геморроидальные узлы, инфильтрация, пальцевое обследование, пальпация обл. копчика) _____
Дополнительные данные _____

Проводимые манипуляции _____
Диагноз _____

Назначения		Обследование
Б/л N _____		Срок _____
Активное посещение _____		Явка в поликлинику _____
Врач _____		
ОСМОТР УРОЛОГА (первичный)		
Дата _____		Жалобы _____
Анамнез _____		

Объективные данные: язык _____, живот _____
почки _____, мочевого пузыря _____
Наружные половые органы _____
Выделения _____ моча _____ простата _____
Анализ мочи _____ крови _____
Инструментальное обследование _____

Диагноз _____

Назначение _____
Б/л N _____ Срок _____ Подпись врача _____
ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____ | Обследование
| и лечение:
ВКЛАДЫШ для больного гриппом, ОРЗ, ангиной (первичное)

Дата _____ В поликлинике, на дому (подчеркнуть)
Жалобы: головная боль, озноб, насморк, боли в глазах, в груди, мышцах, кашель, боль в горле умеренная, сильная, небольшая, слабость _____ (Режим: постельный, домашний, амбулаторный)
Начало: внезапное, постепенное, после переохлаждения.

Объективные данные:
_____ град. С, Пульс _____ АД _____
Общее состояние: удовлетворит., ср. тяжести, тяжелое. Миндалины: набухли, гиперемированы, налеты _____
Кожа: сухая, влажная, чистая _____
Лимфоузлы _____
Сердце: тоны ясные, приглушены, глухие _____
Легкие: дыхание везикулярное, жесткое, хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____

Живот: мягкий, безболезненный, болезненный,
стул _____

Диагноз: основной _____

Сопутствующий _____

Б/л N _____

с _____ по _____ 19.. г.

Активное посещение, явка в
поликлинику:

Врач _____ (фамилия)

Дата _____

Повторное посещение (в поликлинике, на дому) "..." _____ 19.. г.

Жалобы _____

Лечение _____

Общее состояние _____

Т _____ град. С Пульс _____ А/Д _____

Объективно: _____

Обследование _____

Диагноз _____

Б/л с _____ по _____ 19 .. г.

Врач _____

Консультация _____

Повторное посещение (в поликлинике, на дому) "... " _____ 19..г.

Жалобы _____

Лечение _____

Общее состояние _____

Т _____ град. С Пульс _____ А/Д _____

Объективно: _____

Обследование _____

Диагноз _____

Б/л с _____ по _____ 19 .. г.

Врач _____

Консультация _____

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____

Обследование
и лечение:

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____

Обследование
и лечение:

;

ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЕДЕНИЮ НОВОЙ ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО N 025/У-87

Медицинская [карта](#) амбулаторного больного является основным документом, отражающим состояние здоровья пациента, и заполняется на всех впервые обратившихся в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.

Карта заполняется во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, врачебных здравпунктах.

Примечание:

1. Медицинская карта амбулаторного больного заполняется:

- в противотуберкулезных учреждениях - на первично обратившихся и консультативных больных; на контингенты, взятые на учет противотуберкулезным учреждением, заполняется медицинская карта больного туберкулезом ([ф. N 081/у](#));

- в кожно-венерологических учреждениях - на больных кожными болезнями и больных, направленных на консультацию; на больных венерическими болезнями заполняется карта больного венерическими заболеваниями ([ф. N 065/у](#)), на больных грибковыми болезнями - медицинская карта больного грибковым заболеванием ([ф. N 065-1/у](#));

- в женских консультациях - на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности; на беременных и родильниц заполняется индивидуальная карта беременной и родильницы ([ф. N 111/у](#)).

2. На фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктах вместо медицинской карты амбулаторного больного ведется журнал регистрации амбулаторных больных ([ф. N 074/у](#)).

При одновременном введении новых медицинских карт в работу амбулаторно-поликлинических учреждений к заполнению ее лицевой стороны (паспортные данные) привлекаются все медицинские регистраторы, участковые медицинские сестры и медицинские сестры врачей-специалистов. Руководит всей работой главная медицинская сестра, а по терапевтическим отделениям - старшие медицинские сестры.

Медицинская [карта](#) амбулаторного больного состоит из бланков для долговременной информации и бланков для оперативной информации. Бланки долговременной информации включают сигнальные отметки, лист записи заключительных диагнозов, данные профилактических осмотров и лист записи назначения наркотических лекарственных средств. Они заранее крепятся (в типографии) к твердой обложке медицинской карты. Бланки оперативной информации включают формализованные вкладыши для записи первого обращения пациента к следующим специалистам: участковому терапевту, кардиологу, ревматологу, эндокринологу, хирургу, урологу, невропатологу, отоларингологу, окулисту, а также вкладыши для больного гриппом, ОРЗ, ангиной, для записи консультации зав. отделением, этапный эпикриз на ВКК, вкладыш повторного посещения. Бланки оперативной информации подклеиваются к гребешку амбулаторной карты в заполненном виде по мере обращения пациента к специалистам на амбулаторном приеме и на дому.

Долговременная информация о больном.

Бланк "[Сигнальные отметки](#)" заполняется врачом любой специальности при наличии или обнаружении признаков, перечисленных в данном листе. Внесенные данные подтверждаются подписью врача и печатью.

"[Лист](#) записи заключительных (уточненных) диагнозов" заполняется врачами всех специальностей на каждое заболевание, по поводу которого больной обратился в данное учреждение в отчетном году. Заболевание, обнаруженное у больного впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается знаком "+" (плюс). При этом, если заболевание установлено при обращении по поводу заболевания, то знак "+" проставляется в 3 графу; если заболевание выявлено при профосмотре, то знак "+" проставляется в 4 графу. Заболевания, которые могут возникнуть заново несколько раз (ангина, грипп, ОРЗ, пневмония, травма и т.д.) всякий раз считаются впервые выявленными и отмечаются знаком "+" (плюс). Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в случае обращения с ним в отчетном году вновь вносится в лист, но со знаком "-" (минус).

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом обращении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

В случае, когда поставленный и записанный на "лист" диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на "лист".

[Бланк](#) "Данные проф. осмотров" заполняется во время проведения ежегодных профилактических осмотров. Он рассчитан на 5 лет. Обследование проводится по 15 признакам (рост, масса тела, острота зрения, внутриглазное давление, острота слуха, пневмотахометрия, артериальное давление, ЭКГ, осмотр полости рта, анализ крови, анализ мочи, флюорография, маммография, гинекологический осмотр со взятием мазка, пальцевое исследование прямой кишки). Результаты обследования вносятся в графу текущего года в том кабинете, где проведен соответствующий осмотр или исследования пациента.

В [лист](#) записи назначения наркотических лекарственных средств и лекарственных средств, способных вызвать болезненное пристрастие, вносятся все записи о назначенных врачами поликлиники (вне зависимости от специальности) всех наркотических лекарственных средств и всех других лекарственных средств, способных вызвать болезненное пристрастие (их список объявляется информационными письмами Минздрава СССР, Министерств здравоохранения союзных и автономных республик, заведующими краевыми, областными отделами здравоохранения).

Контроль за обоснованностью прописывания указанных лекарственных средств ([п. 3.5.](#) приказа Минздрава СССР от 29 января 1987 г. N 149-ДСП) возложен на главных врачей лечебно-профилактических учреждений.

Во всех случаях должны быть четко заполнены все графы бланка и скреплены подписью врача.

Оперативная информация.

Вкладыши "[Осмотр](#) терапевта", "[Вкладыши](#) для больного гриппом, ОРЗ, ангиной", "[Осмотр](#) кардиолога", "[Осмотр](#) ревматолога", "[Осмотр](#) эндокринолога" заполняются при первичном обращении к врачам терапевтического профиля. При обследовании больного или проведении профосмотра следует придерживаться того плана, который имеется в бланке. По каждому признаку - норма подчеркивается, а патология вносится в соответствующую графу. При повторном обращении пациента заполняется "Повторный осмотр". При записи результатов повторного осмотра вносится только динамика изменения состояния больного, данные обследования, лечения и экспертизы трудоспособности. Все указанные вкладыши последовательно по мере обращения больного подклеиваются к обложке медицинской карты.

Вкладыш "[Этапный эпикриз](#) на ВКК" заполняется лечащим врачом для решения вопросов экспертизы временной нетрудоспособности. Обратная сторона этого вкладыша предназначена для "Консультации заведующего отделением", который вносит в него рекомендации по поводу дополнительного обследования, диагноза, лечения, восстановительной терапии, экспертизы трудоспособности и трудоустройства.

Вкладыши "[Осмотр](#) хирурга", "[Осмотр](#) отоларинголога", "[Осмотр](#) окулиста", "[Осмотр](#) невропатолога", "[Осмотр](#) уролога" заполняются при первичном обращении к врачам-специалистам. Они заполняются аналогично вкладышам, описанным для врачей терапевтического профиля. Записи о повторном посещении проводятся на дополнительные бланки "[Повторный](#) осмотр".

В медицинскую [карту](#) подклеиваются результаты анализов и обследования, заключительные эпикризы стационарного лечения.

Вкладыш "[Переписной эпикриз](#) из медицинской карты" предназначен для внесения сведений о больном при заведении новой утвержденной формы медицинской карты амбулаторного больного, а также при оформлении медицинской карты на хранение в архив. Он дополняется листом уточненных диагнозов.

В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара или его смерти медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику. В случае смерти больного одновременно с выдачей врачебного [свидетельства](#) о смерти в карте проводится запись о дате и причине смерти. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения.

Опорный конспект по Теме 12.2.1. Физиологическая беременность. Физиологические роды

АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В акушерской практике, помимо опроса и общепринятых клинических методов исследования, применяют следующие специальные методы: наружно-внутреннее и внутреннее (влагалищное) исследования; осмотр при помощи зеркал; пальпация плода; определение размеров и формы таза; измерение величины внутриутробного плода и др.

Широко используются гематологические, иммунологические (серологические и др.), бактериологические, биохимические, электрофизиологические, гистологические, цитологические, эндокринологические методы исследования. При наличии соответствующих показаний применяют рентгенографические методы, исследования ультразвуком и другие методы диагностики.

Опрос беременной и роженицы проводится по определенному плану. Выясняют фамилию, имя, отчество, возраст, место работы и профессию, место жительства; в каком возрасте появились первые менструации и через какой промежуток времени они установились; тип менструации (3- или 4-недельный цикл, продолжительность, количество теряемой крови, наличие болей и др.); изменились ли менструации после начала половой жизни, бывших родов и аборт; когда была последняя менструация. Выясняют, нет ли выделений из половых путей. Патологические выделения (обильные, гнойные, слизистые или водянистые с примесью гноя и т. д.) указывают обычно на наличие гинекологических заболеваний. При сборе акушерского анамнеза выясняют: к-рая по счету настоящая беременность; течение предыдущих беременностей (не было ли токсикозов, заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени и других органов); как закончились предыдущие беременности (родами или выкидышами); характер предыдущих родов (срочные или преждевременные, их течение); наблюдались ли ранее послеродовые заболевания. Патологические роды в прошлом (отягощенный акушерский анамнез) дают основание ожидать возникновения осложнений при настоящей беременности и родах.

Собирают семейный анамнез, расспрашивают о здоровье мужа (не страдает ли алкоголизмом), выясняют наличие наследственных заболеваний и заболеваний, грозящих заражением беременной и будущему ребенку (гонорея, туберкулез и др.). Уточняют условия труда и быта в плане воздействия на плод.

Осмотр беременной и роженицы. Обращают внимание на рост, телосложение, деформацию позвоночника и нижних конечностей (анкилозы суставов и другие отклонения в костной системе указывают на возможность изменения формы таза и его сужение), цвет и состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек, пигментацию лица, белой линии живота, сосков и околососковых кружков, рубцы беременности, упитанность, состояние молочных желез, величину и форму живота.

Осмотр живота во второй половине беременности иногда позволяет выявить отклонения от нормального течения беременности. При нормальной беременности и правильном положении плода живот имеет овоидную (яйцевидную) форму; при поперечном (неправильном) положении плода живот раздается в бока, при многоводии он шарообразный, увеличивается очень резко, несоответственно сроку беременности. Форма живота может измениться и при узком тазе.

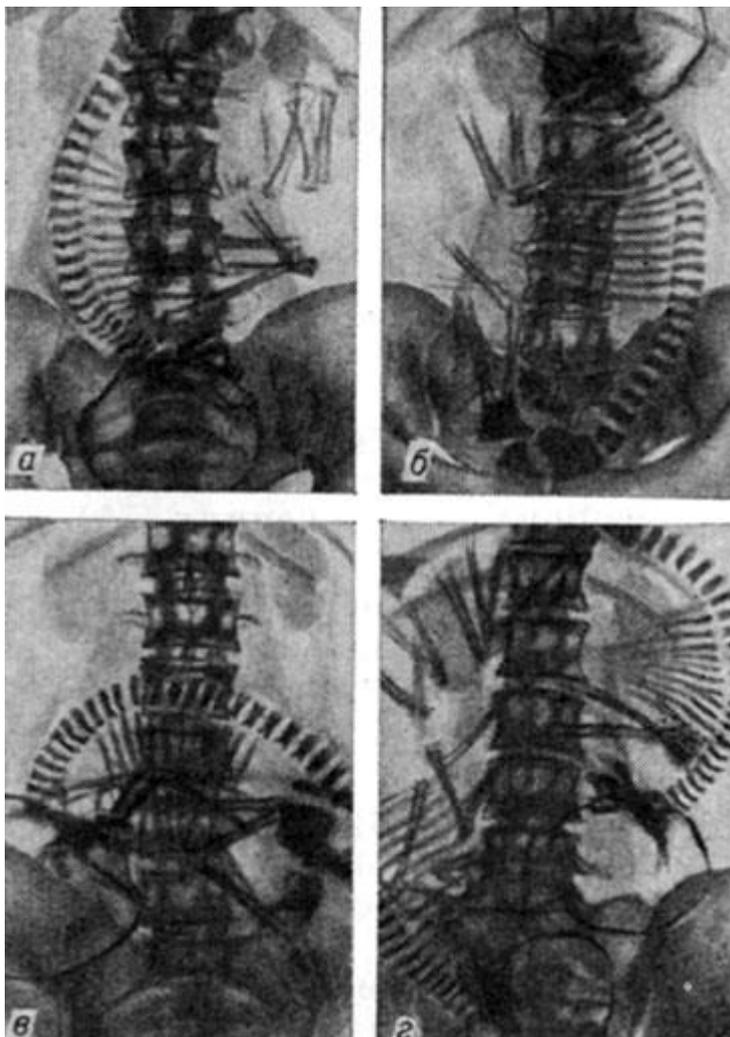
Необходимо производить **осмотр пояснично-крестцового ромба**, форма которого в совокупности с другими данными позволяет судить о строении таза.

После осмотра производят **исследование сердечно-сосудистой системы**, легких, нервной системы, органов пищеварения по общепринятой методике (аускультация, перкуссия, пальпация).

У беременных в обязательном порядке измеряют артериальное давление, исследуют мочу и кровь (морфологическая картина, РОЭ), определяют группу крови, резус-принадлежность, проводят серологические и другие исследования для выяснения латентных инфекций (сифилис, токсоплазмоз и др.); устанавливают вес тела. Во второй половине беременности измерение артериального давления, взвешивание, исследование крови и мочи производят систематически. При необходимости применяют рентгенологические, электрофизиологические и другие методы исследования.

Специальные акушерские исследования делятся на основные и вспомогательные методы. К основным методам относятся: влагалищное исследование, осмотр шейки матки с помощью зеркал, измерение таза, пальпация живота беременной и аускультация сердечных тонов плода и др.

Рис. Рентгенологическое исследование плода: а — головное предлежание; б — тазовое предлежание; в — поперечное положение; г — двойня, головное предлежание обоих плодов



К **вспомогательным методам исследования** относятся: амниоскопия, амниоцентез, электрокардиография, фонография, рентгенография и др. Для осмотра нижнего полюса плодных оболочек применяют амниоскопию (см.), для определения состояния плода — амниоцентез (см.).

Электрокардиография позволяет регистрировать биопотенциалы сердца плода начиная с 13—14-й недели беременности, когда при аускультации сердцебиение плода еще не прослушивается. Этот метод используется для диагностики ранних признаков нарушения сердечной деятельности плода (асфиксия, фетопатии), предлежания плода, распознавания многоплодной беременности и др.

Фонокардиография — регистрация звуковых явлений, вызванных сердечной деятельностью, позволяет выявить низкие частоты колебаний, которые не улавливаются при аускультации.

