

Серия
«Медицина для вас»



Л.А. ЛЫСАК

Сестринское дело в акушерстве и гинекологии

Издание 2-е

Под общей редакцией заслуженного врача РФ,
кандидата медицинских наук Б.В. Кабарухина

Допущено Министерством образования
Российской Федерации
в качестве учебного пособия
для студентов образовательных учреждений
среднего профессионального образования,
обучающихся в медицинских училищах и колледжах

Ростов-на-Дону
«Феникс»
2004

ББК 48я2
Л88

Рецензенты:

врач высшей категории *В.И. Кириллова*,
врач высшей категории *Л.М. Глухова*

Лысак Л.А.

Л188 Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2-е. Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д, Феникс, 2004 - 352 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта к дисциплине «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии». Оно ставит своей целью подготовку медицинской сестры по специальности 0406 Сестринское дело в медицинских колледжах и училищах. В нем рассматривается структура акушерско-гинекологической помощи в России, осуществление всех этапов сестринского процесса при оказании помощи беременным и гинекологическим больным.

В приложении даны алгоритмы действий при выполнении основных практических умений, тестовые задания с эталонами ответов, а также ряд других необходимых сведений.

ISBN 5-222-03290-6

ББК 48я2

© Лысак Л.А., 2004

© Оформление: изд-во «Феникс», 2004



ВВЕЛЕНИЕ

Акушерство — это наука, изучающая женщину во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также наука о новорожденном.

Акушерство изучает физиологическое течение этих процессов, патологическое их течение; диагностику, лечение, профилактику осложнений.

Акушерство неразрывно связано с гинекологией.

Гинекология — это наука о заболеваниях женских половых органов.

Акушерство и гинекология — две отрасли единой науки о физиологических и материнских процессах, происходящих в репродуктивной системе организма женщины.

Акушерство и гинекология тесно связаны с фундаментальными науками: анатомия, физиология, фармакология, патология, психология; а также с клиническими: педиатрия, хирургия, анестезиология и реаниматология.

Изучение дисциплины «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии» обусловлено демографической ситуацией в России, отражающей уменьшение рождаемости, связанной с ухудшением состояния здоровья женщин детородного возраста, увеличением количества аборт, воспалительных, онко-

логических заболеваний, а также заболеваний, передающихся половым путем.

Дисциплина «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии» является продолжением дисциплины «Основы сестринского дела» и «Здоровый человек и его окружение»



ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

С незапамятных времен в России женщины, оказывающие помощь роженице, назывались повитухами. Есть предположение, что они приглашались в большинстве случаев только при трудных родах. В легких случаях они приглашались уже после родов для перевязки пуповины и повития (пеленания) младенца.

С одной стороны, это диктовалось известным суеверием — стремлением скрыть роды от «дурного глаза», с другой — соображениями экономии. Функции повивальных бабок были весьма разнообразны и заключались в исполнении с давних времен установленных обычаев, поверий, заговоров и различных действий.

Акушерки и врачи, практиковавшие в больших городах, были почти исключительно иностранцы.

Впервые Петр I издал некоторые законоположения, касающиеся деятельности бабок-повитух.

С распространением в России просвещения и ростом общей культуры увеличился спрос на разумную акушерскую помощь, стала ощущаться потребность в подготовке отечественных акушерок.

В вопросе организации акушерского образования в России большая роль принадлежит выдающемуся организатору здравоохранения П.З. Кондоиди (1710-1760). Он первый организовал преподавание акушерства в России и правильно оценил всю важность организации акушерской помощи населению. Мероприятия П.З. Кондоиди были продуманы очень детально, и осуществление их в полной мере должно было бы дать значительно больше, чем это было в условиях дворянско-крепостнической России. Из-за недостатка ассигнований «бабичьи» школы в Петербурге и Москве были открыты только в 1757 году. В результате царившего иностранного засилья в то время не смогли проявить своих способностей многие талантливые русские люди.



**Н.М. Максимович-
Амбодик**

Отцом русского акушерства считается **Нестор Максимович Амбодик**. Он преподавал акушерство на русском языке в Повивальном институте при Петербургском воспитательном доме, где обучались повивальные бабки с 1781-1800 гг.

Н.М. Максимович-Амбодик в 1784 г. опубликовал первое на русском языке руководство «Искусство повивания, или

Наука о бабичьем деле» в шести частях с атласом. Это обширное руководство по полноте, научности, современности и оригинальности до середины XIX века считалось лучшим пособием для врачей и аку-

шерок. Он широко применил акушерские щипцы, а при обучении практическому акушерству ввел фантом. Н.М. Максимовичу-Амбодику принадлежит большая роль в создании медицинской терминологии.

У истоков русского акушерства стоял также Герасим Иванович Кораблев, врачебная деятельность которого связана с Московской медико-хирургической академией. Он составил солидное учебное руководство по акушерству и гинекологии на русском языке «Курс акушерской науки и женских болезней, или Учение о жизни женской касательно половых отправлений, изложенное в физиологическом, диетическом, патологическом, терапевтическом и оперативном отношениях».



В.А. Кошеварова-Руднева

Исключительную личность в истории женского, врачебного образования представляет Варвара Александровна Кошеварова-Руднева как первая русская женщина, получившая в России диплом врача, В 1876 году В.А. Кошеварова первая из женщин защитила в России диссертацию на степень доктора медицины на тему: «Материалы для патологической анатомии маточного влагалища».

На первых порах своего существования акушерские клиники были убоги, в большинстве университетов они насчитывали по несколько коек. Тем не менее русское научное акушерство гигантскими

шагами шло вперед и уже во второй половине XIX века стало подлинно самостоятельной наукой.

И.П. Лазаревич, профессор Харьковской акушерской клиники, талантливый изобретатель акушерских инструментов, в том числе акушерских щипцов, пользующихся мировой известностью.



В.Ф.Снегирев

Корифей русской гинекологии **В.Ф. Снегирев** занимался научно-педагогической деятельностью в Московском университете.

В России появляются выдающиеся специалисты, профессора акушеры-гинекологи, поднявшие русское акушерство на небывалую высоту, создавшие школы, из которых вышла в дальнейшем выдающаяся смена: Красовский, Цовьянов, Рахманов, Лебедев, Лурье, Малиновский, Персианинов.



В.П. Лебедева



И.П.Лазаревич

Из года в год родильная помощь улучшалась количественно и качественно. Вместо единичных родильных приютов выросла огромная сеть родильных домов с постоянным круглосуточным дежурством врачей, возросло количество акушерок как в городе, так и, особенно, в селе. Благодаря своему авторитетному участию в общественной жизни, санитарно-просветительной работе русская акушерка выходит из профессиональной школы высококвалифицированным специалистом.

Там, где хорошо работают акушерки, изжиты случаи запущенной акушерской патологии, сведены до минимума материнская и детская заболеваемость, а тем более смертность.



СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Принципы, цели и задачи акушерско-гинекологической службы

Основные принципы организации акушерско-гинекологической службы в нашей стране — общедоступность, бесплатность, стопроцентный охват всех, нуждающихся в этой помощи, профилактическая направленность, систематическое повышение качества медицинской помощи в соответствии с современными достижениями науки.

Акушерская и гинекологическая помощь оказывается врачом акушером-гинекологом, акушерками, фельдшерами, медицинскими сестрами в учреждениях с единым административным, научным и методическим руководством.

Такое единство диктуется единой связью тех изменений в организме женщины, которые происходят при беременности, во время родов, в послеродовом периоде и при гинекологических заболеваниях. Нередко осложнения беременности и родов являются причиной последующих гинекологических заболеваний, а предшествующие гинекологические за-

болевания могут повлечь за собой патологическое течение беременности и родов.

Основная цель акушерско-гинекологической службы — сохранение репродуктивного здоровья населения, профилактика абортот и рождение здоровых детей.

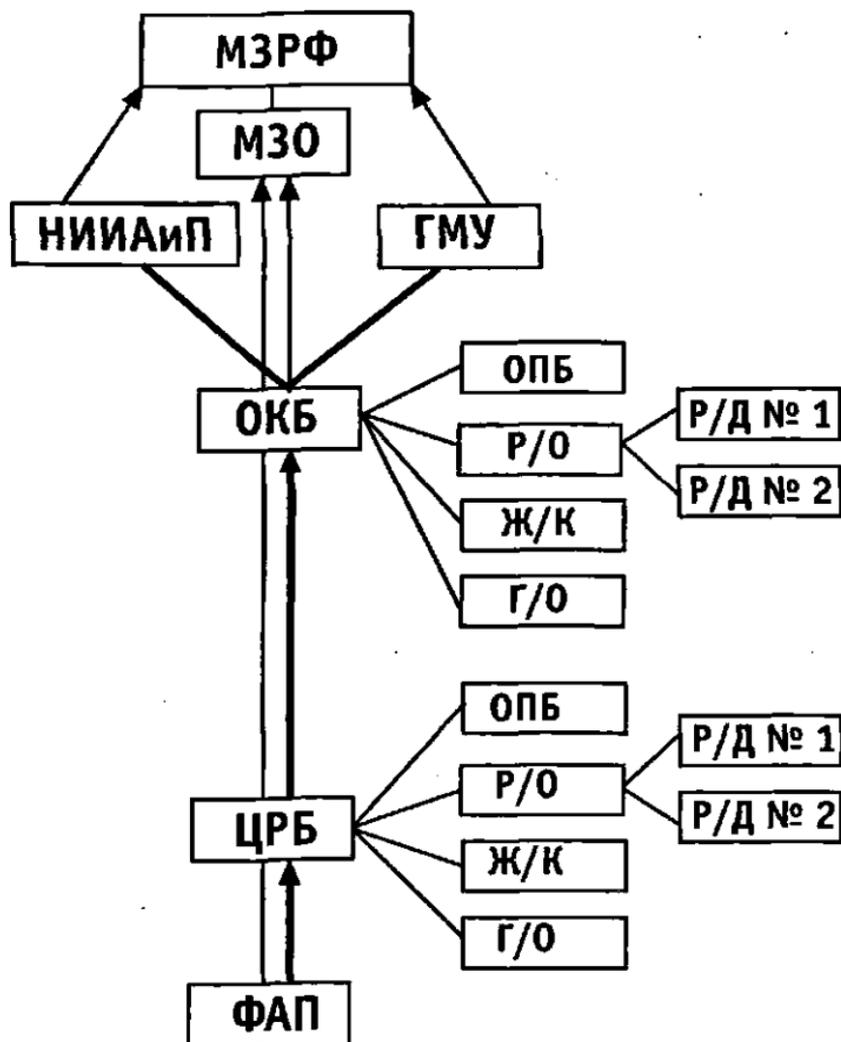
Задача акушерско-гинекологической службы — забота о всемирном укреплении здоровья женщины во все периоды жизни.

В связи с тем, что наибольшее количество населения нашей страны проживает в сельской местности, самым приближенным к ним лечебно-профилактическим учреждением является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Возглавляет его фельдшер, в штатное расписание входят акушерка, медсестра, зубной врач, санитарка.

ФАП осуществляет амбулаторную помощь беременным и гинекологическим больным.

ФАПы находятся в административном и консультативном подчинении Центральной районной больнице (ЦРБ), которые имеются в каждом районном центре, там имеется женская консультация, отделение патологии беременности (ОПБ), родильное отделение, гинекологическое отделение. Помощь оказывают квалифицированные врачи и средние медицинские работники.

В случае необходимости пациентки из ЦРБ направляются для консультации и лечения в Областную клиническую больницу (ОКБ), располагающую высококвалифицированными кадрами, оснащением, новейшей аппаратурой для диагностики и лечения. В ОКБ входят такие же подразделения, как и в ЦРБ —



Структура родовспоможения

женская консультация, ОПБ, родильное отделение, гинекологическое отделение.

Обычно во многих областных центрах есть медицинские институты, научно-исследовательские ин-

ституты — в этих учреждениях также оказывается консультативная помощь беременным, роженицам и гинекологическим больным, а также специализированная высококвалифицированная помощь по профилю заболевания.

Все учреждения родовспоможения и оказания гинекологической помощи областного подчинения находятся в ведении Министерства здравоохранения области, а те в свою очередь подчиняются высшему органу — Министерству здравоохранения Российской Федерации.

Подразделения акушерско-гинекологической слу/Ибы

Женская консультация

Женская консультация является ведущим звеном в системе медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь. Женские консультации входят в состав родильных домов.

В основу работы консультации положен *принцип диспансерного наблюдения* за состоянием здоровья женщины.

Работа женской консультации строится по территориально-участковому методу.

Своеобразие работы женской консультации заключается в том, что под наблюдение активно привлекаются большие контингенты здоровых женщин и прежде всего беременных, большинство которых нуждаются не в лечебной помощи, а в обследовании, наблюдении и советах.

Лечебно-профилактическая работа женской консультации должна быть тесно связана с работой акушерско-гинекологического стационара для *обеспечения единства и преемственности* поликлинической и стационарной помощи (консультативные осмотры, взаимоинформация о состоянии беременных и больных, совместные конференции и т.д.).

Прием в консультации следует планировать в часы, удобные для населения, особенно работающих женщин. В этих целях консультации работают в две смены.

К основным *учетным документам* относятся:

- индивидуальная карта беременной и родильницы;
- обменная карта беременной и родильницы;
- медицинская карта амбулаторного больного;
- а также ряд контрольных карт, талонов, журналов и т.д.

В число помещений женской консультации входят: вестибюль-гардеробная, регистратура, кабинеты акушеров-гинекологов, терапевта, стоматолога, оториноларинголога, окулиста, манипуляционная, процедурная, кабинет физиопсихологической подготовки беременных к родам, хирургический кабинет (для кольпоскопического обследования, производства биопсий, введения ВМС, диатермокоагуляции, мини-абортов), кабинет УЗИ, физиотерапевтический, кабинеты заведующего женской консультацией, старшей акушерки и др. Обязательно в женской консультации имеется комната единой стерилизации инструментария и предметов ухода.

При определенных условиях, требующих консультации юриста, беременную направляют в социально-правовой кабинет.

Показатели качества работы консультации по обслуживанию беременных во многом зависят от всестороннего их обследования и систематического наблюдения, начиная с самых ранних сроков беременности. Ранняя явка беременных в женскую консультацию (до 12 недель беременности) позволяет наиболее эффективно выполнять одну из ее главных задач — *предупреждение осложнений беременности и родов*.

Женская консультация осуществляет *наблюдение за состоянием родильницы* после выписки ее из акушерского стационара. Желательно посещение через 7—10 дней после выписки, а затем через 2 месяца для рекомендаций по гигиене половой жизни и применению методов контрацепции.

Организация обслуживания гинекологических больных. Основными задачами женской консультации являются: профилактика гинекологических заболеваний путем повышения санитарной культуры населения, внедрение гигиенических навыков, улучшение условий труда и быта, предупреждение аборт, раннее выявление гинекологических заболеваний, оказание гинекологическим больным квалифицированной лечебной помощи в порядке диспансерного наблюдения за ними.

Большое значение имеют *профилактические гинекологические осмотры*, целью которых является активное выявление женщин, нуждающихся по состоянию здоровья в лечении или систематиче-

ском наблюдении акушера-гинеколога. Особенно важно выявление гинекологических больных и женщин с предопухолевыми заболеваниями.

В задачу женской консультации входит *патронажное посещение* беременных, родильниц и гинекологических больных.

Санитарно-просветительская работа выполняется в плановом порядке всеми врачами и средним медицинским персоналом консультации. Формами этой работы являются индивидуальные и групповые беседы, лекции, выставки, витрины, «санитарные уголки», бюллетени, использование специальных кинофильмов, выступления в СМИ, печати и др. В практике работы женских консультаций широкое распространение получила организация «школ матерей» и «школ отцов». Заслуживает внимания опыт проведения в ЗАГСх и дворцах бракосочетания бесед с молодоженами по планированию семьи.

В крупных женских консультациях организованы специализированные приемы для обследования и лечения женщин с эндокринными нарушениями, бесплодием, туберкулезом женских половых органов, нарушением менструального цикла, невынашиванием, гигиены физического развития девочек и т.д.

Акушерский стационар

Акушерский стационар состоит из приемного отделения, родильного, послеродового и отделения новорожденных, а также отделения патологии беременных.

Приемное отделение состоит из двух частей, изолированных одна от другой. Перед ними имеется

комната-фильтр, в которой решается вопрос, в какую часть приемного отделения госпитализировать роженицу: физиологическое отделение (для неинфицированных пациенток), наблюдательное отделение (для инфицированных).

В состав родильного отделения входят палата интенсивной терапии и операционная с предоперационной.

Одной из важных задач родовспоможения является профилактика *стафилококковых заболеваний* новорожденных. Это вызывает необходимость соблюдения во всех отделениях акушерскээш стационара, особенно в отделениях для новорожденных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований: тщательный отбор беременных и рожениц, подлежащих приему в физиологическое или наблюдательное отделение, своевременная изоляция заболевших матерей и новорожденных, систематическое проведение мер по обеззараживанию помещения, мебели, предметов ухода и т.д., выявление среди персонала бактерионосителей (потенциальных источников распространения инфекции), их санацию.

Гинекологический стационар

Гинекологические отделения функционируют в составе родильных домов или БСМП и предназначены для стационарного лечения гинекологических больных — как хирургического, так и консервативного. Гинекологическое отделение родильного дома обычно располагается на отдельном этаже и изолировано от других отделений. Обычно выделяются

отделения консервативных методов лечения и отделения оперативной гинекологии.

Гинекологический стационар имеет приемное отделение, палатную часть, перевязочную, манипуляционную, физиотерапевтический кабинет, столовую, буфетную, комнаты персонала, санитарные узлы и другие помещения. В состав отделения для оказания хирургической помощи входят предоперационные, малые и большие операционные, наркозные, стерилизационные, палаты интенсивной терапии и др.

Связь акушерско-гинекологических учреждений с другими медицинскими учреждениями

Родильный дом поддерживает постоянную связь с общими поликлиниками и больницами, диспансерами различного профиля, а также детскими поликлиниками и стационарами.

Формы совместной работы весьма разнообразны.

Нередко женская консультация, а также акушерский и гинекологический стационары не имеют возможности произвести некоторые лабораторные исследования. Требуется обращение в крупные лечебно-диагностические центры.

Основные формы работы с *противотуберкулезный диспансером*: направление женской консультацией в диспансер женщин с подозрением на туберкулез легких или других органов, а также сообщение о наступившей беременности у женщин, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере, консультативное решение вопроса о вынашивании беременности, особенностях наблюдения и лечения, сообщение о состоявшихся родах и выписке родильницы из стационара.

Аналогичная связь с онкологическим и кожно-венерологическим диспансерами.

Особое значение имеет установление связи с *детской консультацией и детской больницей*.

Женская консультация сообщает детской поликлинике о всех женщинах со сроками беременности 30—32 недели. Это позволяет врачам и медицинским сестрам детской поликлиники знакомиться заблаговременно с условиями быта, соблюдением правил гигиены жилья, личной гигиены, обучить беременную уходу за новорожденным и подготовиться к его приему.

Акушерские стационары сообщают детским поликлиникам о дне выписки новорожденного.

Акушерские стационары своевременно переводят заболевшего ребенка в детскую больницу.

Детские больницы и поликлиники срочно сообщают акушерским стационарам о тех случаях заболеваний новорожденных на дому, возникновение которых может быть связано с пребыванием ребенка в акушерском стационаре.

РОЛЬ И МЕСТО МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СИСТЕМЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Деятельность медицинской сестры в системе родовспоможения должна быть направлена на сохранение здоровья, репродуктивной функции женщины, на планирование семьи. Объектом деятельности медицинской сестры является женщина, ее семья и общество.

Медицинская сестра, осуществляя сестринский процесс в акушерстве и гинекологии, оказывает лечебно-профилактическую помощь женщинам и семье в различные периоды их жизни, осуществляет наблюдение, обследование, реабилитацию гинекологических больных, обеспечивает уход и необходимую помощь при акушерской и гинекологической патологии.

Медицинская сестра выполняет роль советчика, наставника, помощника по отношению к женщине и ее семье. Она должна осуществлять все этапы сестринского процесса: проводить первичную оценку, выявлять проблемы пациентки, планировать сестринскую деятельность, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку результатов ухода.

Медсестра по штатному расписанию работает на ФАПе, в процедурном, хирургическом, физиотерапевтическом кабинетах женской консультации, а также на приеме с врачами, обследующими беременных (терапевт, окулист, стоматолог, оториноларинголог), в гинекологическом отделении, в отделении новорожденных родильного дома.

Медицинская сестра должна знать факторы риска, клинические проявления, осложнения, профилактику гинекологических заболеваний, уметь подготовить пациентку к диагностическим процедурам, обеспечить инфекционную безопасность пациентки и персонала.

Медицинская сестра должна уметь оказать первую помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии, принять роды в экстремальных ситуациях.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В АКУШЕРСТВЕ



ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Демографическая ситуация в России

Демография — это наука, изучающая вопросы естественного движения населения.

Естественное движение населения — это непрерывное изменение его численности и структуры в результате рождения, смерти, браков и разводов, а также изменение пола и возраста.

Демографические показатели позволяют судить о демографической ситуации: об уровне рождаемости и смертности, естественном приросте и т.д.

Основные демографические показатели.

Рождаемость — это фактическая реализация плодovitости в зависимости от экономических, психологических, культурных и других условий.

Смертность — частота случаев смерти в социальной среде. Обычно определяют коэффициент смертности в различных группах населения (по возрасту, полу, виду деятельности и т.д.).

Плодovitость — это биологическая способность женщины, мужчины, брачной пары к зачатию и рождению определенного числа детей (зависит от

генетических факторов, состояния здоровья, сочетания физиологической совместимости супругов).

Миграция — перемещение населения по территории, которое изменяет его численность.

Естественное воспроизводство населения — это соотношение числа родившихся к числу умерших.

Демографическая ситуация в России в данный период неблагоприятная. Снижается рождаемость и повышается смертность. Прослеживается старение населения России.

Факторами, определяющими старение, являются:

- снижение рождаемости; ;
- увеличение смертности;
- рост заболеваемости и инвалидности детей;
- увеличение детской смертности.

В 1992 году впервые смертность превысила рождаемость. С тех пор убыль населения составила 5 млн человек.

Значительно снизилась средняя продолжительность жизни. В 2000 г. она составляла у мужчин - 60 лет, у женщин — 72 года.

Мужская смертность в России сейчас одна из самых высоких в мире.

Рождаемость снижается. Сейчас 2/3 российских семей имеют одного ребенка, а для простого воспроизводства необходимо, чтобы на 100 жителей рождалось 210 детей, то есть в семье должно быть 2-3 ребенка.

В России в 1999 году на 100 российских женщин пришлось 117 новорожденных, а в крупных городах еще меньше. Эта демографическая катастрофа требует экстремальных мер.

В последние годы изменилась демографическая политика государства, издаются новые законы, направленные на улучшение социального положения, обращается внимание на молодую семью.

Большую роль играют медицинские работники. Основные направления профилактической работы:

- контроль за состоянием здоровья девочек, девушек, женщин;
- профилактика, выявление и лечение заболеваний у них;
- планирование семьи;
- пропаганда методов контрацепции;
- предупреждение абортов;
- пропаганда здорового образа жизни;
- физическое воспитание детей, подростков и т.д.

Охрана продуктивного здоровья населения

В 1994 году была разработана и принята Федеральная (Президентская) программа «Дети России», одним из разделов этой программы является «Планирование семьи».

Планирование семьи — это государственная программа по охране репродуктивного здоровья населения. В 1994 году было открыто 214 центров по планированию семьи. Программа способствовала продвижению на рынок противозачаточных средств, снизилось количество абортов.

Центры по планированию семьи — совершенно самостоятельная организация, поэтому лучше их организовывать вне женских консультаций и широко пропагандировать их работу в средствах массовой информации.

Многие центры организованы в женских консультациях, при них работают кабинеты по планированию семьи.

Эти центры рассчитаны на все категории женщин и мужчин, на подростков в период полового созревания.

Основные направления работы службы «Планирование семьи».

- Профилактика нежелательной беременности.
- Борьба с абортами.
- Профилактика инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и СПИДа.
- Пропаганда методов контрацепции.
- Половое воспитание и просвещение подростков.
- Пропаганда здорового образа жизни.

Основные методы работы: санитарно-просветительная и консультативная помощь.

В Центрах работают акушерки-гинекологи, сексологи, сексопатологи, андрологи, психологи. Центр решает проблемы семьи, сюда может прийти не только женщина, но и семейная пара, подросток, мужчина.

Специалисты Центра ведут большую санитарно-просветительную работу через СМИ, читают лекции, средние медицинские работники проводят беседы в школах, средних специальных учебных заведениях, вузах, на промышленных предприятиях, в учреждениях.

Центры снабжаются специальной литературой, распределяемой бесплатно, молодежи до 18 лет бесплатно предлагаются противозачаточные средства.

Медицинские работники пропагандируют здоровый образ жизни, знакомят пациентов с гигиеной в различные возрастные периоды.

В узком понимании планирование семьи — это дети по желанию, а не по случаю; это ответственное родительство; это обеспечение здоровья женщины для рождения желанных и здоровых детей.

Профилактика нежелательной беременности начинается с разъяснения оптимального возраста для рождения детей — 20—35 лет. Доказано, что если беременность возникает раньше или позже, то протекает с большим числом осложнений и вероятность нарушения здоровья у матери и ребенка выше.

Интервалы между родами должны быть не менее 2—2,5 лет; это позволяет женщине восстановить силы для будущих родов, сохранить свое здоровье и здоровье будущих детей.

Разъясняются осложнения, которые бывают после аборта — это воспаление женских половых органов, кровотечение, перфорация матки, бесплодие.

Аборт не является лучшим методом регулирования рождаемости, его можно избежать, применяя современные методы контрацепции. Если нежелательная беременность все-таки наступила, необходимо обратиться к врачу как можно раньше — это снизит риск возможных осложнений.

Болезни, передаваемые половым путем (ИППП и СПИД), часто являются причинами бесплодия у мужчин и женщин. Только презерватив поможет избежать заражения и одновременно предохранит от нежелательной беременности.

Медицинские работники участвуют в половом воспитании и сексуальном образовании детей и подростков, что помогает сохранить их здоровье, подготовить к будущей семейной жизни и воспитать чувство ответственного родительства.

Большую роль в планировании семьи играет пропаганда противозачаточных средств. Контрацепция делает интимную жизнь более гармоничной, устраняет ненужные волнения и ожидания. Решение о применении того или иного метода следует принять после консультации со специалистом.

Методы контрацепции

Контрацепция — предохранение от зачатия.

Медицинские показания к применению контрацепции:

- обеспечение интервала в 2—3 года между родами;
- после кесарева сечения, внематочной беременности;
- частое проведение абортотв;
- возраст моложе 18 лет, старше 35 лет;
- алкоголизм и наркомания;
- злокачественные новообразования;
- экстрагенитальная патология.

Методы контрацепции:

- механический (барьерный);
- химический;
- гормональный.

Требования к контрацептивам:

- надежность в применении;
- отсутствие вредного влияния на организм;
- простота, доступность, дешевизна.

Ритмический (биологический) метод — воздержание от половых сношений в фертильный период (период менструального цикла, в который возможно оплодотворение). Основное условие эффективности — регулярность менструального цикла.

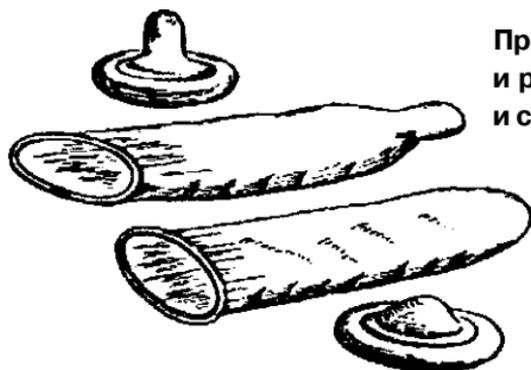
Варианты: календарный метод — вычисление сроков наступления и продолжительности фертильного периода, исходя из продолжительности менструальных циклов за последние 8—12 месяцев.

Температурный метод — определение сроков фертильного периода путем определения базальной температуры.

Барьерные методы: основное преимущество — предотвращение не только зачатия, но и заболеваний, передающихся половым путем.

Различают *мужские* (презервативы) и *женские* (диафрагмы, колпачки, контрацептивные губки) барьерные контрацептивы.

Презервативы эффективны при использовании во время каждого полового акта. Латексные презервативы не пропускают воду, воздух и микроорганизмы.

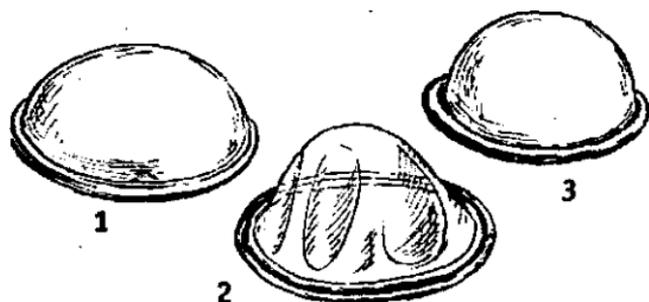


Презервативы - свернутые и расправленные, обычные и с удлинённым концом

Диафрагма - конусообразная полусфера из резины или латекса с пружинящим ободком диаметром от 50 до 95 мм, она перегораживает влагалище.

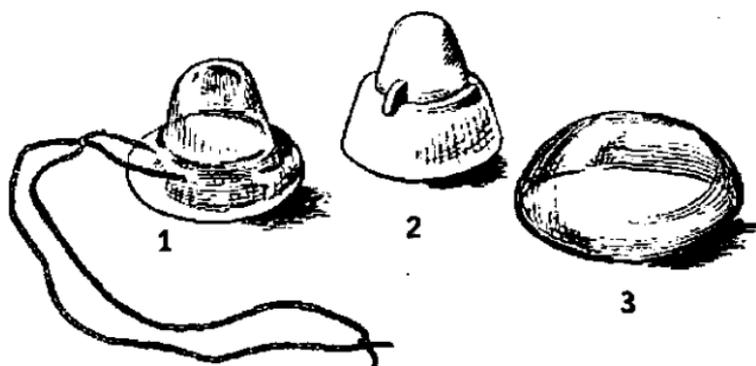
Шеечные колпачки предназначены для закрытия шейки матки, имеют форму широкого наперстка до 31 мм.

Контрацептивные губки наиболее часто изготовлены из полиуретана, пропитанного спермицидным веществом.



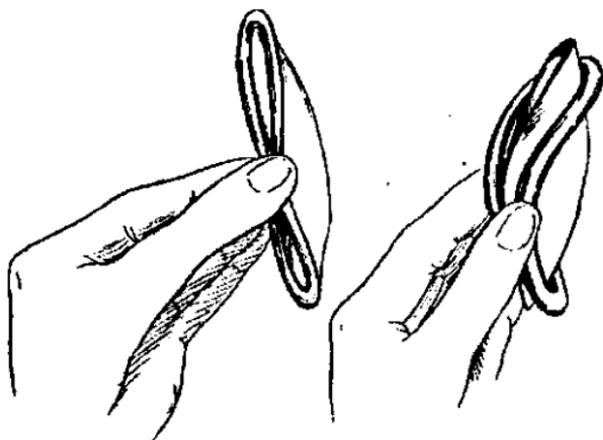
Различные виды диафрагм:

1-е винтовой пружиной; 2-е плоской пружиной; 3 - дугообразная



Различные виды колпачков:

1 - колпачок Vimule; 2 - колпачок полость-кромка;
3 - сводчатый колпачок, или Dumas



**Диафрагмы с винтовой пружиной
и дугообразная в положении для введения**

Химический метод — используют спермициды, которые уничтожают сперматозоиды или снижают их активность и подвижность. Спермициды выпускают в виде гелей, пены, кремов, паст: грамицидиновая паста, контрацептин и др.

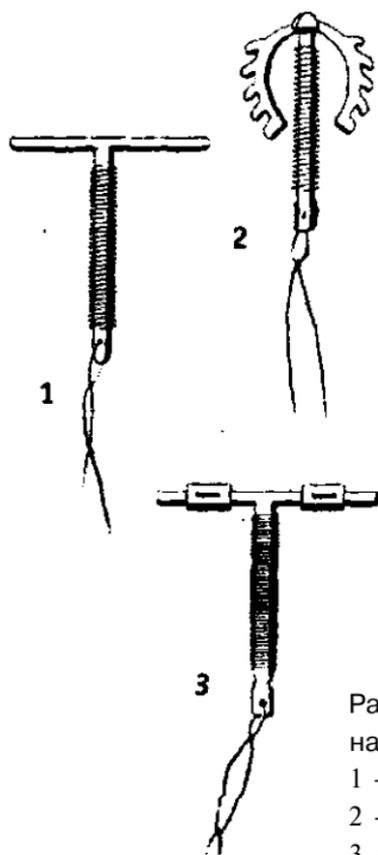
Внутриматочные средства (внутриматочная спираль — ВМС) считают оптимальным методом контрацепции для рожавших женщин, имеющих одного полового партнера.

Преимущества: высокая эффективность.

Осложнения:

- нарушение менструального цикла;
- перфорация матки;
- инфицирование;
- воспаление придатков матки;
- выпадение из полости матки.

Гормональный метод. По классификации различают комбинированные эстроген-гестагенные препа-



Различные виды
наиболее часто используемых ВМС:
1 - Copper T;
2 - Multiload;
3 - TCu-380A

раты (одно- и монофазные); мини-пили (прогестагены); инъекционные (продолгованные) гормональные контрацептивы; подкожные имплантанты.

Механизм контрацептивного действия — подавление овуляции или ее предотвращение.

Монофазные контрацептивы — количество таблеток в упаковке — 21 (диане-35, ригевидон, марвелон).

Многофазные (три-регол, триквилар, синфазе).

При использовании гормональных контрацептивов необходимо исключить активное курение.

Необходимо строго соблюдать режим приема препаратов.

Мини-пили содержат микродозы прогестагенов (континуин, микронор, оврет). Препарат применяют в непрерывном режиме, начиная с первого дня менструального цикла.

Показания: период лактации, старший репродуктивный возраст, наличие противопоказаний к применению эстрагенов, ожирение.

Инъекционные (продолгованные) препараты (Депо Провера-150) подавляют овуляцию, воздействуя на систему гипоталамус — гипофиз. Обычная доза — **150** мг внутримышечно каждые 3 месяца на пятый день менструального цикла.

Подкожные имплантанты (норплант, норплант-2) - длительно действующее и эффективное средство. Шесть гибких имплантантов из силиконовой резины имплантируют под кожу плеча женщины.

Добровольная хирургическая стерилизация — наиболее распространенный метод планирования семьи.

Женская стерилизация — создание механического перерыва маточных труб, наиболее оптимален лапароскопический доступ.

Мужская стерилизация — пересечение семявыносящих протоков.



АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Женские половые органы делятся на наружные и внутренние половые органы.

К *наружным* половым органам относятся: лобок, большие половые губы, малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия — бартолиновы железы. Границей между наружными и внутренними половыми органами является девственная плева.

Лобок — богатое подкожным жиром возвышение, располагающееся спереди и выше лонного сочленения. Верхней границей лобка является кожная бороздка — надлобковая складка, справа и слева — паховые складки, сзади лобок сливается с большими половыми губами. Лобок покрыт волосами, рост волос по форме треугольника, основанием кверху (это оволосение по женскому типу).

Большие половые губы — две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Под кожей залегает богатая жиром клетчатка. Спереди большие губы переходят к концу лобка, сзади они сходятся и образуют заднюю спайку. Кожа на наружной поверхности губ покрыта волосами, со-

держит потовые и сальные железы. Пространство между большими половыми губами называется половой щелью. В норме большие половые губы прикрывают малые.

В толще половых губ заложены большие железы преддверия — *бартолиновы железы*. Пространство между задней спайкой (спереди), заднепроходным отверстием (сзади) и паховыми складками с боков называется акушерской промежностью. Это мышечно-фасциальная пластинка, покрытая снаружи кожей.

Шов промежности — линия, идущая от задней спайки до заднего прохода.

Малые половые губы — вторая пара продольных кожных складок. Спереди они раздваиваются и образуют две пары ножек. Передняя пара соединяется над клитором, задняя — под ним.

Клитор — небольшое конусовидное образование, состоящее из двух слившихся пещеристых тел. Клитор обильно снабжен сосудами и нервами. Клитор выдается в виде небольшого бугорка в переднем углу половой щели. Клитор является одним из главных органов полового чувства.

Преддверие влагалища — пространство, ограниченное спереди клитором, сзади — задней спайкой половых губ, с боков — внутренней поверхностью малых половых губ. Сверху, со стороны влагалища, границей преддверия является девственная плева.

Мочеиспускательный канал (уретра) — его наружное отверстие расположено на 2—3 см кзади от клитора. Длина его у женщин составляет 3—4 см.

Ход канала почти прямой, с незначительным изгибом кверху. Уретра на своем протяжении соединена с передней стенкой влагалища. Сбоку от наружного отверстия уретры располагаются парауретральные ходы (скинеевы железы).

Девственная плева — соединительно-тканная перепонка, которая закрывает вход во влагалище у девственниц. После первого полового сношения происходит разрыв девственной плевы, сопровождающийся кровотечением из разрушенных сосудов.

К *внутренним* половым органам относятся: влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Влагалище — это полая трубка длиной 9—10 см, имеет 4 стенки — 2 боковых, переднюю, заднюю. Стенки влагалища вместе с шейкой образуют 4 свода, имеющие соответствующие стенкам названия. Задний свод — самый глубокий, из него берут содержимое на степень чистоты влагалища, которых всего 4.

Первая степень ~ чистая культура толстой неподвижной грамположительной палочки (Додерлейна) и единичные клетки слущенного эпителия.

Вторая степень — наряду с влагалищной палочкой Додерлейна имеются сапрофиты, нежная, слегка изогнутая грамотрицательная палочка и единичные лейкоциты.

Третья степень — обилие лейкоцитов, почти отсутствует влагалищная палочка, присутствуют различные кокки.

Четвертая степень — влагалищная палочка полностью вытеснена гноеродной флорой, обилие лейкоцитов — гнойный секрет, появляются трихомонады.

Влагалище покрыто складчатой слизистой, под которой находится мышечный слой. Во влагалище при половом сношении изливается сперма.

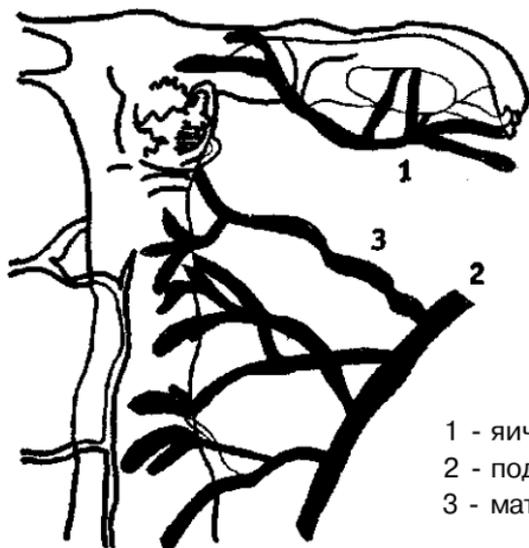
Матка имеет грушевидную форму длиной 8 см, в ней 4 отдела: $2/3$ составляет тело, $1/3$ часть — шейка, между шейкой и телом находится перешеек. Телом матки называют верхнюю, наиболее массивную часть. Куполообразно возвышающаяся часть тела, располагающаяся выше линий прикрытия прикрепления маточных труб, называется дном матки.

Шейка матки имеет цилиндрическую форму. В шейке проходит цервикальный канал, который имеет наружное и внутреннее отверстие (зев). Наружный зев имеет круглую или овальную форму у нерожавших и щелевидную форму у рожавших. Полость матки имеет форму треугольника, основанием кверху, боковые углы переходят в маточные трубы, а вершина — в цервикальный канал. Секрет желез матки представляет чистую, прозрачную слизь, которая заполняет цервикальный канал как пробка.

В слизистой оболочке тела матки существуют два слоя: функциональный и базальный. Матка является плодовместилищем, к функциональному слою слизистой матки прикрепляется оплодотворенная клетка.

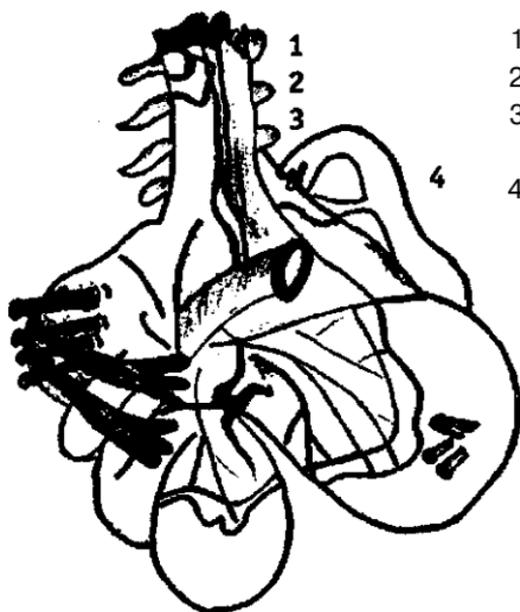
Маточные трубы имеют длину 10—12 см, просвет 0,5–1 миллимикрон, на конце трубы — воронка, заканчивающаяся фимбриями (бахромками). Труба имеет три отдела.

Интерстициальная часть — в толще стенки матки, перешеечная (истмическая) — средний отдел и ампулярная — конечный отдел (воронка).



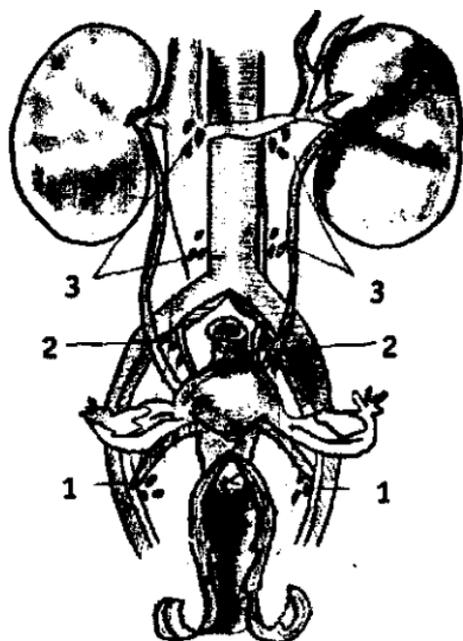
- 1 - яичниковая артерия
- 2 - подчревная артерия
- 3 - маточная артерия

Кровеносная система половых органов



- 1 - крестцовые нервы
- 2 - аортальное сплетение
- 3 - верхнее подчревное сплетение
- 4 - маточно-влагалищное сплетение

Нервная система половых органов



- 1 - паховые узлы
 2 - подчревные узлы
 3 - поясничные узлы

Лимфатическая система половых органов

Слизистая оболочка маточных труб покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в одну сторону матки. В ампулярном отделе трубы происходит оплодотворение.

Яичники имеют миндалевидную форму, их длина — 3,5—4 см, ширина — 2—2,5 см, толщина — 1—1,5 см, вес - 8 г.

Яичник вставлен одним краем в задний листок широкой маточной связки, вся остальная поверхность яичника брюшиной не покрыта. Различают зародышевый эпителий, белочную оболочку, корковый слой, мозговой слой.

Яичник вырабатывает яйцеклетку (женскую половую клетку) и гормоны.



ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В яичнике вырабатываются два гормона: фолликулин и прогестерон.

Фолликулин вырабатывается клетками фолликулярного эпителия. Он относится к эстрогенным гормонам, которые обуславливают женский тип. Под влиянием этого гормона появляются вторичные половые признаки. Фолликулин способствует росту мускулатуры матки и растяжению в ней эндометрия (слизистого слоя).

Прогестерон вырабатывается желтым телом яичника, этот гормон способствует подготовке эндометрия к фазе секреции, во время беременности способствует укреплению плодного яйца в слизистой матки, понижает возбудимость мускулатуры матки.

Регуляция менструального цикла. Овогенез

Под воздействием релизинг-фактора, вырабатываемого в гипоталамусе, в гипофизе вырабатывается большое количество гормонов, регулирующих менструальный цикл. Основные: ФСГ — фоллику-

лостимулирующий гормон, ЛГ — лютеинизирующий гормон, ЛТГ — лютеотропный гормон.

Менструальный цикл — это циклические (периодические) физиологические изменения в яичнике, матке и связанные с ними изменения в других железах внутренней секреции и во всем организме под воздействием нервной системы.

Видимым результатом менструального цикла является менструация — это ежемесячное выделение крови из матки, в норме она длится 3—5 дней.

Первая менструация начинается с 12—14 лет, устанавливается в течение года. Количество отделяемой крови 100—150 мл, менструация безболезненная, или сопровождается незначительными тянущими болями внизу живота и пояснице.

Время наступления первой менструации зависит от климатических, социальных условий, быта, труда, питания и т.д. Изменения, происходящие в матке, называются *маточным циклом*. Он имеет 4 фазы. Под воздействием ФСГ, вырабатываемого гипофизом в матке, проходит 3 фазы.

I фаза — десквамации (отторжения) функционального слоя слизистой матки — это и есть менструация.

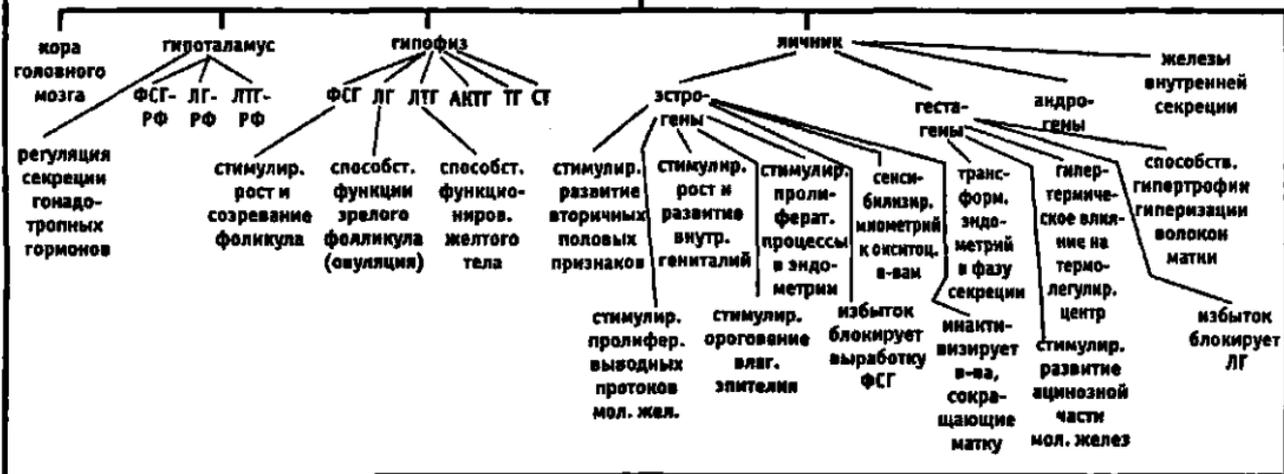
II фаза — регенерации (восстановления) функционального слоя слизистой матки за счет базального слоя, заканчивается к седьмому дню от начала менструации.

III фаза — пролиферации (разрастания) слизистого слоя матки — длится в среднем 7—10 дней.

Эти три фазы маточного цикла занимают половину менструального цикла, вторую половину за-

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИНЫ

ЗВЕНЬЯ НЕЙРО-
ГУМОРАЛЬНОЙ
РЕГУЛЯЦИИ ЦИКЛА
ВЫДЕЛЯЕМЫЕ
ГОРМОНЫ
И НЕЙРОСЕКРЕТЫ
ОСОБЕННОСТИ
БИОЛОГИЧЕСКОГО
ДЕЙСТВИЯ
ГОРМОНОВ
(И НЕЙРОСЕКРЕТОВ)



МОРФОЛОГИЯ,
ИЗМЕНЕНИЯ
В ЭНДОМЕТРИИ.



МЕТОДЫ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ
ПОЛОВОЙ
СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

измерение ректальной температуры

исследование реакции влагалищного мазка

подсчет КИ во влагалищных мазках

феномен «зрачка»

симптом кристаллизации слизи шеечного канала

гистологическое исследование эндометрия

уроцитограмма

определение содержания гормонов в крови

определение экскреции гормонов с мочой

нимает **IV фаза** — фаза секреции, которая готовит матку к беременности, к внедрению оплодотворенного яйца. Если это не произойдет, наступает менструация.

Фаза секреции проходит под воздействием лютеотропного гормона. В матке откладывается энергетический запас (гликоген), минеральные вещества, гормоны.

Изменения, происходящие в яичнике, называются *яичниковым циклом*. Он делится на 3 фазы.

I. Фолликулиновая фаза — фаза развития фолликула проходит под воздействием ФСГ и длится половину менструального цикла. В этой фазе в яичниках вырабатывается гормон фолликулин — женский половой гормон.

Овогенез. В яичниках в корковом слое расположены половые яйцеклетки (овоциты), заключенные в фолликулы разной степени развития. В каждом менструальном цикле в одном из яичников начинается активный рост **10—15** фолликулов, вокруг каждого овоцита в этих фолликулах возникает гранулезная оболочка, секретизирующая базальную мембрану, вокруг нее формируется текальная оболочка. Эти клетки обладают способностью синтезировать эстрогены, а за счет эстрогенов растет фолликул. **Из 10—15** фолликулов овулирует только один. Ооцит в нем изолируется за счет блестящей оболочки, возникает полость, в ней накапливается фолликулярная жидкость и формируется яйценосный бугорок.

II. Фаза овуляции — разрыв зрелого фолликула и выход яйцеклетки (женской половой клетки) в

брюшную полость, где она захватывается фимбриями ампулярного отдела маточной трубы и помещается в этот отдел.

Это кратковременная фаза, которая проходит в середине менструального цикла под воздействием ЛГ.

III фаза. Фаза развития желтого тела. На месте разорвавшегося фолликула созревает желтое тело яичника под воздействием ЛТГ и начинает вырабатываться гормон прогестерон. Если наступает беременность, то желтое тело продолжает свое развитие и будет называться желтым телом беременности. Если наступит менструация, то желтое тело получит *обратное развитие, наступает атрезия желтого тела*, на его месте образуется рубец.

На менструальный цикл, овогенез, фертильность (плодовитость) большое влияние оказывают факторы окружающей среды. Здесь большое значение имеют условия жизни, питания, медицинского обслуживания, другие социально-гигиенические, а также экологические факторы.

Гигиена половых органов играет большую роль в здоровье женщины, необходимо подмываться 2 раза в день теплой кипяченой водой с мылом, лучше принимать душ, ежедневно менять трусики, проглаживать их горячим утюгом с внутренней стороны.

П/гиена менструального периода

Первая менструация у девочек считается признаком наступления половой зрелости. С этого момента наряду с быстрым ростом и развитием половых

органов начинают заметно выявляться так называемые *вторичные половые признаки* — отложение жира в подкожной клетчатке лобка, который начинает заметно возвышаться (*mons veneris*), появляются волосы на лобке с характерным для женщины ростом; в подкожной клетчатке ягодиц и бедер также отмечается усиленное отложение жира — контуры тела округляются; увеличиваются и округляются молочные железы, соски начинают возвышаться над поверхностью железы, в околососковых кружках отлагается пигмент, и они немного темнеют; костный таз начинает раздаваться в ширину; меняется тембр голоса. Наступление половой зрелости сказывается на характере и психике подростка.

Указанная перестройка в организме девочки требует затраты большой энергии: в этом периоде отмечается быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, у подростка возникает большая потребность в отдыхе".

Менструация — нормальное состояние женского организма. Однако отмеченные выше явления, связанные с менструацией, свидетельствуют, что в этом периоде организм женщины находится в состоянии большого напряжения. Поэтому во время менструации необходимы некоторые специальные гигиенические мероприятия.

Менструальная кровь должна стекать свободно. Застаивание и высыхание крови на наружных половых органах ведут к образованию кровяных корок и загрязнению кожи.

Во время менструации необходимо не менее двух раз в день чистыми руками обмывать наружные по-

ловые органы теплой кипяченой водой. На производствах с большим количеством женщин для указанной цели оборудованы гигиенические комнаты. Принимать ванну во время менструации не следует. Не следует также применять спринцевания не только во время менструаций, но и спустя несколько дней после их окончания. Половые сношения в это время не должны иметь места.

Во время менструации следует носить закрытые штаны и пользоваться гигиеническими прокладками и тампонами, которые меняют по мере загрязнения.

В период менструации не следует употреблять в пищу ничего острого, например иерей, горчкцу, а равно и спиртные напитки, так как они способствуют усиленному приливу крови к органам брюшной полости, усиливая тем самым менструальное кровотечение. Надо следить за правильной функцией кишечника и регулировать его работу соответствующей диетой. В менструальный период необходимо избегать охлаждения тела, резких движений, утомления, контакта с инфекционными больными.

При нормальном течении менструация женщина может продолжать свою обычную работу, соблюдая указанные выше правила гигиены дома и на производстве. Если менструация сопровождается болями, чрезмерной потерей крови и другими болезненными явлениями, то женщине следует обратиться к врачу или акушерке.

Первая менструация, как указывалось выше, считается признаком наступления половой зрелости. Однако это не значит, что с этого момента девушка

уже окончательно созрела и может начать жить половой жизнью.

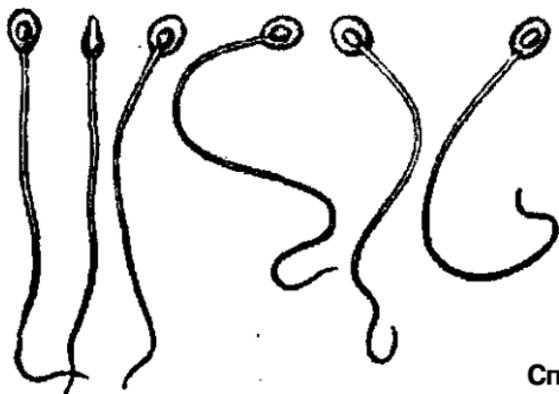
Раннее начало половой жизни, ранняя беременность, безусловно, вредны и пагубно отражаются на здоровье девушки.

Женщина достигает полного развития к 20 годам; этот возраст считается наиболее благоприятным для вступления в брак и для первой беременности.

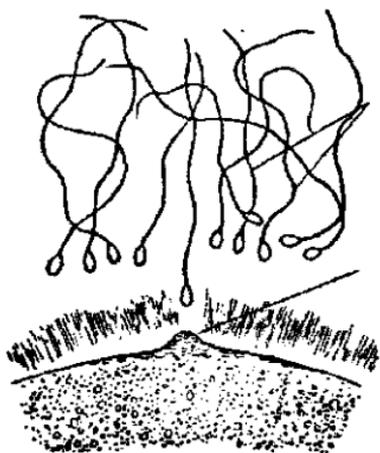


ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

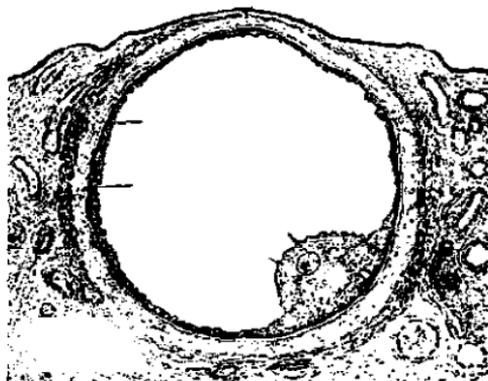
Оплодотворением называется процесс слияния зрелой мужской и женской половых клеток, в результате образуется клетка, являющаяся началом нового организма. Оплодотворение обычно происходит в ампулярной части маточной трубы. С момента оплодотворения начинается беременность. Сразу начинается процесс дробления, сначала на две дочерние клетки, затем на четыре, и так деление происходит в геометрической прогрессии до образования клетки, напоминающей тутовую ягоду (стадия морулы).



Сперматозоиды



Проникновение
сперматозоидов
в яйцеклетку



Зрелый фолликул

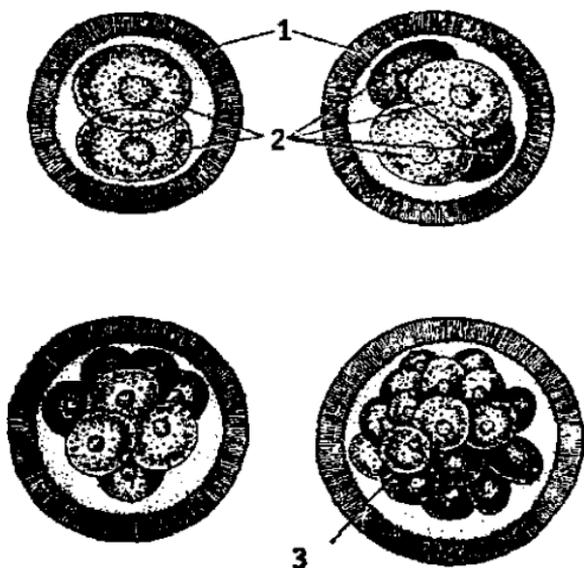


Схема оплодотворенной яйцеклетки с образованием морулы:

1 - прозрачная оболочка; 2 - бластомеры; 3 - стадия морулы

Дробящееся яйцо передвигается по трубе и на 8—Ю-й день после оплодотворения попадает в полость матки.

К моменту проникновения в матку наружный слой клеток морулы превращается в трофобласт, внутренний — в эмбриобласт. Благодаря трофобласту, происходит имплантация — прививка яйца в матку. На трофобласте образуются выросты ворсин»ны — первичный хорион, ворсинки внедряются в функциональный слой слизистой матки.

Питание зародыша сначала осуществляется за счет желточного мешка, потом он атрофируется, и питание осуществляется за счет выроста из первичной кишки зародыша-аллантаоиса. По нему идут сосуды к ворсистой оболочке, и образуется вторичный херион, образуется плацента, которая берет на себя все функции снабжения плода.

Плод окружен тремя оболочками: **децидуальная (материнская)** образовалась из функционального слоя слизистой матки.

Хорион (ворсинчатая) — плодовая оболочка.

Амнион (водная) — плодовая оболочка. Эта оболочка представляет собой замкнутый мешок, в ко-



Развитие хориона

тором находится плод, окруженный околоплодными водами. Их к концу беременности 1—1,5 л. К водам примешиваются чешуйки эпидермиса, продукт сальных желез кожи и пушковые волосы плода. В состав вод входят белки, соли, мочевины, жир, сахар и гормоны.

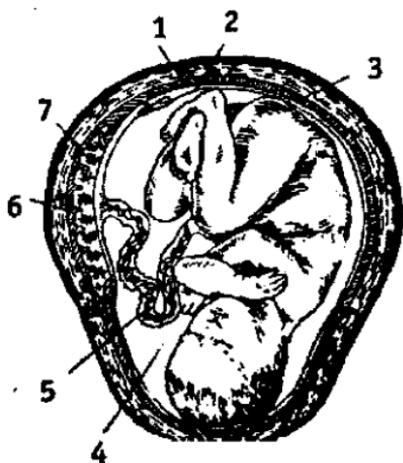
Околоплодные воды имеют большое физиологическое значение:

- создают условия для свободного развития плода и его движений;
- играют роль в обмене веществ плода;
- защищают нежный организм плода от неблагоприятных внешних воздействий;
- предохраняют пуповину от сдавлений;
- во время родов плодный пузырь, заполненный водами, способствует нормальному периоду раскрытия.

Плацента — важнейший орган, при помощи которого совершается дыхание, питание и выведение продуктов обмена плода. По внешнему виду она похожа на округлую, толстую, мягкую лепешку. Диаметр составляет 15—18 см, толщина — 2—3 см, вес 500—600 г. Имеет две поверхности: материнскую и плодовую. Плодовая покрыта гладкой, блестящей водной оболочкой, материнская состоит из долек (**их 15-18**).

От матери к плоду через плаценту поступает кислород, питательные вещества, гормоны.

Пуповина — шнуровидное образование, в котором проходят две артерии и одна вена, несущие кровь от плода к плаценте и обратно. Средняя длина — 50 см.



Расположение оболочек в матке
(схема)

Влияние вредных факторов на плод

На плод и его развитие большое влияние оказывают вредные факторы внешней среды, лекарственные препараты, никотин, алкоголь, наркотики.

Хотя плацента является защитным барьером для плода, доказано, что через нее проходят многие химические вещества: ртуть, мышьяк, фосфор, йод, бром, медь, окись углерода, угарный газ, хлороформ, эфир, алкоголь, никотин, морфий, хинин, атропин, антибиотики, сульфаниламидные препараты, сердечные средства и другие вещества. Многие из этих веществ действуют на плод токсически даже в сравнительно небольших дозах (морфин, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк и др.), что важно помнить при проведении лечения и рекомендации беременной режима питания, быта и труда.

Патогенные микробы, в том числе возбудители инфекционных заболеваний, могут проникнуть к

плоду; через плаценту переходят вирусы — возбудители гриппа, кори, краснухи и др. заболеваний. Основные исходы вредного влияния: выкидыши, преждевременные роды, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, мертворождаемость, уродства.

Плод в отдельные месяцы внутриутробной Жизни

В среднем беременность продолжается 280 дней - 10 акушерских месяцев.

1-й месяц — дробление яйца, образование зародыша и оболочек.

2-й месяц — длина 3—5 см, зачатки конечностей, глаз, носа, рта.

3-й месяц — длина 3—9 см, вес 20—25 г, головка круглая, заметны различия в строении половых органов, конечности совершают движения, видны пальцы рук и ног.

4-й месяц — длина 16 см, вес 120 г, формируется лицо, движения конечностей активнее, ясен пол.

5-й месяц — длина 25 см, вес 280—300 г. Кожа красная, покрывается пушковым волосом. Сальные железы выделяют жировое вещество, которое смешивается с чешуйками эпидермиса и образует сыровидную смазку. В кишечнике образуется меконий. Движения плода ощущаются матерью.

При аускультации можно прослушать сердцебиение плода.

6-й месяц — длина 30 см, вес 600—680 г, плод может родиться живым, делает дыхательные движения, но умирает.

7-й месяц — длина 35 см, вес 1000—1200 г. Подкожный жир слабо развит, кожа морщинистая, покрыта сыровидной смазкой, на всем теле пушковые волосы. Ушные и носовые хрящи мягкие, ногти не доходят до концов пальцев рук и ног. У мальчиков яички не спустились в мошонку, у девочек малые половые губы не прикрыты большими. Плод рождается живым, дышит, но маложизнеспособен.

8-й месяц — длина 40 см, вес 1500—1600 г, плод рождается жизнеспособным, но требует особого выхаживания.

9-й месяц - длина 45 см, вес 2400—2500 г, подкожножировой слой увеличивается, кожа гладкая, розовая, пушковых волос на теле меньше, волосы на головке удлиняются. Плод жизнеспособен.

10-й месяц — плод зрелый.

Признаки зрелого плода

1. Длина 50 см, вес 3200-3400 г.
2. Грудка выпуклая, пупочное кольцо на середине между лоном и мечевидным отростком.
3. Кожа бледно-розовая, подкожный жир хорошо развит, на коже остатки сыровидной смазки. Пушок только на плечах и верхней части спинки. Длина волос на голове 2 см, ногти заходят за кончики пальцев.
4. Ушные и носовые хрящи упругие.
5. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы и клитор прикрыты большими половыми губами.
6. Движения активны, крик громкий, глаза открыты, хорошо берет грудь.

Физиологические изменения во время беременности

В связи с беременностью в организме женщины возникают физиологические изменения.

Их делят на видимые и невидимые.

Изменения в центральной нервной системе (ЦНС):

- сонливость, плаксивость, раздражительность, бессонница;
- тошнота, рвота;
- изменения обоняния;
- изменения вкусовых ощущений;
- изменения слухового восприятия.

Внешние изменения со стороны кожи и слизистой.

Пигментация на коже:

- на лице по типу «маски беременной» — переносица, вокруг глаз, щеки;
- сосков и околососковых кружков;
- по белой линии живота.

У некоторых женщин на животе появляются рубцы беременности. Свежий рубец багрово-синего цвета, а затем он приобретает белесоватый цвет.

Изменение в области пупка. В 32 недели беременности пупок втянут, а в 40 недель — выпуклый или сглажен.

Молочные железы увеличиваются, кровоснабжение усиливается. Из молочных желез при надавливании на сосок уже в ранние сроки беременности удается выдавить капельки молозива.

Изменения со стороны сердца: появляется новый плацентарный круг кровообращения. К концу

беременности происходит гипертрофия левого желудочка. Со стороны пульса и АД изменений нет. Иногда у беременных развивается варикозное расширение вен.

Органы дыхания — расширяется грудная клетка, диафрагма смещается вверх, в 36 недель отмечается самое высокое стояние дна матки, у беременной появляется одышка.

Органы пищеварения — кишечник смещается вверх и по бокам матки, что нарушает перистальтику кишечника, и появляются запоры.

Мочевыделительная система — отмечается частота мочеиспускания.

Эндокринная система — в ранние сроки в яичнике развивается желтое тело беременности, которое продуцирует прогестерон, после 12 недель беременности плацента забирает на себя эти функции. Овуляция в яичнике прекращается.

Изменения со стороны обмена веществ:

- белковый обмен усиливается, т.к. белок идет на рост матки, молочных желез, построение организма растущего плода;
- потребность организма в углеводах увеличивается — это энергетический материал при беременности;
- жировой обмен — жиры расходуются на построение тканей матери и плода, откладываются в виде запаса;
- минеральный и водный обмен: соли кальция необходимы для построения костной ткани; фосфор — для формирования нервной системы и скелета; железо — составная часть гемогло-

бина; соли натрия задерживаются в организме и в результате задерживается жидкость, нарушается водно-солевой обмен.

Потребность в витаминах повышается.

За беременность женщина увеличивается в массе на 10-12 кг.

Нарушения со стороны половой системы.

Наружные половые органы не изменяются.

Влагалище: слизистая синюшного цвета, складчатость усиливается.

Матка: за беременность увеличивается в 500 раз за счет гипертрофии и гиперплазии мышечных волокон.

К концу беременности матка приобретает новое анатомическое образование. Надвлагалищная часть шейки и перешеек образуют нижний сегмент (мышечные волокна располагаются вкруговую). Тело и дно матки формируют верхний сегмент (мышечные волокна располагаются продольно). Граница между верхним и нижним сегментами называется *контрационным кольцом*.

Маточные трубы к концу беременности свисают по боковым стенкам матки. Связочный аппарат натягивается и поддерживает матку в вертикальном положении.

Яичники (см. изменения в эндокринной системе).

Основные потребности человека (по АЛаслоу)

Потребность — это осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей своей жизни.

I ступень: без данных потребностей невозможно жить в биологическом смысле слова.

I и II ступени: составляют основу, фундамент пирамиды Маслоу.

III ступень: потребность принадлежности (принадлежность к обществу, быть принятым, понятым, уважаемым).



Пирамида основных потребностей по Маслоу

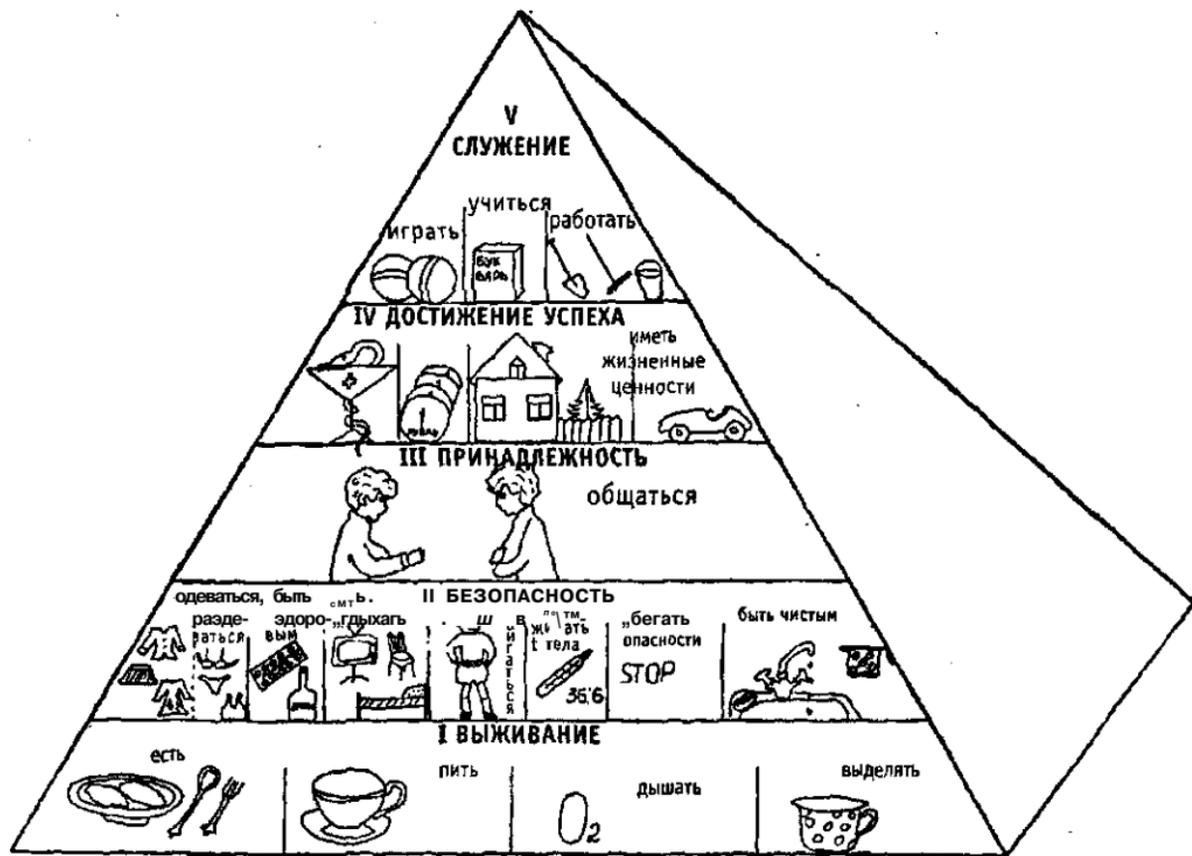


Таблица А. Маслоу в символах

IV и V ступени: достичь успеха и иметь жизненные ценности — вершина пирамиды.

IV ступень: достижение успеха в работе, жизни, семье. Стремление к гармонии, красоте, порядку в работе, жизни, семье, т.е. жизненные ценности.

V ступень: обеспечивающая самореализацию личности, т.к. человек является не просто живым биологическим существом, а существом разумным, поэтому возникает потребность учиться, работать, играть.

Основные проблемы беременной и их решение

В связи с беременностью возникает много проблем, и медсестра, ведя сестринский процесс, должна выявить их и решать вместе с беременной, мужем, семьей беременной, родственниками.

Решение проблем при физиологической беременности основывается на особой гигиене и питании беременной.

Исходя из основных потребностей человека по пирамиде Маслоу видно, что нарушаются потребности I ступени.

Для беременной предлагается особая диета — молочно-растительная, богатая витаминами, минеральными солями, ограничивается прием соли до 3—4 граммов в сутки и жидкости до 1—1,5 литров. Исключаются пряности, жареная пища, алкоголь, следует не злоупотреблять сладостями, печеными изделиями. Исключаются шоколад, цитрусовые.

В связи с нарушением потребности — выделять, необходимо ввести в рацион овощи, фрукты. Рекомендуется потреблять свеклу, морковь, подсолнечное масло, сливу, свежий кефир. Надо нормализовать стул, добиться, чтобы он был ежедневным.

Такая проблема, как тошнота, рвота, характерная для начала беременности, должна быть решена. Надо обратить внимание на режим дня, своевременный прием пищи 4—5 раз в день. Утром, не вставая с постели, принять легкий завтрак, выпить минеральной воды. Хорошо, если эту заботу проявит муж или кто-либо из родственников.

Последняя потребность I ступени нарушается к 36 неделям беременности, появляется одышка. Беременную следует успокоить, объяснить, что приближаются роды, через 10—12 недель дно матки начнет опускаться и дышать станет легче. В эти дни надо уменьшить нагрузку, медленней ходить, больше находиться на свежем воздухе.

Потребности II ступени полностью реализуются при выполнении правил гигиены беременной (особенности гигиены, одежды, обуви, режима дня и т. д.).

Медсестре придется решать проблему общения беременной в связи с нарушением со стороны ЦНС, надо объяснить мужу, родственникам, что плаксивость, раздражительность, нервозность беременной связаны с особенностями ее состояния, и надо быть терпимыми к ней, избегать ссор, окружать ее вниманием, заботой, скоро эти изменения пройдут (обычно к 12—14-й неделям беременности).

Основная жизненная ценность для беременной — это будущий ребенок. Эта проблема будет беспоко-

ить ее всю беременность. Следует информировать ее, мужа, родственников, что соблюдение всех правил, советов медицинских работников, постоянное наблюдение в женской консультации, полное обследование, доверие медицинским работникам являются решением данной проблемы.

Потребности V ступени (желание учиться, работать) следует уменьшить, студентам надо настоятельно советовать взять академический отпуск, а работающим женщинам реализовать право на освобождение от ночных смен, дополнительной работы, тяжелого труда, вредного производства.

Медсестра, выявляя проблемы, ставит перед собой цели, намечает план действий и обязательно следит за результатом.



ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гестозы беременных — это заболевания, связанные с развитием беременности.

Возникновение гестозов объясняют нейроэндокринной теорией.

Классификация гестозов

По сроку возникновения: ранние и поздние.

Ранние гестозы (I половина беременности):

- рвота беременных;
- слюнотечение;
- неукротимая рвота беременных.

Поздние гестозы (II половина беременности):

- водянка беременных;
- нефропатия беременных;
- преэклампсия;
- эклампсия.

Редкие формы гестозов:

- бронхиальная астма беременных;
- анемия беременных;
- гипотония беременных;
- гипертония беременных;

- желтуха беременных;
- дерматозы беременных;
- остеопороз и др.

Гестозы, имеющие один симптом, называются *моносимптомными*, а два и более — *полисимптомными*.

Простые гестозы — заболевания, связанные только с беременностью (водянка беременных).

Сочетанные гестозы — заболевания, возникающие на фоне экстрагенитальной патологии (водянка беременных на фоне хронического пиелонефрита).

Ранние гестозы

Рвота беременных — наиболее распространенная форма раннего гестоза беременной.

Причины: нарушение обмена веществ, изменение реакции организма беременной на раздражение, исходящее из внешней и внутренней среды.

Клиническая картина: рвота возникает до 5 раз в сутки, натощак или связана с приемом пищи и неприятными запахами; общее состояние значительно не нарушено.

Лечение: амбулаторное или стационарное под контролем динамики массы тела беременной и при повторных исследованиях мочи на ацетон. Частое дробное питание, полоскание рта вяжущими средствами, рекомендуют частую смену окружающей обстановки (прогулки), эффективна гипорефлексо-терапия. В/м спленин по 2 мл 1 раз в сутки, курс — **7-10** дней.

Слюнотечение (птиализм) — чрезмерное выделением слюны.

Причины: нарушение взаимодействия ЦНС и внутренних органов в результате перенесенных инфекционных заболеваний, интоксикации, воспалительных процессов в эндометрии, медабортов, экстрагенитальной патологии.

Клиническая картина: количество выделяемой слюны до 1 литра в сутки и более, психика беременной угнетена, мацерация кожи вокруг рта и слизистой губ, снижен аппетит, бледные кожные покровы, ухудшение самочувствия, похудание, признаки обезвоживания.

Лечение: в стационаре. Психический и физический покой, общеукрепляющая терапия. Атропин по 0,0005 г 2 раза в день. Кожу лица смазывают вазелином. Полоскание полости рта раствором ментола, настоем шалфея, ромашки.

Неукротимая рвота беременных — наиболее тяжелая форма раннего гестоза — приводит к выраженному ухудшению общего состояния беременной. Рвота может повторяться более 10 раз в сутки, возникает в любое время суток.