Фонокардиограмма отражает режим сердечной деятельности — норма, учащение, урежение, аритмия и др. (см. Плод).

Биологические и иммунологические методы исследования при малых сроках беременности — см. Ашгейма—Цондека реакция, Беременность, Галли-Майнини реакция, Фридмана реакция.

Рентгенологическое исследование. Методом рентгенографии можно определить положение и членорасположение плода (рис), наличие многоплодия, особенности строения таза и его размеры.

Рентгенографию производят в положении на спине и на боку, что позволяет судить о форме крестца, лобковых и других костей; специальной линейкой измеряют поперечные и прямые размеры таза. Измеряют также головку и на этом основании судят о соответствии ее величины размерам таза.

Однако к рентгенографии прибегают только в исключительных случаях, когда при обычных методах исследования (пальпации, аускультации, влагалищном исследовании и др.) не получают убедительных данных, необходимых для точного диагноза. Это связано с высокой чувствительностью плода к ионизирующей радиации, особенно на ранних стадиях развития.

Приложение №12

Опорный конспект к Теме 12.1.4. Заболевания половых органов мужчины

Аномалии мужских половых органов:

- отсутствие какого-либо органа половой системы
- гибель или не полное формирование
- сращение парных органов срачиваются в один
- большее количество органов, чем в норме (обычно они недоразвиты)
- формирование одновременно как мужских, так и женских половых органов.

Причины развития аномалий мужских половых органов

- Нарушении развития плода
- Воздействие лекарств
- Воздействие радиоактивного излучения
- Врожденные заболевания зародыша.

Анорхизм - врожденное отсутствие яичек (обоих). Подобная аномалия встречается крайне редко.

Монорхизм –врожденное отсутствие одного из яичек. *Полиорхизм* –наличие более двух яичек (чаще трех). Дополнительное яичко располагается рядом с основным и оно обычно недоразвито. Отсутствует придаток и семявыносящий проток. Такое «лишнее» яичко в связи с риском злокачественного роста необходимо удалить.

Крипторхизм – порок развития яичек, встречающийся наиболее часто. При этом одно или сразу оба яичка еще во внутриутробном периоде не переместились в мошонку, а задержались в нижнем сегменте первичной почки, в паховом канале или в брюшной полости.

Псевдокрипторхизм – может возникнуть в результате сокращения мышц, поднимающих яичко.

Эктопия яичка – определяется его расположением у передней брюшной стенки спереди от косой мышцы живота, на промежности или бедре, в области корня полового члена или лобка.

Гипоплазия яичка – его недоразвитие. Иногда отмечается врожденное отсутствие яичек, резко выражены евнухоидизм и гипогенитализм.

Аномалии полового члена: врожденное отсутствие всего полового члена или только его головки, наличие скрытого полового члена, его эктопия, а также удвоенный и перепончатый половой член.

Эктопия полового члена – является крайне редкой аномалией, при которой член находится позади мошонки, при этом имеет небольшой размер.

Раздвоенный половой член – при этом обнаруживается частичное или полное удвоение члена с наличием двух головок. Нередко сочетается с другими аномалиями: эписпадией, гипоспадией и т. п.

Гермафродитизм (двуполость) – также крайне редкое отклонение, при котором имеются мужские и женские признаки.

Лечение аномалий половых органов

медикаментозное лечение, оперативное вмешательство. Если есть задержка яичек в области паха или в брюшной полости, то применяют лекарства. Иногда требуется операция, выполнить которую необходимо как можно раньше. Врожденные аномалии пениса корректируются с двух лет. При наличии фимоза производится операция по обрезанию. Врожденная опухоль кровеносных сосудов пениса удаляется оперативно. Если мошонка расположена над половым членом, тоже проводится операция.

Эректильная дисфункция

Характеризуется неспособностью достичь или поддержать эрекцию. Это обычно временное явление, причиной которого является чрезмерное употребление алкоголя или страх.

Однако у некоторой категории мужчин импотенция или эректильная дисфункция (ЭД) представляет собой постоянную хроническую болезнь, вызываемую страхом, стрессом и неуверенностью и недовольством собой.

Принято считать, что импотенция в основном психологическая проблема, связанная со стрессом, страхом и другими психологическими проблемами. Однако современные исследования показали, что около половины случаев эректильной дисфункции связано с физиологическими причинами.

Импотенция может появиться после операций на мочевом пузыре, простате, нижних отделах кишечника и позвоночнике.

К психологическим причинам относят недавний стресс или смену образа жизни. Однако доказано, что импотенция обусловлена ими всего в 15% случаев. Кроме того, часто психологическая причина импотенции имеет и физиологические основы.

Лечение.

Медикаментозное и хирургическое

Синдром хронической тазовой боли – это диагноз, выделенный для обозначения комплекса симптомов, ведущим среди которых является боль в нижней половине живота, пояснице, наружных половых органов и промежности. Согласно международным рекомендациям, диагноз устанавливается при существовании болей в течение свыше 3 месяцев.

Кроме наличия болей, у пациентов нередко отмечаются разнообразные дисфункции со стороны органов малого таза (сексуальные расстройства, нарушения мочеиспускания и дефекации). В совокупности с постоянными и изматывающими болями эти расстройства существенно снижают качество жизни пациентов, иногда достаточно молодых, негативно влияя на работоспособность и психологическое состояние. Больные становятся депрессивными, подавленными, постоянно испытывают чувство тревоги за свое здоровье и живут в ожидании возобновления болей.

Причины заболевания

- Простатит, возникший на фоне ЗППП.
- Воспаление предстательной железы химической природы – развивается вследствие попадания мочи в протоки и железы простаты.
- Аутоиммунный простатит.
- Нарушения в работе центральной и периферической нервной систем.
- Повреждения нервов и мышц промежности или органов малого таза в результате воспаления или травмы.
- Неврогенные и психологические факторы.

Лечение комплексное. Лекарственные препараты и физиопроцедуры. Из лекарственных средств чаще всего назначаются антибактериальные препараты, α -адреноблокаторы, нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты. При выраженности болевых ощущений возможно использование даже наркотических анальгетиков. Достаточно широко используются лекарственные препараты растительного происхождения. Дополнительно могут быть назначены антидепрессанты и седативные препараты, которые кроме благотворного влияния на психическое состояние больного оказывают и некоторый болеутоляющий эффект или снижают восприимчивость к болевым ощущениям.

Приложение 13

Опорный конспект к Теме 12.2.3. Патология беременности

Токсикозы беременных (toxicoses gravidarum, синоним гестозы) — патологические состояния беременных, причинно связанные с развивающимся плодным яйцом и, как правило, исчезающие в послеродовом периоде. Токсикоз, проявляющийся в первые 20 нед. беременности, обычно называют ранним, после 20 нед. беременности — поздним.

Ранний токсикоз беременных

Наиболее распространенные формы:

- рвота
- слюнотечение (птиализм).

Рвота:

- примерно у 50—60% беременных, в стационарном лечении нуждаются 8—10% из них.

Патогенез:

- гормональный дисбаланс,
- аллергическая реакция в ответ на попадание элементов трофобласта в кровотоки матери.

Выраженные формы рвоты чаще встречаются при:

- многоплодной беременности
- пузырном заносе.

Отмечено временное совпадение пика секреции хорионического гонадотропина и начала рвоты.

При рвоте беременных нередко наблюдается изменение функции коры надпочечников, выражающееся в снижении секреции кортикостероидов.

Клиническая картина:

Три степени тяжести рвоты беременных:

I — легкая (до 5 раз в сутки, натошак или бывает связана с приемом пищи и неприятными запахами, общее состояние беременной не нарушается),

II — средней тяжести (до 10 раз в сутки, появляются симптомы интоксикации),

III — тяжелая (неукротимая, или чрезмерная, рвота — до 20 раз в сутки и более, приводящая к быстрому снижению массы тела, метаболическим сдвигам и нарушению функции жизненно важных органов. Резкая слабость, возбуждение или апатия, субфебрилитет, тахикардия, артериальная гипотензия, в моче появляются ацетон, нередко белок и цилиндры. Иногда возникает желтуха, в редких случаях — токсическая дистрофия печени. Возможна гипотрофия плода.

Лечение:

I степени - амбулаторно под контролем динамики массы тела беременной и при повторных исследованиях мочи на ацетон. Частое дробное питание, полоскание рта вяжущими средствами; частая смена окружающей обстановки (прогулки и др.), эффективна иглорефлексотерапия.

II и III степени - в стационаре. Комплексное:

- нормализация функций Ц. Н. С.,
- восстановление потери питательных веществ и жидкости,
- коррекция электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия.

В случае безуспешности лечения необходимо прерывание беременности (оно показано также при стойкой субфебрильной температуре тела, выраженной тахикардии, прогрессирующем снижении массы тела, протеинурии, цилиндрурии, ацетонурии, желтухе).

Слюнотечение

часто сопровождает рвоту беременных, реже возникает как самостоятельная форма раннего Т. б. При выраженном слюнотечении потеря слюны за сутки может превышать 1 л. Обильное слюнотечение угнетающе действует на психику беременной, приводит к обезвоживанию, гипопроотеинемии.

Лечение:

выраженного слюнотечения - в стационаре:

- атропин,
- полоскания рта настоем шалфея, ромашки или дубовой коры.
- При значительной гипопроотеинемии - переливание плазмы.
- Положительный эффект оказывают гипноз и иглорефлексотерапия.

Особая форма раннего Т. б. — **желтуха** (обусловлена холестазами (холестатический гепатоз)). Чаще возникает в начале II триместра беременности и прогрессирует по мере увеличения ее срока, сопровождается зудом кожи, повышением уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы в крови при нормальной активности аланинаминотрансферазы. При этой форме Т. б. возможны невынашивание беременности, кровотечение в родах, иногда у плода

формируются пороки развития. Желтуха исчезает с прерыванием беременности, может повторяться при каждой беременности.

Лечение такое же, как при гепатитах: диета, витамины, глюкоза, белковые препараты и др. Иногда прибегают к прерыванию беременности.

Дерматозы.

Наиболее частый дерматоз беременных - зуд **кожи**, (может быть локальным (в области вульвы) или распространяться по всему телу). Зуд иногда бывает мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность.

Дифференциальный диагноз:

- сахарный диабет,
- грибковые заболевания кожи,
- трихомоноз,
- аллергическая реакция.

Лечение:

- седативные и гипосенсибилизирующие средства,
- УФ-облучение.

Реже встречаются:

- **экзема,**
- **герпес,**
- **импетиго герпетиформное**, при котором отмечается высокая перинатальная смертность.

Принципы лечения этих дерматозов такие же.

Редкие формы раннего Т. б.:

- **тетания** — судороги мышц верхних и нижних конечностей, лица, возникающие у беременных вследствие нарушений обмена кальция. Следует также учитывать возможность проявления в связи с беременностью гипопаратиреоза.

Лечение:

- препараты кальция.

- **бронхиальная астма** (очень редкая форма).

Дифференцировать с часто наблюдаемым во время беременности обострением ранее возникшей бронхиальной астмы.

Лечение:

- препараты кальция,
- седативные средства,
- витамины.

У женщин, перенесших ранний Т. нередко развивается поздний Т. б., в связи с чем за ними необходимо особенно тщательное диспансерное наблюдение.

Поздний гестоз беременных

ОПГ-гестоз представляет собой синдром полиорганной функциональной недостаточности, развившийся в результате беременности или обострившийся в связи с ней. Наблюдается у 8—12% беременных, тенденция к снижению частоты отсутствует.

В нашей стране принято различать **4 клинических формы (стадии) ОПГ-гестоза:**

- водянку,
- нефропатию,
- преэклампсию
- эклампсию.

Наряду с «чистыми» формами ОПГ-гестоза, выделяют «сочетанные» формы, развивающиеся на фоне существовавших до беременности болезней почек, гипертонической болезни, нейроэндокринного синдрома.

Водянка беременных

стойкие отеки при отсутствии белка в моче и нормальном АД.

Вначале отеки могут быть скрытыми:

- положительный «симптом кольца» (кольцо на пальце двигается с трудом),
- избыточная прибавка массы тела
- положительная проба Мак-Клюра — Олдрича.

Видимые отеки появляются:

- вначале на нижних конечностях,
- затем в области вульвы,
- туловища,
- верхних конечностей
- лица.

Общее состояние беременной обычно не нарушается. Беременность, как правило, заканчивается родами в установленный срок. Иногда развивается нефропатия беременных.

Лечение:

1. Основа – диета:

- ограничение соли и жидкости (до 1000 мл в сутки),
- употребление продуктов, содержащих полноценные белки (мяса, рыбы, творога), а также фруктов, овощей, соков.
- каждые 7—10 дней - разгрузочные дни (творожные, яблочные).

2. Витаминотерапия.

3. Седативные (отвар пустырника и валерианового корня) средства.

4. Спазмолитические (но-шпа, папаверин, эуфиллин в таблетках) средства.

5. Препараты, укрепляющие сосудистую стенку (аскорбиновая кислота, рутин).

Исследования последних лет показали нецелесообразность применения диуретиков, т.к. в условиях пониженного коллоидно-онкотического давления это способствует дальнейшему уменьшению объема плазмы крови и потере электролитов.

Водянку беременных можно лечить в амбулаторных условиях, если имеется возможность устранить все неблагоприятные факторы дома и на производстве.

Нефропатия беременных

следующие основные симптомы:

- протеинурия,
- отеки,
- артериальная гипертензия.

Нередко наблюдаются два из этих симптомов, реже только протеинурия или артериальная гипертензия. Существование артериальной гипертензии как самостоятельной формы ОПГ-гестоза многими исследователями и клиницистами оспаривается.

Выделяют *три степени тяжести нефропатии*:

I степень — отеки нижних конечностей, повышение АД до 150—90 *мм рт. ст.*, протеинурия до 1 *г/л*;

II степень — отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки, повышение АД до 170/100 *мм рт. ст.*, протеинурия до 3 *г/л*;

III степень — выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица, АД выше 170/100 *мм рт. ст.*, протеинурия более 3 *г/л*.

Преэклампсия

симптомы поражения ЦНС по типу гипертензивной энцефалопатии:

- на фоне повышенного АД возникают головная боль,
- головокружение,
- нарушение зрения (мелькание «мушек» и ощущение пелены перед глазами),
- боль в надчревной (подложечной) области,
- тошнота,
- рвота,
- иногда сонливость.

Эти симптомы могут встречаться в различных сочетаниях, выраженность их варьирует, они могут возникать периодически и быстро исчезать или имеют стойкий характер. Возможны преждевременная отслойка плаценты, преждевременные роды, смерть плода. По мере прогрессирования гестоза на фоне внутричерепной гипертензии и микроциркуляторных расстройств нарушается мозговое кровообращение, что приводит к появлению судорожной готовности и к эклампсии — судорогам и (или) потере сознания.

Лечение:

- в палате интенсивной терапии,
- борьба с гиповолемией, артериальной гипертензией (снятие периферического артериолоспазма),
- регуляция белкового и водно-солевого обмена,
- улучшение микроциркуляции маточно-плацентарного кровообращения и почечного кровотока,

Эклампсия

обычно развивается на фоне преэклампсии или нефропатии.

В начале судорожного припадка наблюдаются подергивания мышц лица в течение 20—30 с, затем тонические судороги всех скелетных мышц, сопровождающиеся остановкой дыхания, цианозом лица, расширением зрачков, потерей сознания. Через 20—30 с тонические судороги сменяются клоническими, еще через 20—30 с появляется нерегулярное хриплое дыхание с выделением пены изо рта (вследствие прикусывания языка она может быть окрашена кровью). После прекращения судорог коматозное состояние (экламптическая кома) сохраняется обычно не более 1 ч, иногда несколько часов и даже суток. Судорожный припадок может быть

единичным или наблюдается серия припадков, повторяющихся через короткие интервалы времени (экламптический статус). Возможна внезапная утрата сознания без приступа судорог. При эклампсии возможны преждевременная отслойка плаценты, преждевременное прерывание беременности. Во время остановки дыхания плод может погибнуть в результате усугубления гипоксии.

Осложнения эклампсии:

- сердечная недостаточность,
- отек легких,
- острая дыхательная недостаточность в связи с обструкцией дыхательных путей,
- шоковое легкое,
- бронхопневмония,
- поражение головного мозга (отек головного мозга, кровоизлияния тромбозы, ишемия),
- отслойка сетчатки и кровоизлияние в нее,
- острая форма синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови,
- гемолитическая ангиопатическая анемия,
- печеночная недостаточность (в связи с некрозом, кровоизлияниями в ткань печени),
- разрыв печени,
- почечная недостаточность (вследствие некроза и кровоизлияний в почки).
- Возможны кровоизлияния в селезенку, кишечник, поджелудочную железу, надпочечники.

Наиболее тяжелое осложнение эклампсии: кома, развивающаяся на фоне поражения головного мозга (кровоизлияние, ишемия, отек).

Лечение:

основные задачи терапии:

- купирование и последующее предупреждение судорог,
- устранение артериальной гипертензии,
- предотвращение нарушения внешнего дыхания.

На догоспитальном этапе:

- для купирования судорог:
 - в/венно т 25% раствор сульфата магния (до 15—20 мл),
 - 0,5% раствор сибазона (до 4 мл).
 - для усиления гипотензивного эффекта сульфата магния в/в дибазол, папаверин, ношпа, эуфиллин.
- для предупреждения нарушения внешнего дыхания:
 - больную уложить на ровную жесткую поверхность,
 - голову повернуть набок,
 - с помощью шпателя или ложки открыть рот и очистить полость рта от содержимого, обеспечивая проходимость верхних дыхательных путей.
- При сохранении или быстром восстановлении дыхания - ингаляция кислорода.
- При остановке сердечной деятельности и дыхания - реанимация.
- Транспортировка больной в стационар после купирования судорог бригадой интенсивной терапии, которая может при неэффективности указанных мероприятий для купирования судорог применить фторотановый (0,75—1,5 об. %) или барбитуровый (гексенал или тиопентал-натрий — до 300 мг) наркоз.

В стационаре:

интенсивная терапия проводится акушером-гинекологом и реаниматологом, в специализированном отделении интенсивной терапии или ПИТе.

Цель терапии:

подготовка к родоразрешению при доношенной беременности, внутриутробной гибели плода и невозможности продолжения беременности.

Приложение 14

Опорный конспект к Теме 12.2.4. Патология родов и послеродового периода.

Заболевания, возникающие в послеродовом периоде (в первые 6—8 недель после родов), непосредственно связанные с беременностью и родами. Различают инфекционные и неинфекционные послеродовые заболевания. Возбудителями могут быть золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк, условно-патогенные аэробные грамотрицательные микроорганизмы (кишечная палочка, протей, клебсиелла и др.), анаэробная микрофлора (бактероиды, пептококки, пептострептококки и др.). Возбудители инфекции могут попадать на раневую поверхность матки, поврежденные участки шейки матки, влагалища, промежности (входные ворота инфекции) извне (например, заносятся во время влагалищного исследования, ручного обследования полости матки при несоблюдении правил асептики). Развитию инфекционного процесса способствует снижение защитных сил организма. Инфекционные П. з. могут возникать также в результате активации собственной условно-патогенной флоры.

В соответствии с классификацией С.В. Сазонова и А.В. Бартельса, послеродовые инфекционные заболевания рассматривают как этапы развития единого инфекционного (септического) процесса в организме родильницы.

К первому этапу развития патологического процесса относят заболевания, ограниченные областью родовой раны: воспаление слизистой оболочки матки — эндометрит и послеродовые язвы (гнойно-воспалительный процесс в области разрывов и трещин промежности, стенки влагалища и шейки матки, характеризующийся поверхностным некрозом тканей и образованием трудно отделяющегося грязно-серого или серо-желтого налета, отеком и гиперемией окружающих тканей). **Второй этап** развития инфекции характеризуется распространением ее за пределы родовой раны. На этом этапе в процесс могут вовлекаться миометрий (эндомиометрит), околоматочная клетчатка (параметрит), придатки матки, брюшина малого таза — Пельвиоперитонит, вены матки, тазовые вены и вены нижних конечностей. **На третьем этапе** развития патологического процесса могут наблюдаться разлитой перитонит (чаще возникает после кесарева сечения (Кесарево сечение)), септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит; по клиническим проявлениям болезнь приобретает сходство с генерализованной септической инфекцией. Четвертый этап развития инфекции, или генерализованная инфекция, характеризуется развитием сепсиса без метастазов (септицемия) или с метастазами (септикопиемия).

Клинические проявления послеродовых инфекционных заболеваний во многом зависят от характера поражений, но имеют и общие черты: повышение температуры тела, учащение пульса, озноб, слабость, снижение аппетита, иногда жажда. В последние десятилетия наблюдается учащение стертых форм инфекционных П. з., при которых самочувствие больной длительное время не нарушается, температура тела субфебрильная, локальные патологические процессы выражены слабо.

Диагностика послеродовых инфекционных заболеваний основывается на клинической картине, данных лабораторного и инструментального исследований. При исследовании крови обычно выявляют лейкоцитоз, повышение СОЭ, снижение гематокрита; при септическом шоке — нарушения свертывающей системы (тромбоцитопения, гиперкоагуляция). У больных стертыми формами П. з. данные анализа крови не соответствуют истинной тяжести

заболевания, СОЭ остается нормальной. С помощью биохимических исследований определяют состояние иммунной системы, которая при П. з. обычно угнетена. Этиологическая роль микроорганизмов при П. з. устанавливают путем бактериологического исследования содержимого влагалища и канала шейки матки, грудного молока, крови, мочи. При этом важно учитывать степень обсемененности исследуемого материала, которая характеризуется числом колониеобразующих единиц в 1 мл материала. Бактериологическое исследование проводится до начала лечения антибактериальными препаратами и включает определение чувствительности микрофлоры к ним. По показаниям применяют ультразвуковое, рентгенологическое и радиологическое исследования, термографию, гистероскопию.

Лечение послеродовых инфекционных заболеваний должно быть этиотропным, комплексным, своевременным и активным. Родильницы с П. з. должны получать не менее 2—2 1/2 л жидкости в сутки, включая жидкость, вводимую парентерально. Обязательным компонентом лечения П. з. являются антибиотики, назначаемые с учетом чувствительности к ним микрофлоры. На время лечения целесообразно прекратить грудное вскармливание. Среди средств, повышающих иммунологическую реактивность и противоинфекционную защиту, применяют тактивин, человеческий противостафилококковый иммуноглобулин, антистафилококковую плазму, адсорбированный стафилококковый анатоксин. С целью дезинтоксикации, устранения метаболических и гемодинамических расстройств используют инфузии гемодеза, реополиглюкина, полиглюкина, белковых препаратов, солевых и щелочных растворов. В комплекс лечения П. з. включают также антигистаминные препараты (супрастин, димедрол, тавегил и др.), протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), при генерализованных формах — анаболические гормоны, глюкокортикоиды.

Из физических методов лечения используют электростимуляцию матки (при эндометрите); УВЧ-терапию и УФ-облучение (при инфицированных ранах промежности и передней брюшной стенки); воздействие микроволнами дециметрового и сантиметрового диапазона и ультразвуком (при параметрите).

При послеродовой язве большое значение придается местному лечению, направленному на удаление гнойных налетов и активизацию регенерации ткани. Для удаления гнойных налетов в рану вводят стерильную марлевую турунду, пропитанную 10% раствором хлорида натрия или цигеролом. Турунду меняют каждые сутки до тех пор, пока рана полностью не очистится от гноя. После этого назначают мазевые аппликации (мазь Вишневского, левомеколь). Если поверхность инфицированной раны небольшая, она заживает вторичным натяжением. В некоторых случаях при обширных послеродовых язвах накладывают вторичные швы.

Оперативное лечение проводят при эндометрите, развившемся на фоне задержки в матке крови, послеродовых выделений (лохий) или частей плацентарной ткани (инструментальная ревизия полости матки, удаление задержавшихся частей плаценты); перитоните (экстирпация матки с маточными трубами).

Прогноз при своевременной комплексной адекватной терапии в большинстве случаев благоприятный, при сепсисе, септическом шоке и перитоните — сомнительный.

Профилактика должна начинаться в период беременности и включать лечение гинекологических (вульвита, кольпита и др.) и экстрагенитальных заболеваний (хронические тонзиллит, гайморит, пиелонефрит, бронхит и др.). Большое значение имеет рациональное ведение родов и послеродового периода (предотвращение длительного безводного промежутка, своевременное назначение средств, стимулирующих родовую деятельность, адекватное обезболивание родов, предупреждение и правильное лечение разрывов мягких тканей родовых путей, маточных кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде). В родовспомогательных учреждениях должен быть обеспечен строгий санитарно-гигиенический режим (согласно соответствующим инструктивно-методическим указаниям МЗ СССР). Важное значение имеет соблюдение личной гигиены персоналом, правил асептики и антисептики при уходе за родильницей.

Лечение послеродовых психических расстройств включает назначение психотропных средств (Психотропные средства), выбор которых определяется клинической картиной болезни. При наличии соматических расстройств проводят терапию, направленную на их устранение. Прогноз благоприятный. Примерно в 75% случаев наблюдается исчезновение психических расстройств, иногда возможно обострение шизофрении и маниакально-депрессивного психоза, обычно это происходит в климактерическом периоде (Климактерический период). Профилактика включает психотерапию в период беременности и родов, предупреждение послеродовых соматических заболеваний.

Приложение 15

АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ

Алгоритм манипуляции

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА// ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА ПАЛАТЫ

Цель манипуляции: подготовить палату к генеральной уборке после выписки родильниц, произвести обработку палаты и подготовить ее для приема родильниц из родильного блока.

Показания к манипуляции: гнойно-септическая инфекция, выписка родильницы.

Противопоказания: нет.

Оснащение:

& антисептические средства, дезинфицирующие и моющие растворы;

& предметы ухода;

& инструментарий;

& биксы;

& простыни, салфетки; & халаты, маски, перчатки;

& стерильная ветошь;

& инструкция по организации и проведению санитарно-гигиенических мероприятий в акушерско-гинекологических стационарах.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: халат, фартук, бахилы, чепчик, маска, перчатки.

Ход манипуляции: Заключительная обработка палаты

& после выписки родильниц освободить палату от мягкого инвентаря: грязное белье сложить в специальные мешки и доставить в помещение, предназначенное для этой цели; подушки, матрацы, одеяла подготовить для транспортировки в дезинфекционную камеру;

& надеть спецодежду для генеральных уборок (халат, фартук, бахилы, шапочка, маска, перчатки);

& залить палату (стены, кровати, пол) 1% раствором хлорамина на 1 час; & включить бактерицидные лампы на 1 час; & палату закрыть;

& вымыть палату стерильной ветошью, моющим средством, надев специальный стерильный халат и перчатки;

& протереть палату ветошью, смоченной в водопроводной воде;

& внести постельные принадлежности, прошедшие камерную обработку, застелить кровати чистым бельем; & включить бактерицидные лампы на 1 час; & проветрить палату в течение 2 часов.

Обработка рабочего места и инструментария: уборочный инвентарь после обработки помещения обеззаразить в 1% растворе хлорамина 1 час, прополоскать в чистой воде.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: вымыть лицо и руки с мылом, смазать смягчающим кремом.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, произведена генеральная уборка палаты.

Алгоритм манипуляции **ПРИЕМЫ НАРУЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ** **(ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО)**

Цель манипуляции: произвести наружное исследование беременной с помощью приемов Леопольда.

Показания к манипуляции: обследование.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: кушетка.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. Беременную уложить на спину, ее ноги должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат.

Ход манипуляции:

встать справа от пациентки, лицом к ней.

Первый прием наружного акушерского исследования: ладони обеих рук располагаются на дне матки, пальцы рук сближаются. Осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности и части плода, находящейся в дне матки.

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

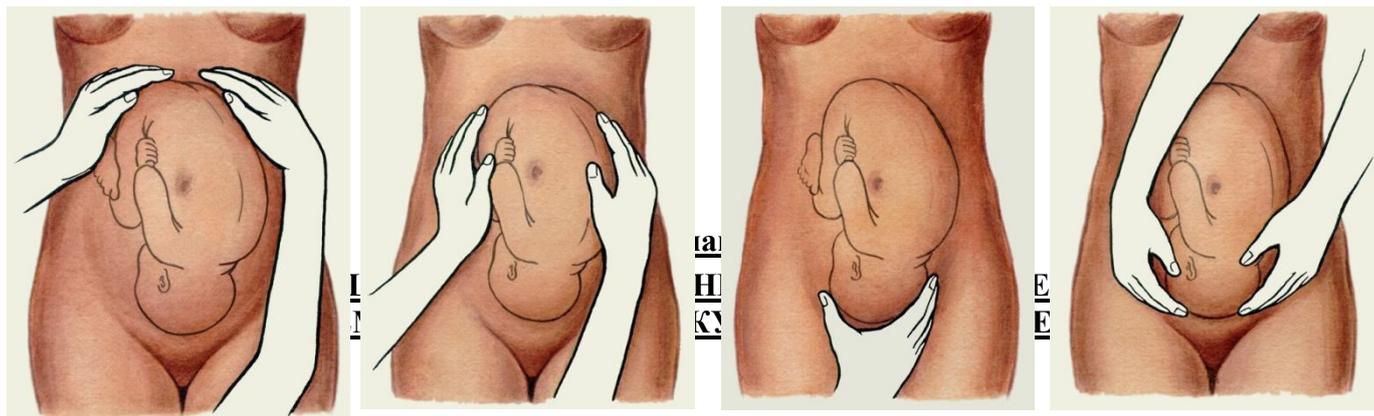
Третий прием наружного акушерского исследования (выполняется одной рукой), положить правую руку немного выше лонного сочленения так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных — на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленным и осторожным движением пальцы погружаются вглубь,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

Четвертый прием наружного акушерского исследования (выполняется двумя руками)- встать спиной к лицу женщины, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при этом концы пальцев достигают симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно скользить вглубь, по направлению к полости таза, уточняя характер подлежащей части плода и высоту ее стояния.

Обработка рабочего места и инструментария: кушетку обработать 1% раствором хлорамина дважды с интервалом 15 минут.

Осложнения: нет

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, проведено наружное исследование беременной с помощью приемов Леополяда.



Цель манипуляции: оценить расположение плода в матке, дать клиническую трактовку возможных результатов.

Показания к манипуляции: обследование.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: кушетка.

Ход манипуляции:

- 1.первым приемом акушерского исследования определяется часть плода, расположенная в дне матки. Если это тазовый конец, то предлежание плода головное;
- 2.используя второй, третий и четвертый приемы, устанавливают варианты головного предлежания плода: I позиция, передний и задний вид; II позиция, передний и задний вид;
- 3.тазовое предлежание плода и его варианты устанавливают первым, вторым, третьим и четвертым приемами наружного исследования: чисто ягодичное, смешанное ягодичное, ножное предлежания;
- 4.поперечное положение плода устанавливают на основании формы матки и отсутствия предлежащей части над входом в таз;
- 5.позицию плода определяют по положению головки: головка слева - I позиция, справа — II позиция;спинка плода может располагаться как спереди, так и сзади, как сверху, так и снизу.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, дана оценка расположения плода в матке.

Алгоритм манипуляции

ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ И МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель манипуляции: выслушать сердцебиение плода и дать характеристику сердечных тонов.

Показания к манипуляции: беременность 2-3 триместр, нарушения сердечного ритма плода, внутриутробная гипоксия.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& секундомер;

& акушерский стетоскоп;

& кушетка

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. Беременная лежит на спине, ноги выпрямлены.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат.

Ход манипуляции:

& плотно прижать акушерский стетоскоп к брюшной стенке;

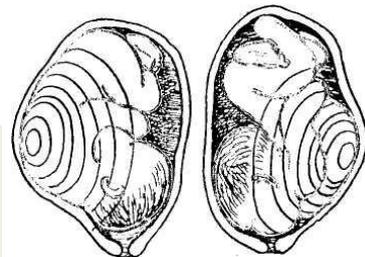
& систематически, в определенном порядке, передвигать стетоскоп, выслушивая звуки, исходящие из организма матери и плода;

& одновременно с выслушиванием считать пульс.

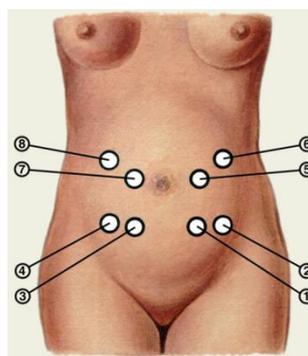
Места наиболее ясного выслушивания сердцебиения плода при различных его предлежаниях указаны на рис.

Места наиболее ясного выслушивания сердцебиения плода

а) при согнутой головке; б) при разогнутой головке



Примечание: место наилучшего выслушивания сердечных тонов зависит от членорасположения плода в матке— при головном предлежании сердечные тоны лучше выслушиваются ниже пупка слева или справа, соответственно позиции, при тазовом предлежании—выше пупка.