В результате обезвоживания и голодания у больной нарушается обмен веществ. Чрезмерная рвота приводит к прогрессирующей потере массы тела, которая может достигать 7—15 кг и более и составить 10—15 % от исходной массы тела, развивается сухость кожных покровов, учащается пульс, снижается артериальное давление, появляется запах ацетона изо рта. Резко уменьшается количество

мочи, в ней появляются белок, цилиндры, ацетон. При отсутствии лечения или его неэффективности могут наступить *коматозное* состояние и смерть больной. В условиях стационара отсутствие эффекта от лечения является показанием для прерывания беременности.

Уже через несколько часов после инструментального удаления плодного яйца состояние больной улучшается, у нее появляется аппетит, начинает удерживаться пища и вскоре наступает полное выздоровление.

Лечение направлено на регулирование взаимоотношений между корой головного мозга и его подкорковыми отделами. Седативная терапия, инфузионная терапия, противорвотные средства, витаминотерапия.

Сестринский уход за больными ранним гестозом предполагает строгое соблюдение лечебно-охранительного режима, создание больной эмоционального покоя. Чрезвычайно важным является отсутствие в палате больных с подобным заболеванием. Палата должна хорошо проветриваться, не иметь посторонних запахов.

Пациентке необходима помощь в поддержании гигиенического состояния кожи, наружных половых органов, полости рта. Следует ежедневно менять нижнее белье, заниматься профилактикой мацерации кожи лица в области губ при слюнотечении.

Если больная способна удерживать пищу, следует при выборе продуктов учитывать ее желания и даже прихоти. Пищу необходимо подавать больной

в постель, небольшими порциями, часто, до 6—8 раз в сутки. Нередко больная с чрезмерной рвотой не способна удерживать не только пищу, но даже жидкость.

Таким больным кроме интенсивной инфузионной терапии, назначают питательные клизмы из бульона, молока, сырых яиц и др. Перед введением питательной клизмы ампулу прямой кишки освобождают с помощью очистительной клизмы. Вводить питательную смесь следует медленно, подогрев до 39—40°C, что улучшает всасывание.

У больных ранним гестозом чрезвычайно важно контролировать диурез. Его учет позволяет судить о состоянии водно-солевого обмена, течении заболевания и во многом определяет лечебную тактику врача. Измерение диуреза у больных ранним гестозом имеет свои особенности. Необходимо измерить не только количество выделенной мочи, но и рвотных масс. Медсестра должна отметить также характер рвоты: пищей или без нее, с примесью желчи, крови и т.д.

В комплексном лечении больных ранним гестозом нередко используются *нейролептические средства* (дроперидол, аминазин). Медсестра должна помнить, что кроме седативного, они обладают гипотензивным действием, и у больной может развиться ортостатический коллапс (обморок, возникающий при переходе из горизонтального положения в вертикальное). В связи с этим перед введением этих лекарств и через 30—60 минут после него необходимо измерить беременной артериальное давление. После введения данных средств проследить, чтобы

беременная соблюдала строгий постельный режим в течение 2 часов.

Основной сестринской проблемой является беспокойство беременной о дальнейшем развитии беременности, о будущем ребенке.

Медсестра должна информировать пациентку о ее заболевании, вселить в нее уверенность в благополучном исходе, так как рвота беременных и слюнотечение обычно излечиваются до 12 недель беременности.

Если у беременной с неукротимой рвотой беременных пришлось по медицинским показаниям прервать беременность, то следует объяснить ей, что последующая беременность будет благоприятной, если пациентка правильно проведет реабилитационный период и будет находиться под наблюдением медицинских работников.

Поздние гестозы беременных

Водянка беременных — характеризуется развитием отеков. Накопление жидкости обусловлено нарушением водно-солевого обмена и повышением проницаемости капилляров.

Диагноз водянки беременных ставят при наличии скрытых и видимых отеков. Скрытые отеки выявляются следующими тестами: положительный симптом кольца, проведение пробы Мак Клюара-Олдрича, увеличение окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в течение недели, патологическая прибавка массы тела (за неделю не должна превышать 250—300 г).

При водянке вначале возникает пастозность, а затем отечность стоп и голеней. В дальнейшем отеки распространяются на бедра, переднюю стенку живота, на туловище и лицо. Масса тела беременной быстро нарастает. Артериальное давление остается нормальным, белок в моче отсутствует, изменений в сердце, почках, печени и других органах не наблюдается.

Лечение: показана госпитализация в ОПБ. Необходимо назначить диету: стол № 7 с ограничением соли до 3—4 г в сутки и жидкости до 1 литра. Назначают разгрузочные дни (яблочный, творожный), следует нормализовать объем циркулирующей крови (ОЦК) с последующим назначением мочегонных (лазикс, гипотиазид).

Мочегонные обязательно назначаются в сочетании с препаратами калия.

Нефропатия беременных характеризуется триадой симптомов: отеки, повышение артериального давления и белок в моче. При атипичной форме бывают выражены два из перечисленных симптомов.

Диагноз ставится на основании клинических данных, лабораторного обследования, консультаций терапевта и окулиста.

Заболевание следует дифференцировать с гипертонической болезнью, гломерулонефритом, пиелонефритом.

Лечение нефропатии беременных должно быть комплексным, дифференцированным в зависимости от стадии заболевания.

Интенсивная терапия тяжелых форм поздних ге-

стозов беременных проводится в современной модификации принципов лечения по Строганову:

- обеспечение строгого лечебно-охранительного режима;
- нормализация деятельности ЦНС;
- гипотензивная терапия;
- уменьшение проницаемости стенок сосудов;
- борьба с отеками;
- улучшение микроциркуляции и дезинтоксикация путем введения белковых препаратов, плазмы и кровозаменителей.

Дети, рожденные женщинами, страдавшими поздними гестозами, относятся к группе высокого риска и нуждаются в соответствующей помощи.

Преэклампсия - это переходная стадия от нефропатии к эклампсии.

Причины: неправильное лечение позднего гестоза или его отсутствие, несоблюдение режима и диеты при нефропатии беременных.

Клиническая картина: на фоне симптомов нефропатии беременных появляются головная боль, нарушение зрения, боль в подложечной области. Иногда возможны рвота, бессонница, подавленное настроение. Нарушаются функции органов кровообращения, почек, печени и обмена веществ. Нарастают гипоксия тканей и ацидоз.

Осложнения: переход в эклампсию, кровоизлияние в жизненно важные органы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, асфиксия плода.

Лечение: беременная нетранспортабельна.

Неотложная помощь: дать рауш-наркоз, вызвать врачебную бригаду, контакт с веной (введение реополиглюкина). Затем госпитализация в ПИТ (палату интенсивной терапии), индивидуальный пост, продолжение лечения по принципам Строганова.

Эклампсия — это судорожный припадок с потерей сознания — тяжелый поздний гестоз беременности.

Клиническая картина. Приступы судорог начинаются с фибриллярного подергивания мышц лица, затем возникают тонические судороги, переходящие в клонические судороги. Судороги ослабевают, отмечается хриплое дыхание, на губах пена, окрашенная кровью из-за прикуса языка. Число припадков от 1—2 до 10 и выше. Боль, шум, свет, любой раздражитель может вызвать новый припадок. Расстройство кровообращения усиливается, возникает отек мозга, кровоизлияние в мозг, печень и другие органы. Нарастает кислородное голодание, возрастает ацидоз. Последняя фаза припадка — коматозная.

Каждый припадок продолжается 1—2 мин. Сознание возвращается постепенно, иногда может возобновиться новый припадок, когда больная еще не пришла в сознание. Наиболее часто припадки бывают во время родов и в конце беременности, редко — после родов.

Эклампсия опасна для матери и плода. Во время припадков могут возникнуть прикусывание языка,

переломы, ушибы. Иногда наблюдаются анурия, аспирационная пневмония, психозы. Беременная может погибнуть даже во время первого припадка. Причины гибели: кровоизлияние в мозг, асфиксия, отек легких, остановка сердечной деятельности.

Эклампсию следует дифференцировать от эпилепсии, истерии и др.

Лечение. Неотложная помощь. Во время припадков между коренными зубами необходимо ввести роторасширитель, шпатель или рукоятку ложки, обтянутую марлей, чтобы избежать прикусывания языка. Затем языкодержатель, чтобы не было западения языка, повернуть голову на бок для *предотвращения аспирации рвотными массами*. Как только появится первый вдох — удаляют слюну из полости рта, обеспечивают вдыхание кислорода. При нарушении дыхания рекомендуется перейти на вспомогательное дыхание или искусственную вентиляцию легких (только врач!).

Далее проводится комплексное медикаментозное лечение, показано быстрое бережное родоразрешение. При наличии условий родоразрешение проводят через естественные родовые пути (наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец).

Показаниями к кесареву сечению являются: эклампсия, преэклампсия при безуспешности интенсивной терапии, коматозное состояние, анурия, амвроз, отслойка сетчатки, подозрение на кровоизлияние в мозг.

Эклампсию (преэклампсию) лечит врач. Если припадок начался дома, следует срочно вызвать вра-

чебную бригаду и до ее приезда начать оказание помощи.

Туалет больной при поступлении, влагалищное исследование, катетеризацию, инъекции и другие манипуляции следует проводить под легким эфирным или фторотановым наркозом. Больная находится в ПИТе, где устанавливается индивидуальный пост (анестезиолог, акушер-гинеколог, акушерка, медсестра-анестезистка).

После родов женщины, перенесшие эклампсию, нуждаются в особо внимательном отношении и в последующем длительном наблюдении в женской консультации.

Роль медсестры в профилактике поздних гестозов

Профилактика поздних гестозов начинается с оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению, выявлению и лечению экстрагенитальной патологии у девочек, девочек-подростков, женщин до беременности. В этом значительную роль играет медсестра детской поликлиники, дошкольных учреждений, школы, поликлиники для взрослых, стационаров. Большое значение имеет выявление степени риска развития заболевания у беременных с экстрагенитальной патологией, отягощенным акушерским анамнезом, профессиональными вредностями, несбалансированным питанием.

Большую роль в профилактике играет своевременное выявление и диагностика доклинических и

ранних стадий поздних гестозов, интенсивное диспансерное наблюдение за женщинами с риском развития гестозов в женской консультации.

Медицинская сестра, являясь домашней сестрой, решает проблемы устранения отрицательных эмоций в быту и на производстве, помогает разработать рациональный режим труда и отдыха, рациональное сбалансированное питание.

Беременным женщинам, особенно в группе повышенного риска, в сроки 20-22, 28-33, 35—37 недель следует в течение 10—15 дней проводить профилактические мероприятия (диета, фитотерапия, витамины и др.).

Редкие формы гестозов

Дерматозы беременных — заболевания кожи, возникающие как в первой, так и во второй половинах беременности. Проявляются зудом кожи в области живота, наружных половых органов, конечностей и по всему телу. Зуд бывает очень мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность. На коже появляются расчесы.

Лечение: седативные средства, снотворные, хлористый кальций, димедрол, УФО.

Дифференцировать надо с сахарным диабетом, глистной инвазией, кольпитом, аллергией.

Варикозное расширение вен на нижних конечностях, в области наружных половых органов, влагалища. Оно может сопровождаться болями в ногах, утомляемостью, судорогами. В родах возмож-

но кровотечение из этих вен вследствие разрыва варикозного узла.

Лечение: носить эластические чулки, бинты.

Тетания беременных — судороги верхних и нижних конечностей. Судороги сопровождаются сильными болями, кисть формы «рука акушера», «нога балерины» — это связано с поражением паращитовидной железы.

Лечение: диета, богатая молочными продуктами, препараты паращитовидной железы, витамин D, хлористый кальций.

Остеомаляция — поражение костей и суставов.

Лечение: витамин «Д», рыбий жир, УФО.

Беременность следует немедленно прервать.

Желтуха беременных — расстройство функции печени (исключить вирусный гепатит, желчекаменную болезнь). Гестоз чаще развивается как осложнение неукротимой рвоты и эклампсии.

Это тревожный признак, необходимо решать вопрос о досрочном прерывании беременности.

Острая желтая дистрофия печени — редкое и тяжелое заболевание, может возникать в связи с неукротимой рвотой беременных. При этом процессе происходит дистрофия печени, она резко уменьшается, появляется некроз, атрофия, зуд, рвота, судороги, кома. Беременность необходимо срочно прервать.

Бронхиальная астма беременных наблюдается очень редко.

Лечение: десенсибилизирующая терапия, витамин В_а, спазмолитики, **УФО**.

Гипотония беременных — основной симптом — понижение АД.

Лечение: правильный распорядок дня, полноценное высококалорийное питание, витаминотерапия, фитотерапия, лечебная гимнастика.

Гипертония беременных — основной симптом — повышение АД.

Дифференцировать с гипертонической болезнью, с нефропатией. Консультации терапевта, окулиста.

Лечение в ОПБ. Диета с ограничением соли и жидкости, гипотензивная терапия.

Анемия беременных редкая форма гестоза беременных по классификации, но в последние годы в ряде регионов является региональной патологией, часто сопровождает гипотонию беременных. Снижается гемоглобин до **100** г/л и ниже, соответственно — слабость, недомогание, сонливость. Анемия беременных ведет к гипоксии плода, и его гипотрофии.

Лечение: правильный распорядок дня, включая гуляние на свежем воздухе 3—4 часа в день, сон не менее 10 часов. Высококалорийная диета, богатая белками, витаминами (печень, творог, яблоки). Препараты железа, фолиевая кислота, поливитамины. Общеукрепляющая терапия.

Роль медсестры в выявлении редких форм гестозов значительна, так как заболевания похожи на заболевания, не связанные с беременностью. Пациентки, особенно в ранних сроках беременности, обращаются чаще в поликлиники с данными жалобами, приходят на лечение в процедурные кабинеты.

Особое внимание надо обратить на анемию беременных, надо выяснить, не было ли анемии до беременности.

Экстрагенитальная патология и беременность

Экстрагенитальные заболевания — это заболевания, не связанные с беременностью. Без сомнения, заболевание и беременность обычно отрицательно действуют друг на друга.

При постановке беременной на учет ее осматривают специалисты и решают вопрос о возможности вынашивания беременности.

Беременность при **сердечно-сосудистой патологии** протекает с осложнениями. При активной фазе, пороках сердца значительно чаще бывают преждевременные роды, отек и инфаркт легких, пневмония, тромбофлебит. Наличие хронической гипоксии у беременной, изменения в плаценте являются причиной гипотрофии, а иногда и внутриутробной гибели плода.

Гипертоническая болезнь значительно ухудшает течение беременности, отмечается ее преждевременное прерывание, сочетанный поздний гестоз, его тяжелое течение, преждевременная отслойка нор-

мально расположенной плаценты, гипоксия и гипотрофия плода.

У беременных с **заболеваниями мочевыделительной системы** (пиелонефрит, нефрит, мочекаменная болезнь) возникает ряд функциональных сдвигов, способствующих развитию инфекции мочевых путей (дискинезия мочевыводящих путей, сдавление мочеточников растущей маткой, расширение лоханок и мочеточников, запор).

Течение беременности осложняется возникновением поздних гестозов, наступают преждевременные роды, повышена перинатальная смертность.

При **сахарном диабете** характерны невынашивание, преждевременные роды, частое развитие позднего гестоза, высокая перинатальная смертность, пороки развития плода.

Острые инфекционные болезни у беременной могут возникнуть при тех же условиях, что и у небеременной, но у беременных эти болезни иногда принимают более тяжелое течение, особенно при нарушении в результате инфекции и интоксикации деятельности важнейших органов — сердца, легких, почек.

В связи с заболеванием отягчается течение родов и послеродового периода. Вследствие тяжелого состояния матери и опасности инфицирования ребенка кормление грудью становится иногда противопоказанным.

Острые инфекции пагубно действуют на плодное яйцо. Давно уже установлены факты инфицирования плодного яйца теми же микробами, которые вызывали заболевание беременной. В плаценте эти микробы обнаруживаются **в большом количестве**.

Следствием инфицирования являются гибель плодного яйца, выкидыш и преждевременные роды.

При острых инфекционных заболеваниях послеродовый и ранний послеродовой периоды нередко осложняются кровотечением. В послеродовом периоде при наличии общей инфекции легко возникают септические заболевания родильницы.

Туберкулез и беременность — процессы, взаимно друг друга исключают. Перенесенный же или излеченный за несколько лет до наступления беременности туберкулез легких при хорошем общем состоянии беременной не представляет опасности ни для нее, ни для плода.

Сифилис нелеченый или недостаточно леченый — одно из тяжелых осложнений беременности. Сифилитическая инфекция передается от матери плоду и может быть причиной самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов. Но и в тех случаях, когда роды наступают своевременно, дети часто рождаются мертвыми с признаками сифилитической инфекции.

Гонорея половых органов оказывает выраженное влияние на детородную функцию. Спаечные процессы ведут к бесплодию. Если женщина забеременела, то может быть обострение воспалительных заболеваний внутренних половых органов, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, ригидность шейки матки и склеенный маточный зев в родах, слабость родовой деятельности, аномалии отслойки плаценты и др. Может быть внематочная беременность.

Гонорея беременной опасна для плода: развитие воспалительного процесса в конъюнктивах глаза (бленорея), во влагалище (у девочек), а иногда и в прямой кишке (особенно при ягодичном предлежании).

Токсоплазмоз, листериоз - причины аномалий развития и мертворождений. Может быть внутриутробное инфицирование плода, поражение ЦНС, заболевание сетчатки глаз.

РОЛЬ медсестры при экстрагенитальной патологии заключается в том, что она участвует в обследовании беременных (взятие крови, мазков, мочи на анализы, на серологическое исследование, проведение проб на туберкулез и т.д.), выполняет назначения врача и сестринский уход при лечении данных больных в стационаре, ведет диспансерное наблюдение за данными больными, которые одновременно наблюдаются в женской консультации и в лечебном учреждении, где наблюдается и лечится данная патология (поликлиника, тубдиспансер, кожновенерологический диспансер и т.д.).

Медсестра должна контролировать, как посещает ее пациентка женскую консультацию, выполняет ли рекомендации врача акушера-гинеколога, своевременно ли проходит обследование и назначенное лечение.

Она должна вести санитарно-просветительную работу, снабжать беременную информационным материалом. Особое значение здесь имеет медицинская этика и деонтология.

Важнейшей задачей является профилактика гриппа, венерических заболеваний, туберкулеза.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В первой половине беременности

Пузырный занос — своеобразное изменение хориона, выражающееся в резком увеличении ворсин, по ходу которых образуются пузырькообразные расширения различной величины.

Клиника. Сначала появляются некоторые признаки беременности (аменорея, тошнота, рвота и т. д.). Через 2—3 месяца появляются кровянистые выделения. Выделение пузырьков заноса (абсолютный признак заболевания) наблюдается редко. Характерно, что размеры матки превышают срок беременности, во II половине беременности нет достоверных признаков. Для своевременного распознавания этого заболевания рекомендуется УЗИ.

Лечение. При начавшемся кровотечении срочная госпитализация, полное удаление пузырного заноса. Операция: выскабливание полости матки (см. «Выкидыши»).

Шеечная беременность. Практически никогда не бывает доношенной. Беременность прерывается чаще всего до 12 недель. При осмотре шейки в зеркалах она выглядит бочкообразной, со смещенным наружным зевом, с выраженным цианозом, легко кровоточит при исследовании. Кровотечение всегда очень обильно.

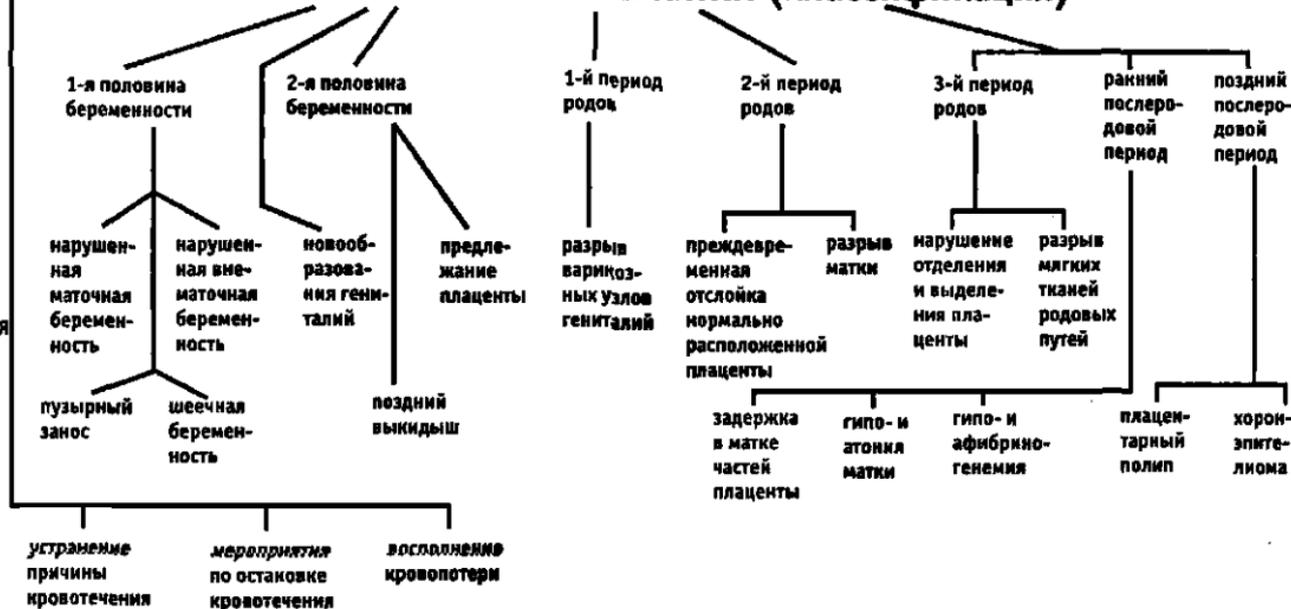
Лечение. Неотложная помощь — тугая тампонада влажными, вызов врачебной бригады, контакт с веной, подготовка к операции — экстирпация матки.

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (классификация)

ВРЕМЯ
ВОЗМОЖНОГО
ВОЗНИКНОВЕНИЯ
КРОВОТЕЧЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ
ФОРМЫ
ПАТОЛОГИИ,
СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ

ПРИНЦИПЫ
ВРАЧЕБНОЙ
ТАКТИКИ



устранение
причины
кровотечения

мероприятия
по остановке
кровотечения

восполнение
кровопотери

Внематочная беременность (см. в «Гинекологии»).

Выкидыш или аборт — это прерывание беременности до 28 недель.

Аборты бывают самопроизвольные и искусственные.

Самопроизвольный аборт происходит без всякого вмешательства, вопреки желанию женщины. Если самопроизвольные аборты повторяются, говорят о привычном выкидыше.

Искусственным абортом называется преднамеренное прерывание беременности. Если прерывание проведено не в соответствии с законом, говорят о криминальном аборте.

Бывает прерывание беременности по медицинским, социальным показаниям.

Различают следующие клинические стадии самопроизвольного аборта.

I. Угрожающий аборт

Клиника: схваткообразные боли внизу живота. Кровянистые выделения отсутствуют или незначительны. При влагалищном исследовании наружный зев закрыт, матка соответствует сроку беременности.

Лечение в гинекологическом отделении:

1. Строгий постельный режим.
2. Лечебно-охранительный режим.
3. Диета обычная (исключить пряности, горькое, соленое, жареное).
4. Половой покой.
5. Спазмолитики (но-шпа, свечи с папаверином).
6. Витамин Е.

7. Прогестерон по показаниям.

Курс лечения 10—14 дней.

II. Начавшийся аборт

Клиника: схваткообразные боли и кровянистые выделения более выражены, что говорит о начавшейся отслойке плодного яйца.

Лечение следует продолжить, если нет эффекта — выскабливание полости матки.

III. Аборт в ходу

Клиника: кровотечение усиливается. При влагалищном исследовании: канал шейки матки раскрыт, в нем отслоившееся плодное яйцо. Беременность сохранить невозможно.

Лечение. Выскабливание полости матки.

IV. Неполный аборт

Клиника: кровотечение. Часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки.

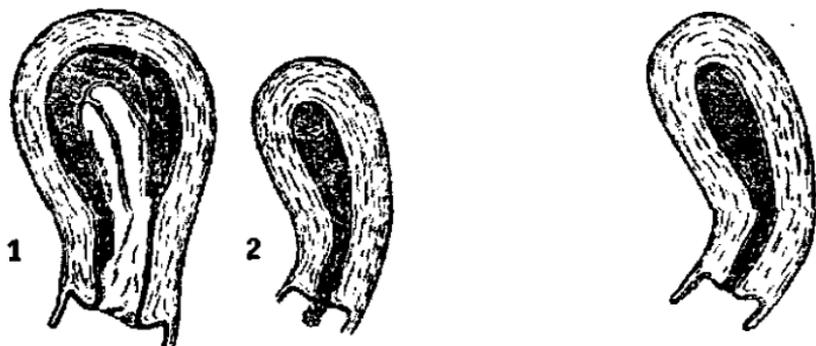
При влагалищном исследовании канал шейки матки пропускает палец, величина матки не соответствует сроку беременности (она меньше).

Лечение. Выскабливание полости матки.

V. Полный аборт

Клиника: плодное яйцо полностью вышло из матки. Болей нет. Выделения кровянистые, мажущие. При влагалищном исследовании — наружное отверстие цервикального канала пропускает палец, матка небольшая, плотная.

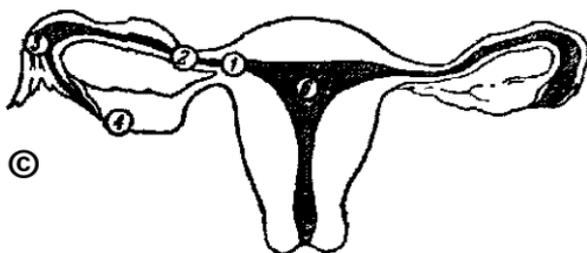
Лечение. Диагностическое выскабливание полости матки.



Неполный аборт

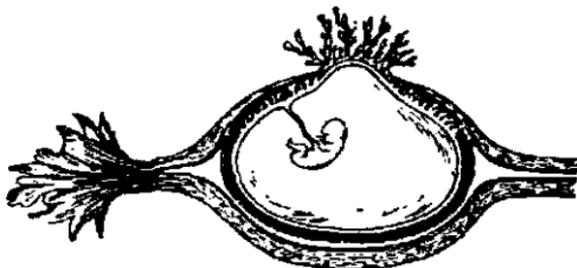
- 1 - в матке задержались все оболочки;
- 2 - в матке остатки плодного яйца

Полный аборт



Места имплантации яйца при внематочной беременности

- 1 - в интерстициальной части трубы; 2 - в истмической части трубы;
- 3 - в ампулярной части трубы; 4 - в яичнике; 5 - в брюшной полости;
- 6 - тотость **ВСТУМ**



Разрыв трубы

Аборты бывают без осложнений и с осложнениями: лихорадящий аборт, септический аборт.

При **лихорадящем аборте** инфекция распространяется за пределы матки; матка при пальпации болезненная; придатки матки, тазовая брюшина и клетчатка не изменены.

При **септическом аборте** состояние женщины тяжелое, сон нарушен, аппетит отсутствует, кожные покровы бледные. Ранними признаками септического аборта являются озноб, высокая температура, тахикардия. Воспалительные процессы в малом тазу выражены.

Роль медицинской сестры при данной патологии значительна, так как она наблюдает этих беременных в гинекологическом отделении, выполняет назначения врача, ведет сестринский процесс, готовит инструменты для выскабливания полости матки, ассистирует врачу при операции, выполняет роль операционной сестры и сестры-анестезистки.

Основная сестринская проблема — потеря будущего ребенка беременной. Необходимо успокоить пациентку, объяснить ей поведение после выписки из стационара, методы контрацепции, гигиену половой жизни, вселить уверенность в благополучном исходе.

Инструменты для диагностического выскабливания

Ложкообразное зеркало Симпса — 1.

Подъемник - 1.

Корнцанг — 2.

Пулевые щипцы — 2 (щипцы Мюзо — 1).

Маточный зонд — 1.

Расширитель Гегара до №10.

Кюретки № 6, № 4, № 2.

Операцию выполняет врач.

Кровотечения во второй половине беременности

Предлежание плаценты — осложнение беременности, при котором плацента прикрепляется в нижнем сегменте матки и является предлежащей частью.

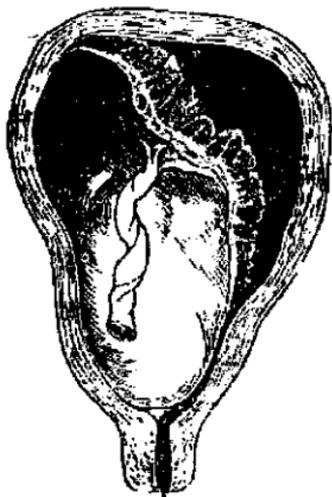
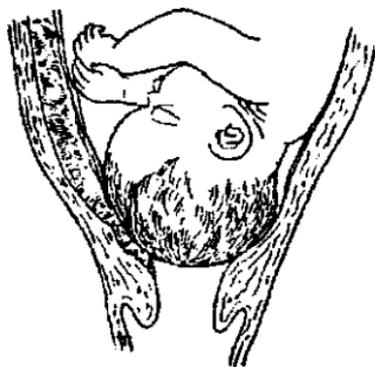
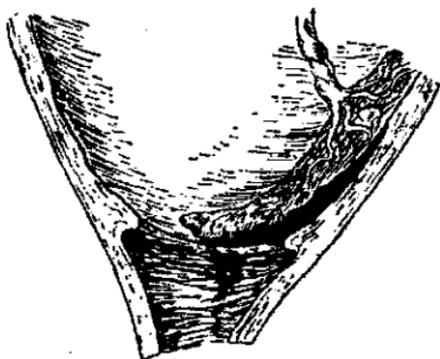
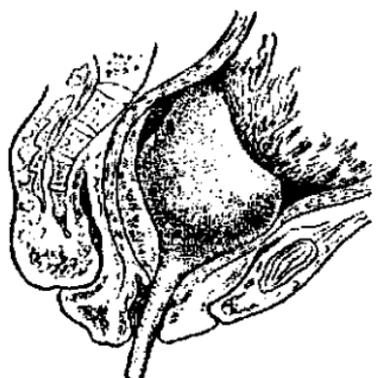
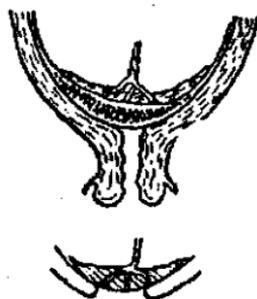
Клиника. Жалобы на кровянистые выделения, **возникшие** среди полного покоя, без видимых причин, обычно ночью.

При наружном акушерском исследовании, пользуясь приемами Леопольда, можно определить, что ВСДМ выше предполагаемого срока беременности, предлежащая часть высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода прослушивается. Помощь в диагностике оказывает УЗИ.

Тактика медсестры. Уложить беременную, вызвать врачебную бригаду, успокоить женщину, наладить контакт с веной (полиглюкин, 5%-ный раствор глюкозы, физраствор), кровоостанавливающие (викасол, хлористый кальций), определение группы крови, госпитализировать на носилках в ОПБ.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — это отслойка, произошедшая до III периода родов, чаще она бывает во второй половине беременности, может быть в I или II периодах родов.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ



Причины: поздние гестозы беременных, пиелонефрит, гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, коагулопатии, запоздалое вскрытие плодного пузыря, короткая пуповина, травма.

Клиника: жалобы на кровянистые выделения (при центральном механизме отслойки наружной кровопотери может не быть), резкие распирающие боли в животе, слабость, обморочное состояние; при значительной отслойке — признаки геморрагического шока: холодный пот, бледность, дыхание учащается, тахикардия, пониженное АД.

При наружном акушерском исследовании матка напряжена, плотной консистенции, асимметрична. Части плода не прощупываются. Сердцебиение плода не прослушивается.

Тактика медсестры. Уложить беременную, успокоить, вызвать врачебную бригаду, контакт с венной (введение кровозаменителей), кровоостанавливающие. В дальнейшем госпитализация в роддом на носилках.

Гипоксия плода

Гипоксия плода — патологическое состояние, развивающееся под влиянием кислородной недостаточности во время беременности и родов.

В патогенезе основную роль играет фетоплацентарная недостаточность при акушерской и экстрагенетальной патологии. Гипоксические состояния плода связаны с изменениями в фетоплацентарном комплексе: мать — плацента — плод.

ГИПОКСИЯ ПЛОДА

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПОКСИЙ

острая гипоксия

- аномалии родовой деятельности
- преждевременная отслойка плаценты
- разрыв матки
- истинный узел пуповины
- выпадение пуповины

хроническая гипоксия

- заболевания сердечно-сосудистой системы матери
- интоксикация организма матери
- анемия беременных
- сахарный диабет
- поздние токсикозы беременных
- перенесенная беременность
- резус-конфликт
- токсоплазмоз

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПОКСИИ ПЛОДА

- внутричерепная родовая травма
- асфиксия новорожденного
- смерть плода

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- тахикардия после схваток
- брадикардия после потуг
- меконий в водах

- гипотрофия плода
- острая асфиксия новорожденного

- окрашивание вод меконием
- увеличение двигательной активности плода
- изменение сердечной деятельности плода при функциональных пробах

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ЭКГ и ФКГ плода

кардиотокография плода

амниоскопия

биохимическое исследование околоплодных вод

исследование КЩС крови матери и плода

ультразвуковое исследование

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

лечение основной патологии

оксигенотерапия

внутривенное введение ситетина

внутривенное введение щелочных растворов

внутривенное введение кокарбоксилазы

введение витамина С, группы В

перинеотомия в родах

оперативное разрешение родов

Основные проявления гипоксии плода: нарушение частоты сердечных сокращений (норма 120—140 ударов в минуту) — сначала тахикардия, потом брадикардия, ухудшение звучности тонов (преимущественно глухие), снижение интенсивности движения плода, отхождение мекония.

С целью профилактики внутриутробной гипоксии плода проводится профилактическая триада по Николаеву:

- оксигенотерапия;
- 40% раствор глюкозы — 40 мл в/в;
- 10% раствор коразола — 1 мл в/м.

Профилактическую триаду по Николаеву следует *проводить при любой патологии беременности, в* отсутствии врача медсестра может провести ее сама, лечение гипоксии назначает врач.



ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

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

Предположительные признаки:

- изменения со стороны ЦНС;
- тошнота, рвота;
- изменение вкуса;
- пигментация по типу «маски» беременной, сосков и околососковых кружков, по белой линии живота.

Вероятные признаки:

- прекращение менструации;
- выделение молозива из молочных желез;
- цианоз слизистой влагалища;
- изменение матки по размерам, форме, консистенции;
- биологические и иммунологические реакции на беременность.

Диагностика поздних сроков беременности основывается на *достоверных признаках*:

- прощупывание частей плода;
- выслушивание сердцебиения плода;

- ощущение женщиной шевеления плода;
- определение движения плода;
- дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенологическое исследование, кардиотокография, ЭКГ, ФКГ).

МЕТОДЫ АКУШЕРСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Опрос беременной

С помощью этого метода собирается анамнез, выявляются сестринские проблемы, создается определенное впечатление о беременной.

Опрос начинается с паспортной части (социальный анамнез). Выясняется, зарегистрирован ли брак, если нет, то почему. Предлагается консультация у юриста.

Выясняются условия труда, быта, материальное положение.

В анамнезе жизни выясняются заболевания, перенесенные в детстве (исключить рахит) и во взрослом состоянии (исключить туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит).

При выявлении наследственных факторов следует обратить внимание на психические заболевания, гемофилию, эндокринную патологию, мертворождаемость, уродства. Выясняют, не было ли многоплодной беременности.

У беременной надо спросить об операциях, травмах, гемотрансфузии.

Собирается аллергологический и эпидемиологический анамнезы.

Сбор сведений о менструальном анамнезе начинается с вопроса о начале менструации, установилась ли сразу, по сколько дней, через сколько, количество теряемой крови, болезненность. Уточняется первый день последней менструации.

Далее выясняется половой анамнез (со скольких лет живет половой жизнью, предохраняется или нет, способ предохранения).

Акушерский анамнез собирается очень подробно, в хронологическом порядке выстраиваются все беременности, их течение, осложнения (роды, выкидыши, аборты).

Очень тщательно собирается гинекологический анамнез (заболевания, лечение, диспансерное наблюдение).

Необходимо уточнить вредные привычки беременной (курение, алкоголь, наркотики).

В конце опроса выясняется здоровье мужа (исключить туберкулез, венерические заболевания, связь с радиацией), вредные привычки.

Затем следует выяснить течение настоящей беременности, жалобы.

Объективное обследование по системам и органам

Начинается с оценки телосложения (правильное, неправильное), питания (удовлетворительного, неудовлетворительного, повышенного). Проводится антропометрия.

Оценивается цвет кожных покровов, обращается внимание на пигментацию. Обращается внимание на признаки рахита, форму ромба Михаэлиса.

Осмотр молочных желез. Оценивают их развитие, строение соска (коническая, цилиндрическая форма; выпуклый, плоский, втянутый). При пальпации железа мягкая, безболезненная, при надавливании на сосок выделяется молозиво.

Сердечно-сосудистая система — подсчет пульса, измерение АД, выслушивание сердца.

Дыхательная система — выслушивание легких

Система пищеварения — пальпация живота, селезенки, печени.

Мочевыделительная система — симптом Пастернацкого.

Наружное акушерское исследование

1. Измерение таза (пельвеометрия)

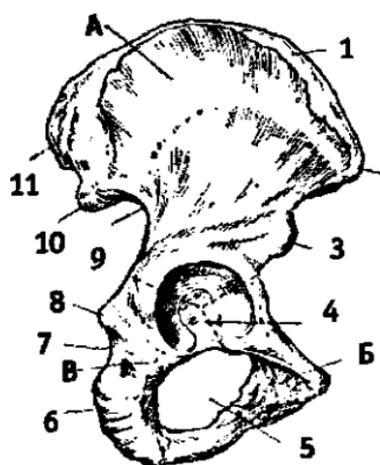
Проводится инструментом тазомером: три поперечных размера и один прямой.