Сердцебиение плода в норме ясное, ритмичное, частота 120—140 ударов в минуту. Оно изменяется во время родов при схватках и потугах, при гипоксии плода. Помимо сердечных тонов при аускультации определяются шум пуповины, а также шумы, связанные с пульсацией аорты, крупных кровеносных сосудов матки, перистальтикой кишечника беременной. Усилить звуковое восприятие сердечных тонов плода можно с помощью аппарата «Малыш», работающего на принципе эффекта Допплера (датчик аппарата прижимают к передней брюшной стенке беременной и постепенно передвигают его до определения места наиболее ясного сердцебиения плода). Для изучения сердечной деятельности плода прибегают также к электрокардиографии фонокардиографии, исследованию с помощью кардиомониторов и ультразвука.

& при двойне сердцебиение плода выслушивается в двух фокусах отчетливо независимо друг от друга (рис. 17);

& о двойне говорят наличие различной частоты (не меньше 10 ударов в 1 минуту) сердечных тонов плода, выслушиваемых в различных отделах матки одновременно двумя лицами;

& существование «зоны молчания» между фокусами.

Обработка рабочего места и инструментария: кушетку обработать 1% раствором хлорамина дважды с интервалом 15 минут, стетоскоп протереть 3% раствором перекиси водорода дважды с интервалом 15 минут. **Осложнения:**

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, сердцебиение плода прослушано.

Алгоритм манипуляции

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ В РАЗНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель манипуляции: определить ВСДМ

Показания к манипуляции: диагностическая, уточнение срока беременности.

Противопоказания к манипуляции:

Оснащение: сантиметровая лента, история родов или индивидуальная карта беременной.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. Перед измерением мочевого пузыря беременной должен быть опорожнен. Женщину уложить на спину, ее ноги должны быть выпрямлены.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат

Ход манипуляции:

& измерение высоты стояния дна матки производят сантиметровой лентой:

& установить конец сантиметровой ленты на верхнем крае симфиза; & прижать большим пальцем правой руки;

& правой рукой, осторожно расправляя сантиметровую ленту на животе, определить наиболее выступающую точку дна матки;

& измерить расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выступающей точкой дна матки;

Обработка рабочего места и инструментария: кушетку обработать 1% раствором хлорамина дважды с интервалом 15 минут.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, измерена ВСДМ, уточнен срок беременности.

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

16 нед. — 6 см;

20 нед — 12—14 см;

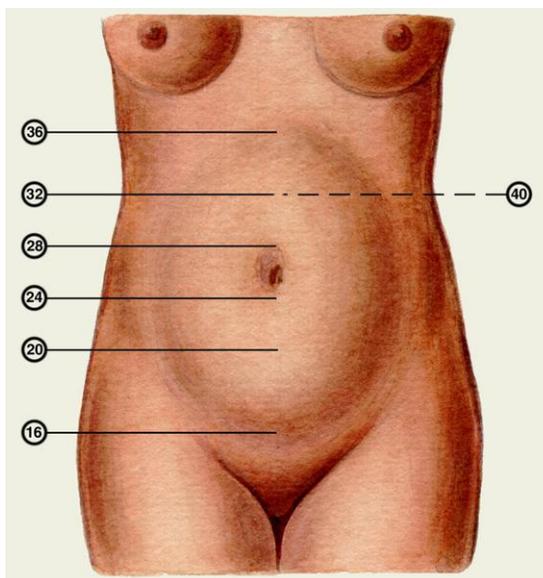
24 нед — 20 см;

28 нед. — 24—26 см;

32 нед. — 28—30 см;

36 нед. — 32—34 см;

40 нед. — 28—30 см.



Алгоритм манипуляции

МЕТОДИКА ВНУТРЕННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель манипуляции: провести внутреннее исследование.

Показания к манипуляции: подтверждение беременности, обследование.

Противопоказания к манипуляции: virgo, грубая патология влагалища.

Оснащение: гинекологическое кресло, осветительная лампа-журавль, столик, на котором имеются стерильные инструменты, зеркало Куско (необходимого размера), анатомический пинцет, антисептический раствор, стерильные шарики, стерильные перчатки, клеенка обеззараженная, емкость с дезраствором (3% хлорамин).

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. Сообщить о необходимости опорожнения мочевого пузыря. Постелить на кресло клеенку и стерильную пеленку. Помочь женщине лечь на гинекологическое кресло в положении «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, разведены, подколенные ямки упираются в подставки. Объяснить, что во время осмотра дыхание должно быть свободным. Подготовить наружные половые органы к осмотру, смазав их снаружи и внутреннюю поверхность бедер раствором антисептика с помощью корнцанга и шарика в следующей последовательности: малые половые губы, большие половые губы, внутренняя поверхность бедер, ягодицы, анальная область.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки.

Ход манипуляции:

& вымыть руки и надеть перчатки.

Исследование беременной при помощи зеркал.

& левой рукой (I и II пальцами) развести большие половые губы;

& правой взять зеркало Куско или ложкообразное зеркало;

& в закрытом виде ввести его во влагалище вначале в продольном положении, а затем перевести в поперечное положение;

& раскрыть зеркало, не дойдя до шейки матки;

& продвинуть в раскрытом виде зеркало к сводам так, чтобы видна была шейка матки;

& с помощью вентиля закрепить зеркало в раскрытом виде;

& при наличии большого количества выделений на шейке с помощью пинцета и марлевого тампона удалить их промокательным движением;

& осмотреть шейку матки (рис.25);

при осмотре нужно оценить:

1. состояние влагалища: емкость, длину, растяжимость, характер слизистой оболочки и выделений;

2. состояние влагалищной части шейки матки: длина, наличие повреждений на ней, состояние наружного зева;

& раскрыть вентиль;

& сдвинув створки зеркала, осторожно вынуть его из влагалища;

Влагалищное бимануальное исследование беременной:

& вновь с помощью левой руки развести большие половые губы;

& II и III пальцами правой руки войти во влагалище (I палец при этом обращен к лонному сочленению, а IV и V — прижаты к ладони, тыльная сторона руки упирается в промежность);

& введенными во влагалище пальцами правой руки исследовать состояние влагалища, сводов;

& подвести пальцы под матку, исследовать с помощью надавливания левой руки над лоном, при этом пальцы левой и правой рук должны быть обращены навстречу друг другу (рис.26);

& обследовать матку (положение, величину, подвижность, консистенцию и болезненность);

& пальцы обеих рук (внутри и снаружи) перевести от углов матки к боковым поверхностям таза, исследовав при этом яичники и маточные трубы (величина, подвижность, консистенция, форма, болезненность);

& с помощью правой (внутренней) руки пропальпировать внутреннюю поверхность таза (седалищные ости, крестцовую впадину, наличие экзостозов);

при осмотре нужно оценить:

1. состояние тела матки, форма, положение по отношению к тазу, величина, консистенция, подвижность, болезненность;

2. состояние придатков матки: величина, форма, консистенция, подвижность;

3. состояние таза: наличие экзостозов, мыс, седалищные ости, крестцовая впадина;

& извлечь правую руку, обращая внимание на наличие на ней выделений и их характер (количество, цвет, запах, наличие кровянистых выделений);

Обработка рабочего места и инструментария: поместить клеенку, зеркало, пинцет, корнцанг и материал в дезраствор (3% хлорамин) на 1 час.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки. **Осложнения:** травмирование пациентки.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, проведено исследование внутренних половых органов.

Алгоритм манипуляции

ИЗМЕРЕНИЕ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА. ИЗМЕРЕНИЕ РОМБА МИХАЭЛИСА

Цель манипуляции: измерить наружные размеры таза и ромб Михаэлиса и дать оценку измерениям.

Показания к манипуляции: обследование.

Противопоказания к манипуляции: нет.

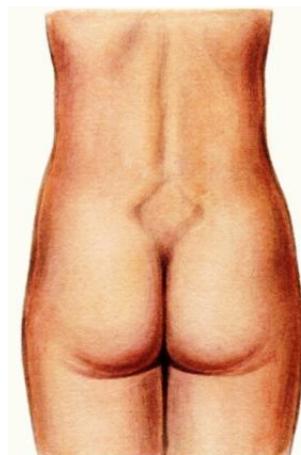
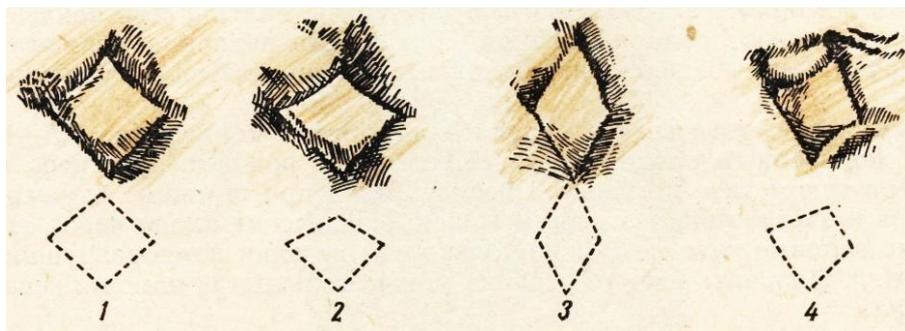
Оснащение: тазомер, кушетка.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие. При измерении поперечных размеров таза женщина лежит на спине. Ноги вытянуты, сдвинуты вместе.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат.

Ход манипуляции:

1. в положении стоя осматривают пояснично-крестцовый ромб, или ромб Михаэлиса. Верхняя точка ромба соответствует надкрестцовой ямке— углублению над остистым отростком V поясничного позвонка, нижняя — верхушке крестца или крестцово-копчиковому сочленению, боковые углы — верхним задним подвздошным осям. Вертикальный размер ромба в среднем равен 11 см, поперечный — 10 см. При нарушении строения малого таза ромб Михаэлиса выражен нечетко, форма его изменена;

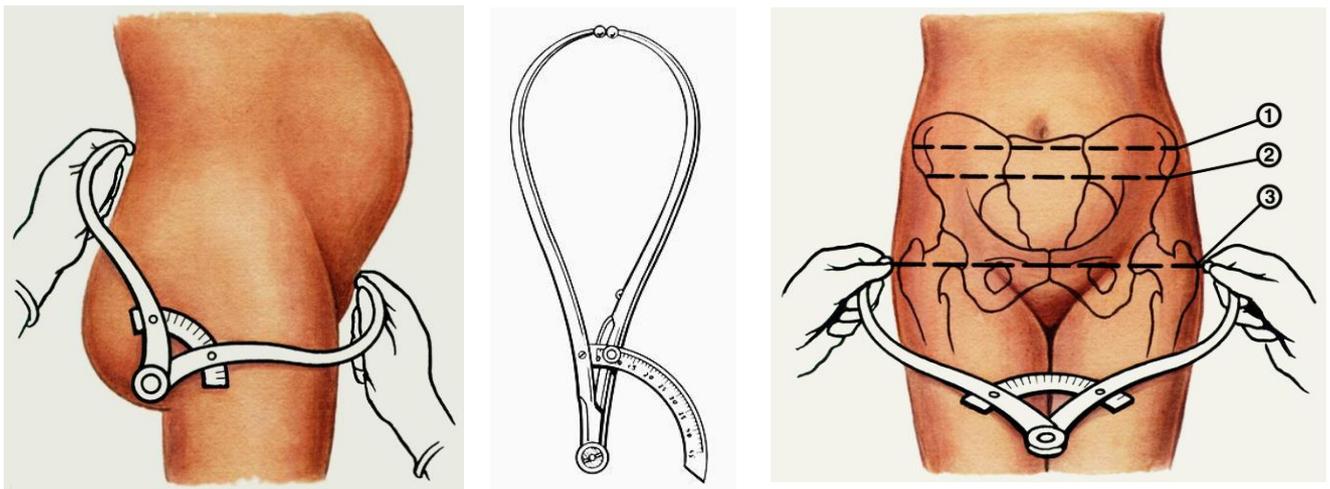


2. предложить женщине лечь на кушетку на спину, ноги вытянуты, сдвинуты вместе;
3. встать справа от пациентки, лицом к ней;
4. ветви тазомера взять в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговицы. Шкала тазомера должна быть обращена кверху;
5. указательными пальцами прощупать пункты, между которыми измеряют расстояние, прижимая к ним пуговицы тазомера, и отметить по шкале величину искомого размера;
6. измерение расстояния (дистанции) между остями подвздошных костей (*distantia spinarum*): пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Размер равен 25—26 см;
7. измерение дистанции между гребнями подвздошных костей (*distantia cristarum*)- после измерения дистанции между остями пуговицы тазомера передвигают по наружному краю гребней, находя наибольшее расстояние между ними. Размер равен 28—29 см;
8. измерение дистанции между вертелами бедренных костей (*distantia trochanterica*)- отыскать наиболее выступающие точки вертелов бедренных костей и прижать к ним пуговицы тазомера. Размер равен 31—32 см;
9. измерение наружной конъюгаты (*conjugata externa*): женщина укладывается на бок, нижележащая нога сгибается в тазобедренном и коленном суставах, вышележащая нога вытягивается. Пуговица одной ветви тазомера устанавливается на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимается к подкрестцовой ямке, которая находится под остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня. Размер равен 20—21 см;
10. данные измерений занести в индивидуальную карту беременной.

Обработка рабочего места и инструментария: тазомер и кушетку обработать 1% раствором хлорамина дважды с интервалом 15 минут.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, измерения наружных размеров таза и ромба Михаэлиса выполнены



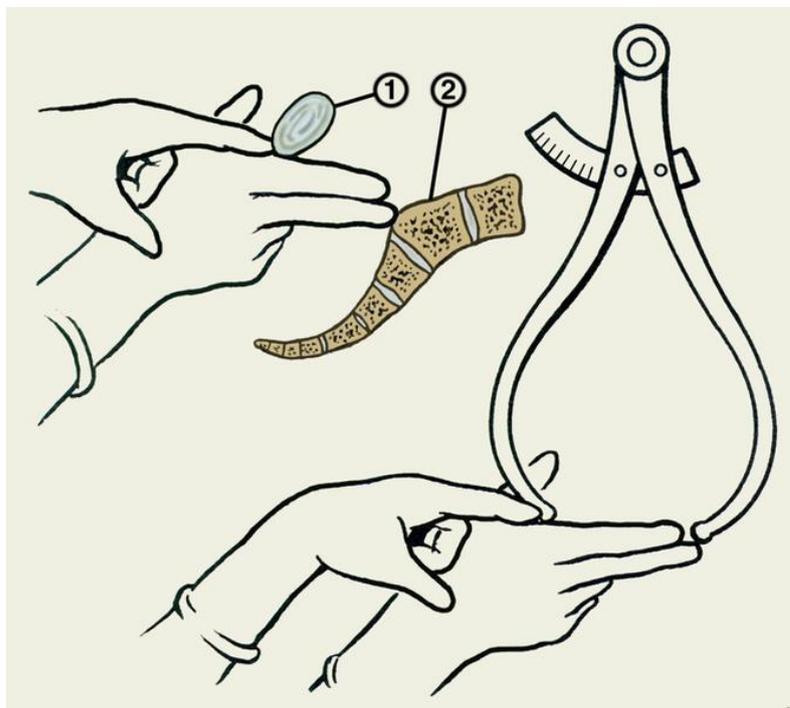
Distantia spinarum - расстояние между наиболее отдаленными точками передневерхних остей подвздошных костей (*spina iliaca anterior superior*) - равно 25-26 см.

Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными точками гребешков подвздошных костей (*crista ossis ilei*) - 28-29 см.

Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей (trochanter major) - 31-32 см.

Conjugata externa (наружная конъюгата) - расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем лонного сочленения - 20-21 см.

Диагональная конъюгата (conjugata diagonalis) - расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца (13 см). Диагональную конъюгату определяют при влагалищном исследовании женщины, которое производят одной рукой.



Расчет истинной конъюгаты:

- а) из длины наружной конъюгаты вычесть 9 см;
- б) из длины диагональной конъюгаты вычитают 2 см.

В норме истинная конъюгата равна 11 см.

Алгоритм манипуляции

ОБРАБОТКА РУК ДЛЯ ПРИЕМА РОДОВ

Цель манипуляции: обработать руки для приема родов

Показания к манипуляции: оказание акушерского пособия во 2 периоде родов.

Противопоказания: нет.