Distantia spinarum — расстояние между передне-верхними осями гребней подвздошных костей (25—26 см).

Distantia cristarum — расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28-29 см)

Distantia trochanterica — расстояние между большими вертелами бедренных костей (30—31 см)

Conjugata externa (наружная) — расстояние между верхним краем лонного сочленения и верхним углом ромба Михаэлиса (20 см)

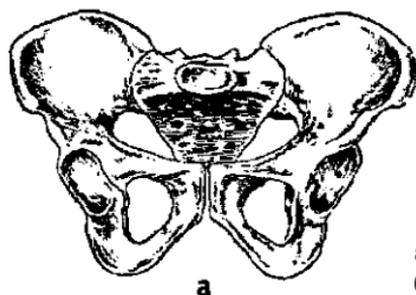
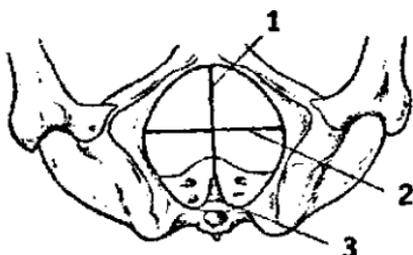


Безымянная кость

- А - подвздошная кость;
 Б - лонная кость;
 В - седалищная кость;
 1 - гребень подвздошной кости;
 2 - передневерхняя ость;
 3 - передненижняя ость;
 4 - вертлужная впадина;
 5 - запирающее отверстие;
 6 - седалищный бугор;
 7 - малая седалищная вырезка;
 8 - седалищная ость;
 9 - большая седалищная вырезка;
 10 - задненижняя ость;
 11 - задневерхняя ость

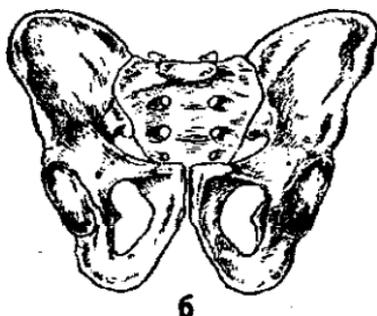
Размеры выхода таза

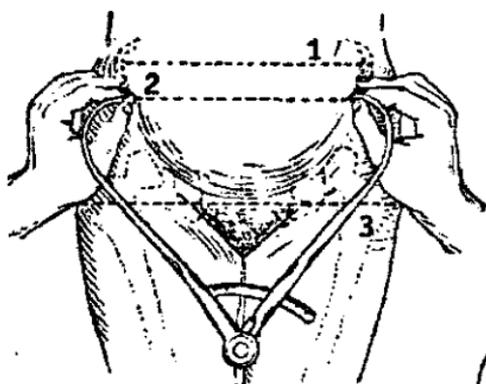
- 1 - прямой размер 9,5 (11,5 см);
 2 - поперечный размер 11 см;
 3 - копчик



Женский и мужской таз

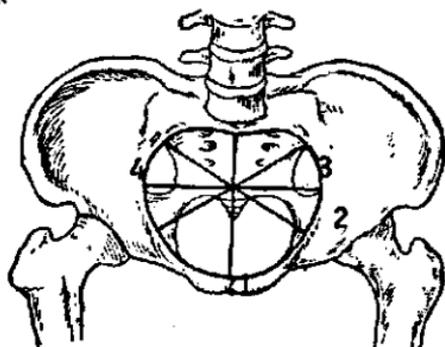
- а - женский таз;
 б - мужской таз





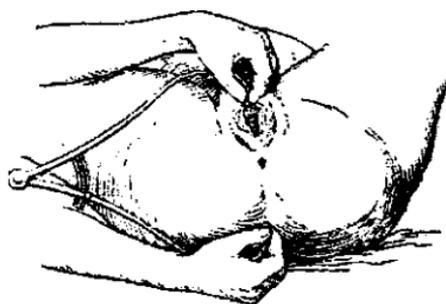
Измерение поперечных
размеров таза

- 1 - distantia cristarum;
- 2 - distantia spinarum;
- 3 - distantia trochanterica

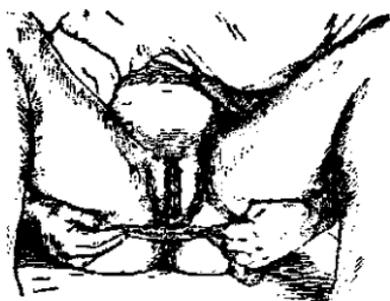


Размеры входа в таз

- 1 - прямой размер
(истинная конъюгата) 11 см;
- 2 - поперечный размер - 13 см;
- 3 - левый косой размер - 12 см;
- 4 - правый косой размер - 12 см



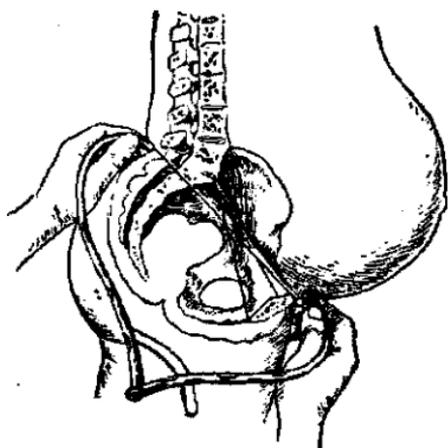
а



б

Измерение выхода таза

- а - измерение прямого размера
выхода таза;
- б - измерение поперечного
размера выхода таза



**Измерение наружной
конъюгаты (схема)**



Прием определения косых размеров таза

Плоскость левой руки совпадает со стреловидным швом, стоящим в левом косом размере таза.

Определение истинной конъюгаты проводит медсестра двумя методами:

- по вертикальной диагонали ромба Михаэлиса, (измеряется сантиметровой лентой) от верхнего угла ромба (точка соответствует проекции надкрестцовой ямки) и до нижнего угла ромба (верхняя точка ягодичной складки). Длина соответствует истинной конъюгате (с. vera);

- по формуле $C. ext. (наружная) - 9 \text{ см} = c. vera.$

В норме истинная конъюгата (расстояние между верхним краем лонного сочленения и мысом крестца (promontorium) равна 11 см.

2. Измерение окружности живота (ОЖ) и высоты стояния дна матки (ВСДМ) проводится после 12 недель беременности, когда матка выходит из малого таза.

Измерение проводится сантиметровой лентой.

3. Приемы Леопольда. С их помощью определяют расположение плода в матке, метод проводится путем пальпации.

Членорасположение плода — это отношение головки и конечностей к туловищу плода.

В норме — ножки согнуты и прижаты к туловищу, ручки согнуты и прижаты к груди, головка согнута, подбородок прижат к груди.

/ прием — определение ВСДМ пальпаторно. Ладони обеих рук располагаются на дне матки и определяют уровень стояния дна матки по отношению к верхнему краю лонного сочленения, пупку и мечевидному отростку.

// прием — определение положения, позиции и вида плода.

Руки переводят на боковые стенки матки, пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой. При продольном положении плода с одной стороны определяют спинку, с другой — мелкие части.

Положение плода — это отношение продольной оси плода к продольной оси матки.

Положение плода бывает продольное, поперечное и косое.

Продольное положение — продольная ось плода совпадает с продольной осью матки.

Поперечное положение — продольная ось плода находится под прямым углом к продольной оси матки.

Косое положение — продольная ось плода находится под острым углом к продольной оси матки.

Позиция плода — это отношение спинки плода к боковой стенке матки.

I позиция — спинка обращена влево,

II позиция — спинка обращена вправо.

Вид — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Спинка обращена больше кпереди — передний вид, больше кзади — задний.

III прием определяет предлежащую часть плода, которая ближе всего обращена ко входу в малый таз (головка, тазовый конец).

Медсестра стоит справа, лицом к лицу пациентки, отводит большой палец правой руки как можно дальше и осторожно погружает пальцы вглубь над лонным сочленением и охватывает предлежащую часть. Если это головка, то она плотная, круглая и баллотирует, а если тазовый конец, то он мягкий не округлой формы и не баллотирует.

IV прием — определение отношения предлежащей части ко входу в малый таз (подвижна, прижата, в малом тазу).

4. Выслушивание сердцебиения плода производится акушерским стетоскопом со второй половины беременности.

При головном предлежании сердцебиение выслушивается ниже пупка, при тазовом — выше пупка. При поперечном положении плода — на уровне плода — на уровне пупка.

При **I позиции** — выслушивается слева, при **II позиции** — справа.

При поперечном положении плода позиция определяется по головке (слева — **I позиция**, справа — **II позиция**),

Определение сроков беременности и даты предстоящих родов

Так как точно срок беременности определить трудно, необходимо знать несколько данных и сопоставить их, сделать вывод.

Срок беременности определяют:

- по первому дню последней менструации (по календарю);
- по первой явке в женскую консультацию (более достоверно, если явка ранняя до 12 недель беременности);
- по шевелению плода. Первородящая ощущает шевеление в 20 недель беременности, повторнородящая — в 18 недель (считать по календарю);
- по декретному отпуску (он выдается в 30 недель беременности);
- по ВСДМ (I прием Леопольда).

20 недель беременности — ВСДМ на середине между пупком и лонным сочленением.

24 недели — на уровне пупка.

30 недель - на 2 поперечника пальца выше пупка

32 недели — на середине между пупком и мечевидным отростком

36 недель — под мечевидным отростком

40 недель — на середине между пупком и мечевидным отростком.

Так как в 32 недели и в 40 недель ВСДМ на одном уровне следует обратить внимание на окружность живота (32 недели — 80—85 см, 40 недель — 95—98 см.), пупок (32 недели — втянут, в 40 недель — выпуклый).

Для определения даты предстоящих родов используют формулу: от первого дня последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней.

В настоящее время с большой точностью определяют срок беременности по УЗИ.



ОБСЛУЖИВАНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Аntenатальная охрана плода

Для дифференциации подхода к новорожденному выделяю! следующие периоды.

I. Антенатальный период (внутриутробный) — с момента зачатия до родов, включает в себя две фазы:

- *эмбриональная фаза* (до 12 недель);
- *плацентарная (оретальная) фаза* (с 12 недель до рождения).

II. Интранатальный период — период родов.

III. Неонатальный период — с момента рождения новорожденного до 28 дней) делят на:

- *ранний неонатальный период* (до 7 дней)
- *поздний неонатальный период* (с 7-го дня от рождения до 28-го дня).

Для максимальной защиты плода от негативных воздействий проводятся мероприятия по антенатальной охране плода, которые проводят совместно акушерской и педиатрической службами.

Медсестра детской поликлиники составляет план мероприятий по антенатальной охране плода, предварительно выяснив особенности семья, ожидающей

ребенка. Для этого проводится *I дородовый патронаж* в сроке до 12 недель беременности.

Цель: обеспечение безопасных условий для развития плода.

Выявляют факторы риска у беременных:

- до 18 лет и первородящие старше 30 лет;
- с массой тела меньше 45 кг и более 91 кг;
- имеющих пятую беременность и более;
- с угрозой невынашивания и перенашивания;
- с многоплодной беременностью;
- с отягощенным акушерским анамнезом (аборты, мертворождения, уродства, узкий таз, рубцы на матке и т.д.);
- с экстрагенитальной патологией;
- с социальными факторами риска (многодетные, одинокие, малообеспеченные и т.д.);
- с профессиональными вредностями;
- страдающие вредными привычками (алкоголизм, табакокурение, наркомания).

Групп риска может быть несколько.

II дородовый патронаж проводится в 30—32 недели беременности с целью подготовки беременной и семьи к приему новорожденного.

Проводится три основные программы по антенатальной охране плода, независимо от степени риска.

1. Медико-генетическое консультирование семей с отягощенным акушерским анамнезом.
2. Трехкратное ультразвуковое обследование беременной (до 12 недель, 14—20 недель, 26—32 недели).
3. Проведение специальных исследований по показаниям (амниоцентез, определение сывороточных белков при ряде заболеваний и др.).

Правильное ведение беременной в женской консультации — гарантия рождения здорового ребенка.

Беременная встает на учет до 12 недель беременности — это позволяет вовремя ее обследовать, решить вопрос о вынашивании беременности, выявить экстрагенитальную патологию, определить беременную в особую группу риска, составить индивидуальный план ведения беременности.

На беременную заводят индивидуальную карту беременной и родильницы. Ее направляют на обследование к специалистам: терапевту, стоматологу, отоларингологу, окулисту. Она сдает кровь на общий анализ, группу крови, Rh-фактор, на сифилис (RW), СПИД, вирусный гепатит (австралийский антиген); мочу — на общий анализ, кал на яйца глистов, мазок на дезгруппу, мазок на гонорею и степень чистоты влагалища.

Все эти анализы берет медицинская сестра в процедурном и смотровом кабинетах. Через 10 дней беременная посещает женскую консультацию для постановки окончательного диагноза. С ней проводится беседа по гигиене и питанию беременной, назначается специальная гимнастика для беременной.

До 20 недель беременности — посещение консультации 1 раз в месяц, с 20 до 30 недель — 1 раз в 2 недели.

В 30 недель беременная получает декретный отпуск и повторно проходит всех специалистов и сдает анализы.

С 30 до 40 недель беременная посещает женскую консультацию 1 раз в неделю.

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

**ОСНОВНЫЕ
ЗАДАЧИ
РАБОТЫ**

Профилактика
патологии
беременности,
родов, после-
родового периода

Аntenатальная
охрана плода
и новорожденного

Лечение
гинекологических
больных

Профилактика
гинекологических
заболеваний

Повышение
уровня
санитарно-
гигиенической
культуры
населения

**ФУНКЦИИ
АКУШЕРКИ**

Обслуживание
беременных
женщин

Обслуживание
родильниц

Оказание
помощи
гинекол.
больным

Профилактические
осмотры
женского
населения

Санитарно-
просветительская
работа

Ведение
отчетной
документации

**ОСНОВНЫЕ
ВИДЫ
ДОКУМЕНТАЦИИ**

Статист.
талон

Индивид.
карта
берем.
и родильницы

Обменная
карта

Индивид.
карта
амбулаторного
больного

Контр.
карта
диспан-
серного
наблюдения

Листок
нетрудо-
способности

Врачебное
свидетельство
о смерти

Дневник
врача
поликлиники

ОСМОТР ШЕЙКИ МАТКИ В ЗЕРКАЛАХ

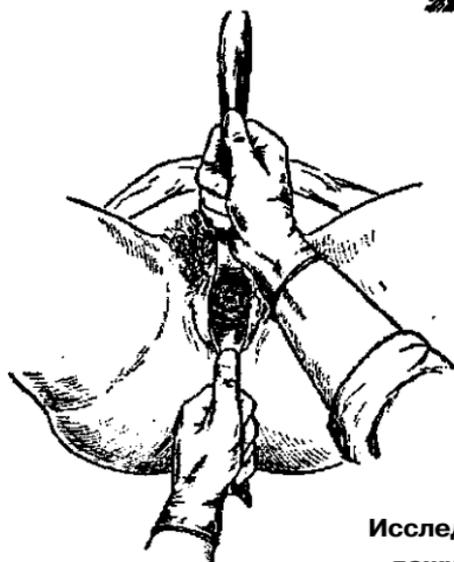
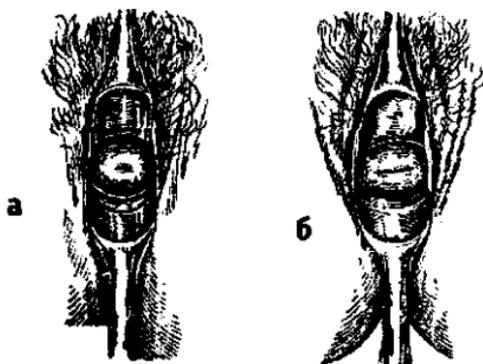


Влагалищные зеркала:

а - створчатое зеркало; б - ложкообразное зеркало

**Наружный зев канала
шейки матки:**

а - у нерожавшей женщины;
б - у рожавшей



**Исследование при помощи
ложкообразных зеркал**

Изосерологическая несовместимость крови матери и плода

| Разновидность несовместимости | Причины сенсibilизации | Используемые диагностические приемы | Принципы ведения беременности | Принципы ведения родов | Профилактика изосерологической несовместимости |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>по резус-фактору; по групповым; факторам крови; по редким факторам крови</p> | <p>переливание резус-положительной крови; предшествующая беременность; резус положительным плодом; переливание иногруппной крови</p> | <p>анамнез; определение титра антител крови в динамике; исследование сердечной деятельности плода; амниоцентез (оптическая плотность билирубина); УЗИ</p> | <p>особое диспансерное наблюдение; 3-4 курса десенсибилизирующей терапии; улучшение функции плаценты; госпитализация в 3-м триместре беременности; досрочное родоразрешение</p> | <p>профилактика гипоксии плода; разрез промежности; быстрое перерезание пуповины</p> | <p>строгий учет резус-фактора при переливании крови; строгий учет групповой принадлежности при гемотрансфузиях; обязательное обследование всех беременных на резус-фактор; введение противоиммунных антител после первых родов и аборт</p> |

При выявлении отклонений от нормального течения беременности назначают лечение, чаще всего направляют в ОПБ.

Медсестра детской поликлиники посещает беременную в 38 недель беременности с целью знакомства с будущей мамой, дает ей советы по подготовке детского уголка, белья для новорожденного и т.д., приглашает в «Школу молодой матери и молодого отца», которая работает в детской поликлинике.

Оценка перинатальных факторов риска в баллах

| Факторы | Оценка в баллах |
|---|------------------------------------|
| А. АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД | |
| 1. Социально-биологические | |
| 1. Возраст матери (годы): | |
| 20 | 2 |
| 25-29 | 1 |
| 30-34 | 2 |
| 35-39 | 3 |
| 40 | 4 |
| 2. Возраст отца (годы): | |
| 20 | 1 |
| 40 | 2 |
| 3. Профессиональные вредности у матери у отца | 1-4 |
| 4. Вредные привычки у матери курение 1 пачки сигарет в день злоупотребление алкоголем у отца злоупотребление алкоголем | 1 2 1-2 |
| 5. Семейное положение: одинокая | 1 |
| 6. Образование: начальное высшее | 1 1 |
| 7. Эмоциональные нагрузки | 1 |
| 8. Росто-весовые показатели матери: рост 150 см и меньше вес на 25 % выше нормы | 1 2 |

| Факторы | Оценка в баллах |
|--|----------------------|
| II. Акушерско-гинекологический анамнез | |
| 1. Паритет | |
| 0 | 1 |
| 4-7 | 1 |
| 8 | 2 |
| 2. Аборты перед первыми родами: | |
| 1 | 2 |
| 2 | 3 |
| 3 | 4 |
| 3. Аборты перед повторными родами: 3 | 1 |
| 4. Преждевременные роды | |
| 1 | 2 |
| 2 | 3 |
| 5. Мертворождение | |
| 1 | 3 |
| 2 | 8 |
| 6. Смерть в неонатальном периоде: | |
| 1 | 2 |
| 2 | 7 |
| 7. Аномалии развития у детей | 3 |
| 8. Неврологические нарушения | 2 |
| 9. Вес детей менее 2500 и более 4000 г | 2 1 |
| 10. Осложненное течение предыдущих родов | 1 |
| 11. Бесплодие более 2-5 лет | 2-4 |
| 12. Рубец на матке после операции | 4 |
| 13. Опухоли матки и яичников | 1-4 |
| 14. Истмико-цервикальная недостаточность | 2 |
| 15. Пороки развития матки | 3 |
| III. Экстрагенитальные заболевания матери | |
| 1. Инфекции в анамнезе | 0-1 |
| 2. Сердечно-сосудистые заболевания: | |
| пороки сердца без нарушения кровообращения | 3 |
| пороки сердца с нарушением кровообращения | 10 |
| гипертоническая болезнь I-II-III стадий | 2-8-12 |
| артериальная гипотония | |
| 3. Заболевания почек: | |
| до беременности | 3 |
| обострение заболевания при беременности | 4 |
| 4. Эндокринопатии: | |
| предиабет | 5 |
| диабет | 10 |
| диабет у родных | 1 |
| заболевания щитовидной железы | 5-10 |
| заболевания надпочечников | 5-10 |

| Факторы | Оценка в баллах |
|--|-------------------------|
| 5. Анемия НЬ менее 9-10-11 г % | 4-2-1 |
| 6. Коагулопатии | 2 |
| 7. Миопия и другие заболевания глаз | 1-3 |
| 8. Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.) | 2-6 |
| 9. Острые инфекции при беременности | 2-7 |
| IV. Осложнения беременности | |
| 1. Выраженный ранний гестоз | 2 |
| 2. Кровотечение в первой и второй половине беременности | 3-5 |
| 3. Поздний гестоз водянка нефропатия I-II-III степеней преэклампсия эклампсия | 2 3-5-10 11 12 |
| 4. Сочетанный токсикоз | 9 |
| 5. Rh-отрицательная кровь | 1 |
| 6. Rh- и АВО-изосенсибилизация | 5-10 |
| 7. Многоводие | 3 |
| 8. Маловодие | 4 |
| 9. Тазовое предлежание плода | 3 |
| 10. Многоплодие | 3 |
| 11. Переносная беременность | 3 |
| 12. Многократное применение медикаментов | 1 |
| V. Оценка состояния плода | |
| 1. Гипотрофия плода | 10-20 |
| 2. Гипоксия плода | 3-8 |
| 3. Содержание эстриола в суточной моче: | |
| менее 4,9 мг/сут. в 30 недель | 34 |
| менее 12,0 мг/сут. в 40 недель | 15 |
| 4. Наличие мекония в околоплодных водах | 3 |
| Б. ИНТЕРНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД | |
| 1. Со стороны матери | |
| 1. Нефропатия | 5 |
| 2. Преэклампсия | 8-10 |
| 3. Эклампсия | 12 |
| 4. Несвоевременное излитие околоплодных вод (12 ч и более) | 2 |
| 5. Слабость родовой деятельности | 4 |
| 6. Быстрые роды | 3 |
| 7. Родовозбуждение, стимуляция родовой деятельности | 2 |
| 8. Клинически узкий таз | 4 |
| 9. Угрожающий разрыв матки | 18 |

| Факторы | Оценка в баллах |
|--|--------------------|
| II. Со стороны плаценты | |
| 1. Предложение плаценты: | |
| частичное | 3 |
| полное | 12 |
| 2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты | 26 |
| III. Со стороны плода | |
| 1. Преждевременные роды (неделя беременности): | |
| 28-30 | 16 |
| 31-35 | 8 |
| 36-37 | 3 |
| 2. Нарушение сердечного ритма (в течение 30 мин. и более) | 3 |
| 3. Патология пуповины: | |
| выпадение | 9 |
| обвитие | 2 |
| 4. Тазовое предлежание: | |
| пособия | 3 |
| экстракция плода | 15 |
| 5. Оперативные вмешательства: | |
| кесарево сечение | 5 |
| акушерские щипцы: | |
| полостные | 4 |
| выходные | 3 |
| вакуум-экстракция | 3 |
| затрудненное выведение плечиков | 2 |
| 6. Общая анестезия в родах | |

При сумме баллов беременные относятся к группе:

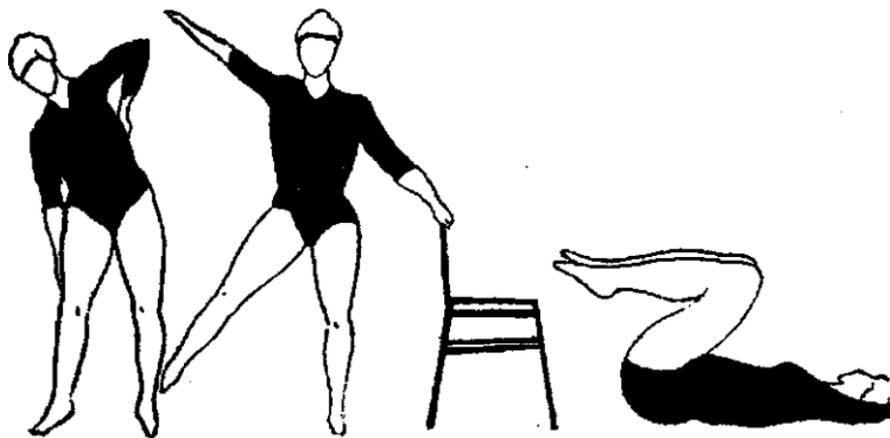
- низкого риска — до 4 баллов;
- среднего риска — 5—9 баллов;
- высокого риска — 10 баллов и выше.

Подготовка беременной к родам

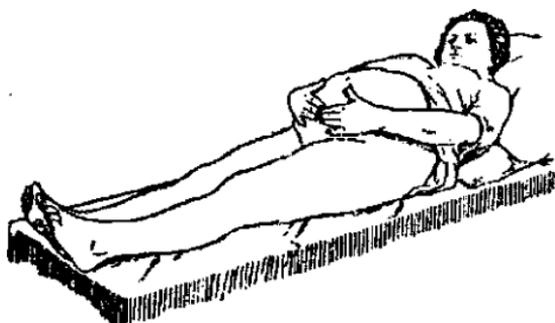
Метод психопрофилактической подготовки беременных к родам основан на учении о сущности родовой боли, в формировании которой участвует не только раздражение нервных окончаний со сторо-

ны матки и других половых органов, но и условно-рефлекторный компонент, связанный с воздействием на вторую сигнальную систему. В возникновении болевых ощущений ведущая роль принадлежит коре головного мозга.

Цель психопрофилактической подготовки — устранить страх перед родами и другие отрицательные эмоции, возникающие во время беременности, выработать и закрепить представление о родовом акте как о физиологическом процессе. Гимнастика и психопрофилактическая подготовка улучшает общее состояние женщины, укрепляют нервную систему, способствуют предупреждению гестозов, улучшают и облегчают течение родового акта, способствуют благоприятному течению родов и послеродового периода. Гимнастика укрепляет мышцы брюшного пресса и повышает эластичность мышц тазового дна, что улучшает потужную деятельность при родах, предупреждает опущение и выпадение.



Гимнастические упражнения в период беременности



**Первый прием
обезболивания родов**

Поглаживание нижней
части живота, руки - у
средней линии живота

Второй прием обезболивания родов

Поглаживание нижней части живота, руки
скользят от средней линии живота кзади



**Третий прием обезболивания
родов**

Прижатие большими пальцами рук
костей таза



**Четвертый прием обезболивания
родов**

Придавливание кулаками
крестцово-ягодичной области



Большую роль в течение беременности, родов и послеродового периода играют муж и семья пациентки.

Поэтому целесообразно привлечь к посещению занятий мужа. Если он не может их посещать, то рекомендуется беременной рассказывать дома все, что она услышала на занятии, вместе с мужем выполнять физические упражнения и упражнения по обезболиванию родов.

Проводится 4 занятия с 30 недель беременности.

I занятие. «Течение I периода родов и поведение роженицы в этом периоде».

II занятие. «Течение II периода родов и поведение роженицы».

III занятие. «Течение III периода родов и раннего послеродового периода и поведение роженицы».

IV занятие. Зачетное, проводится собеседование с беременной, выясняется, что она запомнила, повторяется то, что она не поняла.

При посещении женской консультации муж и родственники беременной знакомятся с наглядными пособиями, советами по режиму дня для беременной, питанию, гигиене и помогают ей выполнять эти рекомендации.

Муж имеет право, пройдя определенное медицинское обследование, присутствовать при родах. Он помогает роженице обезболить схватки в I периоде родов, во II периоде — тужиться. При правильной подготовке мужа его присутствие дает хороший эффект.



АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ

Антисептика и асептика (от греческого *anti* — против, *a* — отрицание, *sepsis* — гниение) — способы предупреждения заражения ран и борьбы с их инфицированием.

В доантисептический период в акушерстве было очень много осложнений и летальных исходов в связи с возникновением послеродовых септических заболеваний («родильная горячка»).

Асептику и антисептику в акушерство ввел венский акушер Земмельвейс, который заметил, что студенты, приходящие на практику в роддом из анатомического музея, несут на своих руках инфекцию (это был трупный яд), которая дает послеродовые осложнения. Этого не случалось, когда студенты приходили из других клиник. Земмельвейс впервые предложил обрабатывать руки хлорной известью. Асептику и антисептику в акушерство в России ввел Крассовский, врач акушер-гинеколог, ученик великого Пирогова.

Асептика — профилактическое уничтожение бактерий и предупреждение внедрения их в рану при помощи физических методов.

Возбудители инфекции могут проникнуть в рану двумя способами: экзогенным и эндогенным. Экзогенными источниками инфекции служат: воздух (воздушная инфекция), капли жидкости, попадающие в рану в виде микроскопических частиц (брызги слюны, слизи) при разговоре, кашле, чихании и др. (капельная инфекция), предметы, соприкасающиеся с раной (контактная инфекция), предметы, оставляемые в ране намеренно или ненамеренно (имплантационная инфекция).

Эндогенным источником инфекции являются микробы, находящиеся в организме женщины и приобретенные патогенные свойства под влиянием ослабления организма и благоприятных условий для их развития.

Для соблюдения строгих правил асептики необходимы:

- правильная планировка родильных домов;
- хорошая вентиляция и освещение;
- строгая организация работы.

Антисептика — борьба с инфекцией при помощи различных химических обеззараживающих веществ, применяемых в самой ране и вне ее.

Различают механическую, химическую и биологическую антисептику.

Механическая антисептика преследует цель удаления из раны попавших в нее микробов и всех мертвых тканей, сгустков крови и т.п.

Химическая антисептика — использование различных химических веществ для уничтожения микробов или задержки их развития в ране. Эти вещества должны отвечать основному требованию: быть

безвредными для тканей организма и губительными для микробов. Вот некоторые из них: спиртовой раствор йода, этиловый спирт, перманганат калия, перекись водорода, фурацилин, хлорамин, хлоргексидин.

Биологическая антисептика — методы, повышающие иммунобиологические силы организма. Это вакцины, сыворотки, антибиотики и др.

Совершенствование мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах

В целях внедрения современных медицинских технологий в области акушерства и неонатологии, дальнейшего совершенствования профилактики внутрибольничной инфекции у новорожденных и родильниц на основе оптимизации эпидемиологического надзора и целенаправленного комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также реализации Федеральной целевой программы «Безопасное материнство» введен в действие приказ № 345 от 26.11.97 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах».

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в акушерских стационарах остается актуальной для здравоохранения страны в связи с высоким уровнем заболеваемости, большим ущербом, причиняемым здоровью новорожденных и родильниц, и огромной социально-экономической значимостью.

ВБИ — любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает

больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью, а также заболевание сотрудника вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после выписки (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Высокие уровни заболеваемости ВБИ обусловлены комплексом факторов:

- формирование госпитальных штаммов возбудителей ВБИ;
- увеличение контингентов риска среди новорожденных и родильниц;
- снижение неспецифических защитных сил организма у населения;
- слабая материально-техническая база многих стационаров.

Распространению ВБИ способствует разнообразие возбудителей (более 300 видов), формирование госпитальных штаммов, обладающих высокой устойчивостью к неблагоприятным факторам окружающей среды, в том числе к УФО, высушиванию, многим лекарствам.

В настоящее время следует больше внимания уделять внедрению современных подходов к профилактике ВБИ (централизованные стерилизационные отделения, дезкамеры, использование экологически безопасных средств дезинфекции и изделий медицинского назначения однократного применения, микробиологический мониторинг и др.). Это позволяет предупредить заражение как пациентов, так и персонала.

Порядок приема на работу в акушерский стационар

Медицинские работники, поступающие на работу в родильные дома, проходят медицинский осмотр врачей (1 раз в 3 месяца): терапевта, дерматовенеролога, стоматолога, отоларинголога.

Проходят следующие обследования: рентгенологическое обследование — флюорография грудной клетки — 1 раз в год. Кровь на реакцию Вассермана (сифилис) — 2 раза в год. Кровь на гепатит В. Кровь на ВИЧ-инфекцию — 2 раза в год. Мазки на гонорею — 2 раза в год.

Медицинский персонал с лихорадкой, воспалительными или гнойными процессами к работе не допускается.

Персонал родильных домов подлежит обязательным профилактическим прививкам против вирусного гепатита В, а также против дифтерии и туберкулеза, если нет сведений об этих прививках.

Организация противоэпидемического ре/жима в акушерских стационарах

Родильный дом не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции.

В родильном зале и операционных медицинский персонал работает в масках. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций (заменное переливание крови, катетеризация пупочных сосудов, люмбальная пункция и др.) Предпочтительнее использование стерильных масок разового применения.

С эпидемиологических позиций оправдан курс на раннюю выписку (2—4-е сутки после родов), в том числе до отпадения пуповины.

Необходимо осуществлять патронаж ребенка на дому в течение первых суток после выписки участковым педиатром и медсестрой детской поликлиники.

Врач акушер — гинеколог женской консультации — и акушерка осуществляют двукратный активный патронаж на дому (на 2—3-е и 7-е сутки после выписки).

Разрешается посещение родственниками беременных и родильниц.

Присутствие мужа при родах возможно с разрешения дежурного врача с учетом состояния женщины при наличии условий (индивидуальные родзалы), отсутствии у посещающего лица инфекционного заболевания.

Для персонала предусматривается отдельный вход, гардероб для верхней одежды. Он обеспечивается индивидуальными двухсекционными шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевыми. Санитарная одежда меняется ежедневно.

Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров

Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки — дезинфицирующих средств.

После уборки или дезинфекции применяют УФО с последующим проветриванием помещения.

При поступлении в родильный дом решается вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение на основании данных обменной карты, опроса и осмотра.

При поступлении роженицы проводятся медицинский осмотр и санитарная обработка, каждой роженице выдается индивидуальный стерильный комплект.

В родильном отделении соблюдается цикличность заполнения палат — это одновременное заполнение палат, одновременное их освобождение с последующей заключительной (генеральной) уборкой.

Перед переводом в родзал роженицу переодевают в стерильное белье (косынка, рубашка, бахилы).

При наличии двух родильных залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них в течение суток.

Совместное пребывание родильницы и новорожденного в палате послеродового отделения родильного дома имеет преимущество перед отдельным пребыванием: снижается заболеваемость ВБИ новорожденных и родильниц. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- или двухместные бокс-прованные палаты.

После выписки родильницы проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.

Палаты новорожденных заполняют строго циклически, синхронно с палатами послеродового отделения, в течение не более 3 суток. Перед обработкой и пеленанием каждого новорожденного персонал должен мыть руки с двукратным намыливанием.

При уходе за новорожденным используют стерильное белье.

Обработка рук медицинского персонала

Для обработки рук используют различные кожные антисептики отечественного и зарубежного производства.

1. Гигиеническая обработка рук — 0,5% р-р хлоргексидина глюконата в 70% этиловом спирте — 3 мл средства наносят на кисти рук и втирают в кожу досуха.
2. Обработка рук перед приемом родов или оперативным вмешательством.

Перед обработкой кожным антисептиком руки моют в течение 2 минут проточной водой с мылом, дважды намывивая их, затем насухо вытирают стерильной салфеткой. Обрабатывают 0,5% раствора хлоргексидина глюконата в 70% этиловом спирте, протирают стерильным ватным тампоном, затем вытирают стерильной салфеткой.

Методы стерилизации инструментов, предметов ухода

Все изделия медицинского назначения, в том числе инструменты, подлежат дезинфекции, а затем стерилизации.

Режим дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации в лечебно-профилактических учреждениях и контроль за ним определен приказом Минздрава РФ.

Дезинфекция медицинских изделий проводится в отделениях, а предстерилизационная очистка и стерилизация — в централизованных стерилизационных (ЦСО).

Поверхности в помещениях, предметы обстановки протираются хлорамином, гипохлоритом натрия, перекисью водорода (все агенты применяются с моющим средством).

Воздух и поверхности в помещениях проходят УФО.

Посуда без остатков пищи погружается в раствор хлорамина, гипохлорита натрия на 30 минут с последующим промыванием проточной водопроводной водой.

Постельные принадлежности (матрац, подушка, одеяло) проходят камерную дезинфекцию. Нательное и постельное белье стирается в прачечной.

Тапочки обрабатываются 10% р-ром формалина, который в виде ватного тампона закладывается на 2 часа в носок тапочка.

Судно после освобождения от содержимого погружают в 1% р-р хлорамина или 0,25% р-р гипохлорита натрия на 2 часа.

Существуют следующие методы дезинфекции.

Химический — изделия из металлов, пластмасс, стекла, резины.

Паровой — изделия из стекла, металлов, резины, латекса (проводят в стерилизационных коробках).

Воздушный (сухой горячий воздух) — изделия из стекла, металлов.

Кипячение — изделия из стекла, металлов, резины.

Контроль за качеством стерилизации осуществляется в соответствии с «Методическими указаниями по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов (комплекс физических, химических и бактериологических методов контроля)».

Строжайшее соблюдение правил стерилизации одновременно является мерой, предупреждающей распространение в акушерских стационарах среди новорожденных и родильниц других инфекционных заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции.



РОЛЫ И РОЛОРАЗРЕШЕНИЕ

Предвестники родов

Они появляются за 7—10 дней до родов:

- опущение ВСДМ, беременной становится легче дышать;
- опущение предлежащей части ко входу в малый таз;
- беременная теряет в весе, т.к. организм готовится к родам и изгоняет лишнюю жидкость;
- из цервикального канала отходит слизистая пробка (Кристаллера) в связи с приоткрытием наружного зева;
- появление ложных схваток (болезненные ощущения, иногда схваткообразные, нерегулярные, они не приводят к раскрытию шейки матки).
- пупок сглаживается или выпячивается;
- «зрелая» шейка матки определяется при влагалищном исследовании (она укорочена, размягчена, располагается по центру влагалища, шеечный канал пропускает палец).

Периоды родов

Различают 3 периода родов.

I период — *раскрытие шейки матки*. Начинается с первой истинной схватки и заканчивается полным раскрытием шейки матки.

II период - *изгнание плода* (потужной). начинается с полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением последнего плода.

III период — *последовый*. Начинается с момента рождения последнего плода и заканчивается рождением последа.

Период раскрытия шейки матки

I период родов характеризуется истинными схватками — это регулярные, произвольные сокращения мышц матки, которыми роженица не может управлять. Они начинаются по 20 секунд с промежутками 15 минут, затем усиливаются, и в норме самая длительная схватка длится 60 секунд с паузами 2—3 минуты.

У первородящей I период родов длится 18—20 часов, у повторнородящих — **10—12** часов.

Разница во времени зависит от разного механизма раскрытия шейки матки.

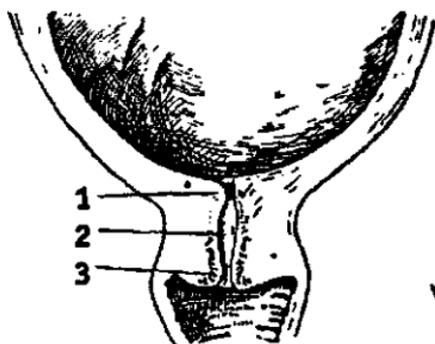
У первородящих:

- 1) сглаживание шейки матки;
- 2) открытие внутреннего зева;
- 3) открытие наружного зева.

У повторнородящих:

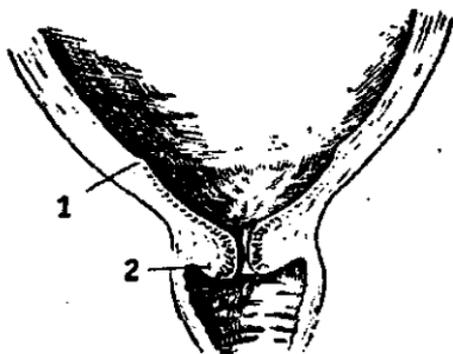
- 1) сглаживание шейки матки.
- 2) одновременное раскрытие внутреннего и наружного зевов.

При полном раскрытии шейка матки она раскрывается на 10 см. После полного раскрытия отходят околоплодные воды, если этого не происходит, плодный пузырь вскрывают. Искусственное вскрытие плодного пузыря называется амниотомией.



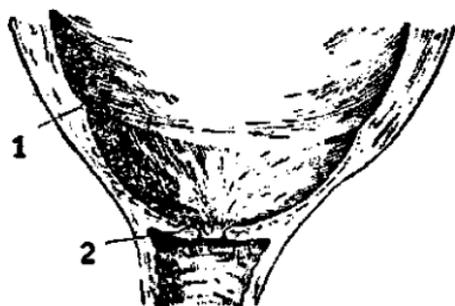
**Шейка матки первородящей
до начала родов**

- 1 - внутренний зев закрыт;
2 - канал шейки;
3 - наружный зев закрыт



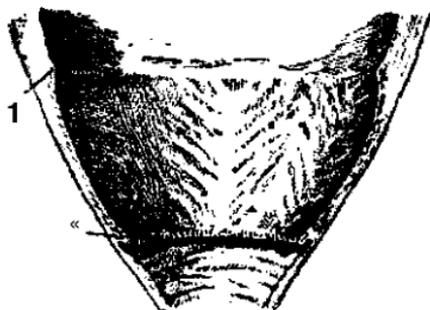
**Шейка матки первородящей
в период раскрытия.
Сглаживание шейки**

- 1 - место, соответствующее
внутреннему зеву;
2 - наружный зев закрыт



**Шейка матки первородящей
в период раскрытия.
Шейка сглажена**

- 1 - место, соответствующее
внутреннему зеву;
2 - наружный (акушерский) зев
раскрыт на 1,5-2 см



Шейка матки первородящей.

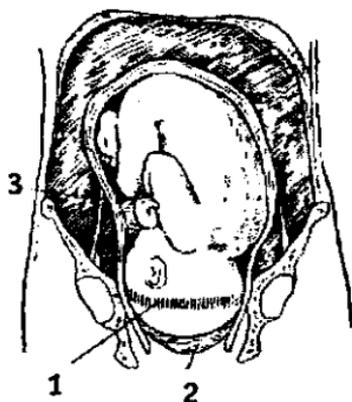
**Шейка сглажена. Раскрытие наружного
зева полное**

- 1 - место, соответствующее внутреннему зеву;
2 - край наружного зева (имеет вид узкой каймы)

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ

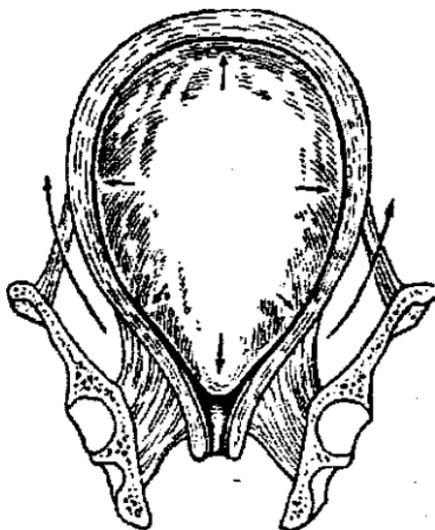


Повторнородящая.
Шейка сглажена, наружный зев
раскрыт полностью



Головка во входе таза:

- 1 - пояс соприкосновения;
- 2 - передние воды;
- 3 - задние воды



Плодный пузырь
вклинивается в зев



В результате прижатия головки к плоскости входа в малый таз появляется пояс соприкосновения, который делит воды на передние и задние. При вскрытии плодного пузыря отходят передние воды - их 100-150 мл.

Ведение I периода родов

Прием и санитарная обработка роженицы

При поступлении роженицы в фильтр приемного отделения решается вопрос о приеме ее в физиологическое или обсервационное отделение (не обследована, не дообследована, длительный безводный период, температура выше $37,5^{\circ}$, острое респираторное заболевание, хроническая инфекция и т.д.).

Роженица полностью раздевается, осматривается на педикулез, сыпь на коже, гнойничковые высыпания.

Проводится сбривание волосяного покрова с подмышечных впадин и с наружных половых органов, ставится очистительная клизма, роженица принимает душ, соски и околососковые кружки обрабатываются 1% раствором бриллиантового зеленого, а ногтевые ложа на руках и ногах — раствором иодоната. Роженица одевается в стерильную рубашку, ей выдается стерильная подкладная.

В приемном отделении на роженицу заводится история родов. Проводится сбор анамнеза, объективное обследование по системам и органам, наружное акушерское исследование, наблюдают за родовой деятельностью, выделениями. Там же берут

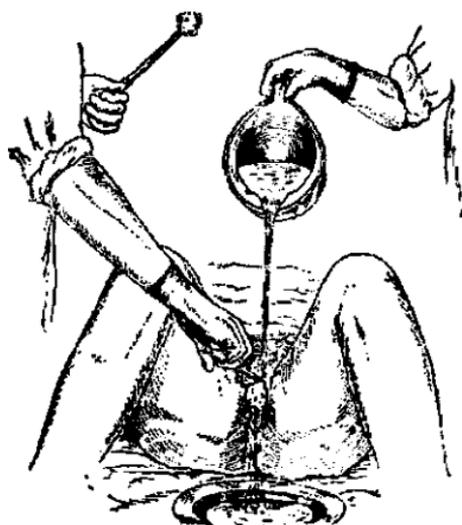
ПОДГОТОВКА К РОДАМ



Роженица моется под душем



Волосы с лобка
и наружных половых
органов сбриваются



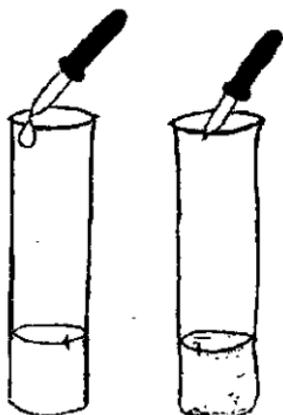
Половые органы обмывают
дезинфицирующим
раствором

кровь на группу, резус-фактор, СПИД, свертываемость крови, мочу на белок. Проводят пробу с сульфасалициловой кислотой.

Из приемного отделения роженица переводится в предродовую палату родильного отделения, где ведется сестринский процесс средним медицинским работником (сбор информации, выявление проблем, постановка целей, способ их решения, желаемый результат). Выясняют жалобы, оценивают состояние роженицы, следят за пульсом и АД, продвижением головки, выслушивают сердцебиение плода, проводят туалет наружных половых органов, готовят роженицу к влагалищному исследованию.

Главная сестринская проблема — боль при схватке, следует напомнить роженице методы обезболивания, которые она изучала на занятиях по физиопсихопрофилактической подготовке к родам в женской консультации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕЛКА В МОЧЕ С СУЛЬФАСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ



В чистую пробирку берется 5 мл мочи и прибавляется из пипетки 3—4 капли 20% раствора сульфосалициловой кислоты. При наличии в моче белка появляется муть, которая будет тем больше, чем значительнее количество белка в моче. Чтобы увидеть появление мути, пробирку рассматривают на темном фоне в проходящем свете, сравнивая с пробиркой, содержащей профильтрованную мочу.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания

Биомеханизм родов — это совокупность сгиба-тельных, вращательных, разгибательных и поступательных движений плода, которые он совершает, проходя через родовые пути матери под воздействием биологических процессов, происходящих в организме матери.

На головке ведущая линия - стреловидный шов, ведущая точка — малый родничок.

I момент — сгибание головки.

Головка устанавливается стреловидным швом в поперечном или в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз.

II момент — внутренний поворот головки.

Он начинается в плоскости широкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода из малого таза; головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере плоскости выхода из малого таза, затылком кпереди, личиком кзади.

III момент — разгибание головки.

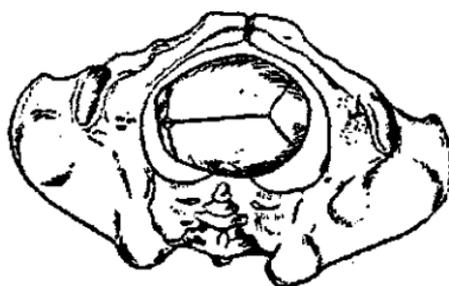
Появляется точка фиксации на головке — подзатылочная ямка фиксируется у нижнего края лонного сочленения, происходит разгибание головки, рождаются лобик, носик, ротик, подбородочек.

IV момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки личиком к бедру матери, противоположному позиции плода

Плечики устанавливаются в поперечном или в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз. Поворот плечиков начинается в плоскости ши-

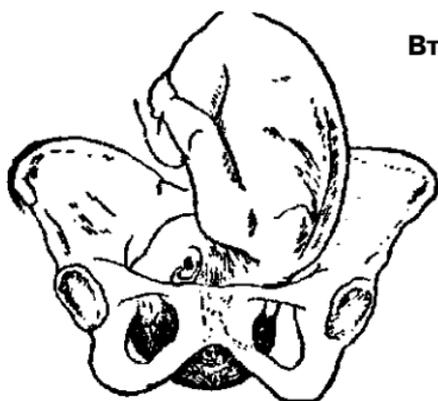
**БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ
ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ**

Первый момент - сгибание головки



**Стреловидный шов
в поперечном размере**

Второй момент - поворот головки



**Стреловидный шов
в правом косом размере**

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ
ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

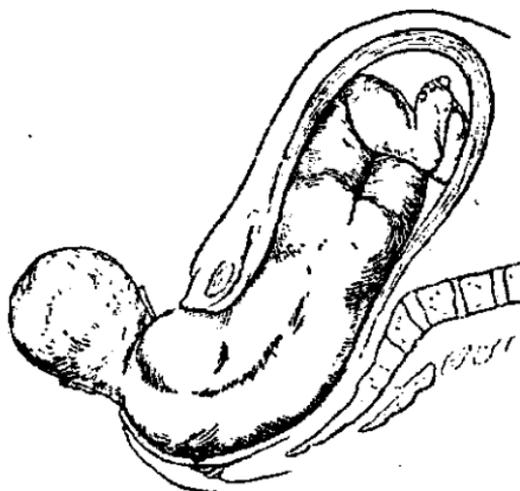
Третий момент механизма родов



Начало разгибания



Разгибание головки

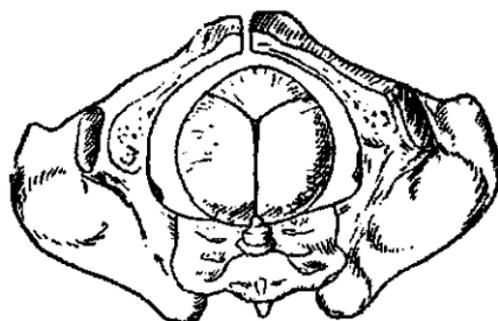


Наружный поворот головки

**БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ
ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛОЖЕНИЯ**



**Внутренний поворот головки
закончен**



Стреловидный шов
в прямой размере

рокой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода из малого таза, плечики устанавливаются в прямом размере плоскости выхода. Переднее плечико фиксируется у нижнего края лонного сочленения, происходит сгибание в грудном отделе позвоночника плода, рождается заднее плечико, затем переднее плечико и весь плод.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предложения

Ведущей линией при данном механизме родов является стреловидный шов, ведущей точкой — малый родничок.

1 момент — сгибание головки.

Особенности во II моменте.

II момент — внутренний поворот головки.

Головка поворачивается затылком кзади, личиком кпереди.

/III момент — разгибание головки, состоит из двух подмоментов:

а) сгибание головки. Появляется точка фиксации — граница волосистой части головы у нижнего края лонного сочленения;

б) разгибание головки. Появляется точка фиксации — подзатылочная ямка у крестцово-копчикового сочленения.

IV момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки личиком к бедру матери, противоположному позиции плода (особенностей нет).

Период изгнания плода

Вскоре после своевременного излития околоплодных вод начинаются потуги, которые характеризуют II период родов. Он длится от 15 минут до часа.

Потуги — это регулярные произвольные сокращения мышц матки, брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна, которыми роженица может управлять. На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода (чаще затылок). В паузах между потугами она скрывается — это *врезывание*.

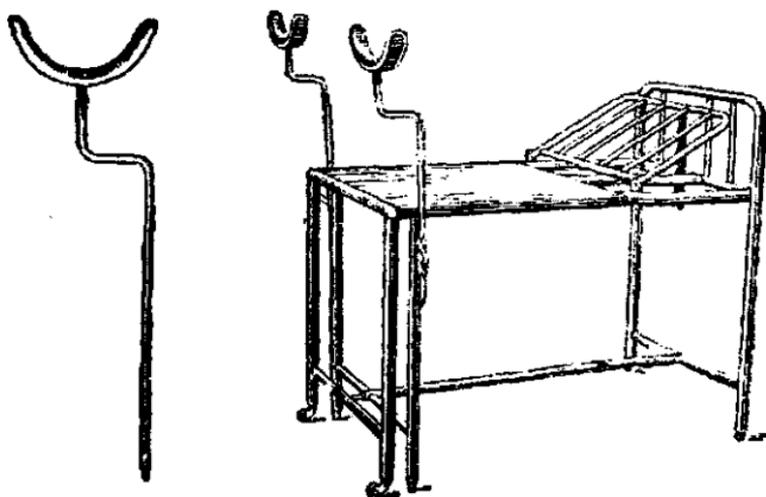
Если предлежащая часть появляется из половой щели и в паузу уже не исчезает — это *прорезывание*. Затем по биомеханизму рождается головка, за ней рождаются плечики и весь плод.

Ведение II периода родов

Первородящая до прорезывания головки, а повторнородящая — до врезывания находится в пред-родовой палате, где она тужится на кровати под наблюдением и руководством акушерки (медсестры), вспоминая занятия по физиопсихопрофилактической подготовке к родам. Необходимо следить за состоянием роженицы, ее жалобами, пульсом, АД, продвижением головки, сердцебиением плода, выделениями, потужной деятельностью.

При переводе в родзал роженица снимает с себя всю одежду, в родзале ей выдают пакет для роженицы (стерильные косынка, рубашка, бахилы).

На кровать Рохманова стелится стерильный разовый пакет для приема родов. Роженица лежит на спине, ноги у нее согнуты и разведены, ступнями она упирается в ногодержатели, руками тянет на



Кровать Рохманова

себя ручки стола, как вожжи, головной конец кровати приподнят, роженица тужится.

Медсестра готовит стол для родов, моет руки одним из способов, одевает стерильную одежду и ведет роды. С момента прорезывания головки медсестра начинает оказывать пособие по защите промежности.

Пособие по защите промежности

I момент — заем ткани у клитора.

Указательным и большим пальцами левой руки медсестра спускает ткань Бульварного кольца от клитора к задней спайке, к акушерской промежности.

II момент — помощь в разгибании головки.

С момента рождения теменных бугров левая рука захватывает головку, а правая рука умывательным движением снимает вульварное кольцо постепенно с лобика, носика, подбородочка.

Л/ момент — помощь в повороте головки.

Медсестра захватывает ладонями боковые части лица и помогает повернуться головке личиком к бедру матери, противоположному позиции плода.

IV момент — помощь в выведение плечиков.

Медсестра проводит тракцию (влечение) головки кпереди, помогая зафиксироваться переднему плечу и родиться заднему, затем делается тракция головки кзади — рождается переднее плечико.

V момент — выведение туловища.

Указательные пальцы подводят подмышки плода, медсестра захватывает грудную клетку в коль-

ПЛОД - ОБЪЕКТ РОДОВ

ВОЗРАСТ
ПЛОДА

ПРИЗНАКИ
ВОЗРАСТА
ПЛОДА

НЕДОНОШЕННЫЙ

- длина до 45 см
- вес до 2500 г
- кожа красная
- отсутствие подкожно-жировой клетчатки
- все тело покрыто пушком
- хрящи ушных раковин мягкие, прижаты к голове
- широкие швы у родничков
- пупочное кольцо расположено низко
- яички у мальчиков не опущены в мошонку
- большие половые губы не прикрывают малые и клитор
- ногти не прикрывают ногтевые фаланги
- крик писклявый

ДОНОШЕННЫЙ

- длина больше 47 см
- вес больше 2500 г
- кожа бледно-розовая
- развита подкожно-жировая клетчатка
- остатки сыровидной смазки
- пушок на плечах
- длина волос более 2 см
- пупочное кольцо имеет срединное расположение
- ногти у кончиков пальцев
- ушные и носовые хрящи упругие
- яички у мальчиков опущены в мошонку
- половая щель прикрыта большими половыми губами
- движения активные
- крик громкий

ПЕРЕНОШЕННЫЙ

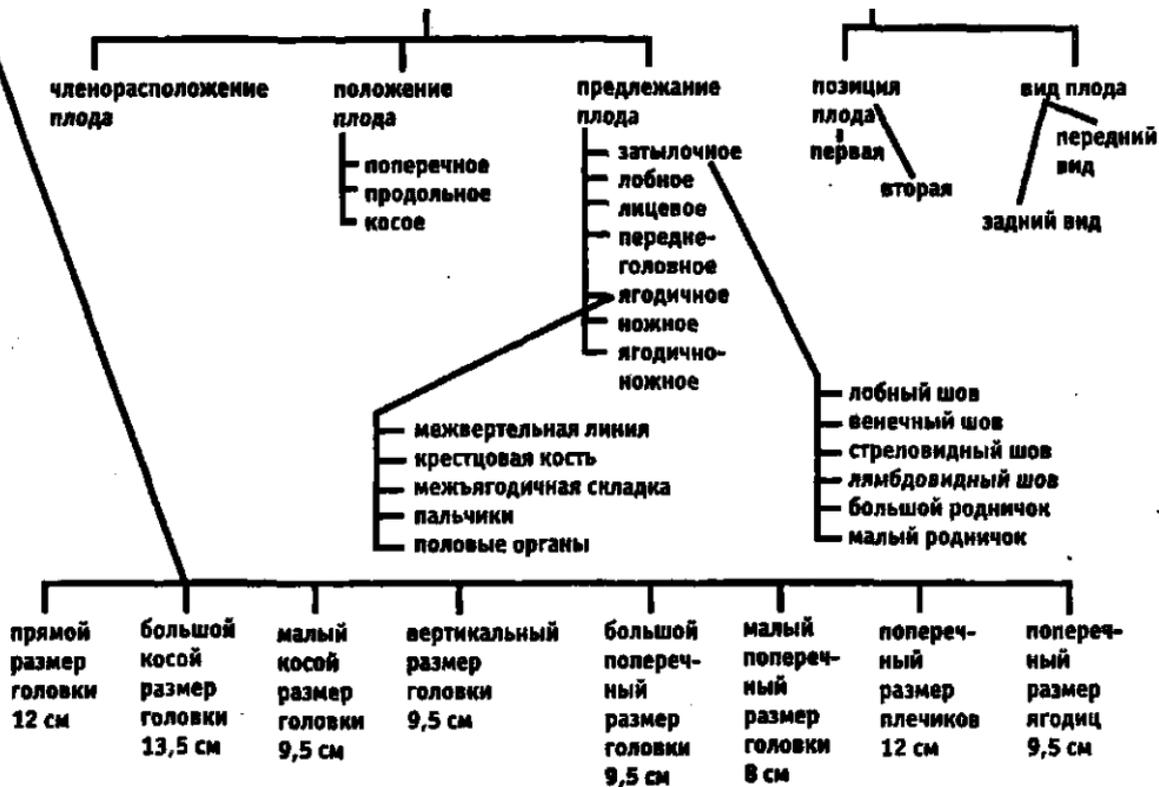
- отсутствие сыровидной смазки
- отсутствие пушка
- плотные кости черепа
- узкие швы и роднички
- «банья» стопы и ладошки
- сухая кожа

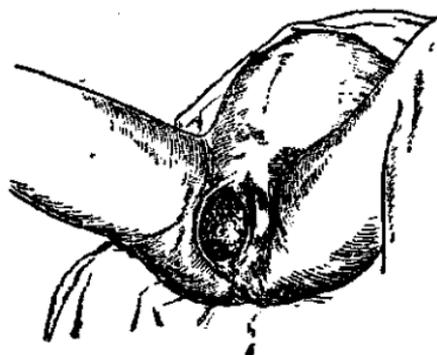
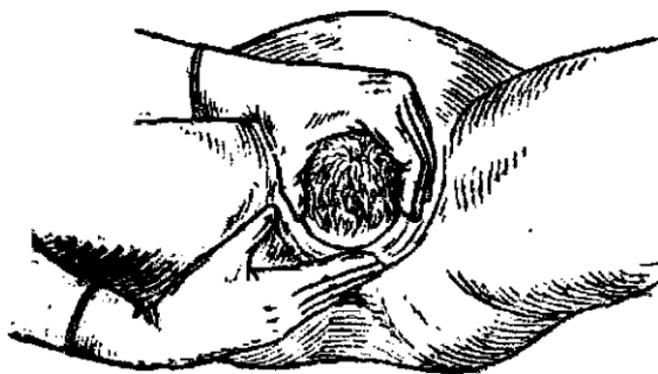
**ХАРАКТЕРИСТИКА
ПОЛОЖЕНИЯ
ПЛОДА В МАТКЕ
(акушерская
терминология)**

**ВАРИАНТЫ
ПОЛОЖЕНИЯ
ПЛОДА
В МАТКЕ**

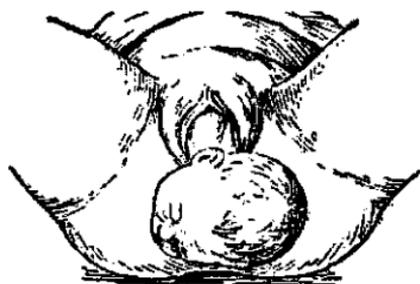
**ОПОНАВАТЕЛЬНЫЕ
ПУНКТЫ
ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ
ЧАСТИ ПЛОДА**

**РАЗМЕРЫ
ДОШЕННОГО
ПЛОДА**



ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ**Врезывание головки****Прорезывание головки****Выведение головки. «Защита промежности»**

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ



Переднее плечико

Рождение плечиков



Заднее плечико

Выведение плечиков



Переднее плечико



Заднее плечико

цо и выводит плод, который укладывается на локоток между ног матери.

Первый туалет новорожденного

Первый туалет новорожденного начинается с отсасывания слизи из ротика и носика электроотсосом или резиновым баллоном.

Профилактика офтальмобленнореи

Веки новорожденного протирают сухими тампонами от наружи кнутри. Затем нижнее веко оттягивается и на слизистую наносится 2 капли 30% раствора сульфанила натрия, это же проводят со вторым глазом. Через 2 часа профилактику повторяют.

Двухмоментная обработка пуповины

I момент. На расстоянии 10 см от пупочного кольца пуповину обрабатывают спиртом, накладывают зажим Кохера, выше на 2см накладывают второй зажим, третий зажим накладывают у половой щели. Между зажимами ножницами пересекают пуповину, культю обрабатывают раствором иодоната и накладывают марлевую повязку.

Новорожденного показывают матери и уносят на пеленальный столик.

После окончания родов производят II момент обработки пуповины.

Медсестра обрабатывает руки, одевает стерильные перчатки. Обрабатывается остаток пуповины от пупочного кольца на 2 см спиртом и накладывается скобка Роговина при помощи зажима или пластмассовый зажим на пуповину на границе кожи и

пуповины. Ножницами отсекается пуповина на 2 см выше зажима. Культия обрабатывается 5% раствором перманганата калия и накладывается сухая марлевая салфетка.

Проводится антропометрия новорожденного (масса, окружность головы, окружность груди, длина).

Проводится туалет новорожденного стерильным растительным маслом, удаляется избыток сыровидной смазки, остаток крови и слизи.

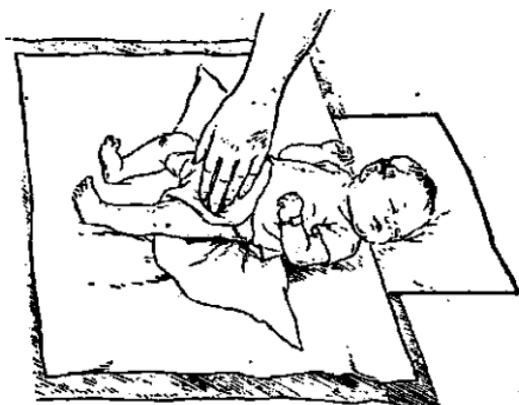
На руки надевают браслеты из медицинской клеенки и медальон, где указываются фамилия, имя и отчество матери, дата и время рождения новорожденного, масса, длина, пол. Проводится пеленание новорожденного и сверху надевается клеенчатый медальон, на котором также указаны все данные, аналогичные указанным в браслетках.

В современных условиях в крупных акушерских стационарах организованы круглосуточные дежурства педиатра-неонатолога, который вместе с медсестрой отделения новорожденных присутствует при родах, в случае необходимости они вместе с анестезиологической бригадой проводят реанимационные мероприятия новорожденным, родившимся в асфиксии.

Последовый период

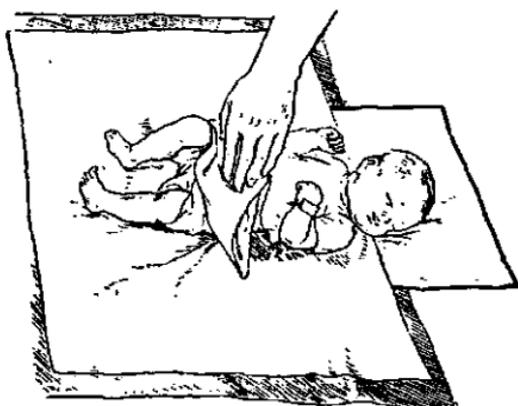
III период родов начинается с момента рождения последнего плода и заканчивается рождением последа. Он характеризуется последовыми схватками и потугами. Длительность последового периода - 15—20 минут.

ТЕХНИКА ПЕЛЕНАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

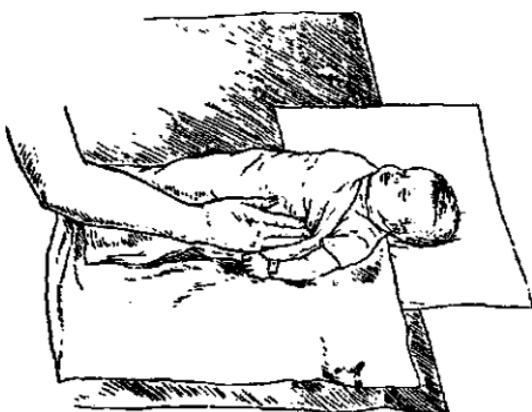


Первый момент: углы подгузника протянуты между ножками

Второй момент: концы подгузника завернуты во круг живота

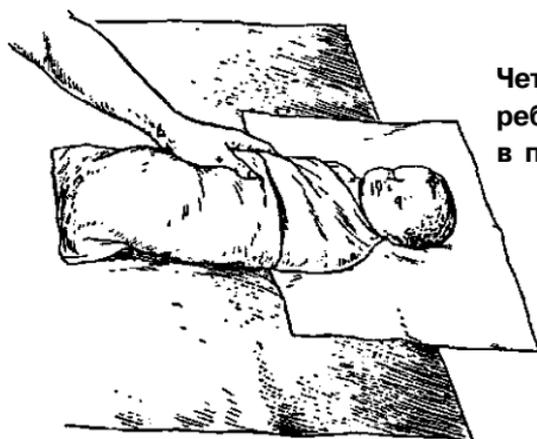


Третий момент: ребенка заворачивают в пеленку

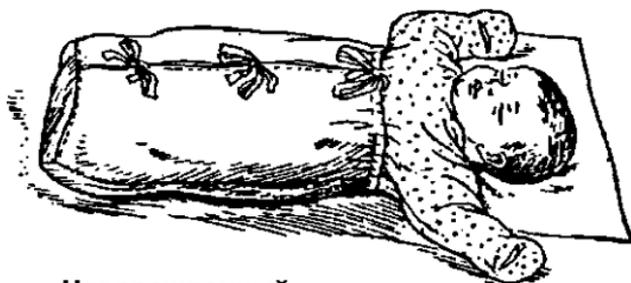


ТЕХНИКА ПЕЛЕНАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

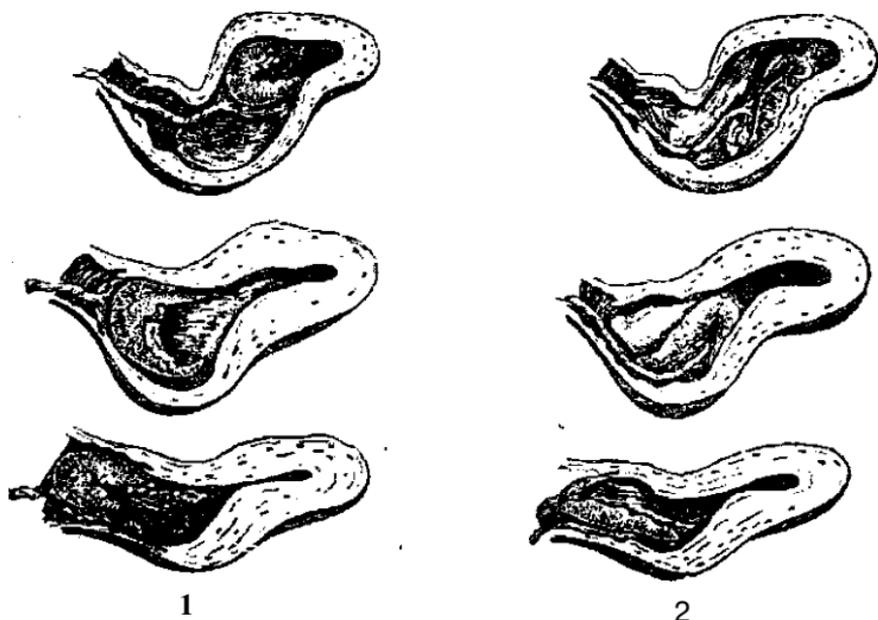
Четвертый момент:
ребенок завернут
в пеленку



Пеленание ребенка
закончено



Новорожденный
в распашонке



Третий период родов. Способы и этапы отделения последа:

- 1 - центральное отделение последа;
2 - краевое отделение

Послед включает плаценту, пуповину и оболочки.

Последовые схватки роженица обычно не ощущает. Последовые схватки вызывают I фазу периода — отделение последа.

После его отделения за счет потуг проходит II фаза — выделение последа.

Отделение последа сопровождается кровянистыми выделениями. Различают три вида кровопотери:

- физиологическая — 200-250 мл;
- допустимая 0,5% от массы тела;
- патологическая — больше допустимой.

Ведение III периода родов

Очень важно не допускать кровопотери. Следует следить за состоянием роженицы, цветом кожных покровов, жалобами, пульсом, АД, наружной и внутренней кровопотерей.

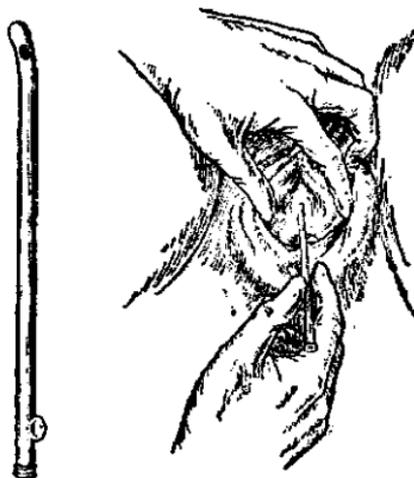
За внутренней кровопотерей судят по ВСДМ, которая после рождения плода находится на 2 см выше пупка. За наружной кровопотерей следят по содержанию лотка, который поставлен под таз роженицы.

Ведение последового периода начинается с катетеризации мочевого пузыря.

Период ведется выжидательно.

ЪЛ Девиз ведущих роды: руки прочь от матки!

Медсестра наблюдает за признаками отделения плаценты, которые говорят о завершении I фазы.



Катетеризация мочевого пузыря

Признак Шредера - матка уплотняется и отклоняется к правому подреберью.

Признак Альфельда - удлинение наружного отрезка пуповины на 10 см.

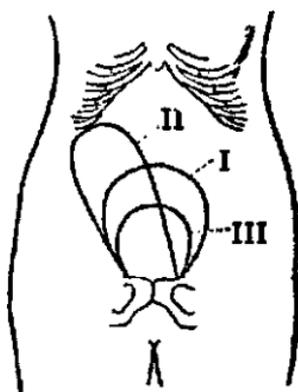
Признак Довженко — при глубоком вдохе и выдохе пуповина не втягивается в половую щель.

Признак «песочных часов» — выпячивание отделившейся плаценты над лоном.

Признак Кюстнера-Чукалова — при надавливании ребром ладони над лоном наружный отрезок пуповины не втягивается в половую щель.

При наличии признаков отделения плаценты роженицу просят потужиться - послед рождается.

Иногда потуги роженицы не дают эффекта, и приходится применить методы выделения плаценты. **Метод Абуладзе** - переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку так, чтобы



Признак Шредера



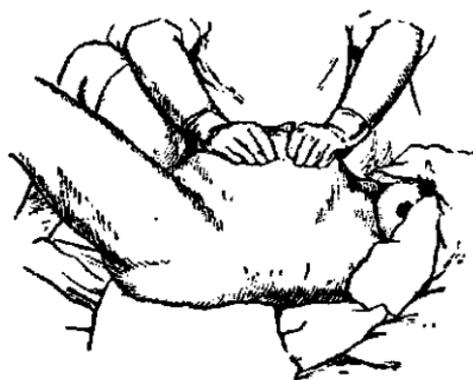
1



2

Признак Кюстнера-Чукалова

- 1 - плацента не отделилась, пуповина втягивается во влагалище;
2 - плацента отделилась, пуповина не втягивается во влагалище



Выделение последа по Абуладзе



Способ Гентера

обе прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами. Роженица тужится.

Метод Гентера — акушерка встает сбоку от роженицы, лицом к ее ногам. Кисти, сжатые в кулак, кладут на дно матки в области трубных углов. Роженице предлагают тужиться.

Метод Креде-Лазаревича — состоит из 5 моментов:

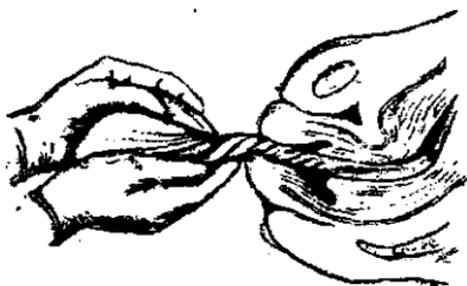


Выжимание последа по Креде-Лазаревичу

- катетеризация мочевого пузыря;
- приведение матки в срединное положение;
- расположение кисти на матке: большой палец по передней поверхности матки, четыре — по задней, дно — в ладони;
- наружный массаж матки;
- собственно выделение последа.

Прием последа

Отделившийся послед захватывается за пуповину, вторая рука принимает послед. Появившийся из половой щели послед обеими руками осторожно медленно вращают, при этом оболочки сворачиваются в жгутик, и послед выделяется полностью.



Прием последа

Осмотр последа

1. Осмотр на целостность оболочек.

Медсестра берет послед за пуповину, расправляет оболочки и осматривает их.

2. **Осмотр плодовой стороны, сосудистого рисунка**, он должен закончиться в пределах плаценты, если сосуд вышел за пределы, следует искать там дополнительную дольку.

3. Осмотр материнской стороны.

Плаценту выворачивают на материнскую сторону и оценивают целостность долек; размеры, толщину плаценты, изменения на ней.

Медсестра, принимающая роды в экстремальной ситуации, несет ответственность за осмотр плаценты, удостоверяет это в истории родов своей подписью, она обязана сопровождать родильницу в бли-



а



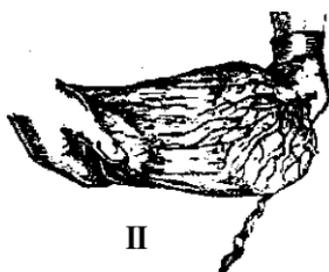
б

Планта:

а - плодовая поверхность; б - материнская поверхность



I



II



IV



III

Осмотр плаценты

жайшее учреждение родовспоможения и доставить туда плаценту для осмотра врачом.

Основные проблемы ро/кеницы и их решение

В I периоде родов основная проблема — это боль и волнение за исход родов. Медсестра своим поведением, уверенными действиями должна вызвать доверие роженицы. Необходимо успокоить роженицу и родственников, если они присутствуют.