Оснащение:

& локтевой кран;

& теплая вода;

& мыло брусковое или жидкое с дозатором;

& индивидуальное полотенце, сменяемое не реже, чем через 6 часов, разовые салфетки или электросушилка;

& кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: халат, фартук, чепчик, маска, перчатки.

Ход манипуляции:

& проверить целостность кожи, снять часы и украшения с рук;

- & открыть кран;
- & намылить руки и (если кран с барашками) обмыть барашки крана с мылом;
- & вымыть руки на социальном уровне в течение 10 сек.;
- & вымыть руки на гигиеническом уровне в течение 3 минут, дважды намыливая;
- & держать руки так, чтобы кисти находились выше локтей, не касались раковины;
- & смыть с мыла пену (если брусковое) и положить в мыльницу с решетками; & промыть руки теплой проточной водой до полного удаления мыла, позволив воде свободно стекать вниз по руке от наиболее чистой области; & закрыть кран;
- & кисти и предплечья следует держать в несколько приподнятом положении, чтобы вода с предплечий не стекала на кисти;
- & просушить руки сухим чистым индивидуальным полотенцем от кончиков пальцев к запястью, разовыми салфетками или сушилкой;
- & разовые салфетки сбросить в специальную емкость с последующим уничтожением;
- & обработать руки антисептиками (70% этиловый спирт, спиртовой раствор хлоргексидина биглюконата) в последовательности, аналогичной мытью рук на гигиеническом уровне, в течение 2 минут.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: см. примечание.

Осложнения: аллергическая реакция на моющие средства и антисептики.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, руки обработаны. *Примечание:* При недостаточном уходе за руками, наличии на них трещин, ссадин и царапин увеличивается инфицированность кожи. В этих случаях бывает очень трудно добиться эффективной обработки рук. Поэтому врачи и медсестры, участвующие в родовспоможении, должны тщательно ухаживать за руками, содержать их в чистоте, аккуратно и коротко подстригать ногти, беречь кожу от царапин, заусениц, ссадин. Хороший эффект обеспечивает применение горячих ванночек и смазывание рук на ночь вазелином с ланолином, смесью нашатырного спирта, глицерина и этилового спирта в равных количествах или специальными кремами для рук. При работе на кухне, в саду и т.п. оперирующему врачу акушеру-гинекологу и акушерке (медсестре, фельдшеру) рекомендуется пользоваться резиновыми перчатками. Периодически, не реже одного раза в месяц, должен проводиться бактериологический контроль стерильности рук участников родов и операций

Алгоритм манипуляции

ПРИЕМ РОЖЕНИЦЫ. САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА РОЖЕНИЦЫ

Цель манипуляции: провести санитарную обработку роженицы перед переводом в родовой блок.

Показания к манипуляции: поступление в родильный дом. Первый период родов

Противопоказания к манипуляции: второй период родов потуги

Оснащение

- & кушетка, стол;
- & кружка Эсмарха с набором наконечников;
- & весы для взвешивания роженицы, ростомер, термометры;
- & стетоскоп акушерский, тазомер, сантиметровая лента;
- & кружка Эсмарха для подмывания женщины с набором наконечников
- & бритвенный станок одноразовый;
- & стерильные пинцеты и корнцанги, катетеры, стерильный материал-

- & тонометр, фонендоскоп;
- & шпатель, шприцы, пробирки, ножницы;
- & стандартные сыворотки и все необходимое для определения группы крови
- & спирт;
- & раствор йодоната или йод;
- & раствор калия перманганата 1:6000;
- & раствор фурацилина;
- & клеенки, простыни, полотенца, судно, перчатки, фартук.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка халат перчатки, при необходимости - маска

Ход манипуляции:

- 1) *провести субъективное и объективное обследование*
 - & записать в историю родов паспортные данные, собрать анамнез;
 - & тщательно осмотреть кожные покровы, особенно в области живота, ягодиц-
 - & осмотреть видимые слизистые;
 - & провести антропометрию;
 - & измерить АД на обеих руках, измерить температуру тела; & взять из вены кровь в пробирку;
 - & покрыть кушетку чистой простыней, уложить роженицу на кушетку;
 - & произвести наружное акушерское исследование: пальпация, аускультация, измерение ОЖ, ВСД, таза;
 - & осмотреть наружные половые органы;
 - & записать все данные объективного обследования роженицы в историю родов.
 - 2) *произвести санитарную обработку роженицы*
 - & вымыть руки, надеть перчатки;
 - & сбрить волосы подмышками, с лобка, больших половых губ и промежности;
 - & обработать наружные половые органы антисептическим раствором;
 - & высушить наружные половые органы стерильной марлей, взятой корнцангом;
 - & предложить роженице помочиться в судно или выпустить помочу при помощи катетера;
 - & отправить мочу в лабораторию для исследования;
 - & заполнить кружку Эсмарха кипяченой водой комнатной температуры 600-800 мл, надеть наконечник;
 - & уложить роженицу на левый бок, поставить очистительную клизму;
- Примечание:** очистительная клизма противопоказана роженицам в конце I периода родов и во II периоде, беременным с рубцом на матке, с подозрением на предлежание плаценты, тяжелыми токсикозами беременности, а также при угрозе преждевременных родов.
- & санитарка сопровождает роженицу в уборную, где роженица не остается без надзора;
 - & подстричь ногти на руках и ногах;
 - & обработать ногти рук и ног 1% раствором йодоната;
 - & тщательно осмотреть волосистый покров головы (исключить педикулез);
 - & роженица моется под душем;
 - & после душа роженицу обтереть чистой простыней, надеть чистое белье и халат;
 - & сопровождать в предродовую;
 - & если начались потуги, роженицу отвезти на каталке в родзал в сопровождении акушерки.

Обработка рабочего места и инструментария: произвести дезинфекцию используемых инструментов предметов ухода.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, произведена санитарная обработка роженицы.

Алгоритм манипуляции

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ В ПРЕРОДОВОЙ КОМНАТЕ ДЛЯ РОЖЕНИЦЫ

Цель манипуляции: приготовить постель для роженицы.

Показания к манипуляции: всем роженицам в родовом отделении.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: функциональная кровать, матрац, подушка, одеяло, стерильная простынь, пододеяльник, обеззараженная клеенка, стерильные пеленки.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте; шапочка, халат, перчатки.

Ход манипуляции:

Кровать готовят непосредственно перед тем, как уложить на нее роженицу.

На обеззараженную кровать кладут:

& продезинфицированный матрац;

& стерильную простыню;

& обеззараженную клеенку;

& стерильную пеленку;

& подушку в стерильной наволочке;

& одеяло, обеззараженное в дезкамере, в стерильном пододеяльнике. Матрацы для лучшей дезинфекции наглухо зашивают в клеенчатый мешок и обеззараживают дезинфицирующими растворами.

Обработка рабочего места и инструментария: использованное белье сложить в прорезиненный мешок для использованного белья, матрац обработать дважды 1 % раствором хлорамина с интервалом 15 минут.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: работа с использованным материалом в перчатках.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, кровать приготовлена.

Алгоритм манипуляции

ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ

Цель манипуляции: наблюдение за роженицей и плодом в первом периоде родов. Оказание пособия.

Показания к манипуляции: первый период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& функциональная кровать с матрасом и подушкой в герметичных клеенчатых чехлах;

& тумбочка, индивидуальное судно;

& стол или подставка для стетоскопа, стерильного материала, лотка с инструментами, шприцами;

& аппарат исследования КТГ;

& шкаф для медикаментов, систем, шприцев;

& необходимый набор лекарственных средств.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, при необходимости маска.

Ход манипуляции:

& уточнить анамнестические данные, произвести дополнительный осмотр роженицы (телосложение, форма живота, пояснично-крестцового ромба и т.д.);

& произвести влагалищное исследование роженицы при поступлении и тотчас после отхождения околоплодных вод;

при влагалищном исследовании определить:

& состояние влагалища (ширина просвета, стеноз, перегородки);

& состояние шейки матки (укорочена, сглажена);

& степень раскрытия и характер краев зева (толстые, тонкие, растяжимые, ригидные);

& состояние плодного пузыря (нарушен или нет, напряжен или вялый);

& предлежащую часть и отношение ее к плоскостям таза (над входом, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе);

прощупать:

& опознавательные пункты на предлежащей части;

исследовать:

& внутреннюю поверхность костей таза; при достижении мыса измерить диагональную конъюгату.

& Уложить роженицу в постель на спину или на бок в наиболее удобное для нее положение;

& каждой роженице выделить индивидуальное судно (судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер);

& наблюдать за состоянием роженицы (головокружение, головная боль, расстройства зрения и т.д.);

& производить наружное акушерское исследование;

& обращать внимание на отношение предлежащей части ко входу в малый таз (над входом, прижата ко входу, малым сегментом во входе);

& определять консистенцию матки во время схваток и пауз, ВСД, состояние контракционного кольца;

& аппаратурой, применяемой для изучения сократительной деятельности матки (при наличии) или рукой, расположенной на дне матки, определять силу и продолжительность сокращений;

& при ненарушенном плодном пузыре через каждые 15-20 минут выслушивать сердцебиение плода с помощью стетоскопа или аппарата КТГ (после отхождения вод - через 5-10 минут);

& наблюдать за выделением из половых путей роженицы;

& следить за функцией мочевого пузыря и прямой кишки;

& каждые 2-3 часа предлагать роженице мочиться;

& применить катетеризацию мочевого пузыря, если роженица не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь;

& определять характер мочи (прозрачная, мутная, содержит примесь крови), при необходимости направить на исследование;

& поставить очистительную клизму при продолжительности периода раскрытия больше 12-15 часов;

& обмывать наружные половые органы каждые 5-6 часов и после каждого акта мочеиспускания и дефекации;

& следить за своевременным приемом роженицей легкоусвояемой пищи;

& принимать меры к обезболиванию родов;

& данные наблюдений заносить в историю родов.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: в соответствии с приказом №345.

Алгоритм манипуляции

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИЕМА ПИСКАЧЕКА

Цель манипуляции: констатировать нахождение головки в широкой части полости малого таза или ниже.

Показания к манипуляции: конец первого, второй период родов, потуги.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: то же, что и в манип. «Ведение периода раскрытия», стерильная пеленка.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры. Роженица находится в положении лежа на спине.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, стерильные перчатки.

Ход манипуляции:

& надеть стерильные перчатки;

& обернуть пальцы правой руки стерильной пеленкой;

& через ткани промежности снаружи от правой большой половой губы стремиться достичь нижнего полюса головки плода;

& головка пальпируется, если она находится в широкой части полости малого таза или ниже.

Примечание: при большой родовой опухоли способ не дает достоверного результата.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, применен прием Пискачека.

Алгоритм манипуляции

ПОДСЧЕТ СХВАТОК, ИХ ОЦЕНКА

Цель манипуляции: определить частоту и интенсивность схваток, дать оценку родовой деятельности.

Показания к манипуляции: первый период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: то же, что и в манип. «Ведение периода раскрытия», секундомер.

Подготовка пациента: объяснить женщине значение и сущность схваток и цель процедуры. Роженица находится в положении лежа на спине.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки.

Ход манипуляции:

& сесть рядом с кроватью;

& положить правую руку на дно матки, в левую руку взять секундомер;

& заметить по секундомеру начало напряжения матки и время ее расслабления;

& оценить силу схватки (сильные, умеренные, слабые);

& отметить интервал между схватками, просчитав три-четыре схватки подряд;

& занести полученные данные в историю родов. Эта процедура повторяется каждые 30 минут.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, определена частота и интенсивность схваток.

Алгоритм манипуляции

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ПРИЗНАКА ВАСТЕНА-ГЕНКЕЛЯ

Цель манипуляции: выявить симптомы клинически узкого таза, дать функциональную оценку таза в процессе родов.

Показания к манипуляции: затяжное течение первого периода родов при нормальной родовой деятельности. **Противопоказания к манипуляции:** нет.

Оснащение: то же, что и в манип. «Ведение периода раскрытия»

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры. Роженица находится в положении лежа на спине.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки.

Ход манипуляции:

при фиксированной во входе в малый таз головке плода расположить ладонь на лобковом симфизе;

& ладонь скользит вверх по брюшной стенке роженицы;

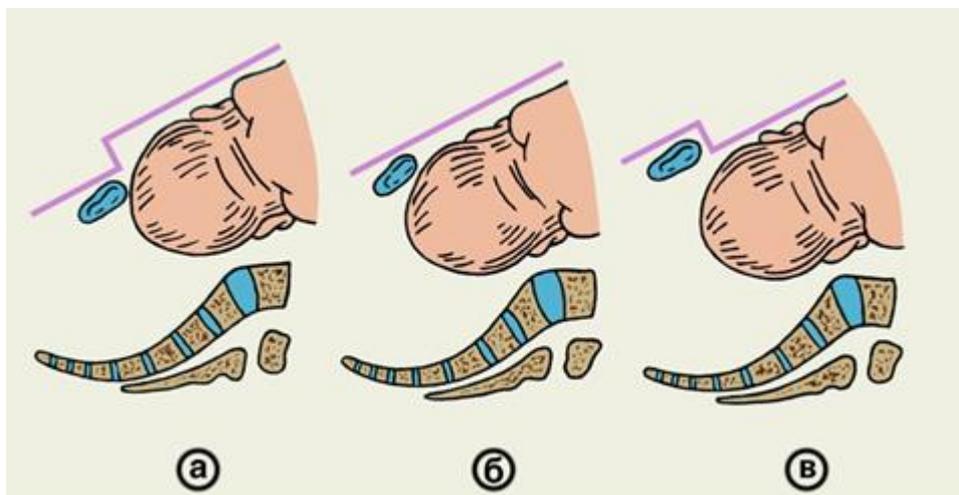
& если передняя поверхность головки плода находится выше лобкового симфиза, ладонь, наталкиваясь на нее, отклоняется кпереди—признак Вастена-Генкеля положительный (рис.32,а), т.е. имеется выраженное несоответствие размеров головки плода и таза роженицы, роды через естественные родовые пути самостоятельно закончиться не могут;

& в случае незначительного несоответствия этих размеров направление движения ладони при переходе на головку плода не меняется — признак Вастена — Генкеля «вровень» (рис.32,б); роды в этом случае возможны при хорошей родовой деятельности и достаточной конфигурации головки плода; & если ладонь при скольжении вверх по брюшной стенке опускается — признак Вастена— Генкеля отрицательный (рис.32,в), т.е. размеры головки

плода соответствуют размерам таза роженицы, роды при этом заканчиваются самостоятельно.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, дана функциональная оценка таза в процессе родов.



Схематическое изображение расположения головки плода по отношению к лобковому симфизу (признак Вастена-Генкеля): а— признак Вастена-Генкеля положительный; б— признак Вастена-Генкеля «вровень»; в — признак Вастена-Генкеля отрицательный. Линией обозначена траектория движения руки исследующего.

Алгоритм манипуляции

ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ

Цель манипуляции: наблюдение за роженицей и оказание пособия во втором периоде родов.

Показания к манипуляции: второй период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& родильная кровать Рахманова с матрасом, состоящим из двух половин (подушки-польстеры);

& подставки для биксов со стерильным материалом и посуды с дезинфицирующими средствами;

& столик для туалета новорожденного («Аист»), детские весы;

& лекарственные препараты для оказания экстренной помощи женщине и ребенку;

& спирт 95%, 70%, йодонат 1%, хлоргексидин, шприцы, системы;

& аппарат для оказания экстренной помощи новорожденному («Пенлон»);

& стерильные ножницы для проведения перинео-эпизиотомии;

- & обеззараженный лоток для приема новорожденного;
- & бикс со стерильным комплектом для приема родов;
- & бикс с инструментами для осмотра шейки матки после родов.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, маска.

Ход манипуляции:

- & систематическое наблюдение за общим состоянием роженицы; & подсчет пульса, измерение АД на обеих руках;
- & аппаратурой, применяемой для изучения сократительной деятельности матки (при наличии) или рукой, расположенной на дне матки, определять силу, продолжительность и частоту сокращений;
- & определять высоту стояния контракционного кольца;
- & обращать внимание на состояние нижнего сегмента матки (истончение, болезненность), производить акушерские исследования;
- & с помощью влагалищного исследования определять отношение предлежащей части к различным плоскостям малого таза;
- & выслушивание сердечных тонов плода после каждой потуги (частота, ритм, звучность);
- & наблюдение за состоянием наружных половых органов и характером выделений из влагалища (кровянистые, гнойные, примесь мекония);
- & до момента врезывания головки роженица лежит на кровати в предродовой палате. С момента врезывания головки акушерка должна быть готова принимать роды. & вымыть руки, надеть перчатки, маску и защитные очки;
- & обмыть наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер, седалищную и анальную область слабым раствором марганцовокислого калия, высушить стерильной марлей, роженицу переодеть в стерильное белье (рубашка, косынка, бахилы), перевести роженицу на кровать Рахманова; & под крестец роженицы подстелить стерильную простыню;
- & обработать наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер, седалищную и анальную область 5% раствором йодоната;
- & закрыть анальную область стерильной марлей или пеленкой, снять перчатки;
- & обработать руки спиртом или антисептиком, разрешенным к применению;
- & надеть стерильный халат, стерильные перчатки;
- & во время врезывания наблюдать за состоянием роженицы, родовой деятельностью и продвижением головки;
- & при прорезывании головки приступить к акушерскому пособию - приему родов.