Медсестра-анестезистка участвует в медикаментозном обезболивании родов:

- дача закисно-кислородного наркоза;
- введение обезболивающих средств (промедол, анальгин, дроперидол);
- введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин, атропина сульфат);
- введение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин).

В периоде раскрытия шейки матки могут отойти околоплодные воды — раннее излитие вод, что может привести к слабости родовой деятельности и инфицированию. Медсестра будет выполнять назначения врача по стимуляции родовой деятельности, профилактике инфекции.

Для профилактики внутриутробной гипоксии плода проводится триада по Николаеву.

Оценка новорожденного по шкале Апгар

При диагностике асфиксии новорожденного используют шкалу Апгар для оценки состояния новорожденного и для определения степени тяжести ас-

фиксии, установленной при рождении. В качестве основных показателей жизнедеятельности новорожденного избраны: сердцебиение, дыхание, мышечный тонус, живость рефлексов, цвет кожных покровов.

Каждый из названных критериев оценивают по двухбалльной системе (0, 1, 2).

10—8 баллов — хорошее состояние;

7—6 баллов — асфиксия легкой степени;

5—4 баллов — асфиксия средней тяжести;

ниже 4 баллов — тяжелая асфикция.

Основные принципы реанимации новорожденных, родившихся в асфиксии

Реанимационные мероприятия должны проводиться в определенной последовательности и в объеме, зависящем от тяжести проявления асфиксии.

С помощью катетера, соединенного с электровакуумным аппаратом, необходимо произвести отсасывание из полости рта и носоглотки масс, состоящих из околоплодных вод, слизи, крови, мекония.

При подозрении на внутриутробную аспирацию околоплодных вод необходимо произвести интубацию и отсосать аспирированные массы через интубационную трубку (вмешательство врача).

После освобождения дыхательных путей от аспирированных масс, при необходимости (цианоз, нерегулярное дыхание) следует перейти на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). При нарушении сердечной деятельности (частота сердечных сокращений менее 80 ударов в минуту) проводят непрямой массаж сердца.

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

КЛАССИФИКАЦИЯ
ПО СТЕПЕНИ
ТЯЖЕСТИ
ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР
ЧЕРЕЗ 1 МИН.
ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ

РЕАНИМАЦИОННЫЕ
МЕРОПРИЯТИЯ

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ПОСТИПНОКСИЧЕСКОГО
СИНДРОМА

ЛЕТКАЯ

6 - 5 БАЛЛОВ

- цианоз кожи
- тахикардия
- поверхностное дыхание,
- отсутствие крика
- гипотонус мышц
- гипорефлексия

- отсасывание слизи
- ИВЛ-маской
- введение 5% р-ра
- гидрокарбоната
- натрия 10-20 мл
- введение глюкозы 10% - 8,0

нарушение
мозгового
кровообращения
I ст.

ТЯЖЕЛАЯ

4 - 3 БАЛЛА

- брадикардия
- апноэ
- гипорефлексия
- гипотония мышц

- отсасывание слизи
- введение 5% р-ра
- гидрокарбоната натрия
- 15-25 мл
- введение глюкозы
- 10% - 10,0-8,0
- введение оксикарбоксилазы
- интубация, ИВЛ

нарушение
функции
внешнего
дыхания

2 - 1 БАЛЛ

- единичные
- сердцебиения
- апноэ
- арефлексия
- атония мышц

бледность
кожных
покровов

- то же, что при 4-3 баллах
- краниоцеребральная
- гипотермия
- массаж сердца
- введение адреналина
- в сердце
- введение гидрокортизона

- отек головного мозга
- нарушение гемодинамики
- нарушение микроциркуляции
- нарушение метаболизма
- нарушение функций почек

При декомпенсированном метаболическом ацидозе внутривенно (в пуповину) по назначению врача вводят 4% раствор гидрокарбоната натрия — 4 мл/кг медленно, в течение 2 минут. Для восполнения объема циркулирующей крови применяют 5% раствор альбумина, изотонический раствор хлорида натрия из расчета 10 мл/кг, вводят медленно.

Если при рождении в тяжелой степени асфиксии реанимационные мероприятия оказываются неэффективными, то они должны продолжаться не более 15—20 мин. Более продолжительная реанимация нецелесообразна.



ПОСЛЕРОВОЙ ПЕРИОД И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ. УХОА ЗА РОЛИЛЬНИЦЕЙ

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и длится 6—8 недель после родов.

Он делится на ранний послеродовой период — с момента рождения последа, два часа после родов и до суток.

Поздний послеродовой период — от суток до 6—8-й недели после родов.

В течение послеродового периода происходит обратное развитие всех органов и систем — *инволюция*.

Наибольшие изменения в организме совершаются в первые дни послеродового периода. Общее состояние роженицы после родов, как правило, хорошее.

Аппетит, вначале пониженный, через несколько дней после родов, особенно у кормящих, повышается.

Матка, после родов весящая около 1000 г и представляющая собой как бы раневую поверхность, а также повреждения других отделов тазового канала постепенно заживляются. Сосуды, залегающие в маточных стенках, за счет сокращения матки су-

жаются, тромбируются, и кровянистые выделения прекращаются

Выделения после родов — *лохии* в первые 3—4 дня кровянистые, на 5—6-й день — слизисто-кровянистые, с 7-го дня — серозные. Полное восстановление слизистой матки заканчивается к 20—25 дню после родов, а функция матки полностью восстанавливается через 40-60 дней.

После рождения последа дно матки находится на уровне пупка, ежедневно за счет сокращения матки, дно понижается на 1—2 см, к 7—8 дню после родов матка находится в малом тазу. Внутренний зев закрывается к 7-му дню после родов, наружный — к 10-му. Шейка формируется, наружное отверстие рожавшей женщины имеет щелевидную форму.

Влагалищная трубка суживается и восстанавливается только через 30—40 дней после родов. Созревание фолликулов и образование граафовых пузырьков в **яичниках** у не кормящей женщины происходит нередко уже через 30—40 дней, месячные появляются через 2—2,5 месяца после родов. У кормящих матерей менструации появляются позже, почти у 50 % - на 4-5-й месяц после родов. Следует иметь в виду, что беременность может наступить в послеродовом периоде и без появления месячных.

Связочный аппарат к концу послеродового периода восстанавливается, маточные трубы занимают горизонтальное положение.

Молочные железы еще более увеличиваются, на третьи сутки после родов появляется молоко. Отделение молока называется *лактацией*.

Ведение раннего послеродового периода

Два часа после родов родильница находится под тщательным наблюдением в родзале. Необходимо осмотреть шейку и влагалище для исключения травм с помощью широких послеродовых зеркал, шейку следует осматривать с помощью корнцангов. После этого осматривают наружные половые органы с помощью ватных тампонов. При наличии разрывов акушерка накладывает швы, а медсестра-анестезистка по назначению врача проводит обезболивание. Чаще всего это внутривенный кратковременный наркоз (сомбревин, колепсол и др.).

Обращают внимание на состояние родильницы, цвет кожных покровов, выясняют жалобы, подсчитывают пульс, измеряют АД, температуру, следят за внутренней и наружной кровопотерей, проводят наружный массаж матки. С целью профилактики кровотечения на низ живота кладут пузырь со льдом.

Через 2 часа после родов родильницу на каталке переводят в послеродовое отделение.

Ведение послеродового периода и решение сестринских проблем

Шесть часов после родов родильница находится на строгом постельном режиме.

Основная проблема — невозможность помочиться в связи с тем, что она лежит, боится боли, в результате сдавления мочевого пузыря может наступить его гипотония.

Следует рефлекторно вызвать акт мочеиспускания (включить воду, подать теплое судно, полить

теплой водой наружные половые органы, накрыть родильницу, огородить ширмой). В первые сутки надо следить за мочеиспусканием через каждые 2 часа для профилактики кровотечения.

Необходимо помочь родильнице умыться, накормить ее после родов; проследить за ее первым вставанием.

Здоровая родильница не нуждается в специальной диете после родов, кормление ребенка грудью требует лишь умеренного увеличения калорийности пищи и количества выпиваемой жидкости. Родильницам рекомендуются молочные продукты (молоко, кефир, творог, сметана, сливочное масло, простокваша, сыр), а также овощи и фрукты, мясо нежирных сортов, рыба. Следует исключить из питания консервы, пряности, алкоголь, ограничить употребление цитрусовых. Пища должна быть легкоусвояемой, свежеприготовленной, вкусной. Принимать пищу следует 3-4 раза в сутки перед кормлением ребенка.

В акушерском стационаре родильница принимает пищу в палате, пользуясь прикроватной тумбочкой. Медперсонал контролирует количество и качество продуктов, передаваемых родильнице родственниками. Передаваемые продукты хранятся в холодильнике, непортящиеся продукты — в целлофановых мешочках в тумбочках. Родильнице категорически запрещается курить.

При соблюдении принципа раннего вставания родильница пользуется комнатой личной гигиены, проводит туалет наружных половых органов по мере необходимости, медсестра должна объяснить, как проводить туалет, и следить за этим.

Родильницам, имеющим швы на промежности, туалет наружных половых органов проводится в смотровой комнате.

Во время пребывания в родильном доме родильнице часто меняют белье. Рубашка меняется ежедневно. Стерильная подкладная меняется 3—4 раза в день и по мере надобности.

Смена постельного белья проводится не реже одного раза в 4 дня.

Два раза в сутки родильнице измеряют температуру» ежедневно контролируют пульс и АД.

Если температура тела повышается, необходимо сообщить об этом врачу и после осмотра перевести родильницу в наблюдательное отделение.

Важным критерием правильного течения послеродового периода является качество и количество лохий.

При появлении обильных кровянистых выделений со сгустками необходимо сообщить об этом врачу, до его прихода измерить АД, провести наружный массаж матки, положить пузырь со льдом на низ живота, подготовить для введения сокращающие средства (окситоцин, метилэргометрин). Медсестра, как и акушерка, первой может отметить у родильницы неприятный запах выделений из половых путей, об этом также следует сообщить врачу.

Первые трое суток у родильницы отсутствует стул, если его нет и далее — это уже *сестринская проблема*, кишечник опорожняют с помощью очистительной клизмы или назначения слабительного.

С первых суток послеродового периода и до выписки родильниц учат выполнять комплекс упраж-

нений лечебной гимнастики. Необходимо при выполнении гимнастических упражнений следить за самочувствием родильницы. Перед гимнастикой следует проветрить помещение, проводить ее следует в течение 5—15 минут.

Здоровая родильница находится в палате со своим ребенком, медсестра отделения новорожденных помогает ей и учит ухаживать за ребенком.

За время нахождения в родильном отделении родильница прослушает беседы «Гигиена послеродового периода», «Вскармливание новорожденного», «Уход за молочными железами».

Сестринская проблема — кормление новорожденного

Перед каждым кормлением ребенка необходимо:

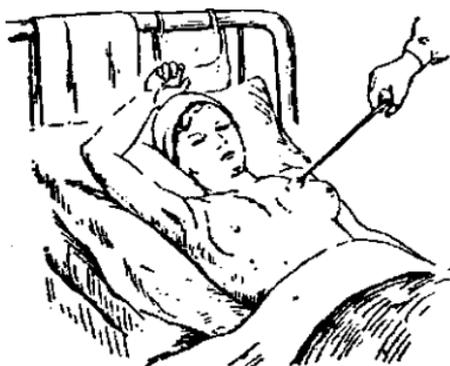
- помыть руки с мылом;
- обмыть молочную железу водой из-под крана с мылом и осушить полотенцем;
- первые и последние дозы молока необходимо сцеживать руками;
- сделать массаж молочной железы подушечками пальцев рук;
- найти участок уплотнения и больше его промассировать;
- затем указательным пальцем надавливать область околососкового кружка, добиваясь эффекта сцеживания.

Медсестра должна проследить за сцеживанием и помочь родильнице.

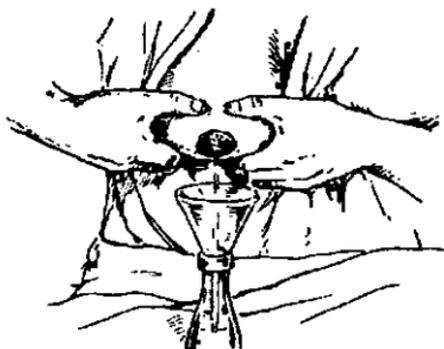
Выписка из роддома производится на 5-е сутки после родов, но зависит это и от ребенка.

Перед выпиской родильница получит обменную карту, в которой отмечаются особенности течения родов и послеродового периода. Эта карта сдается в женскую консультацию, куда родильнице рекомендуется обратиться через 10 дней после родов, она получает декретный отпуск на 70 дней.

В детскую поликлинику сообщают сведения о новорожденном. При выписке также дается справка о рождении ребенка для регистрации в ЗАГСе.



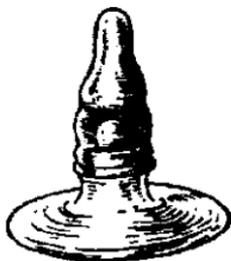
Обмывание молочных желез



Сцеживание молока



Молокоотсос



**Стеклянная накладка
с резиновой соской**



Накладка Дятлова

гигиена родильницы дома и роль медсестры

Первой из медицинских работников в домашних условиях родильницу посетит медсестра детской поликлиники (первые 3 дня после родов). Она должна не только обратить внимание на новорожденного, но и на состояние родильницы, гигиену жилища, отношение мужа, родственников.

Главная сестринская проблема — недостаток знаний родильницы и практических умений в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода.

Медсестра, посещая родильницу, должна вести сестринский процесс, где ставит перед собой определенные цели, одна из которых — информировать родильницу в данном направлении.

Дома следует следить за чистотой своего тела, ежедневно принимать душ, тщательно мыть руки и молочные железы перед кормлением ребенка. Следить за чистотой помещения. Стричь коротко ногти, не покрывать их лаком. Ежедневно 2 раза в день подмывать наружные половые органы теплой водой с мылом и вытирать их специально выделенным полотенцем. Менять постельное белье не реже 1 раза в неделю, носить лифчик для поддержания молочных желез, бандаж.

Ванна разрешается не раньше, чем через 3—4 недели после родов.

Необходимо чаще и больше бывать на свежем воздухе, тщательно проветривать помещение. Ухаживать за ребенком и привлекать мужа к уходу за ним; воспитывать у мужа инстинкт отцовства.

Не позволять курить и не держать животных в комнате, где находится ребенок.

Соблюдать правильный режим труда и отдыха. Избегать поднятия тяжести и работы, связанной с тяжелыми физическими нагрузками. Спать необходимо не менее 8 часов в сутки и отдыхать днем. Обязательно заниматься физическими упражнениями.

В случае, если родильница заметит какие-то осложнения, ей следует обратиться в женскую консультацию. Эти осложнения может заметить и медсестра при очередном посещении.

Сестринской проблемой являются и взаимоотношения в семье. Родильница должна быть здоровой, спокойной, у нее должно быть хорошее настроение, главная ее роль — кормление новорожденного.

Медсестра, являясь советником и помощником в семье, должна объяснить, что роль мужа и родственников в этом очень велика. Только при участии всей семьи в уходе за ребенком он вырастет здоровым.

Половую жизнь рекомендуется начать через 6—8 недель после родов, так как беременность и роды связаны с большими изменениями в организме, колоссальными психическими и физическими нагрузками. Интервалы между родами должны быть не менее двух лет, так как риск заболеваний и осложнений со стороны матери и плода возрастает.

И здесь медсестра должна решать эту проблему.

Надо порекомендовать супружеской паре обратиться за советом в Центр планирования семьи, где предложат для предохранения после родов механические методы (презерватив, диафрагму, внутриматочную спираль).

По поводу гормональных таблеток следует проконсультироваться, так как эстрогены, входящие в состав таблеток, уменьшают лактацию, а вот инъекционные методы, наоборот, увеличивают.

Применение химических методов в послеродовом периоде не рекомендуется.



ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Послеродовая инфекция представляет собой раневую септическую инфекцию, отличающуюся в силу анатомического строения половых органов и их функций рядом особенностей.

В ряде случаев экстрагенитальная патология (туберкулез, сахарный диабет, ожирение) способствует развитию септического процесса. Острые инфекционные заболевания (тиф, грипп, ангина) увеличивают процент септического осложнения после родов.

Все факторы, ослабляющие силы женщины, — большая кровопотеря, затяжные роды, длительный безводный период, обширные травмы мягких родовых путей, отрицательные эмоции (боль, страх, душевные потрясения) — влияют на частоту развития послеродовых осложнений.

Вместо стрептококка, игравшего главную роль в качестве возбудителя септической инфекции, на первое место выдвигается пенициллиноустойчивый стафилококк, бактерии группы кишечной палочки, протей и другие возбудители, также устойчивые к большинству антибиотиков. Иногда возбудителем пос-

леродового заболевания является гонорея, бывшая до беременности или приобретенная во время нее.

Различают инфекцию *экзогенную*, занесенную извне. Это руки медперсонала или самой женщины, инструменты, она может передаваться капельным путем (кашель, чихание), через воздух при значительном его загрязнении.

Эндогенная инфекция вызывается собственными микробами женщины (микрофлора полости зева, кариозные зубы и т.д.).

Из септического очага инфекция распространяется чаще всего по кровеносным путям (*гематогенный путь*), реже — по лимфатическим (*лимфогенный путь*) и еще реже — по каналу шейки матки и трубам (*интраканаликулярный путь*). Может иметь место и комбинированный путь — гематогенно-лимфогенный.

Классификация

Септическую послеродовую инфекцию следует рассматривать как единый, динамически развивающийся процесс, при котором между отдельными клиническими формами нет резкой границы, и одна форма заболевания может переходить в другую.

Согласно классификации различают четыре этапа распространения инфекции.

I этап — ограниченная форма септической инфекции; она не распространяется за пределы матки (послеродовая язва и послеродовой эндометрит).

II этап — инфекция вышла за пределы матки, но ограничена полостью малого таза (метроэндометрит,

сальпингит, параметрит, пельвеоперитонит, тромбоз-флебит бедренных вен).

III этап — инфекция вышла за пределы малого таза, но не стала генерализованной (разлитой перитонит, диффузный тромбоз-флебит).

IV этап — генерализованная септическая инфекция — сепсис.

Послеродовая язва

Заболевание возникает в результате инфицирования разрывов промежности, трещин, ссадин преддверия влагалища и шейки матки.

Пораженные участки слизистой покрыты грязно-серым налетом, ткани вокруг гиперемированы, несколько отечны.

Лечение. Снять швы, если они есть, и лечить как гнойную рану 3—4 дня: обрабатывание перекисью водорода, дренирование гипертоническим раствором хлорида натрия, после того как рана очистится — мазовые повязки.

Эндометрит (метроэндометрит)

Обычно заболевание начинается на 2—3-й день после родов. Процесс захватывает эндометрий, в более тяжелых случаях и миометрий.

Жалобы на головную боль, боль внизу живота и пояснице, слабость, недомогание, чувство жара, иногда озноб.

Температура повышается ступенеобразно, иногда сразу после озноба учащается пульс.

При пальпации матка увеличена, мягкая, болезненная, подвижная.

Выделения из матки гнойные, обильные, иногда с гнилостным запахом.

Если при не резко выраженном воспалительном процессе нарушается отток выделений вследствие резкого перегиба матки или закупорки цервикального канала кровяным сгустком, возникает лохиометра.

Лечение. Повышение общей реактивности родильницы и противовоспалительное лечение.

Неосложненный эндометрит продолжается 7—8 дней, после чего процесс либо заканчивается, либо инфекция распространяется дальше.

Заболевания, ограничивающиеся полостью малого таза

Когда септическая инфекция выходит за пределы матки, она дает начало так называемым местным процессам в малом тазу (сальпингит, офорит, сальпингоофорит) и ведет к образованию воспалительных опухолей и инфильтратов (параметрит). При переходе инфекции из труб на тазовую брюшину возникает послеродовой экссудативный пельвеоперитонит, при котором резко выражены явления раздражения брюшины.

Клиника. Наблюдаются высокая температура, резкое учащение пульса, тошнота, рвота, задержка газов, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, т.е. клиника мало отличается от общего перитонита. Постепенно процесс благодаря образованию спаек ограничивается, рвота прекращается, восста-

навливается функция кишечника и начинает ясно определяться выпот внизу живота. Для уточнения диагноза проводят пункцию заднего свода, получают серозный экссудат.

Лечение консервативное. Антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая терапия.

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

Клиника. При нерезких болях и повышенной температуре постоянного типа, сбоку от матки, обычно с одной стороны пальпируется плотный, мало болезненный инфильтрат, он неподвижен. Повышенная температура держится 1—2 недели.

После родов инфекция нередко поражает крупные вены таза и нижних конечностей — возникают **тромбофлебиты**.

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

Лечение. Консультация хирурга. Антисептическое лечение.

Заболевания, распространяющиеся за пределы малого таза

Общий перитонит начинается **обычно рано**, иногда на 2—3-й день после родов. В брюшной полости

образуется выпот (серозный, серозно-фибринозный или гнойный). Повышается температура, резко учащается пульс, сильные боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов.

Лицо роженицы — осунувшееся, язык и губы сухие, покрыты налетом, живот резко вздут, болезнен, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В последние годы среди послеродовых перитонитов первое место по частоте занимают перитониты после кесарева сечения, произведенного у рожениц, уже инфицированных в родах.

В условиях применения антибиотиков заболевание проявляется своеобразно. Симптомы многочисленны, но постоянный симптом начинающегося перитонита — боли в животе. Один из важнейших симптомов — нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Уменьшению осложнений после кесарева сечения способствует проведение этой операции в нижнем маточном сегменте.

Применение антибиотиков, раннее оперативное вмешательство — лапаротомия, непосредственное введение антибиотиков в брюшную полость значительно улучшают прогноз общих перитонитов.

Генерализованные формы послеродовой инфекции

Сепсис проявляется в виде следующих форм.

Септецемия — общее заражение крови.

Септикопиемия — появление гнойных очагов в органах.

Бактериальный шок — вызывается выбросом большого количества микробов в кровь. Он может быть молниеносным, бурно вовлекаются в процесс паренхиматозные органы, и исход летальный.

Когда клинические симптомы мало выражены, то заболевание может длиться много дней и даже месяцев.

Наиболее постоянные симптомы — озноб и температура до 39-40°.

Довольно часто при сепсисе поражается нервная система: припадки судорог, нарушение психики, бредовое состояние.

Изменяется цвет кожных покровов: они резко бледные с цианотичным или сероватым оттенком, иногда желтушные. Наряду с этим часто появляются полиморфные сыпи (петехиальные, кореподобные). Слизистые оболочки сухие, яркие. Очень рано развиваются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (снижение АД, тахикардия).

У ряда больных развивается отек легких, пневмония.

Нередко при сепсисе отмечается поражение печени: увеличиваются ее размеры, изменяется консистенция, появляется болезненность. Часто наблюдается содружественное поражение печени и почек: анурия, олигурия, почечная недостаточность. Особенностью является то, что со стороны половых органов проявления не выражены или выражены незначительно.

Бактериологическое исследование крови не всегда подтверждает диагноз сепсиса. Это объясняется

кратковременной бактериемией, характерной для стафилококковой инфекции.

Лечение. Больных с сепсисом следует направлять в крупные городские и областные стационары, в которых может быть обеспечено круглосуточное врачебное наблюдение и оказана высококвалифицированная помощь и сестринский уход.

Основные направления лечения:

- укрепление сопротивляемости организма, мобилизация всех его защитных сил на борьбу с инфекцией;
- постельный режим;
- общий покой;
- холод на живот;
- болеутоляющие средства;
- • сестринский уход.

Чрезвычайно важным разделом лечения является бактериальная терапия, направленная на борьбу с возбудителями инфекции. Массивные дозы антибиотиков в сочетании с сульфаниламидными препаратами. -Обязательны нистатин или леворин для устранения дисбактериоза.

Возмещение жидкости с дезинтоксикационной целью и для улучшения микроциркуляции (гемодез, реополиглюкин, альбумин, протеин, неокомпенсан, плазма и т.д.).

Введение жидкости обязательно под контролем суточного диуреза. При необходимости внутривенное введение маннитола, эуфиллина, фурасемида. Для восстановления кислотно-щелочного равновесия — введение содового раствора.

Из сердечно-сосудистых средств: строфантин, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота, глюкоза с инсулином. Десенсибилизирующая терапия. Гормональное лечение.

Послеродовой мастит

Мастит рассматривают как лихорадочный воспалительный процесс молочной железы инфекционного характера, развивающийся в основном в послеродовом периоде.

Классификация по Бартельсу:

- 1) начальная стадия;
- 2) инфильтративная стадия;
- 3) гнойная стадия.

Основные возбудители: стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, синегнойная палочка, протей.

Заражение происходит путем попадания возбудителя в нос и зев ребёнка, откуда при акте сосания он попадает на сосок матери. В ряде случаев источником заражения является сама мать при наличии у нее стафилококковых поражений кожи вблизи или на самой молочной железе. Большое значение для возникновения воспалительного процесса придается трещинам сосков и застою молока, нарушениям гигиены кормления ребенка.

Предрасполагающие моменты, путь распространения инфекции те же, что и при септических послеродовых заболеваниях.

Клиника. Озноб и температура до 38—39°. Молочная железа увеличена в размерах, болезненна, наружные покровы гиперемированы.

При пальпаторном исследовании в области пораженного квадранта отмечается болезненность и уплотнение.

После опорожнения железы инфильтрат сохраняется.

При неблагоприятном течении процесса уплотнение становится резко ограниченным, в одном из участков уплотненной ткани появляется размягчение с флюктуацией.

Исход заболевания зависит от своевременной диагностики и проводимого лечения.

Лечение. В *I стадии* — холод к железе, активное сцеживание, иммобилизация железы в приподнятом состоянии.

Во *II стадии* — антибиотикотерапия, при начинающемся рассасывании инфильтрата — УФО, компрессы с мазью Вишневского.

В *III период* — оперативное лечение: широкий и глубокий разрез с соединением всех соседних гнойных полостей в одну общую полость, которую дренируют марлевым тампоном, смоченным гипертоническим раствором.

Сестринский уход и решение сестринских проблем при послеродовых заболеваниях ,

Медсестра ведет сестринский процесс, осуществляя сестринский уход, и чаще всего первой выявляет сестринские проблемы. Она собирает информацию и ставит сестринский диагноз, о котором сообщает врачу. По санэпидрежиму родильного отделения больная родильница сразу переводится в об-

сервационное отделение, где медсестра осуществляет сестринский уход за родильницей и выполняет назначения врача.

Медсестра должна успокоить больную, объяснить необходимость соблюдения строгого постельного режима, следить за приемом пищи, т.к. аппетит у больной снижен.

Особое внимание следует обратить на профилактику послеродового мастита, т.к. состояние здоровья родильницы не позволяет ей кормить новорожденного. Необходимо регулярно проводить туалет молочной железы, помогать в ее сцеживании, обрабатывать сосок и околососковый кружок раствором бриллиантового зеленого.

Туалет наружных половых органов проводится на месте, т.к. родильница находится на постельном режиме. Медсестра контролирует температуру, цвет кожных покровов, подсчитывает пульс, измеряет АД, следит за внутренней и наружной кровопотерей, количеством и качеством лохий, мочеиспусканием, дефекацией.

Медсестра-анестезистка ухаживает и ведет сестринский процесс в ПИТе за родильницами с септическими процессами, сообщая врачу об изменениях в состоянии пациентки, выполняя назначения. Основная сестринская проблема — озноб, в это время надо взять кровь из вены на стерильность, укрыть родильницу, согреть, дать горячий сладкий чай.

Проводя инфузионную терапию, следует обращать внимание на реакцию пациентки на введение инфузионных растворов (озноб, боли за грудиной, голов-

ная боль, тошнота и т.д.). Следует следить за суточным диурезом, не пропустить появление отеков.

В послеоперационном периоде особое внимание обращается на состояние повязки, тошноту, рвоту, изжогу, живот (при пальпации он должен быть мягкий, безболезненный), отхождение газов.

Большую роль в выявлении послеродовых септических заболеваний играет медсестра детской поликлиники, которая первой посетит родильницу после выписки дома. Поэтому следует обращать внимание не только на новорожденного, но и на мать.

Основная проблема в данном случае заключается в том, чтобы убедить женщину обратиться к врачу. Следует взять в союз мужа, родственников, объяснить им необходимость госпитализации в гинекологическое отделение, надо поставить в известность акушерку женской консультации о состоянии родильницы.

Медсестра гинекологического отделения осуществляет сестринский процесс за гинекологической больной с послеродовой септической инфекцией, медсестра хирургического отделения осуществляет сестринский процесс за родильницей с разлитым перитонитом, тромбозом, гнойным маститом.

Кровотечения в последовом периоде

Причины:

- гипотония и атония матки;
- приращение плаценты;
- акушерский травматизм;
- неправильное ведение III периода родов.

Клиника.

Гипотония и атония матки. Осложнения связаны с нарушением сократительной способности матки, которые переходят из I и II периодов родов (слабость родовой деятельности, переносенная беременность, многоводие, многоплодие, аномалии развития матки, крупный плод, миома матки). В результате нарушается I фаза последового периода — отделение плаценты и II фаза — выделение плаценты.

Высота стояния дна матки находится выше положенного уровня (2 см выше пупка), признаки отделения плаценты отсутствуют.

Лечение. Роды ведутся «с иглой в вене», после рождения плода следует начать введение окситоцина внутривенно капельно.

Приращение плаценты бывает двух видов: истинное и ложное.

При *полном истинном приращении* плаценты нет кровянистых выделений, нет признаков отделения плаценты.

Лечение. Оперативное. Надвлагалищная ампутация матки.

При *ложном приращении плаценты* нет признаков отделения плаценты.

Лечение. Оперативное. Ручное отделение и выделение плаценты.

Акушерский травматизм. Повреждение наружных половых органов, промежности, влагалища, шейки и тела матки.

Клиника. Кровянистые выделения из половых органов.

Диагностика проводится в раннем послеродовом периоде (см. послеродовые кровотечения).

Неправильное ведение III периода родов заключается в форсировании последового периода, массажа матки при неотделившейся плаценте, потягивание за пуповину, что ведет к кровотечению.

Кровотечение может начаться при не распознавании признаков отделения плаценты и задержке в матке отделившегося последа.

Профилактика. Правильное ведение последового периода.

Кровотечение в послеродовом периоде

Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде:

- гипотония и атония матки;
- задержка частей плаценты;
- акушерский травматизм;
- ДВС-синдром.

Причины кровотечений в позднем послеродовом периоде:

- плацентарный полип;
- инфицирование матки.

Гипотония и атония матки связаны со снижением мышечного тонуса и сосудистой системы матки или с отсутствием тонуса.

Клиника. Кровотечение, как правило, бывает наружным. Значительно реже кровь скапливается в полости матки, и тогда о внутреннем кровотечении свидетельствуют признаки острой анемии и увеличение размеров матки.

Лечение. Для борьбы с гипотоническим кровотечением применяют наружный массаж матки с одновременным введением сокращающих (окситоцин, питуитрин, метилэргометрин); на низ живота после массажа кладут пузырь со льдом. В случае отсутствия эффекта, производят операцию: ручной контроль полости матки с последующим массажем матки на кулаке.

Если гипотоническое кровотечение не прекращается, то дальнейшая тактика:

- наложение шва по Лосицкой на заднюю губу шейки матки;
- введение тампона с эфиром в задний свод;
- перевязка сосудов по Цицишвили;
- если это не помогает, то проводят надвлагалищную ампутацию шейки матки.

Задержка частей последа.

Клиника: кровотечение.

Диагноз ставится на основе осмотра последа, может быть обрыв оболочек, отсутствие добавочной дольки, дефект последа (отсутствие дольки или долек на материнской поверхности), сомнение в целостности последа.

Тактика при задержке оболочек, если нет кровотечения, назначают сокращающие и следят за дальнейшим состоянием матки, оболочки могут выделяться в последующем вместе с лохиями.

При задержке долек — операция: ручной контроль полости матки.

ДВС-синдром (дессименированное внутрисосудистое свертывание крови) встречается при тяжелых

формах позднего гестоза, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, эмболии околоплодными водами, геморрагическом шоке, сепсисе, у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, печени, резус-конфликте, переливании несовместимой крови.

Пусковым механизмом является активация тканевого или кровяного тромбопластина, происходит внутрисосудистое свертывание крови, повышается кровоточивость.

Клиническая диагностика трудна, так как нет специфических симптомов, а симптоматика основных заболеваний чрезвычайно разнообразна. Поэтому на первый план выступают лабораторные исследования (удлиняется время свертывания крови, уменьшается количество тромбоцитов и фибриногена).

Лечение строго индивидуальное, направленное на:

- 1) ликвидацию основной причины;
- 2) нормализацию гемодинамики;
- 3) нормализацию свертывания крови.

Самая сложная задача в лечении — восстановить нормальные коагуляционные свойства крови. Эту задачу решает специалист-гематолог под контролем коагулограммы. Для успеха терапии необходимо удаление главной причины — матки.

После ликвидации острых проявлений ДВС-синдрома необходимо проводить реабилитационное лечение, направленное на устранение печеночной недостаточности, коррекцию дыхательных нарушений, инфекционных осложнений.

Акушерский травматизм происходит при патологическом течении родов, несвоевременном или неправильном оказании акушерской помощи.

Разрыв клитора из-за его анатомического строения дает очень сильное кровотечение.

Необходимо ушивание с введением металлического катетера в уретру. Наложение швов надо сочетать с прижатием кровоточащих участков, применением гемостатической губки.

Разрывы влагалища и промежности ушиваются так же, как и *разрывы шейки матки*.

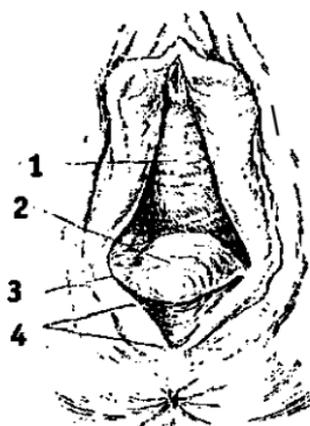
Гематомы вульвы и влагалища — кровоизлияние в подкожную клетчатку наружных половых органов или подслизистую оболочку влагалища. Кожа и слизистые над гематомой приобретают сине-багровую окраску; при большом скоплении крови отмечается напряжение тканей и болезненность. Лечение небольших гематом — консервативное: холод к месту гематомы, затем рассасывающая терапия. При быстро нарастающей гематоме — оперативное: разрез, опорожнение гематомы, отыскивание и ушивание кровоточащего сосуда, ушивание разреза.

Диагностика разрывов. После рождения последа проводится осмотр шейки матки и влагалища при помощи зеркал.

Инструменты:

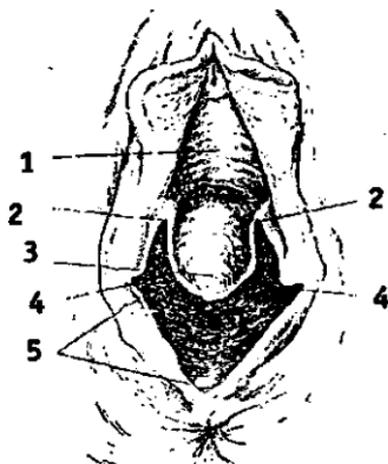
- широкие послеродовые зеркала — 2 шт.;
- корнцанги — 2 шт.;
- длинный анатомический пинцет — 1 шт.

Осмотр наружных половых органов проводится визуально.



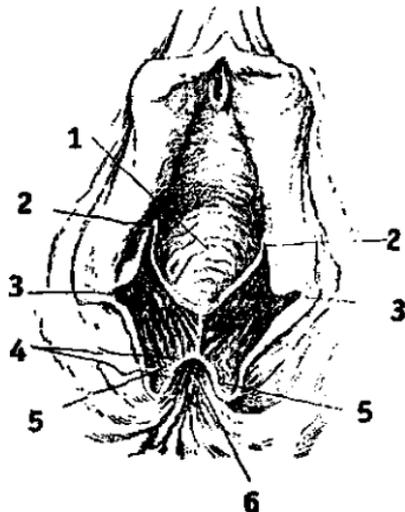
Разрыв промежности первой степени:

- 1 - передняя стенка влагалища;
- 2 - задняя стенка влагалища;
- 3 - задняя спайка;
- 4 - кожа промежности



Разрыв промежности второй степени:

- 1 - передняя стенка влагалища;
- 2 - верхний край разрыва;
- 3 - задняя стенка влагалища;
- 4 - задняя спайка;
- 5 - кожа промежности



Разрыв промежности третьей степени:

- 1 - задняя стенка влагалища;
- 2 - верхний край разрыва;
- 3 - задняя спайка;
- 4 - слизистая прямой кишки;
- 5 - сфинктер; 6 - анус



Разрыв шейки матки

Неотложная помощь при кровотечении

Медсестра должна выявить причину, срочно вызвать врачебную бригаду, начать внутривенное введение кровезаменителей, сокращающих, кровоостанавливающих средств (викасол, хлористый кальций), определить группу крови, заказать донорскую кровь, собрать доноров.

При послеродовом кровотечении проводится наружный массаж матки, холод на живот, тампонада влагалища.

Женщина при кровотечении нетранспортабельна.

Особенности сестринского процесса при кровотечениях

Очень большое значение имеет сбор информации для выявления приоритетных и потенциальных проблем.

Субъективная информация: жалобы на головокружение, шум в ушах, слабость.

Объективная информация: цвет кожных покровов (бледный), пульс, АД, высота стояния дна матки, ее консистенция, признаки отделения плаценты, оценка кровопотери (физиологическая, допустимая, патологическая), разрывы наружных половых органов.

Приоритетная проблема: кровотечение.

Потенциальные проблемы: кровотечение, анемия, геморрагический шок, ДВС-синдром, плацентарный полип, инфицирование матки, швов на промежности.

Плацентарный полип — задержавшиеся в матке части плаценты, организовавшиеся соединитель-

ной тканью и прикрепившиеся к стенке матки. Периодически полип отслаивается от слизистой и начинается кровотечение. При пальпации матка увеличена, мягковата, безболезненна.

Лечение оперативное. Диагностическое выскабливание полости матки. Сокращающие.

Инфицирование матки - кровянистые выделения с примесью гноя, боли внизу живота, повышение температуры до 39°, слабость, недомогание, учащенный пульс, субинволюция матки.

Лечение. Госпитализация в гинекологическое отделение, антибактериальная терапия, противовоспалительное лечение — выскабливание полости матки.

Цель сестринского процесса: остановить кровотечение.

Профилактика потенциальных проблем.

Основные действия:

- неотложная помощь;
- вызов врачебной бригады;
- выполнение назначений врача;
- уход за родильницей в ПИТе;
- уход за родильницей со швами на промежности.

Уход за родильницами со швами на промежности

Туалет наружных половых органов, обработка швов 3 раза в день, дополнительный туалет после актов мочеиспускания и дефекации.

При разрыве I и II степени нельзя сидеть не менее двух недель.

При разрыве промежности **III степени** (разрыв прямой кишки) особая диета (исключить хлеб, булочные изделия), стула не должно быть до снятия швов.

На шестой день ставится масляная клизма и снимаются шелковые швы.

Роль медсестры в профилактике последовых и послеродовых кровотечений

Медсестра осуществляет профилактику кровотечений через пропаганду здорового образа жизни среди пациенток поликлиник и стационаров. Женщина должна прийти к беременности и родам здоровой. Необходимо лечить заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной систем, печени, почек, крови.

Ранняя постановка беременных на учет, правильное ведение беременности, своевременное выявление и лечение гестозов, родовая госпитализация. Правильное ведение родов и послеродового периода, осуществление сестринского процесса.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГИНЕКОЛОГИИ



МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Методы обследования гинекологической больной состоит из сбора анамнеза, объективного обследования по системам и органам, специального гинекологического исследования и обследования пациенток с помощью дополнительных методов.

Сбор информации

Сбор информации необходим для выявления сестринских проблем пациентки.

Опрос производится по определенному плану.

Паспортные данные (социальный анамнез). Особое значение имеют возраст, семейная жизнь, условия труда и быта.

Жалобы, с которыми больная обращается, являются субъективными симптомами заболевания. Наиболее частые жалобы: *боли* в низу живота и пояснице, *выделения*, в том числе и кровянистые, *зуд*, *кровотечения*, *бесплодие*, нарушение функций соседних органов.

По характеру различают боли схваткообразные, ноющие, колющие, режущие, стреляющие, тянущие.

Схваткообразные боли бывают при выкидышах, трубном аборте, подслизистой миоме матки.

Ноющие характерны для воспалительных процессов.

Приступообразные характерны для прерывания трубной беременности.

Наследственность. Выясняется наличие у ближайших родственников психических, эндокринных заболеваний, злокачественных новообразований, болезней крови и обмена веществ, сифилиса, алкоголизма.

Перенесенные общие заболевания. Важно выяснить хронологический порядок этих заболеваний, особенность их течения, лечение, исход.

Перенесенные в период полового созревания хронический тонзиллит, эпидемический паротит, корь могут оказать неблагоприятное влияние на становление менструальной функции, вызвать недоразвитие женских половых органов (*инфантилизм*).

Малярия, туберкулез, частые ангины и пневмонии, особенно перенесенные в детстве, также могут приводить к задержке полового и общего физического развития, что в дальнейшем может проявиться нарушением менструальной функции, бесплодием, невынашиванием беременности.

Операции на органах брюшной полости могут вызвать воспаление придатков матки, спаечный процесс, внематочную беременность.

Выясняются *геотрансфузионный анамнез и аллергологический*.

Менструальная функция характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. Нарушение менструальной функции может свидетельствовать как о гинекологических, так и об экстрагенитальных заболеваниях. Выясняется характеристика менструального цикла.

При нарушении менструальной функции уточняют его характер.

Секреторная функция. При нормальном состоянии половой системы отмечают незначительные выделения из половых путей — *бели*, они сметанообразные, почти незаметны, не имеют неприятного запаха и не раздражают окружающие ткани.

При патологических процессах выделения могут быть гнойными, пенистыми, обильными, с примесью крови, имеют неприятный запах, появляется жжение, зуд в области наружных половых органов.

Половая функция. Следует выяснить, с какого возраста женщина живет половой жизнью, уточнить методы предохранения.

Отсутствие беременности более двух лет при регулярной половой жизни без применения контрацепции дает основание считать брак *бесплодным*.

Детородная функция. Необходимо выяснить, сколько было беременностей, как они протекали и чем закончились.

Функции соседних органов. Женские половые органы анатомически тесно связаны с уретрой, мочевым пузырем, мочеточниками, прямой кишкой, червеобразным отростком. Они имеют общий источник иннервации и кровоснабжения. Поэтому при гинекологических заболеваниях могут отмечаться

патологические процессы в соседних органах и наоборот.

Расстройства функции кишечника и мочевого пузыря могут свидетельствовать и о самостоятельных заболеваниях этих органов. Для уточнения этого существуют методы дополнительного исследования.

Гинекологические заболевания. При сборе анамнеза следует выяснить перенесенные ранее гинекологические заболевания, поскольку настоящее заболевание может быть обострением имевшегося ранее патологического процесса.

При сборе *анамнеза данного заболевания* уточняют его начало, причину возникновения, его развитие-

Правильно собранный анамнез дает представление о заболевании и позволяет поставить предположительный диагноз, окончательный диагноз может быть установлен только после объективного исследования.

Объективное исследование по системам и органам

Общий осмотр. Обращают внимание на цвет кожных покровов и слизистых. Бледность характерна для заболеваний, сопровождающихся кровопотерей (миома, прервавшаяся внематочная беременность). Истощение и землистый цвет лица типичны для злокачественных новообразований.

Избыточное оволосение, ожирение возможны при расстройстве менструальной функции эндокринной этиологии.

Рост и телосложение характеризуют конституцию больной. У гинекологических больных следует выделять инфантильный, интерсексуальный и астенический типы, чаличие которых может быть связано с нарушением полового развития и половой дифференцировки.

Исследование молочных желез обязательно и при проведении профилактических осмотров здоровых женщин.

При исследовании органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочевыделительной системы производят осмотр, перкуссию, пальпацию, аускультацию. Обнаружение общих заболеваний может уточнить этиологию гинекологического заболевания. Например, при туберкулезе легких или другой локализации можно заподозрить туберкулез придатков матки. Изменение йульса, снижение АД могут сопутствовать гинекологическим заболеваниям, сопровождающимся острой кровопотерей, шоком.

При поверхностной пальпации живота устанавливают напряжение мышц брюшной стенки (воспаление придатков матки, перекрут ножки кисты, трубная беременность).

Положительный симптом Щеткина-Блюмберга характерен для распространения воспаления придатков матки на брюшину, а также наблюдается при излитии крови в брюшную полость. При глубокой пальпации определяют наличие опухолей и инфильтратов.

При перкуссии живота устанавливают наличие метеоризма, жидкости в брюшной полости.

Аускультация живота имеет значение в диагностике гинекологических заболеваний, особенно при проведении дифференциальной диагностики опухоли и беременности (выслушивание сердцебиения плода).

Гинекологическое исследование

Гинекологическое исследование — комплекс методов исследования половой системы женщины.

Методы гинекологического исследования делятся на основные, применяемые при обследовании всех пациенток в обязательном порядке, и дополнительные, которые применяют по показаниям, в зависимости от предположительного диагноза.

К основным методам относятся:

- осмотр наружных половых органов;
- осмотр при помощи зеркал;
- двуручное влагалищное исследование.

Дополнительные методы исследования:

- кольпоскопия;
- цитологическое исследование;
- бактериоскопическое исследование;
- зондирование матки;
- раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки;
- биопсия;
- пункция заднего свода влагалища (брюшной полости);
- рентгенологические методы (гистеросальпингография);

- эндоскопические методы (кульдоскопия, лапароскопия, гистероскопия);
- исследование функции яичников (тесты функциональной диагностики, исследование содержания гормонов, гормональные пробы);
- ультразвуковое исследование;
- исследование соседних органов.

Осмотр наружных половых органов

Гинекологическое исследование проводится после опорожнения мочевого пузыря и желательно после дефекации в положении пациентки на гинекологическом кресле. Исследование проводится в стерильных резиновых перчатках.

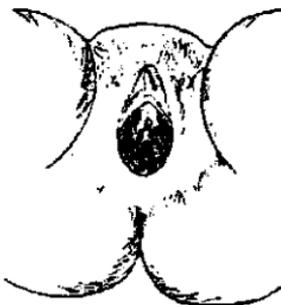
Визуально осматривают лобок и большие половые губы. Оволосение по мужскому типу (до пупка) может свидетельствовать об инфантилизме, опухоли яичников. Об инфантилизме говорит и то, что большие половые губы не прикрывают малые. Зияние половой щели характерно для опущения и выпадения стенок влагалища и матки.

При осмотре устанавливают наличие патологических процессов: язвы (рак, сифилис), отечность и гиперемия, кондиломы, свищи, рубцы, варикозное расширение вен, трещины в области заднего прохода, выделения из влагалища или прямой кишки.

Раздвинув большим и указательным пальцами левой руки большие половые губы, осматривают малые половые губы, клитор, наружное отверстие уретры, девственную плеву. Наличие патологических выделений, гиперемированные участки слизис-

той характерны для гонореи или неспецифических воспалительных процессов. Устанавливают состояние девственной плевы (ее целостность, форма отверстия).

1. Обработать кресло дезраствором.



ДЕВСТВЕННАЯ ПЛЕВА



гемекальные
сосочки



миртовидные
сосочки

У девственниц

После первого полового
сношения

2. Положить на кресло продезинфицированную клеенку.
3. Предложить пациентке лечь на кресло.
4. Обработать руки одним из способов.
5. Надеть стерильные перчатки.
6. Осмотреть наружные половые органы визуально (лобок, характер и степень оволосения; большие половые губы — прикрывают малые половые губы или нет).
7. Развести указательным и большим пальцами левой руки большие половые губы.
8. Осмотреть визуально:
 - клитор,
 - малые половые губы,
 - преддверие влагалища,
 - девственную плеву.

Осмотр с помощью зеркал

Существует несколько моделей зеркал: двустворчатое зеркало Куско, ложкообразное зеркало Симпса и др. Указательным и большим пальцами левой руки разводят половые губы, правой рукой вводят зеркало Куско по ходу половой щели, и разворачивают его во влагалище и раскрывают, проводят осмотр шейки матки и слизистых стенок влагалища. Шейка матки конической формы говорить об инфантилизме. У нерожавших женщин зев круглый, а у рожавших — щелевидный.

В наружном зеве могут быть полипы, опухоли.

Необходимо отметить характер выделений, (гнойные, кровянистые).

Осмотр шейки матки

1. Положить на кресло клеенку.
2. Усадить пациентку на гинекологическое кресло.
3. Обработать руки одним из способов.
4. Надеть стерильные перчатки.
5. Взять ложкообразное зеркало в правую руку.
6. Развести левой рукой, указательным и большим пальцами, большие половые губы.
7. Ввести ложкообразное зеркало в половую щель до середины влагалища в прямом размере.
8. Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до заднего свода, слегка надавливая на промежность.
9. Взять подъемник в левую руку.
10. Ввести подъемник во влагалище по ложкообразному зеркалу до середины в прямом размере, затем перевести в поперечный размер.

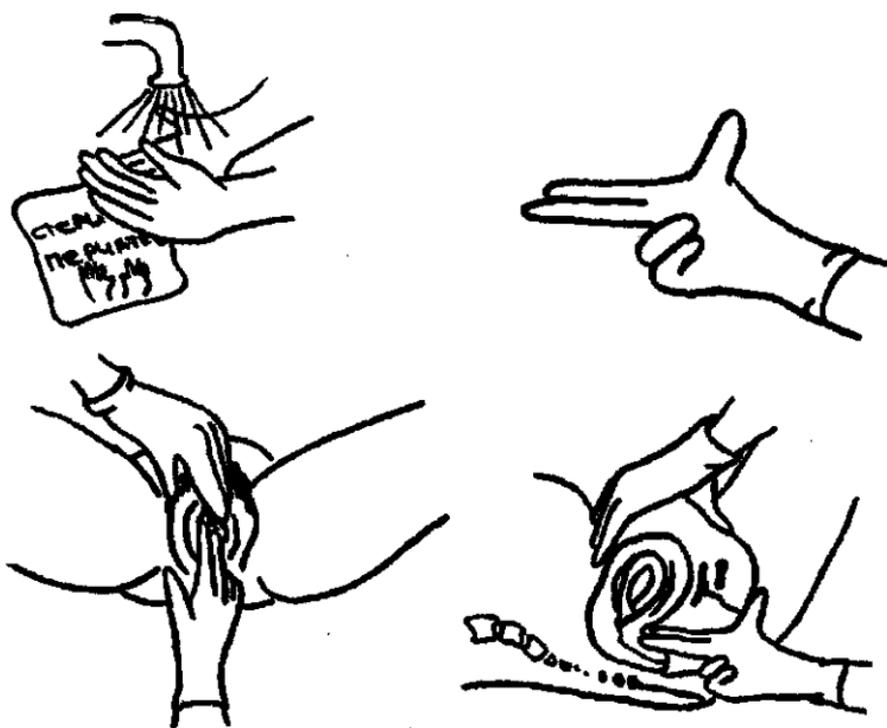


11. Продвинуть подъемник до конца переднего свода влагалища, слегка надавливая на переднюю стенку влагалища.
12. Развести зеркало.
13. Осмотреть стенки влагалища и шейку матки.
14. Извлечь зеркало в обратном порядке: сначала подъемник, затем ложкообразное зеркало.

Авручное влагалищное исследование

1. Положить на гинекологическое кресло клеенку.
2. Уложить пациентку на гинекологическое кресло.
3. Обработать руки одним из способов.
4. Надеть стерильные перчатки.
5. Развести указательным и большим пальцами левой руки большие и малые половые губы.
6. Привести пальцы правой руки в акушерское положение: большой палец отвести в сторону, безымянный и мизинец прижать к ладони, средний и указательный выпрямить и сомкнуть.
7. Ввести во влагалище средний и указательный пальцы правой руки, надавливая на промежность.
8. Расположить пальцы правой руки в переднем своде влагалища.
9. Положить левую руку немного выше лобкового сочленения на переднюю брюшную стенку.
10. Сблизить пальцы обеих рук, найти матку методом пальпации.
11. Определить положение, величину, форму, консистенцию, подвижность и чувствительность матки.

12. Переместить пальцы наружной и внутренней рук поочередно в боковые своды влагалища.
13. Определить состояние придатков.
14. Извлечь пальцы правой руки из влагалища.



Дополнительные методы исследования

Кольпоскопия позволяет осмотреть шейку матки и стенки влагалища с увеличением в 10–30 раз и более. Метод позволяет выявить ранние формы предопухолевых состояний, выбрать участок для биопсии, а также контролировать заживление в процессе лечения.

Цитологическое исследование производится с целью раннего выявления рака матки и маточных труб. С поверхности шейки матки материал получают с помощью мазков-отпечатков.

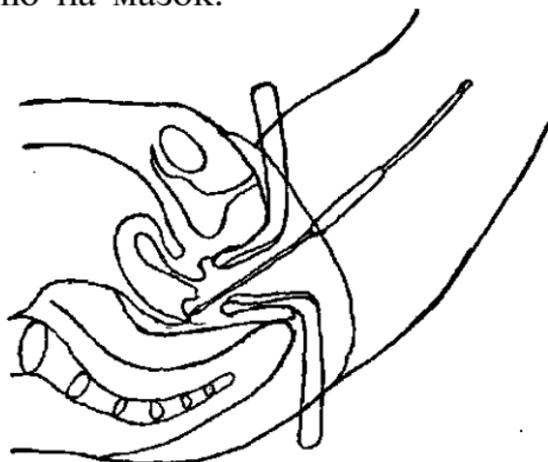
Стекло, взятое пинцетом, прикладывают к поверхности шейки матки или шпателем Эйра проводят по шейке вращательным движением.

Взятие мазка на цитологию

Оснащение — кресло, перчатки, дез. раствор, зеркало Куско, ложечка Фолькмана, предметное стекло, направление в лабораторию.

1. Объяснить пациентке цель и значение взятия мазка.
2. Положить на гинекологическое кресло клеенку.
3. Уложить пациентку на гинекологическое кресло в положении на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, разведены.
4. Вымыть руки.
5. Надеть перчатки,
6. Большим и указательным пальцами левой руки развести большие и малые половые губы.
7. Правой рукой ввести во влагалище зеркало Куско в продольном направлении.
8. Перевести зеркало Куско в поперечное положение.
9. Раскрыть зеркало Куско, не дойдя до шейки матки.
10. Продвинуть в раскрытом виде зеркало к сводам так, чтобы видна была шейка матки.
11. Ввести во влагалище ложечку Фолькмана.
12. Взять, осторожно прикасаясь к стенкам заднего свода влагалища, мазок.

13. Нанести мазок на предметное стекло тонким слоем.
14. Удалить зеркало из влагалища, постепенно закрывая его.
15. Оформить направление в клиническую лабораторию на мазок.



Бактериоскопическое исследование (взятие мазков на гонорею и степень чистоты влагалища).

Инструменты: зеркало, пинцет анатомический, ложечка Фолькмана — 2.'

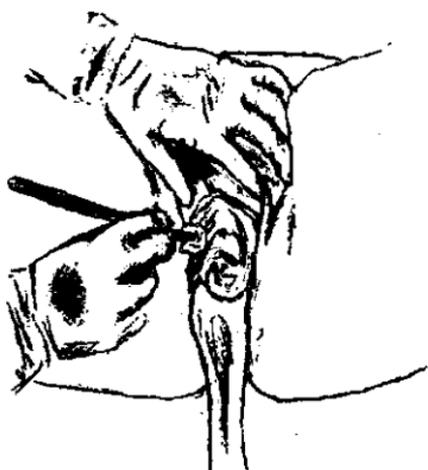
Техника взятия. Разводят половые губы, протирают уретру, проводят легкий массаж задней стенки уретры (передней стенки влагалища) указательным пальцем правой руки. Ложечкой Фолькмана берут мазок на гонорею из наружного отверстия мочеиспускательного канала, затем вводят во влагалище зеркало и берут мазок из наружного отверстия цервикального канала, затем ложечкой Фолькмана берут мазок на степень чистоты влагалища из заднего свода, заканчивают взятие мазков на гонорею — исследованием из анального отверстия.

Мазки на гонорею наносятся на предметное стекло с написанием соответствующих значков (U — уретра, С — цервикальный канал, R — прямая кишка), мазок к* степень чистоты размывается на другое предметное стекло.

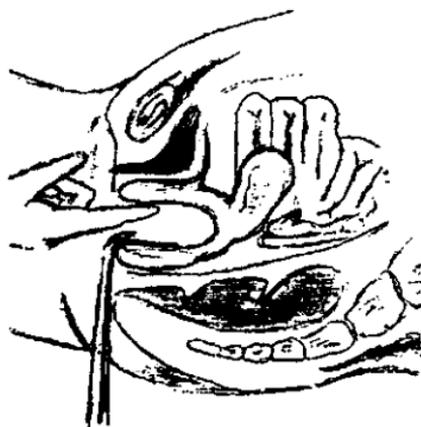
Взятие мазка на гонорею

1. Положить на кресло стерильную клеенку.
2. Уложить пациентку на кресло.
3. Обработать руки одним из способов.
4. Надеть стерильные перчатки.
5. Развести большим и указательным пальцами левой руки большие и малые половые губы.
6. Обнажить уретру.
7. Ввести указательный палец правой руки во влагалище.
8. Сделать массаж уретры.
9. Снять стерильным ватным тампоном с помощью пинцета первую каплю из уретры.
10. Ввести ложечку Фолькмана на 0,5 см в уретру.
11. Нанести на край предметного стекла содержимое из уретры с пометкой «U».
12. Ввести во влагалище двустворчатое зеркало Куско.
13. Обнажить шейку матки.
14. Протереть шейку матки стерильным ватным тампоном с помощью пинцета.
15. Ввести ложечку Фолькмана в цервикальный канал шейки матки на 1,5—2 см.
16. Сделать легкий соскоб.
17. Нанести содержимое цервикального канала шейки матки на противоположный край предметного стекла с пометкой «С».

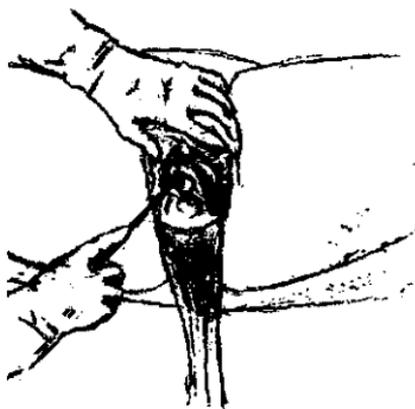
ВЗЯТИЕ МАЗКА НА ГОНОРЕЮ



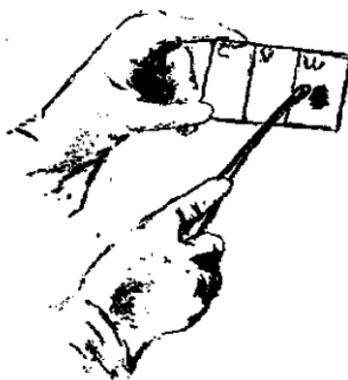
Протирание уретры



Массаж уретры

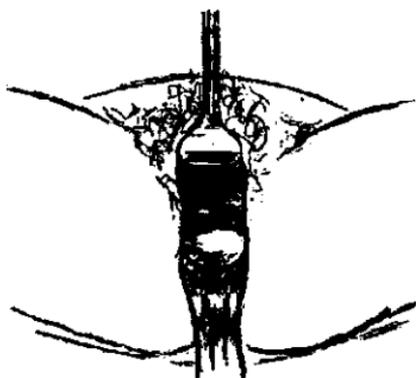


Взятие мазка



Нанесение на стекло

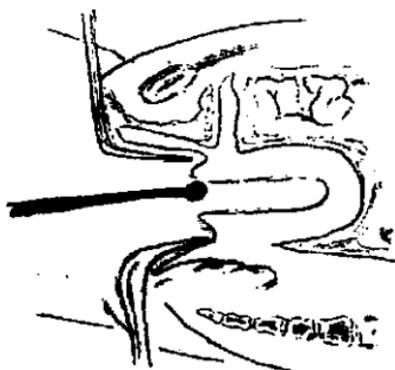
ВЗЯТИЕ МАЗКА НА ГОНОРЕЮ



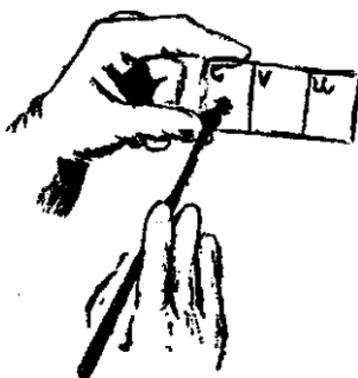
Обнажение шейки в зеркалах



**Протираание области
наружного зева**



Взятие мазка



**Нанесение материала
на стекло**

18. Извлечь зеркало из влагалища.
19. Развести большим и указательными пальцами левой руки ягодицы.
20. Ввести ложечку Фолькмона на 1—1,5 см в анальное отверстие.
21. Сделать легкий соскоб.
22. Нанести содержимое по центру предметного стекла с пометкой «R».
23. Выписать направление в клиническую лабораторию.
24. Отправить мазок на qп в лабораторию.

Зондирование матки проводится для определения длины и конфигурации полости матки, рельефа ее стенок.

Инструменты:

- ложкообразное зеркало Симпса — 1;
- подъемник — 1;
- корнцанг — 1;
- пулевые щипцы — 2;
- маточный зонд — 1.

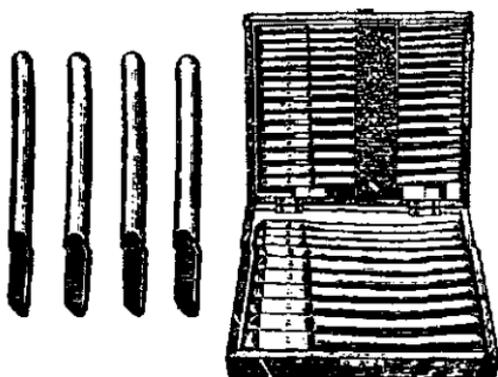
Техника проведения (проводится в стационаре, врачом).

Условия — I или II степени чистоты влагалища.

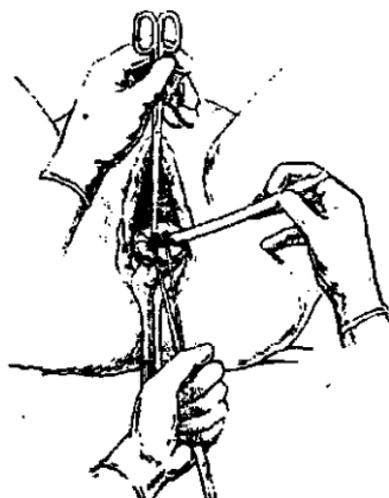
Вводятся зеркала, обрабатываются влагалище и шейка матки, на переднюю губу шейки матки накладывают пулевые щипцы и проводят зондирование.

Диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и слизистой полости матки

Исследование соскоба дает представление о циклических изменениях эндометрия, наличии в нем патологических процессов (рак, хорионэпителиома, полипоз), остатков плодного яйца.



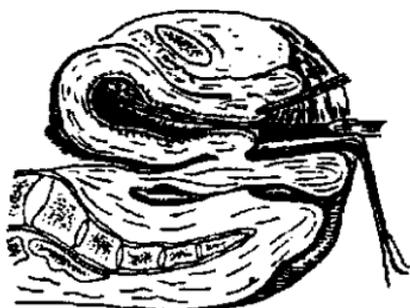
**Расширители
канала шейки матки**



**Расширение канала
шейки матки**



Зондирование матки



Выскабливание
матки кюреткой

Инструменты:

- ложкообразное зеркало Сиашса;
- подъемник;
- корнцанг;
- пулевые щипцы — 2;
- маточный зонд;
- расширители Гегара (от № 1 до № 10);
- кюретки № 6, № 4, М 2.

Также необходимы спирт, иодонат, стерильный перевязочный материал, флаконы с раствором формалина для сохранения соскоба.

На флаконе маркировка с указанием фамилии пациентки, даты, места взятия, диагноза.

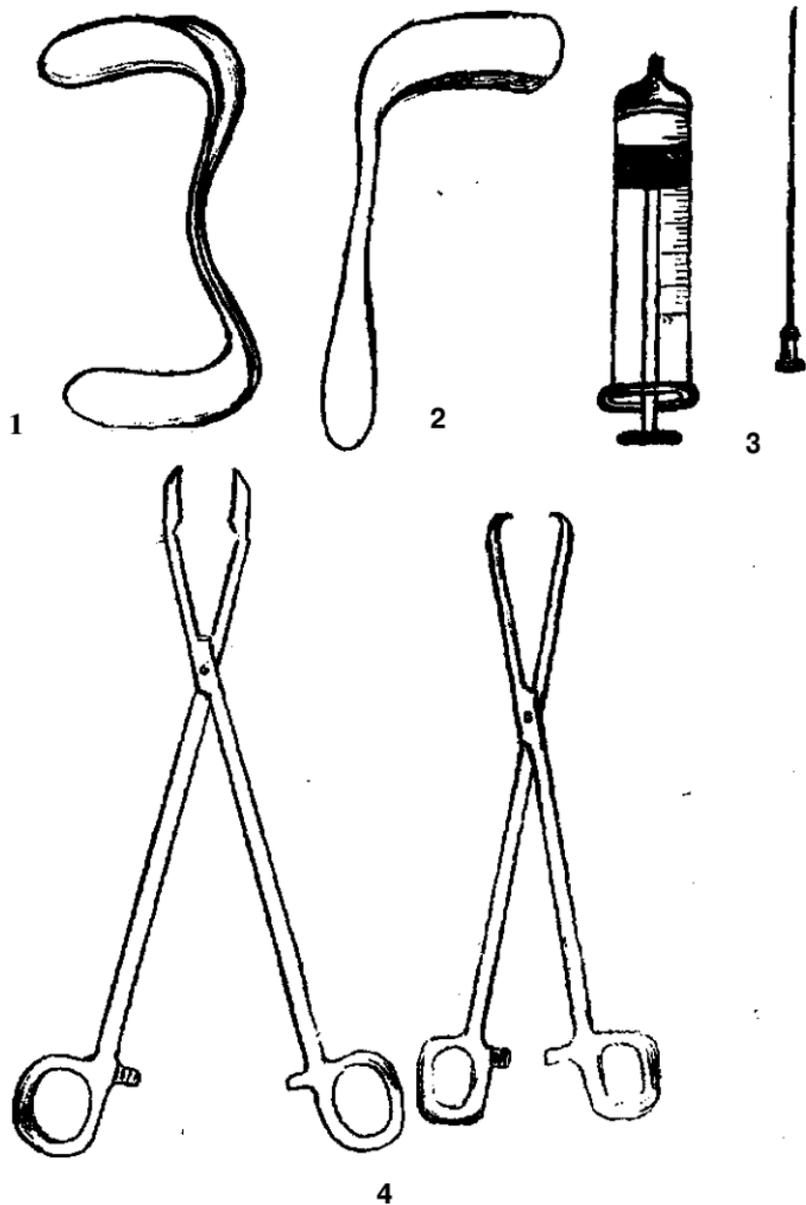
Алгоритм диагностического выскабливания:

1. Постелить клеенку на гинекологическое кресло.
2. Предложить пациентки лечь на гинекологическое кресло.
3. Подложить под таз пациентки почкообразный лоток.
4. Обработать наружные половые органы с помощью корнцанга.
5. Обнажить шейку матки с помощью зеркала Симпса и подъемника.

6. Обработать влагалище и шейку матки с помощью корнцанга.
7. Зафиксировать переднюю губу шейки матки пулевыми щипцами.
8. Провести зондирование шейки матки маточным зондом.
9. Расширить канал шейки, матки расширителями Гегара от № 2 до № 10.
10. Провести выскабливание слизистой оболочки матки кюреткой № 6.
11. Проверить стенки матки кюреткой № 4.
12. Проверить углы матки кюреткой № 2.
13. Снять тупые щипцы.
14. Обработать шейку матки с помощью корнцанга.
15. Промыть соскоб из лотка. .
16. Собрать соскоб в стерильный флакон с раствором формалина 20 %.
17. Промаркировать флакон.
18. Выписать направление на гистологическое исследование.
19. Отправить материал в лабораторию на гистологическое исследование.

Пункция заднего свода влагалища

Пункцию заднего свода влагалища проводят при подозрении на внематочную беременность, иногда при острых воспалительных процессах с целью обнаружения крови, серозного или гнойного выпота в брюшной полости, при получении выпота необходимо собрать его в стерильный флакон для бактериологического исследования.



Набор инструментов для пункции заднего свода влагалища:

- 1 - ложкообразное зеркало Симпа;
- 2 - подъемник;
- 3 - шприц с иглой;
- 4 - пулевые щипцы

Инструменты:

- ложкообразное зеркало Симпса;
- подъемник;
- корнцанг;
- пулевые щипцы — 2;
- шприц с длинной иглой (12—15 см).

Выполнение:

1. Постелить на гинекологическое кресло клеенку.
2. Уложить пациентку на гинекологическое кресло.
3. Обработать руки одним из способов.
4. Надеть стерильные перчатки.
5. Провести обработку наружных половых органов и влагалища.
6. обнажить шейку матки с помощью ложкообразного зеркала Симпса и подъемника.
7. Зафиксировать заднюю губу шейки матки пулевыми щипцами.
8. Произвести пункцию заднего свода влагалища с помощью 20-граммового шприца с длинной иглой (12—15 см) с боковыми отверстиями.
9. Обработать шейку матки и место прокола йодонатом.
10. Полученный пунктат собрать в стерильный флакон.

Биопсия

Биопсия и гистологическое исследование полученной ткани позволяют уточнить характер патологического процесса шейки матки, влагалища и наружных половых органов.

Показания: для уточнения характера патологического процесса шейки матки, влагалища и наружных половых органов.

Инструменты:

- ложкаобразное зеркало;
- подъемник;
- корнцанг;
- пулевые щипцы — 2;
- скальпель;
- конхотом;
- иглодержатель;
- иглы;
- ножницы.

Перед биопсией проводят кольпоскопию, пробу Шиллера (обрабатывают пораженную ткань раствором Люголя). Для наложения швов необходим кетгут.

Условия:

1. Соблюдение асептики и антисептики.
2. Согласие пациентки.
3. Наличие квалифицированного медперсонала.
4. Подготовка инструментов:

- ложкаобразное зеркало Симпса;
- подъемник;
- корнцанг;
- пулевые щипцы-2

или:

- двузубчатые щипцы Мюзо;
- конхотом или скальпель;
- иглодержатель и игла.

Подготовка:

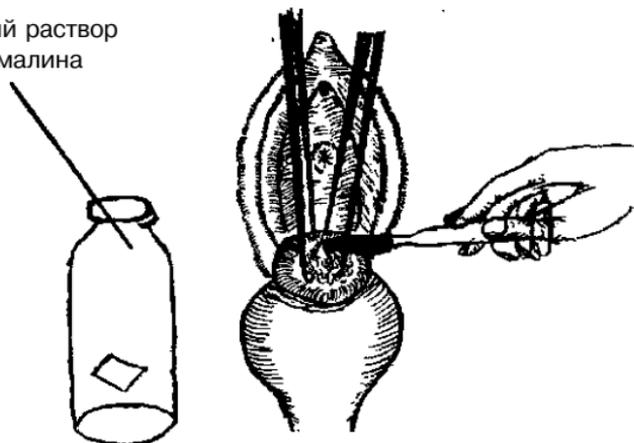
1. Санобработка.

2. Катетеризация мочевого пузыря.
3. Психотерапия.
4. Дать успокаивающие средства.
5. Сделать премедикацию: 0,1% р-р атропина сульфата — 1,0; 2% р-р промедола — 1,0.

Техника проведения:

- 1 Положить на гинекологическое кресло клеенку.
2. Уложить пациентку на гинекологическое кресло.
3. Обработать руки одним из способов.
4. Обнажить шейку матки с помощью зеркала Симпса и подъемника.
5. Взять ватный тампон на корнцанг.
6. Обработать шейку матки ватным тампоном, смоченным раствором фурацилина 1:5000.
7. Захватить переднюю губу шейки матки пулевыми щипцами.
8. Передать рукоятку пулевых щипцов помощнику.

20%-ный раствор
формалина



9. Взять в правую руку скальпель или конхотом.
10. Взять кусочек ткани на исследование.
11. Поместить полученный кусочек ткани в стерильный флакон с 20% раствором формалина.
12. Выписать направление на гистологическое исследование.

Гистеросальпингография производится для установления проходимости маточных труб, и чаще всего применяется у женщин, страдающих бесплодием.

В полость матки вводят 2—5 мл рентгенконтрастного вещества (верографин, кардиотраст), а затем делают рентгеновский снимок.

Инструменты:

- ложкообразное зеркало Симпса;
- подъемник;
- корнцанг;
- пулевые щипцы — 2;
- шприц Брауна.

Эндоскопические методы. Для них используют приборы с оптической системой и освещением.

Гистероскопия позволяет осмотреть слизистую матки.

Кульдоскопия — осмотр органов малого таза через задний свод.

Лапароскопия — осмотр внутренних органов брюшной полости.

Подготовка к кульдоскопии и лапароскопии.

Накануне и в день исследования ставят очистительную клизму.

Исследование функции яичников

О функции яичников судят по тестам функциональной диагностики.

Цитологическая картина влагалищного мазка, который берут с боковой стенки влагалища ложечкой Фолькмана и наносят на предметное стекло. Преобладание в мазке ороговевающих клеток свидетельствует о высоком содержании эстрогенов. При умеренном содержании эстрогенов слущиваются промежуточные клетки. При низком содержании эстрогенов преобладают базальные клетки.

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

Феномен (симптом) зрачка. Наружное отверстие шейного канала расширяется секретом цервикального канала и напоминает зрачок, который виден с помощью зеркал и свидетельствует о середине менструального цикла (фаза овуляции).

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

Измерение базальной температуры. Ее измеряют в прямой кишке утром после сна, в покое. При нормальном цикле температура меняется в течение всего цикла: в фолликулиновой фазе $t = 36,2—36,7^{\circ}\text{C}$, в лютеиновой фазе она повышается на $0,4—$

0,5°C, а с началом менструации вновь понижается. При отсутствии овуляции температурная кривая монотонная.