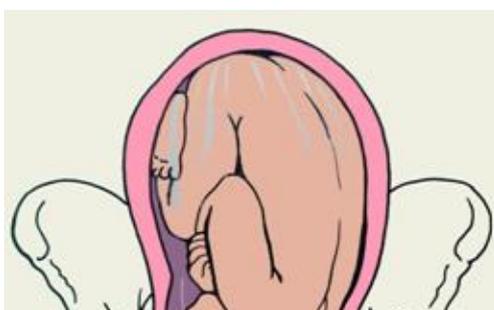
Примечание: акушерка (фельдшер, врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

При приеме родов предпочтительнее использовать стерильный комплект разового пользования.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Осложнения: аллергическая реакция на антисептические средства, йодонат, отек и травмирование родовых путей.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, оказано пособие второго периода родов.



Схематическое изображение расположения плода в матке в конце периода раскрытия ее шейки: полное раскрытие шейки матки, головка плода располагается во входе в малый таз, пояс соприкосновения заштрихован, ниже его находятся передние околоплодные воды, выше — задние околоплодные воды.

Алгоритм манипуляции **ПРИЕМ РОДОВ**

При приеме родов всегда следует помнить, что целью пособия является не только сохранение целостности промежности, но и предупреждение внутричерепной и спинальной травмы плода.

Цель манипуляции: оказать акушерское пособие.

Показания к манипуляции: второй период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение: то же, что и в манипуляции «Ведение периода изгнания»

Подготовка пациента: перевести роженицу на кровать Рахманова, под крестец роженицы подстелить стерильную простыню, обработать наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер, седалищную и анальную область 5% раствором йодоната, закрыть анальную область стерильной марлей.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: фартук, шапочка, стерильный халат, стерильные перчатки, маска, защитные очки.

Ход манипуляции:

& встать справа от роженицы, на лоток положить стерильную пеленку;

& регулировать потужную деятельность роженицы и продвижение прорезывающейся головки;

& в паузах между потугами производить заем тканей (устранять растяжение тканей в заднебоковых отделах вульварного кольца): ткань клитора и малых половых губ спускать с рождающегося затылка; менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца сводить по возможности кзади, в сторону промежности;

& после рождения затылка запретить роженице тужиться. Область подзатылочной ямки (точка фиксации) при этом упирается в нижний край симфиза;

& предложить роженице положить руки на грудь и ритмично глубоко без задержек дышать ртом;

& после рождения затылочного бугра освободить теменные бугры, осторожно сводя с них края вульварного кольца;

& захватить головку всей левой рукой и постепенно осторожно ее разогнуть, одновременно с разгибанием правой рукой сводить с головки ткани промежности;

Примечание: при защите промежности не следует во что бы то ни стало стремиться сохранить ее целостность. Если промежность является существенным препятствием рождающейся головке, то лучше произвести эпизиотомию или перинеотомию.

& после рождения головки проверить, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода; & если имеется обвитие, петлю пуповины осторожно натянуть и снять с шеи через головку или прорезать между двумя зажимами;

& если наружный поворот головки задерживается, предложить роженице потужиться;

& прорезавшееся переднее плечико прижать к лонной дуге и осторожно свести промежность с заднего плечика;

& после освобождения плечевого пояса обеими руками осторожно охватить грудную клетку плода и направить туловище кверху.

Если самостоятельное прорезывание плечевого пояса задерживается, провести следующие приемы.

1. головку захватить обеими руками так, чтобы ладони легли на область ушей, при этом концы пальцев не должны касаться шеи плода;

& головку осторожно оттягивать книзу до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лонную дугу;

& головку приподнять кпереди либо захватить левой рукой и отвести кверху;

& правой рукой спустить с плечика ткани промежности;

2. ввести указательный палец со стороны спинки в подмышечную впадину переднего плечика;

& предложить роженице потужиться;

& потянуть за плечико, пока оно не подойдет под лонную дугу, освободить заднее плечико.

При возникновении трудностей в выведении плечиков показаны следующие приемы: провести срединнолатеральную эпизиотомию;

& захватить головку плода двумя руками в шейно-височных областях;

& осторожно потягивать головку книзу;

& ассистент производит умеренное давление над лоном до тех пор, пока под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети;

& головку приподнять кпереди и освободить заднее плечико;

Условия: максимальное сгибание бедер роженицы в тазобедренных суставах и отведение их в сторону живота, умеренное давление ассистента над лоном при рождении плечевого пояса; *при отсутствии успеха:*

& руку ввести во влагалище, сместить переднее плечико в сторону груди и кзади;

& перевести переднее плечико в косой размер (уменьшить размер плечиков), что способствует рождению плечевого пояса;

& одноименной рукой захватить, согнуть и вывести заднюю ручку плода;

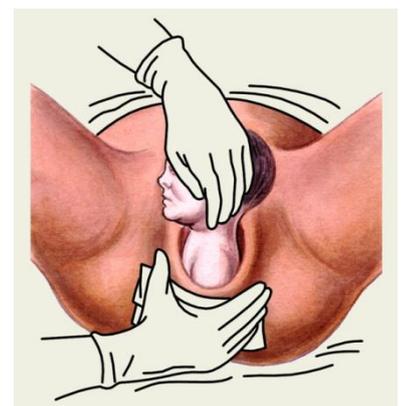
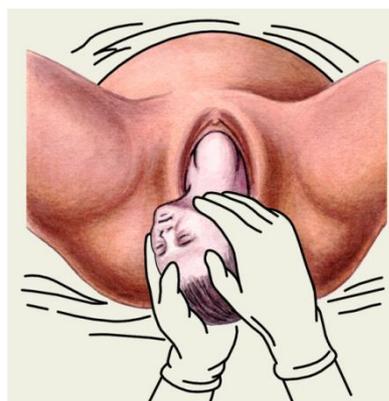
& вывести переднее плечико. Если переднее плечико при этом не освобождается, то поворотом на 180 градусов оно переводится в заднее и извлекается.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять спецодежду, вымыть руки.

Осложнения: разрыв промежности, травма новорожденного.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, оказано акушерское пособие.



Алгоритм манипуляции
ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Последовый период вести строго выжидательно! Руки прочь от матки!

Цель манипуляции: выделить послед с соблюдением физиологического механизма последового периода.

Показания к манипуляции: третий период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & лекарственные препараты для оказания экстренной помощи;
- & спирт 95%, 70%;
- & йодонат 1%;
- & хлоргексидин;
- & шприцы, системы;
- & металлический катетер для выведения мочи;
- & тонометр;
- & пузырь со льдом;
- & дезинфицирующий раствор;
- & стерильный материал;
- & шовный материал (шелк, кетгут);
- & инструментами для осмотра шейки матки после родов;
- & чистое постельное и нательное белье.

Подготовка пациента: вывести катетером мочу;

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: фартук, шапочка, стерильный халат, стерильные перчатки, маска, защитные очки.

Ход манипуляции:

- & следить за общим состоянием женщины, окраской кожи и видимых слизистых;
- & сосчитывать пульс, измерять АД;
- & учитывать количество кровопотери;
- & наблюдать за формой матки и высотой стояния ее дна;
- & ждать самостоятельной отслойки и рождения плаценты в течение 20-30 минут при кровопотере менее 250-300 мл;
- & по истечении этого времени при задержке рождения последа:
- & проверить наличие признаков отделения плаценты;
- & при положительных признаках -
- & предложить роженице потужиться или опереться на ступни и поднять таз;
- & при неэффективности выделить послед одним из следующих способов:

способ Абуладзе:

- & опорожнить мочевой пузырь, произвести бережный массаж матки с целью ее сокращения;
- & взять обеими руками брюшную стенку в продольную складку;
- & предложить роженице потужиться;

способ Гентера:

- & опорожнить мочевой пузырь, привести дно матки к срединной линии;
- & встать сбоку от роженицы, лицом к ее ногам;
- & кисти рук сжать в кулак, положить тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки (в области трубных углов);
- & постепенно надавливать по направлению книзу и кнутри;
- & женщина при этом не должна тужиться.

способ Креде-Лазаревича:

- & опорожнить мочевой пузырь, привести дно матки к срединной линии; & произвести бережный массаж матки с целью ее сокращения;
- & встать слева от роженицы, лицом к ее ногам;
- & дно матки обхватить правой рукой, при этом большой палец находится на передней стенке матки, ладонь - на дне, а четыре пальца - на задней поверхности матки;
- & сжимать матку в передне-заднем размере;
- & одновременно надавливать на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза;
- & в случае задержки в матке оболочек, соединенных с детским местом, взять в ладони обеих рук родившуюся плаценту и медленно вращать в одном направлении;
- & тщательно осмотреть родившийся послед;
- & при отсутствии дефектов последа положить на низ живота пузырь со льдом;
- & ввести по назначению врача внутривенно сокращающие средства; & послед в лотке направляется для дальнейшей обработки; & с помощью мерной колбы измерить величину кровопотери;
- & обмыть теплым, слабым дезинфицирующим раствором наружные половые органы, область промежности и внутренние поверхности бедер, высушить стерильной салфеткой;
- & осмотреть наружные половые части и промежность;
- & раздвинуть при помощи стерильных тампонов половые губы и осмотреть вход во влагалище;
- & осмотреть шейку матки при помощи зеркал;
- & ушить разрывы мягких тканей родовых путей;
- & надеть на родильницу чистую рубашку, поменять под ней простыню, накрыть одеялом, наблюдать за общим состоянием родильницы;
- & периодически пальпировать матку;
- & сделать соответствующие записи в истории родов;
- & через 2 часа перевезти родильницу в послеродовое отделение.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345

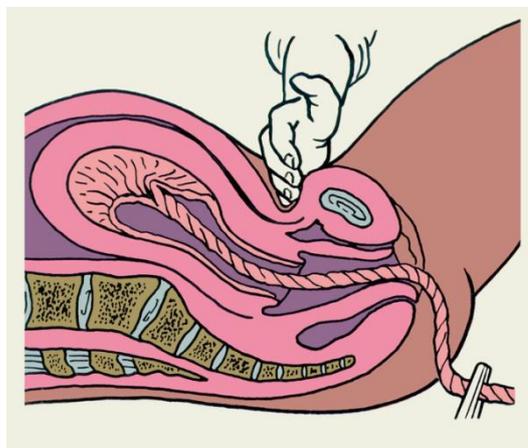
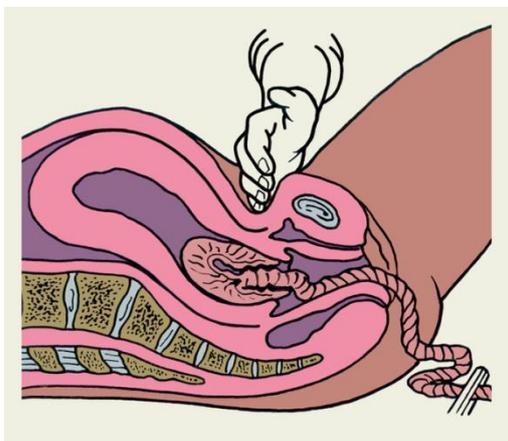
Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять спецодежду, вымыть руки.

Осложнения: обрыв пуповины, задержка частей плаценты в матке, выворот матки.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, послед выделен.



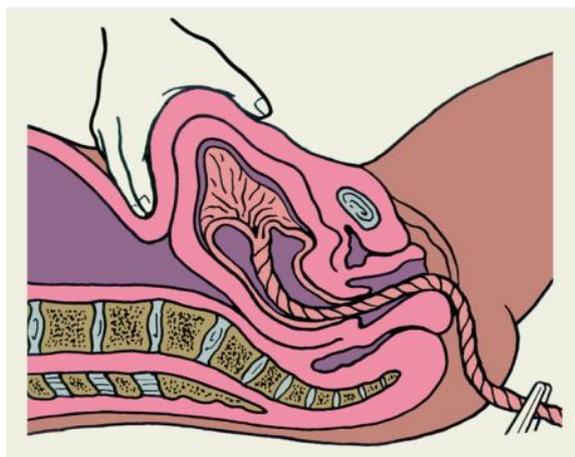
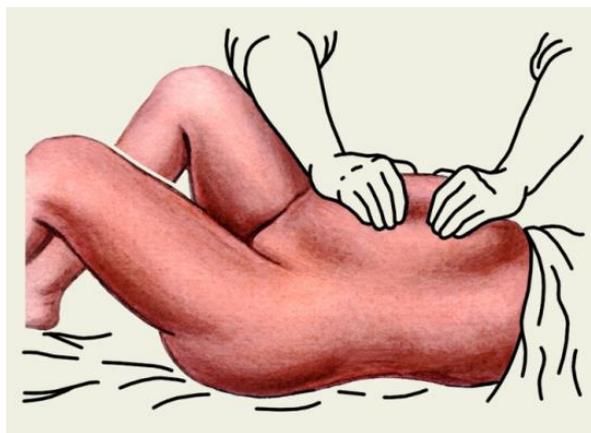
Высота стояния и форма матки в послеродовом периоде: 1 — после рождения плода; 2 — после отделения плаценты; 3 — после рождения последа



Важнейшие признаки отделения плаценты следующие.

1. **Изменение формы и высоты стояния дна матки (признак Шредера).** Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается над отслоившейся плацентой выше пупка (иногда до реберной дуги); матка нередко отклоняется вправо (рис.39).
2. **Удлинение наружного отрезка пуповины (признак Альфельда).** Отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время перерезки), опускается на 10-12 см.
3. **Появление выпячивания над симфизом.** Когда отделившаяся плацента опускается в тонкостенный нижний сегмент матки, передняя стенка этого сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается и образуется выпячивание над симфизом.

Проведение приема Абуладзе с целью выделения последа при отделившейся плаценте: брюшную стенку роженицы захватывают обеими руками в продольную складку, тем самым уменьшая объем брюшной полости и усиливая эффект натуживания.



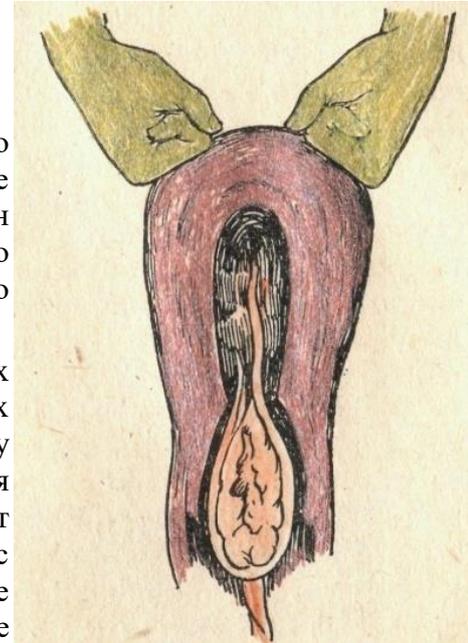
Схематическое изображение проведения приема Креде-Лазаревича с целью выделения последа при отделившейся плаценте: дно матки, выведенное к

средней линии живота, захватывают рукой так, чтобы большой палец располагался на передней поверхности матки, а четыре других на задней; сжимая пальцы, надавливают на дно матки в направлении к крестцу.

Схематическое изображение проведения приема Гентера с целью выделения последа при отделившейся плаценте: кисти рук сжать в кулак, положить тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки (в области трубных углов), постепенно надавливать по направлению книзу и кнутри.

Примечание: в настоящее время с профилактической целью рекомендуется внутривенное и реже внутримышечное введение окситотических средств (окситоцин, эргометрин метилэргометрин, синтоцинон) после рождения переднего плечика или после рождения плода, что ведет к уменьшению кровопотери (Чернуха Е.А. 1991 г, Begley СМ. 1990г.)

По данным отечественных авторов, введение окситотических веществ с профилактической целью у первородящих рекомендуется проводить при прорезывании головки, у повторнородящих - при врезывании. Среди методов ведения третьего периода родов некоторые авторы рекомендуют контрольную тракцию за пуповину, которую комбинируют с давлением на тело матки кверху рукой расположенной выше симфиза (метод Роговина). При этом отмечено уменьшение кровопотери и укорочение третьего периода родов.



Стимуляция сосков роженицы в третьем периоде родов с целью профилактики кровотечения оказалась такой же эффективной, как внутривенное применение окситоцина (5 ЕД) и эргометрина (0,5 мг). Способствует отслойке плаценты раннее пережатие пуповины; при этом плацента наполняется кровью, то есть становится упругой и при сокращениях матки легче отслаивается. Комбинированное действие окситотических средств и контрольная тракция за пуповину является активным ведением третьего периода в противоположность выжидательному или физиологическому ведению. При отсутствии признаков отделения плаценты через 10-15 минут после рождения ребенка, даже если с профилактической целью вводился метил эргометрин внутривенно капельно, показано введение окситоцина. Если, не смотря на введение окситоцина, признаки отделения плаценты, наружное кровотечение отсутствуют, через 30-40 минут показано ручное отделение плаценты и выделение последа.

При нормальных родах более физиологическим является позднее клеммирование пуповины. По данным ВОЗ наблюдение за родильницей необходимо установить в течение двух часов после родов.

Алгоритм манипуляции ОСМОТР ПЛАЦЕНТЫ

Цель манипуляции: дать оценку последу, выявить дефекты плаценты.

Показания к манипуляции: третий период родов.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& ровная поверхность;

& сантиметровая лента, весы.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, получить согласие.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& плаценту разложить на ровной поверхности материнской стороной вверх;

& внимательно осмотреть все дольки плаценты; & тщательно осмотреть края плаценты;

Примечание: в норме материнская сторона гладкая с ровными краями, дольки выражены отчетливо и покрыты тонким слоем децидуальной (отпадающей) оболочки матки. Область дефекта плаценты отличается от окружающей ткани и обычно бывает темно-красного цвета.

& перевернуть плаценту материнской стороной вниз, а плодовой - кверху;

& взять пальцами края разрыва оболочек;

& расправить оболочки, стараясь восстановить яйцевую камеру, в которой находился плод вместе с водами;

& обратить внимание на целостность водной и ворсистой оболочек; & выяснить, нет ли между оболочками оборванных сосудов;

& выяснить место разрыва оболочек

Примечание. Наличие между плодными оболочками оборванных сосудов, отходящих от края плаценты указывает на оставшиеся в матке дольки плаценты. Во время осмотра плодных оболочек обращают внимание на локализацию их разрыва, по которой можно судить о месте прикрепления плаценты к стенке матки (например, если плодные оболочки разорваны у края плаценты, то она прикреплялась вблизи внутреннего маточного зева, если далеко от края, то плацента прикреплялась высоко в области тела или дна матки). Осмотр плодных оболочек при многоплодии позволяет установить, являются близнецы одно- или двуяйцовыми.

& измерить и взвесить плаценту;

& собрать послед для гистологического исследования или утилизировать плаценту;

& занести в историю родов все данные о плаценте и оболочках.

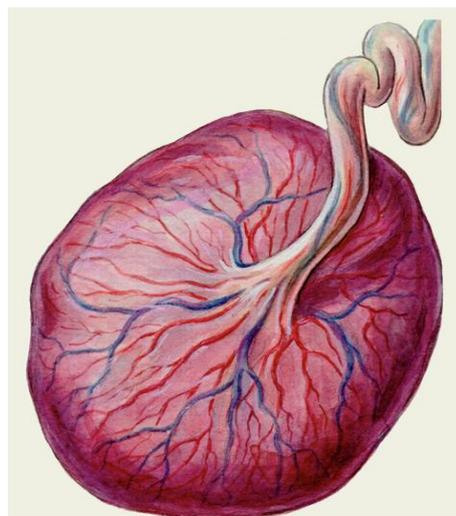
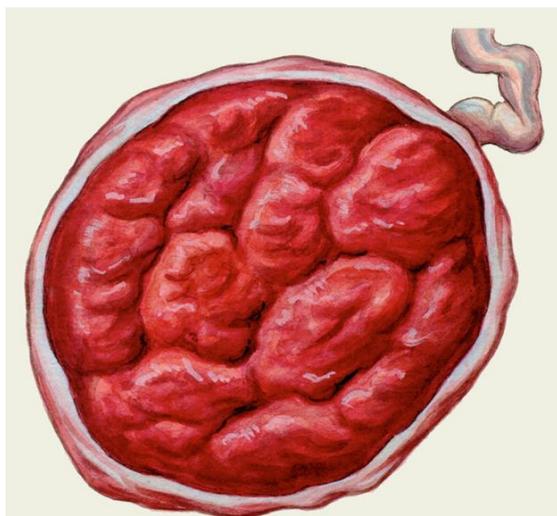
Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, послед осмотрен.

а). Зрелая плацента: материнская поверхность. б). Зрелая плацента: плодовая поверхность с отходящей от нее пуповиной.



Алгоритм манипуляции

ОЦЕНКА КРОВОПОТЕРИ

Цель манипуляции: дать оценку кровопотери в раннем послеродовом периоде, определить допустимую кровопотерю.

Показания к манипуляции: третий период родов, ранний послеродовый период.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

& системы для внутривенного вливания;

& тонометр;

& измерительная колба, весы; & антисептический раствор;

& стерильные перчатки, стерильный материал;

& пулевые щипцы, корнцанг;

& влагалищное зеркало-подъемник;

& судно.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& иметь предварительную информацию о весе чистого сухого материала, предназначенного для впитывания крови после родов;

& после рождения ребенка подставить стерильный лоток под таз родильницы;

& свободный конец пуповины опустить в лоток;

& позволить крови свободно стекать в емкость;

& после рождения последа собрать кровь:

а) после массажа матки рукой;

б) после введения сокращающих средств;

в) после ручной ревизии полости матки;

& перелить кровь из лотка в мерную колбу;

& взвесить на весах пеленки, пропитанные кровью;

& определить разницу между весом чистого и использованного материала;

& определить размер кровопотери.

Примечание: кровопотеря свыше 0,5% массы роженицы и более 400 мл является патологической.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, дана оценка кровопотери.

Алгоритм манипуляции НАРУЖНЫЙ МАССАЖ МАТКИ

Цель манипуляции: выполнить наружный массаж матки

Показания к манипуляции: гипотония и атония матки.

Противопоказания к манипуляции: (условное) слабый связочный аппарат матки.

Оснащение:

& системы для внутривенного вливания;

& тонометр;

& измерительная колба для учета кровопотери;

& антисептический раствор;

& стерильные перчатки, стерильный материал;

& судно.

Подготовка пациента: опорожнить мочевой пузырь через катетер.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& произвести массаж матки через брюшную стенку:

& руку расположить на дне матки;

& рукой, расположенной на дне матки, совершать легкие массирующие круговые движения (грубые манипуляции не достигают цели), захватывая как часть передней, так и задней стенки матки; под влиянием массажа матка сокращается и становится плотной;

& легким давящим движением выжать из матки сгустки крови,

& одновременно вместе с массажем внутривенно вводить утеротонические средства (метилэргометрин, окситоцин, простагландины);

& на низ живота положить пузырь со льдом.

Примечание: при не резко выраженной гипотонии матки указанные меры достаточны для остановки кровотечения.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: травмирование пациента.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, выполнен наружный массаж матки.

Алгоритм манипуляции ПРОВЕДЕНИЕ АМНИОТОМИИ

Цель манипуляции: провести искусственное вскрытие плодного пузыря.

Показания к манипуляции: открытие маточного зева 8 см., плоский плодный пузырь, запаздывание разрыва плодных оболочек

Противопоказания к манипуляции: открытие маточного зева менее 8 см.

Оснащение: антисептический раствор, стерильные перчатки, пулевые щипцы, корнцанг, влагалищное зеркало-подъемник, судно.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость и ход выполнения процедуры, под таз роженицы подставить судно, обработать наружные половые органы антисептическим средством.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& ввести во влагалище указательный или указательный и средний пальцы;

& разорвать пальцами оболочку напряженного плодного пузыря во время схватки.

При невозможности разрыва плодного пузыря пальцами (напр. плотные оболочки):

& 1) ввести во влагалище зеркало;

& разорвать напряженный пузырь браншей пулевых щипцов (пулевыми щипцами или корнцангом);

& 2) ввести во влагалище указательный или указательный и средний пальцы;

& браншу пулевых щипцов (пулевые щипцы или корнцанг) ввести вдоль пальцев; & под контролем пальцев вскрыть оболочки;

& ввести во влагалище руку с целью задерживания быстрого истечения вод.

Примечание: обычно пузырь разрывают в центре. При многоводии пузырь вскрывают сбоку, выше края зева, чтобы воды вытекали медленнее и не способствовали выпадению пуповины и мелких частей плода.

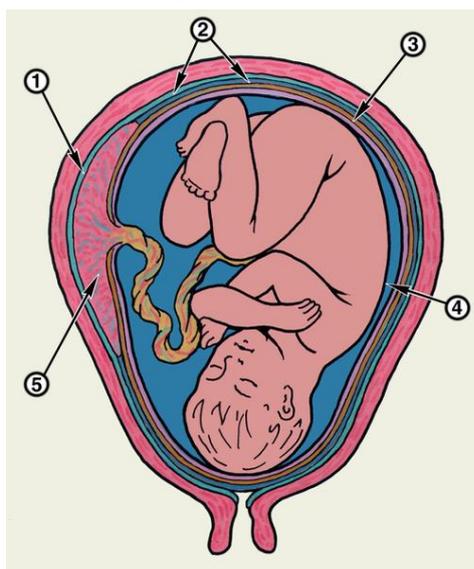
Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: выпадение пуповины и мелких частей плода.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, плодный пузырь вскрыт.

Схематическое изображение расположения плодных оболочек в матке в конце беременности: 1 — базальная децидуальная оболочка соприкасающаяся капсулярная и париетальная децидуальные оболочки, 3 — гладкий хорион, 4 — амнион, 5 — плацента



Алгоритм манипуляции
ВЫПОЛНЕНИЕ ПЕРИНЕО-ЭПИЗИОТОМИИ

Цель манипуляции: предотвращение травмы мягких тканей женщины (разрыва промежности, прямой кишки и др.), обеспечение более бережных родов для плода, ускорения родов (например, при острой гипоксии плода, тяжелом состоянии роженицы).

Показания к манипуляции: угроза разрыва промежности, внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды, крупный плод.

Противопоказания к манипуляции: рубцовые изменения промежности, пустулы.

Оснащение: стерильный материал, стерильный корнцанг, 1% раствор йодоната, тупоконечные эпизиотомные ножницы.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость выполнения процедуры, обработать кожу промежности раствором йодоната дважды.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, стерильный халат, стерильные перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

Перинеотомию и эпизиотомию проводят во II периоде родов, когда предлежащая часть плода опустилась на тазовое дно и появилось напряжение промежности, до возникновения признаков угрозы ее разрыва.

& встать слева от роженицы;

& вне потуги ввести пальцы левой руки между предлежащей частью плода (головкой, ягодицами) и задней стенкой влагалища;

& правой рукой вне потуги под контролем пальцев левой руки ввести браншу тупоконечных ножниц;

& на высоте потуги *одним движением* разрезать промежность по одному из перечисленных методов; длина разреза — 3—4 см.

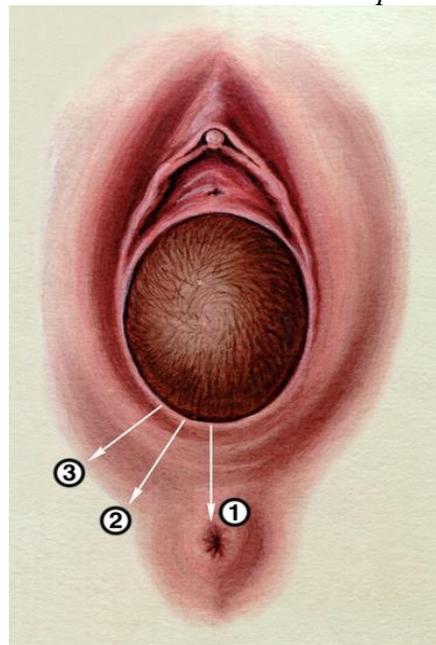
Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: в области швов могут возникать боль, отек, раневая инфекция, гематомы, абсцессы.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, выполнена эпизиотомия.

Схематическое изображение разрезов промежности при прорезывании головки плода: 1 — перинеотомия: разрез по средней линии промежности; 2 — срединно-латеральная эпизиотомия: боковой разрез на расстоянии 2-3 см от задней спайки по направлению к седалищному бугру; 3 — латеральная эпизиотомия.



Алгоритм манипуляции Первый туалет новорожденного

Цель манипуляции: провести первый туалет новорожденного.

Показания к манипуляции: всем новорожденным при удовлетворительном состоянии

Противопоказания к манипуляции: глубокая недоношенность, реанимационные мероприятия.

Оснащение:

& стерильный эмалированный лоток;

& набор для новорожденного; & 20% раствор сульфацила натрия;

& 95% этиловый спирт, 1% раствор йодоната;

& зажимы Кохера;

& 5% раствор перманганата калия;

& стерильное постное масло или вазелин;

& весы для новорожденного;

& стерильный комплект для новорожденного, содержащий сантиметровую ленту, материал, браслетки, скобу Роговина (лигатура, одноразовый зажим), ножницы, марлевые салфетки, пеленки, распашонки, одеяло;

& стерильные перчатки, халат, маска;

& ножницы.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, стерильные перчатки, маска.

Ход манипуляции:

& медсестра меняет перчатки;

& из комплекта для новорожденного достает обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пленкой лоток и ставит его между ног матери;

& до отделения ребенка от матери медсестра стерильной пипеткой из детского пакета закапывает в глазки 2-3 капли сульфацила натрия (веки развести левой рукой с помощью стерильных шариков, отдельно для каждого глаза);

Примечание: профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденных проводится закапыванием в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора нитрата серебра 2% или трехкратно с интервалом 10 минут по одной капле раствора сульфацила натрия 20% (глазные капли) или закладыванием за нижнее веко с помощью стеклянной палочки однократно тетрациклина гидрохлорида 1% или эритромицина фосфата 10 000 ед в 1 г (глазная мазь, полоска длиной от 0,5 до 1 см). Кроме того, допускается закапывание в конъюнктивальный мешок однократно одной капли раствора протаргола 1% или раствора колларгола 1% (глазные капли).

& девочкам этот же раствор закапывают с помощью другой пинетки на наружные половые органы, разведя с помощью шариков большие половые губы;

& после прекращения пульсации пуповины на нее на расстоянии 10 см от пупочного кольца накладывают зажим Кохера;

& второй зажим Кохера накладывают на пуповину как можно ближе к наружным половым органам женщины;

& участок пуповины между первым и вторым зажимами Кохера обрабатывают шариком с этиловым спиртом или йодонатом и рассекают ножницами;

& срез детской культи пуповины смазывают 1% раствором йодоната;

& показывают ребенка матери, обращая внимание на его пол и врожденные аномалии, если они имеются;

& ребенка переносят на детский столик.

& сменить халат, надеть стерильный, стерильную шапку и маску;

& надеть резиновые перчатки;

& обмыть ребенка из кувшина теплой водой с добавлением калия перманганата до слаборозового цвета так, чтобы вода не попадала в пуповину и верхние дыхательные пути:

& перенести новорожденного на столик с подогревом («Аист»);

& обработать кожу пупочного кольца и участок пуповины шариком со спиртом;

& на пуповину новорожденного на расстоянии 0,3-0,5 см от пупочного кольца наложить металлическую скобку Роговина (стерильную лигатуру, одноразовый зажим);

& отсечь стерильными ножницами;

& культю пуповины обработать раствором 5% калия перманганата;

& на культю наложить марлевую стерильную повязку;

Примечание: для снижения риска инфицирования пупочной раны и с целью профилактики гнойных заболеваний пупка и развития пупочного сепсиса возможно использование пленкообразующих препаратов, разрешенных для этих целей, с предварительной обработкой пупочной раны 0,5% раствором хлоргексидина глюконата в 70% этиловом спирте.

& обработать кожу стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным или вазелиновым маслом из индивидуального флакона разового пользования, снимая родовую смазку (особенно в области естественных складок); измерить рост ребенка сантиметровой лентой от макушки до пяток;

& измерить окружность головки по наибольшей ее поверхности (прямой размер) и окружность груди;

& взвесить ребенка на весах;

& написать на браслетках следующие данные:

а) номер истории родов матери,

б) фамилия, имя, отчество матери

в) дата и время родов

г) пол ребенка,

д) длина новорожденного, окружность головки и груди,

е) масса тела.

& привязать 2 клееночки (браслетки) на запястья обеих рук новорожденного с помощью стерильных повязок;

& запеленать новорожденного в стерильные пеленки (легкие и фланелевую);

& завернуть при необходимости в одеяло;

& надеть поверх одеяла на шею 3-ю клеенку с надписью;

& оставить новорожденного на столике с подогревом на 2 часа; Через 2 часа ребенок переводится в отделение новорожденных.

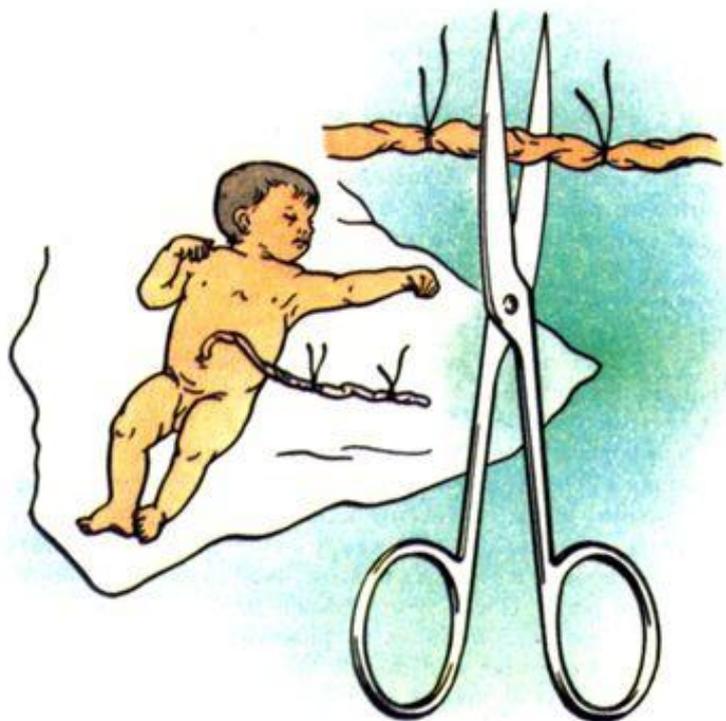
Примечание: в родильном зале необходимо в течение первого получаса после рождения прикладывать новорожденного к груди матери (при отсутствии противопоказаний). Раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание способствуют более быстрому становлению нормальной микрофлоры кишечника, повышению широкого комплекса факторов неспецифической защиты организма.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, выполнен первый туалет новорожденного.



ТУАЛЕТ РОДИЛЬНИЦЫ В ПОСТЕЛИ. ОБРАБОТКА ШВОВ НА ПРОМЕЖНОСТИ

Цель манипуляции: провести туалет роженицы в постели, обработать швы на промежности.

Показания к манипуляции: первые часы после родов, тяжелое состояние женщины, швы на промежности после перинео-эпизиотомии, разрыва промежности. Профилактика ГСЗ.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & двухярусный столик;
- & емкость с теплым (35-37° С) фурацилином 1:5000; & обеззараженная клеенка, судно;
- & стерильные корнцанги (2), стерильный анатомический пинцет;
- & стерильный материал, пеленки;
- & перекись водорода 3%; & раствор перманганата калия 5%;
- & резиновые перчатки;
- & почкообразный лоток (3);
- & ширма, кувшин;
- & мешок для грязных клеенок.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость процедуры и ход ее выполнения, опустить изголовье кровати и повернуть пациентку набок, подстелить клеенку и пеленку под женщину, повернуть на спину. Подать пациентке судно и помочь занять оптимальное удобное положение для проведения процедуры (в положении Фаулера, с слегка согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенными ногами).

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

& Накрыть столик следующим образом: на нижней полке располагается емкость с раствором фурацилина и обеззараженные клеенки, а на верхнем размещают стерильные перчатки, материал, инструменты, пеленки (в стерильном лотке), перекись водорода перманганат калия.

& надеть перчатки;

& держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лить антисептический раствор на гениталии женщины, а салфетками (меняя их) проводить движения сверху вниз (от паховых складок к гениталиям, затем к анусу);

& обмыть не задевая швов:

& одной салфеткой - правую и левую половые губы справа и слева;

& второй салфеткой - паховую область справа и слева;

& область анального отверстия;

& сухой салфеткой промокательными движениями осушить гениталии пациентки в той же последовательности и в том же направлении, что и при подмывании, меняя салфетки после каждого этапа;

& обработать швы перекисью водорода, высушить стерильной салфеткой;

& обработать швы перманганатом калия 5%;

& положить под женщину стерильную подкладную пеленку;

& убрать судно, клеенку, перемещая пациентку на бок и обратно;

& помочь пациентке занять необходимое положение;

&если есть изменения в состоянии швов (покраснение, нагноение) сообщить об этом врачу.

& положить клеенку в непромокаемый мешок;

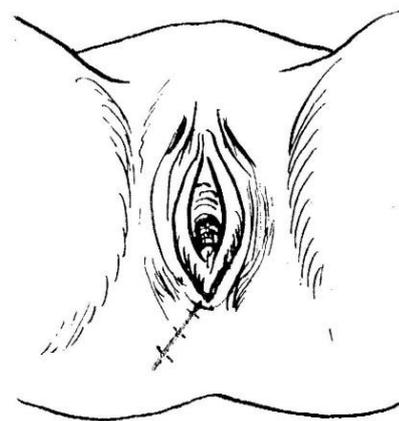
& снять перчатки и положить их в лоток для использованного;

& вымыть и осушить руки.

Обработка рабочего места и инструментария: перчатки опустить в дезраствор на 60 минут, судно и клеенку обработать 1% раствором хлорамина с полным погружением на 60 минут..

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки. **Осложнения:** нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, проведен туалет родильницы в постели, обработаны швы на промежности.



Алгоритм манипуляции

СНЯТИЕ ШВОВ С ПРОМЕЖНОСТИ

Цель манипуляции: снять швы с промежности.

Показания к манипуляции: 4-5 сутки послеродового периода.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & емкость с теплым (35-37° С) фурацилином 1:5000;
- & обеззараженная клеенка, судно;
- & стерильные корнцанги (2), стерильный анатомический пинцет;
- & стерильный материал, пеленки;
- & перекись водорода 3%;
- & раствор перманганата калия 5%;
- & стерильные перчатки;
- & почкообразный лоток (3);
- & ножницы для снятия швов.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость процедуры и ход ее выполнения; помочь женщине лечь на кресло в положение «на спине» с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенными ногами; под ягодицы родильницы постелить клеенку; если есть изменения в состоянии швов (покраснение, нагноение, отек), немедленно сообщить об этом врачу.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, защитные очки, маска.

Ход манипуляции:

- & надеть стерильные перчатки;
- & обработать наружные половые органы теплым раствором фурацилина;
- & просушить стерильной салфеткой;
- & обработать швы перекисью водорода, высушить стерильной салфеткой;
- & слегка оттянуть пинцетом лигатуру за узелок;
- & ввести под нитку браншу ножниц и пересечь;
- & извлечь лигатуру и положить в лоток;
- & обработать место швов перманганатом калия 5%;
- & количество извлеченных нитей должно совпасть с указанным в истории родов.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: травмирование пациентки, нагноение оставшейся лигатуры.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, швы с промежности сняты.

Алгоритм манипуляции

УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ

Цель манипуляции: подготовить молочные железы к кормлению младенца, провести мероприятия по предупреждению трещин сосков для профилактики маститов.

Показания к манипуляции: грудное вскармливание, послеродовой период.

Противопоказания к манипуляции: нет.

Оснащение:

- & косынки, полотенца для грудных желез,

& стерильные стеклянные палочки для обработки сосков,

& стерильная посуда для сцеживания молока,

& лекарственные препараты для обработки сосков.

Подготовка пациента: объяснить женщине необходимость процедуры и ход ее выполнения, получить ее согласие. Приготовить используемые при кормлении новорожденных клеенки (их меняют два раза в день), клеенку покрыть пленкой (меняют перед каждым кормлением), помочь родильнице перед кормлением вымыть подмышечную впадину и молочную железу теплой водой с мылом, предварительно надев косынку и маску вымытыми руками.

Подготовка медицинской сестры и безопасность на рабочем месте: шапочка, халат, перчатки, при необходимости маска.

Ход манипуляции:

& осушить грудь специальной пленкой;

& помочь родильнице вложить в рот ребенка сосок и околососковый кружок;

& после кормления помочь родильнице правильно сцедить молоко руками или с помощью молокоотсоса в специальную стерильную посуду;

& помочь родильнице после кормления вымыть молочные железы теплой водой с мылом;

& обсушить стерильной салфеткой или полотенцем;

& смазать сосок мазью.

Примечание: Профилактика послеродового мастита заключается в предупреждении трещин сосков и застоя молока. С этой целью уже в течение всей беременности следует проводить «закаливание» и подготовку сосков: ежедневное обмывание их теплой водой с мылом, воздушные ванны в течение 15—20 мин, общее ультрафиолетовое облучение, общегигиенические мероприятия, частая смена белья. После каждого кормления необходимо тщательное сцеживание молока руками или с помощью молокоотсоса. Для облегчения сцеживания за 30—40 мин до кормления принимают таблетку но-шпы. Трещины соска обрабатывают 1% раствором метиленового синего и накладывают метилурациловую мазь. При сильных болях на сосок наносят мазь с анестезином.

Обработка рабочего места и инструментария: в соответствии с приказом №345.

Техника безопасности медицинской сестры после окончания манипуляции: снять перчатки, вымыть руки.

Осложнения: нет.

Оценка достигнутых результатов: цель достигнута, осуществлен уход за молочными железами.

Приложение 16

лунный месяц	неделя	стадии развития органов плода на определенном этапе
первый	1	период дробления зиготы, на 6-7 день зародыш внедряется в слизистую оболочку матки
	2	клетки эмбриона разделяются на два слоя, из которых образуются два пузырька (амниотический и желточный)
	3	образование трехслойного щитка (зародыша), образуется головной отросток, спинная струна (хорда), нервная трубка, из которой потом будет развиваться НС
	4	зародыш начинает изгибаться в продольном и поперечном направлении, образуются полость тела, формируются зачатки уха и глаза, выделяется сердечный и печеночный бугры, зачатки диафрагмы, пупочный канатик.

		Начало формирования пищевода, сосудов органов чувств, связки плеч и ног.
второй	5	(31-32 дня). Длина зародыша ~ 7.5мм, появляются зачатки рук, к 40-му дню - зачатки ног
	6	закладки наружного уха, пальцев рук и ног
	7	формирование век
	8	заканчивается закладка органов зародыша. Длина ~ 33 мм от головы до ягодиц (1/3 составляет голова), вес ~ 9 г. Имеется работающее сердце, плечи и ноги с зачатками пальцев и большого пальца стопы, кости начинают заменять хрящи
третий	9-12	(начало 3 месяца). Зародыш называется плодом , его размер от 6.2 до 7.5 см и вес ~ 16 г, развиваются органы, функционирует система кровообращения и мочевая система, печень вырабатывает желчь, половые органы уже развиты, но пол определить трудно
четвертый	13-16	длина ~ 10 см, питание поступает через плаценту, развивается сосание и глотание, появляются зародыши зубов, пальцы рук и ног хорошо сформированы
пятый	17-20	длина 20-25 см, беременная чувствует плод, начинается рост волос на голове, появляются брови и ресницы, защитная мазь покрывает плод
шестой	21-24	длина ~ 33 см, вес ~ 900 г, кожа тонкая, блестящая и содержит немного жира в подкожной ткани, начинают отделяться веки, глаза открываются
седьмой	25-28	длина ~ 40 см, вес ~ 2000 г, плод окружен слоем жира, он может сосать палец руки, иметь икоту, может плакать и отличать сладкое от кислого, реагирует на боль, свет, звук
	!	при должном уходе ребенок может выжить в случае преждевременных родов
восьмой	29-32	длина ~ 45 см, вес ~ 2500 г, интенсивно растет мозг, может видеть и слышать, легкие не сформированы
	!!	у ребенка значительные шансы выжить в случае преждевременных родов
девятый	33-36	длина < 50 см, вес менее 3 кг, подвижность плода снижается
	!!!	у ребенка очень большие шансы выжить в случае преждевременных родов
десятый	37-40!!!	длина ~ 50 см, вес более 3 кг, подвижность ограничена

Список сокращений

Аг — антиген
АЖ — амниотическая жидкость
АКТГ — адренкортикотропный гормон
БКК — большой круг кровообращения
ВДМ — высота стояния дна матки
ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВПГ — вирус простого герпеса
ВПЧ — вирус папилломы человека
ГБН — гемолитическая болезнь новорождённого
ГБП — гемолитическая болезнь плода
ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свёртывание
ДП — дистоция плечиков
ЗРП — задержка роста плода
ЗТО — злокачественные трофобластные опухоли
ИППП — инфекции, передаваемые половым путём
ИР — индекс резистентности
ИФА — иммуноферментный анализ
ИЦН — истмико-цервикальная недостаточность
КС — кесарево сечение
КТГ — кардиотокография
КТР — копчико-теменной размер
ЛГ — лютеинизирующий гормон
МВ — менструальный возраст
МКБ-10 — Международная классификация болезней десятого пересмотра
МКК — малый круг кровообращения
МС — материнская смертность
НБ — неразвивающаяся беременность
ОВ — околоплодные воды
ОЦК — объём циркулирующей крови
ПГ — простагландины
ПИП — плоскоклеточное интраэпителиальное поражение шейки матки
ПИФ — реакция прямой иммунофлюоресценции
ПЛ — плацентарный лактоген
ПН — плацентарная недостаточность
ПОНРП — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ППС — приобретённые пороки сердца
ПРПО — преждевременный разрыв плодных оболочек
ПС — перинатальная смертность
ПЦР — полимеразная цепная реакция
РДС — респираторный дистресс-синдром
РМЖ — рак молочной железы
РШМ — рак шейки матки
СГВ — стрептококки группы В
СПИД — синдром приобретённого иммунодефицита
СФФГ — синдром фето-фетальной гемотрансфузии

ФСГ — фолликулостимулирующий гормон
ХГБ — холестатический гепатоз беременных
ХГЧ — хорионический гонадотропин человека
ЦДК — цветное доплеровское картирование
ЦМВ — цитомегаловирус
ЦМВИ — цитомегаловирусная инфекция
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение
FIGO — Международная федерация акушеров и гинекологов
Hb — гемоглобин
Ht — гематокрит
MoM — Multiple of Median
АКТГ - адренкортикотропный гормон
АТ - антитело
БР - базальный ритм
БФП - биофизический профиль
ВНЗ - врожденное наследственное заболевание
ВОЗ - всемирная организация здравоохранения
ВПр - врожденные пороки развития
ВУИ - внутриутробные инфекции
ГнРГ - гонадотропин релизинг-гормон
ГСИ - гнойно-септические инфекции
ЕЗ - эстриол
КПИ - кариопикнотический индекс
КТГ - кардиотокография
КФК - креатинфосфокиназа
ЛДГ - лактатдегидрогеназа
МТ - маммарный тест
ОТ - окситоциновый тест
ПМП - предполагаемая масса плода
ПРПО - преждевременный разрыв плодных оболочек
СЗРП - синдром задержки роста плода
ФПН - фетоплацентарная недостаточность
ФПС - фетоплацентарная система
ФРБ - фактор ранней беременности
ФРФ - фактор роста фибробластов
ФСГ - фолликулостимулирующий гормон
ЭНМТ - экстремально низкая масса тела
ЭРФ - эпидермальный ростовой фактор
ЭЭГ - электроэнцефалография
ACOG - (American College of Obstetricians and Gynecologists) - американская коллегия акушеров-гинекологов
HCV (hepatit C virus) - вирус гепатита С
HELLP (Hemolysis, Elevated Liver tests, Low Platelets) - гемолиз, повышение уровня печеночных ферментов, снижение количества тромбоцитов
РАРР-А (pregnancy-associated plasma protein A) - плазматический протеин А, связанный с беременностью

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

Номер изме- нения	Номер листа				Всего листов в документе	ФИО и подпись ответственного за внесение изменения	Дата внесения изменения	Дата введения изменения
	измененного	замененного	нового	изъятого				