Женский базально-температурный календарь

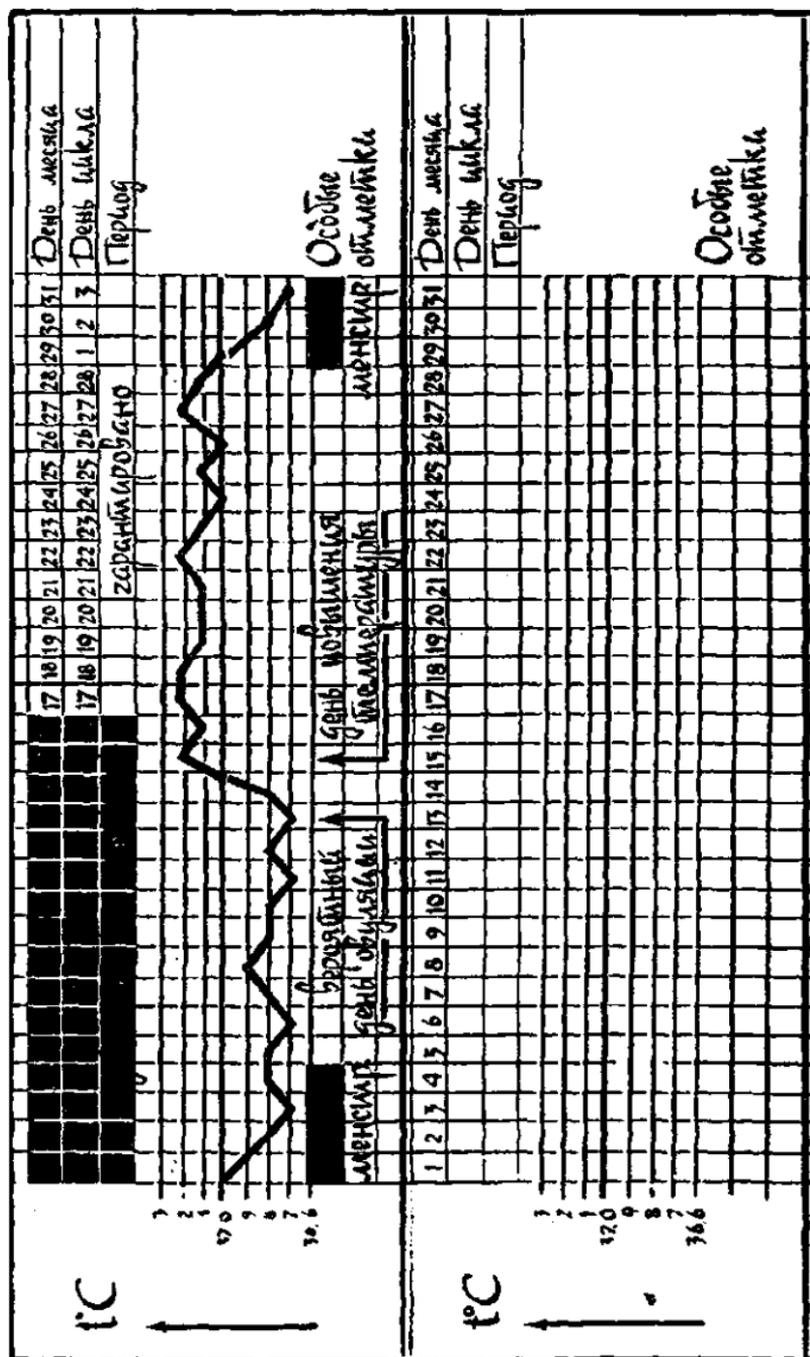
Метод основан на регулярном измерении базальной температуры, т. е. температуры тела после пробуждения. Установлено, что у здоровой женщины базальная температура через 1–2 дня после овуляции (отторжении неоплодотворенной, «перезрелой» яйцеклетки, происходит приблизительно в середине цикла) повышается до 37,0–37,3°C и держится на этом уровне в течение нескольких дней. Незадолго перед началом менструации базальная температура вновь опускается ниже 37,0 (см. верхний график). Если же монотонный характер базальной температуры, не превышающий нормальной, обычной температуры, сохранится во второй половине цикла, это может свидетельствовать об отсутствии овуляции и возможном начале беременности.

Исходя из этих данных, а также из того, что физиологическая стерильность (невосприимчивость к оплодотворению) существует практически до 5-го дня перед овуляцией, появляется возможность очень точно определить свое внутреннее состояние: своевременно, до каких-либо других проявлений зафиксировать и изменение цикла в конкретный месяц на основании сопоставления предыдущих циклов и принять соответствующее решение. Кроме того многолетний календарный учет окажется надежным союзником лечащего врача.

Необходимо при этом помнить следующие правила: можно использовать обычный медицинский термометр, но всегда один и обязательно личный; измерение температуры производить в одно время, сразу после пробуждения, не вставая с постели, в течение 5—7 минут — орально (в полости рта) или ректально (в анальном отверстии); ночной сон должен длиться не менее 6 часов без применения снотворного, Показания термометра заносятся в таблицу. В ней же отмечаются дни начала и окончания менструации, а также особо — те дни, когда наблюдалось ухудшение самочувствия из-за инфекционных и других заболеваний.

Для примера на заполненной таблице приведен температурный график менструального цикла в 28 дней. В качестве метода контрацепции его использование предполагает гарантированную «безопасность» с 17-го дня цикла и практическую невосприимчивость (для здоровых женщин) до 9-го дня. Когда вы захотите иметь ребенка, настольный календарь вновь поможет вам. «Опасный» период, отмеченный в ранее составленных графиках, станет для вас желанным. В этом периоде дополнительно определяются наиболее вероятные дни зачатия. На графике это дни с 10-го по 18-й.

С целью более точного определения вашего цикла заносите данные измерений температуры в нижние графики в течение нескольких месяцев. Затем используйте полученный график по вашему усмотрению.





ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Среди заболеваний женских половых органов воспалительные заболевания занимают первое место по частоте и встречаются у 60—65 % гинекологических больных.

Причина: инфекционные возбудители — стафилококк, стрептококк, гонококк, вирусы, кишечная палочка, микобактерии туберкулеза, микробные ассоциации (сочетание нескольких видов возбудителей), трихомонады.

Воспаление — сложная рефлекторная реакция организма на действие вредных агентов. В месте воздействия возникает повреждение тканей, расстройство кровообращения, пропотевание жидкости и миграция в ткани лейкоцитов и лимфоцитов, нарушение обмена веществ в тканях. Это сопровождается общей реакцией организма: лихорадкой, лейкоцитозом и другими изменениями реактивности организма.

Факторы, способствующие воспалению — термические, химические, механические. Большое значение имеет снижение сопротивляемости организма, возраст, общее состояние пациентки, наличие

сопутствующих заболеваний (анемия, авитаминоз и др.). Одним из ведущих факторов является анатомическое положение женских половых органов, их топография.

Неблагоприятные факторы — аборт, роды, менструация, очаги хронической инфекции, длительные и тяжелые общие заболевания.

Воспалительные заболевания наружных половых органов

Вульвит — воспаление больших и малых половых губ, часто сочетается с воспалением влагалища — вульвовагинит.

Клиника. Жалобы на жжение, болезненность и зуд в области наружных половых органов, липкие выделения.

При осмотре отмечают отек, гиперемия в области больших и малых половых губ, нередко и в области внутренней поверхности бедер со следами расчесов, наличие мелких язвочек с гнойным налетом.

Для уточнения диагноза необходимо произвести бактериологическое исследование выделений для установления возбудителя.

Лечение. Постельный режим, правила гигиены. Сидячие ванночки с настоем ромашки, раствором перманганата калия, борной кислоты. После ванночки следует бережно промокнуть кожные покровы мягкой салфеткой, а затем приложить прокладку с 5 % синтомициновой эмульсией.

При выраженном зуде, отеке и болях назначают успокаивающие средства: валериана, пустырник, димедрол; наружно-анестезиновую мазь.

Бартолинит — воспаление железы преддверия влагалища (Бартолиновой). Закупоривается проток железы в результате отека, секрет задерживается, нагнаивается, образуется абсцесс.

Клиника. Сильные боли в области половой губы в положении сидя и при ходьбе, недомогание. Повышается температура, учащается пульс.

При осмотре видны отечность и гиперемия в области половых губ, при нагноении пальпируется очаг размягчения и флюктуации.

Лечение. Постельный режим в гинекологическом отделении. Пузырь со льдом местно. Назначают антибиотики и сульфаниламидные препараты.

При нагноении — лечение оперативное, вскрытие гнойника, обработка 3 % раствором перекиси водорода, с целью очищения раны от гноя — дренирование (турунды с 10 % раствором натрия хлорида), после очищения раны — повязка с мазью Вишневского.

Воспалительные заболевания влагалища

Кольпит — воспаление слизистой оболочки влагалища. Возбудителями кольпитов являются стафилококки, стрептококки, трихомонады, гонококки, грибы.

Клиника. Обильные гнойевидные, желтого или зеленого цвета выделения с запахом, зуд во влагалище и в области наружных половых органов. При трихомонадном кольпите — выделения пенистые.

Для грибковых кольпитов характерны творожистые выделения белого цвета.

Атрофический кольпит развивается в старческом возрасте на фоне снижения гормональной функции яичников и истощения слизистой влагалища.

При осмотре в зеркалах отмечается гиперемия стенок влагалища, иногда с точечными кровоизлияниями (острый кольпит) и соответствующие выделения.

Для уточнения этиологического фактора обязательно взятие мазков на гонорею и степень чистоты влагалища.

Лечение предусматривает общее и местное воздействие.

При **грибковых кольпитах** назначают антигрибковые препараты (нистатин, леворин) внутрь и местно во влагалище.

При **трихомонадном кольпите** — метронидазол внутрь по 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней, одновременно во влагалище в виде таблеток или свечей.

Атрофический кольпит лечат эмульсиями (стрептоцидовая, синтомициновая), нанесенными на тампон, который вводится во влагалище.

Воспалительные заболевания /латки

Эндоцервицит — воспаление слизистой цервикального канала.

Клиника. В острой стадии наблюдается общее недомогание, боли внизу живота, повышение температуры тела, обильные густые гнойные выделения из влагалища.

При осмотре в зеркалах: гиперемия и отек слизистой оболочки вокруг наружного отверстия цервикального канала шейки матки и гнойные выделения из него. Острый эндоцервицит может переходить в под острую и хроническую формы. Гиперемия и отек уменьшаются, остается венчик с ярко-красной бархатистой поверхностью вокруг наружного отверстия цервикального канала. Выделения становятся слизистыми, обильными.

Лечение. При острой стадии — антибиотики, сульфаниламидные препараты, обезболивающие средства.

При острой и хронической формах проводят спринцевание раствором натрия гидрокарбоната, затем вводят тампоны с лекарственными эмульсиями.

Эндометрит — воспаление слизистой оболочки тела матки. Часто затрагивает и мышечный слой (метроэндометрит).

Клиника. В острой стадии наблюдаются постоянные ноющие боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу; недомогание, повышение температуры тела, обильные гнойные, иногда с примесью крови выделения из половых путей, связанные с некрозом участков слизистой оболочки матки.

В хронической стадии симптомы менее выражены и носят постоянный характер. Наблюдаются ациклические кровянистые выделения.

Диагноз ставится на основании данных анамнеза (связь с родами, аборт, диагностическим выскабливанием и др.). Объективно отмечается повыше-

ние температуры, учащение пульса, при пальпации — болезненность внизу живота, гнойные выделения из влагалища.

В общем анализе крови — лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

В мазках выявляется возбудитель.

В хронической стадии помогают данные о перенесенном остром эндометрите в анамнезе.

Лечение. При острой стадии — госпитализация в гинекологическое отделение. Постельный режим. Холод на низ живота. Назначают антибактериальное лечение с учетом возбудителя, десенсибилизирующие средства, витамины.

В хронической стадии — витамины, десенсибилизирующее лечение, физиотерапия.

Воспалительные заболевания придатков матки

Сальпингоофорит — воспаление маточных труб и яичников.

Возбудителями может быть неспецифическая инфекция (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка) и специфическая (гонококк, микобактерии туберкулеза).

Клиника. Из местных симптомов следует отметить боли, бели, расстройство менструального цикла, бесплодие.

Из общих симптомов наблюдаются повышение температуры тела, озноб, недомогание, головная боль, сухость во рту, тошнота, рвота.

Объективно отмечают тахикардия, сухой язык, вздутие живота, болезненность при пальпации. Общий анализ крови показывает воспалительный процесс.

Из дополнительных методов исследования обязательно взятие мазков на гонорею и степень чистоты влагалища для выявления возбудителя, посев выделений для определения чувствительности к антибиотикам. Для уточнения диагноза иногда производится пункция заднего свода влагалища.

Дифференциальная диагностика с приступом аппендицита, внематочной беременностью, опухолью яичника.

Лечение направлено на ликвидацию воспалительного процесса, восстановление нормальной функции яичников и сохранения здоровья женщины.

Консервативное лечение должно быть комплексным:

- антибактериальная терапия (антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры, сульфаниламиды);
- гипотермия (лед на низ живота и гипотермия влагалища);
- десенсибилизирующие средства;
- дезинтоксикационная терапия (инфузионная);
- витаминотерапия;
- рассасывающая терапия (биостимуляторы, ферменты);
- физиотерапия.

В хронической стадии антибактериальное лечение проводится по показаниям. Чаще применяют физиотерапию (диадинамические токи, ультразвук, индуктотермия), курортное лечение.

В острой стадии могут возникнуть показания к оперативному вмешательству (опасность прорыва абсцесса, пельвиоперитонит, не поддающийся лечению, тубовариальные образования, особенно длительно существующие).

Воспаление тазовой брюшины

Пельвиоперитонит — воспаление брюшины малого таза, развивается как осложнение воспалительных процессов в органах малого таза, может сопутствовать сальпингоофориту, перекруту ножки опухоли яичника, некрозу миоматозного узла, перфорации матки.

Пельвиоперитонит может возникать после аборта, родов, операций на матке и придатках, а также развиваться при аппендиците, сигмойдите, кишечной непроходимости и т.д.

Клиника. Различают *острый* и *хронический* пельвиоперитонит.

При *остром* течении процесс локализуется в малом тазу, однако вся брюшина реагирует на этот процесс.

Жалобы на резкие боли в животе, особенно в нижнем его отделе, тошноту, рвоту, вздутие живота, задержку газов и стула.

Значительно повышается температура тела, тахикардия.

При пальпации живота — брюшная стенка напряжена, болезненна, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Наиболее эти симптомы выражены в нижних отделах живота.

При благоприятном течении через 1—2 дня отмечается ограничение процесса благодаря образующимся спайкам, к органам малого таза подпаиваются сальник, петли кишечника. Если отграничение не происходит, развивается разлитой перитонит. В процессе диагностики обязательна бактериоскопия влагалищного отделяемого для выявления возбудителя. Иногда прибегают к пункциям заднего свода влагалища.

Лечение должно быть комплексным.

Больной необходим психический и физический покой. Тщательный уход за полостью рта, кожей. Назначают успокаивающие и снотворные средства.

Антибактериальная терапия.

Дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия проводится под контролем суточного диуреза).

Десенсибилизирующая терапия.

Витаминотерапия.

Симптоматическое лечение.

При угрозе распространения процесса на брюшину верхних отделов показано оперативное лечение.

Тромбофлебит

Тромбофлебит — это воспаление вены с ее тромбозом вследствие венозного застоя и изменения в свертывающей системе крови (гиперкоагуляция).

Причины: воспаления, перитонит, сепсис, послеоперационный период, осложнение, особенно после операций по поводу воспалительных заболеваний или злокачественных опухолей, сердечно-сосудистые заболевания, варикозное расширение вен, ожирение,

анемия, поздние гестозы беременности, затяжные роды, оперативные вмешательства.

Клиническая картина развивается на 2—3-й неделе после родов. Учащенный пульс, боли в ноге, озноб, высокая температура, головная боль, бессонница. Проводится проба с манжеткой, проводимая с помощью тонометра. Сдавливание сосуда манжеткой уже в самом начале заболевания ощущается при давлении 80-100 мм рт. ст. как боль. Ценным методом является тромбозластография.

Лечение. Абсолютный покой, он способствует организации тромба и предупреждает возможность эмболии. При тромбофлебите вен бедра создается возвышенное положение для пораженной конечности (подкладывают подушку или шину). Не применяют в/в вливания и инъекции в ногу. На низ живота кладут пузырь со льдом. Применяют пиявки с целью уменьшения воспалительных явлений и понижения свертываемости крови. Пиявки ставят по ходу вены по 5—7 штук. Предпочтительно назначение антикоагулянтов. Когда процесс начинает затихать, на всю ногу накладывают повязку с мазью Вишневского. При тромбофлебите показаны промедол, папаверин, новокаин, десенбилизирующие препараты, по показаниям применяются антикоагулянты! (гепарин). Активные движения разрешаются при условии нормальной температуре тела в течение 3 недель и снижении СОЭ до 30 мм в час и ниже.

Гонорея

Гонорея — венерическое заболевание, вызываемое специфическим возбудителем гонококком и харак-

теризующееся преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовой системы. Передается чаще половым путем, реже (у детей) возможен внеполовой путь заражения через белье, губки, полотенца.

Инкубационный период гонореи — 2—7 дней. Различают свежую (длительность заболевания — до 2 месяцев) и хроническую формы гонореи.

Отмечается ряд особенностей клинического течения гонореи, а именно субъективно бессимптомное ее течение, при котором наличие в отделяемом гонококков сочетается с отсутствием жалоб и многоочаговым воспалительным процессом.

Такие женщины обычно продолжают половую жизнь, не зная о своем заболевании, и распространяют инфекцию. Большое значение имеет бактериоскопическое исследование, обследование мужей (половых партнеров) женщин, проходящих лечение по поводу различных воспалительных заболеваний.

По локализации процесса различают *гонорею нижнего отдела мочеполового аппарата* и *восходящую гонорею (верхнего отдела)*.

К *первой форме* относят гонорею уретры, парауретральных ходов, больших желез преддверия влагалища, шейки матки: гонорейный уретрит, гонорейный эндоцервицит, гонорейный бартолинит, гонорейный вульвит, гонорейный проктит.

Ко *второй форме* — гонорею тела матки, труб, яичников и брюшины: гонорейный эндометрит, гонорейный сальпингоофорит, гонорейный пельвиоперитонит.

Наиболее распространенный метод лабораторной диагностики — бактериоскопический (взятие мазков из наружного отверстия мочеиспускательного канала, наружного отверстия цервикального канала шейки матки и из прямой кишки).

Лечение гонореи должно быть комплексным и включать как общее влияние на организм, так и местное воздействие на очаги воспаления. Из общих методов применяют антибактериальную терапию; способы, направленные на повышение защитных сил организма; симптоматическое лечение.

В острой стадии больная подлежит лечению в стационарных условиях, а при обострении хронической гонореи вопрос о госпитализации решается индивидуально.

Лечение больной с острой формой гонореи заключается в следующем:

- постельный режим в течение лихорадящего периода;
- холод на низ живота;
- соблюдение диеты (исключение острой пищи, алкоголя);
- обильное питье;
- регулирование деятельности кишечника.

Гонорея девочек

Причины. Источник инфекции — мать или другие лица, ухаживающие за ребенком, внеполовой путь заражения через постельное белье, игрушки, предметы личной гигиены.

Клиническая картина. Инкубационный период — до 3 дней. Первичные очаги гонореи у девочек локализуются в вульве и влагалище (вульвит, вагинит). Реже уретрит, проктит, бартолинит. Свежая гонорея протекает остро или сразу приобретает торпидное (вялое) течение. При остром вульвагините кожа больших и малых половых губ, слизистая оболочка преддверия влагалища резко отечны, гиперемированы, покрыты гнойно-слизистыми выделениями, вытекающими из влагалища. Из наружного отверстия уретры также имеется гнойное отделяемое.

Жалобы на болезненность при мочеиспускании, особенно при выраженном уретрите.

При вагиноскопии наблюдается отечная, гиперемированная, слизистая оболочка влагалища. В хронической стадии отек и гиперемия исчезают, а на поверхности слизистых оболочек появляются множественные зернистые высыпания ярко-красного цвета — гранулезный кольпит, вульвит. В области вульвы могут проявляться остроконечные кондиломы.

Диагноз основывается на данных анамнеза, объективного и лабораторного исследований. Необходимо выяснить, в каких бытовых условиях находится ребенок, не спит ли он в одной постели с взрослыми. Мать и отца ребенка нужно подвергнуть обследованию с целью обнаружения гонорейной инфекции.

Для бактериоскопии у девочек тупой ложечкой берут отделяемое из заднего свода влагалища и уретры.

Лечение. Лечение проводится в стационаре. Назначаются постельный режим, антибиотики, общеукрепляющая терапия и местное лечение очагов поражения.

Курсовая доза пенициллина при свежей гонорее составляет до 3 000 000 ЕД, а при восходящей гонорее - до 6 000 000 ЕД. Применяют также левомицитин (курсовая доза — от 5—8 г).

Местное лечение: сидячие ванночки из настоя ромашки (2—3 раза в день по 10—15 мин.). При остром вульвите и дерматите применяют прокладки с 5 % р-ром протаргола. В подострой и хронической стадиях вагинита промывают влагалище через резиновый катетер р-ром перманганата калия и инсталлируют 1—2% раствор протаргола.

Опущение и выпадение половых органов

Опущение и выпадение половых органов — аномалия положения матки и стенок влагалища.

Причины. Ослабление мышц передней брюшной стенки, нарушение строения и функции мышц тазового дна (в результате разрыва промежности в родах), возрастная атрофия матки, связочного аппарата и мышц тазового дна, врожденная гипоплазия мышц тазового дна и нарушение иннервации.

Клиническая картина. Опущение и выпадение матки и влагалища характеризуются затруднениями при ходьбе, появлением чувства тяжести и болей в области крестца, нарушением функции соседних органов. Жалобы на учащенное, болезненное мочеиспускание, недержание мочи при напряжении (кашель, смех), запоры.

При полном выпадении матки может возникать затруднение при мочеиспускании вплоть до острой задержки мочи. Выпавшие стенки влагалища и

шейки матки становятся сухими, грубыми, мозолистыми, иногда образуются кровоточащие трофические язвы (пролежни). Установление диагноза основано на данных осмотра и пальпации грыжевого мешка, цитологического исследования мазков — отпечатков или биопсии.

Лечение. Консервативное заключается прежде всего в лечении трофических язв.

Обрабатывают стенки влагалища и шейку матки антисептическими растворами (фурацилина, перманганата калия, перекиси водорода) и стерильным материалом.

После обработки выпавшие ткани промокают марлевой салфеткой и вправляют выпавшие шейку и станки влагалища, вводят в него подготовленный стерильный марлевый тампон, смоченный эмульсией с антисептиками (линимент стрептоцида, синтомицина). Такие процедуры производят ежедневно до полного заживления язв (7—10 раз).

Для удержания стенок влагалища и матки от выпадения используют резиновые или пластмассовые кольца — пессарии. Ношение колец может приводить к инфицированию влагалища, образованию пролежней, поэтому необходимы ежедневные спринцевания и систематические осмотры.

Хирургические методы лечения. Наибольшее распространение получили пластика передней и задней стенок влагалища с леваторопластикой, а также «манчестерская» операция, при которой производят ампутацию шейки матки на уровне внутреннего зева, укорочение и фиксацию кардинальных связок.

Кондиломы остроконечные

Кондиломы остроконечные — доброкачественные разрастания эпидермиса и подлежащего сосочкового слоя дермы инфекционной природы.

Причины. Возникновение фильтрующегося вируса; развитию процесса способствуют обильные выделения из влагалища (особенно в период беременности). Вторичное присоединение гноеродной формы вызывает воспалительную реакцию с некрозом отдельных элементов и образованием серозно-гнойного отделяемого. Кондиломы чаще бывают множественными, нередко распространяются по всей поверхности, иногда тесно соприкасаются и напоминают цветную капусту. Кондиломы могут распространяться на область промежности, влагалища, шейки матки.

Лечение. Небольшие кондиломы присыпают резорцином с борной кислотой или смазывают 25 % раствором йодофиллинового спирта. Перед обработкой кондилом окружающую кожу смазывают вазелином. При значительном разрастании кондиломы удаляют хирургическим путем или электрокоагуляцией.

Бесплодный брак

Брак считается бесплодным, если при продолжительности супружеской жизни более двух лет беременность не наступает.

Различают первичное и вторичное бесплодие. Первичным бесплодием считается в том случае, если женщина, не применяя контрацептивов, не имела беременности в течение двух лет.

Вторичным называется бесплодие в течение двух лет и более после бывших ранее беременностей.

Бесплодие — не самостоятельная болезнь, а симптом различных заболеваний.

Женское бесплодие наступает в результате воспалительных заболеваний женских половых органов, аборт, эндокринных расстройств, инфантилизма и гипоплазии половых органов, травм и смещения половых органов.

Функция яичников может изменяться вторично в связи с заболеваниями гипофиза, щитовидной железы, надпочечников. К бесплодию ведут такие заболевания, как микседема, гипотиреоз, тяжелые формы сахарного диабета, болезнь Иценко-Кушинга, ожирение и др.

Бесплодие может быть сопутствующим при эндометриозе, опухолях женских половых органов.

Общие заболевания и интоксикации (туберкулез, сифилис, алкоголизм и др.), неполноценное питание, авитаминоз, психические болезни вызывают сложные нарушения, ведущие к расстройству функции яичников, в связи с чем возникает бесплодие.

Мужское бесплодие возникает чаще всего в связи с нарушением сперматогенеза вследствие воспалительных заболеваний, травм, алкоголизма, нейроэндокринных расстройств.

Бесплодие возникает при азоспермии (отсутствие сперматозоидов), некроспермии (отсутствие подвижности сперматозоидов), аспермии (отсутствие спермы), олигоспермии (уменьшение количества сперматозоидов) и др.

Диагностика. При выяснении причины бесплодия необходимо обследование супружеской пары. Поскольку причины мужского бесплодия выявить проще, обследование начинают с мужа.

Для установления причин женского бесплодия необходимо полное и всестороннее обследование женщины.

К дополнительным методам обследования относятся клинический анализ крови, бактериоскопия мазков.

Функциональное состояние яичников определяют по тестам функциональной диагностики.

Для уточнения состояния внутренних половых органов производят кульдоскопию и лапароскопию.

Состояние полости матки определяют с помощью гистероскопии.

Для исключения трубного бесплодия проводят гистеросальпингографию.

Лечение основано на восстановлении нарушенной репродуктивной функции женщины и мужчины в зависимости от причины бесплодия.



ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика воспалительных заболеваний женских половых органов включает общественные мероприятия и индивидуальные меры.

Общественными мерами профилактики являются расширение сети родовспомогательных учреждений, диагностика воспалительных заболеваний в ранних стадиях и их своевременное лечение, *выявление предполагаемых факторов и их устранение.*

Дальнейшее расширение стационарной сети, новые методы диагностики, улучшение качества работы позволяет лечить воспалительные заболевания женских половых органов в ранних стадиях.

Большую роль играет *санитарно-просветительная работа* по разъяснению правил личной гигиены женщины. Она начинается с детского возраста, медсестра отделения новорожденных еще в роддоме учит родильницу правильному уходу за новорожденным, затем это обучение продолжается при патронаже на дому и посещении детской поликлиники. Медсестра дошкольных учреждений учит родителей и детей правилам гигиены, пропагандирует *здоровый образ жизни.* Эту работу продолжает медсест-

ра образовательных учреждений, проводятся беседы на темы:

- гигиена девочки;
- гигиена девушки;
- гигиена менструального цикла.

В школе начинается работа по половому воспитанию подростков, девушек и юношей. Разъясняется вред ранней половой жизни, проводятся беседы на темы: «Профилактика, венерических заболеваний»; «О вреде аборта». В старших классах начинается пропаганда противозачаточных средств.

Молодым людям, вступающим в брак, рекомендуется посещать Центры планирования семьи, где продолжается санитарно-просветительная работа, подбираются противозачаточные средства.

Супружеская пара информируется о гигиене половой жизни, гигиене брака.

Большую роль в профилактике воспалительных заболеваний играют *профилактические осмотры* и постановка женщин на *диспансерный учет* — это одна из основных задач женской консультации, и большое участие в этой работе принимает медицинская сестра.

Велика роль медицинской сестры в соблюдении правил асептики и антисептики при проведении различных диагностических и лечебных манипуляций, что является важнейшим условием профилактики воспалительных осложнений.

В связи с распространением в последние годы внутриматочной контрацепции следует подчеркнуть необходимость соблюдения указанных условий при введении внутриматочных спиралей с учетом про-

тивопоказаний к этому способу предупреждения беременности.

К мероприятиям *индивидуальной профилактики* относятся повседневный уход за наружными половыми органами и соблюдение правил гигиены во время менструации, при беременности, в послеродовом периоде и после аборта. Индивидуальная профилактика должна быть направлена на *предупреждение эндогенной инфекции* (санация очагов хронической инфекции в организме) и *повышение сопротивляемости организма* (рациональное чередование труда и отдыха, прием витаминов, профилактика простудных заболеваний и др.).

Профилактика гонореи

Профилактика основана на диспансерном обследовании населения. Кожно-венерологические диспансеры обнаруживают и saniруют источники инфекции, выявляют и обследуют лиц, подозреваемых как источник инфекции.

Вызов лиц на обследование осуществляется по почте закрытым письмом или поручается патронажной сестре.

В диспансерах проводят профилактические осмотры работников детских учреждений, предприятий общественного питания, лечебно-профилактических учреждений.

В обязанности *женских консультаций* входит выявление больных гонореей или подозрительных на это заболевание, сообщение о каждом выявленном случае заболевания венерологическому диспан-

серу, лечение больных гонореей женщин, сообщение родильному дому о беременных, которые лечились по поводу гонореи.

Профилактика гонореи у детей начинается с обследования дважды за беременность всех беременных. Сразу после рождения новорожденным проводится профилактика офтальмогонобленореи 30% раствором сульфацил-натрия и через 2 часа после родов.

Дети должны иметь отдельную постель и индивидуальные предметы личной гигиены.

Врачебный и средний медперсонал кожно-венерологических диспансеров и женских консультаций проводит *санитарно-просветительную работу* по профилактике венерических заболеваний.

Профилактика бесплодия

Профилактика бесплодия заключается в *предупреждении инфекционных заболеваний* в детстве и периоде полового созревания, а также *воспалительных заболеваний* женских половых органов.

Большую роль в этом играют *профилактика искусственных абортов*, пропаганда современных методов контрацепции, предупреждение осложнений во время родов, *профилактика гонореи*.

Важна *система общих оздоровительных мероприятий*, способствующих сохранению репродуктивной функции женщины.

Санитарно-просветительная работа по гигиене половой жизни, о вреде аборта, особенно внебольничного, об опасности прерывания первой бе-

ременности играет важную роль в профилактике бесплодия.

Сестринский процесс при воспалительных заболеваниях Ленских половых органов и бесплодии

Женская консультация - лечебно-профилактическое учреждение, в функции которого входит оказание женскому населению гинекологической помощи.

Работая в этом учреждении., медсестра помогает врачу в сборе информации для выявления сестринских проблем. Она выписывает направления на обследование, участвует в обследовании пациенток (взятие мазков на гонорею и степень чистоты влагалища, взятие крови на RW, СПИД, австралийский антиген, определение группы крови и Rh-фактора).

Приоритетные проблемы: боли, выделения, отек, гиперемия.

Потенциальные проблемы: осложнения воспалительных процессов, бесплодие.

Основная цель: вылечить заболевание.

Действия медсестры. Информировать пациентку о данном заболевании, успокоить ее, рассказать о лечении, назначенном врачом, выписать рецепты, выполнить назначения врача (инъекции, местное лечение), научить правилам гигиены половых органов, провести санитарно-просветительную работу.

После выписки из стационара, если лечение проводилось там, продолжить реабилитационные ме-

роприятия (медсестра физиотерапевтического отделения).

Медсестра, участвуя в лечении, проводит текущую и итоговую оценку результатов лечения.

В задачи женской консультации входит изучение условий труда женщин, организация комнат личной гигиены женщины на предприятии и контроль за их работой. В этом значительную роль играет медсестра.

Большое значение имеет понимание психического состояния пациенток, особенно страдающих хроническими воспалительными заболеваниями, гонореей, бесплодием. Медсестра должна вселять в больного веру в благоприятный исход. Так как лечение длительное, медсестра становится советчиком, другом и наставником, она информирует врача о настроении пациентки, о ее семейных проблемах.

Гинекологический стационар предназначен для стационарного лечения гинекологических больных. Пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов, бесплодием.

В гинекологическом отделении медсестра расширяет элементы сестринского процесса. Она участвует ежедневно во врачебном обходе, получает дополнительную информацию о больной, а, наблюдая своих пациенток во время дежурств, на утренней пятиминутке сообщает врачу вновь появившиеся сведения о больных.

Медсестра выполняет назначения врача, участвует в выполнении манипуляций (гистеросальпингография, пункция заднего свода), некоторые лечебные мероприятия проводит самостоятельно (сприн-

цевания, влагалищные ванночки, тампоны, присыпки и пр.).

Медсестра обязана оказать неотложную помощь пациентке при воспалительных заболеваниях (применение пузыря со льдом), постановить капельницу.

При тяжелом общем состоянии больной медсестра следит за созданием физического и психического покоя, за диетой (пища должна быть легко усвояемой, богатой витаминами, питье обильным). Если больная не может принимать пищу, ее следует кормить. Необходим уход за полостью рта, кожей. Палату необходимо регулярно проветривать. Постель должна быть удобной. Следует часто менять белье, следить, чтобы на нем не было складок, больную следует часто поворачивать.

Рационально построенные взаимоотношения врача и медсестры предусматривают разумное распределение обязанностей при условии абсолютного взаимного доверия.

Медсестра совершенствует свои знания под контролем врача, участвуя в новых методах диагностики и лечения.

Все лечебные процедуры должны проводиться безболезненно.

Соблюдение лечебно-охранительного режима, правильно организованный уход за больными, заботливое отношение к ним, точное выполнение врачебных назначений — залог успешного лечения. Больные должны видеть, что их здоровье является предметом постоянного внимания медицинского персонала.

Применение пузыря со льдом

Приготовить:

1. Пузырь для льда, предварительно проверенный на целостность.
2. Лед кусочками, вода (14—16°C).
3. Полотенце личное.
4. Емкость с дезинфицирующим раствором (1% раствором хлорамина).
5. Ветошь.

Техника проведения:

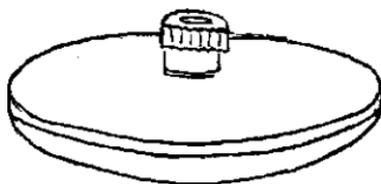
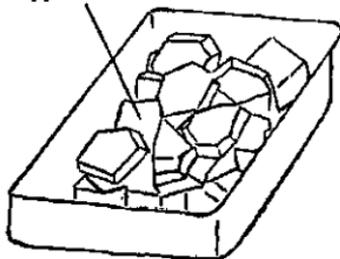
1. Заполнить пузырь для льда мелкими кусочками льда.
2. Залить их холодной водой (по мере таяния льда воду сливать и подкладывать кусочки льда).
3. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, завинтить пробку.
4. Завернуть пузырь в полотенце (пеленку).
5. Приложить пузырь на низ живота (15—20 мин. с интервалом 30 мин.).
6. Зафиксировать время.

Примечание: Общее время воздействия не должно превышать 2 часов с учетом интервалов.

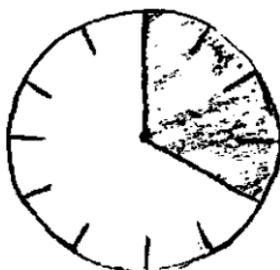
7. Убрать пузырь со льдом, вылить воду и удалить остатки льда.
8. Пациентке создать покой и удобное положение.
9. Обработать пузырь для льда ветошью, смоченной в дез. растворе, двукратно с интервалом в 15 мин.
10. Вымыть и осушить руки.

ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СОЛЬДОМ

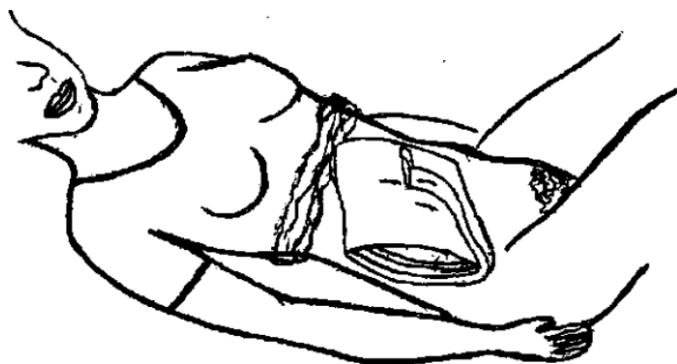
Лед



$t=14-16^{\circ}\text{C}$



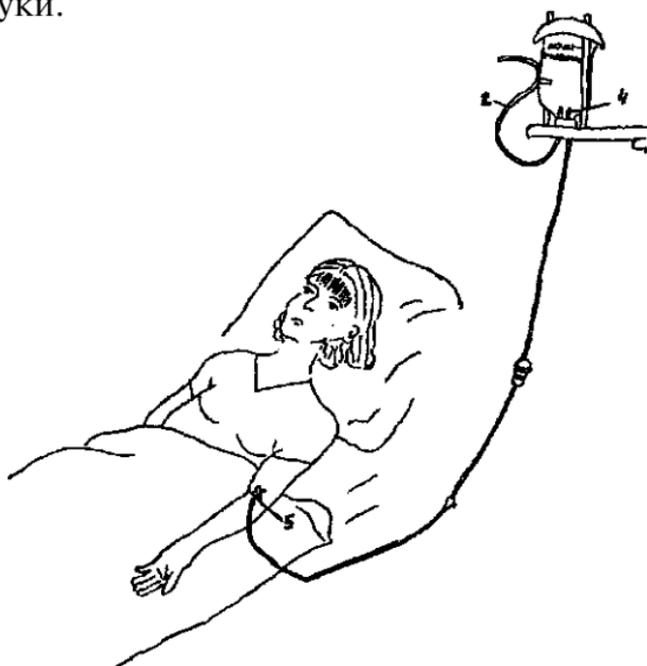
20 минут



Постановка капельницы с полиглюкином

1. Объяснить пациентке цель введения лекарственного раствора.
2. Объяснить пациентке ход и цель процедуры.
3. Обработать руки.
4. Подготовить систему для капельного введения.
5. Надеть маску и перчатки.
6. Приготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками и пинцетом.
7. Приготовить раствор для введения.
8. Обработать пробку флакона двукратно спиртом.
9. Проверить герметичность упакованного пакета, сдавив его с обеих сторон, и срок годности.
10. Вскрыть пакет.
11. Достать устройство.
12. Снять колпачок с иглы — 2 и воздуховода.
13. Ввести иглу до упора в пробку флакона.
14. Закрепить трубку воздуховода вдоль флакона так, чтобы ее конец был на уровне дна.
15. Закрывать зажим — 3.
16. Снять колпачок с иглы — 4 для подключения к флакону.
17. Ввести иглу в пробку до упора.
18. Перевернуть флакон.
19. Закрепить флакон на штативе.
20. Снять колпачок с иглы инъекционной — 5.
21. Повернуть капельницу — 6 в горизонтальное положение.
22. Открыть зажим.

23. Заполнить медленно устройство до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы — 5.
24. Закрывать зажим.
25. Надеть колпачок на иглу — 5.
26. Уложить пациентку в удобное положение.
27. Положить под локоть пациентки клеенчатую подушку.
28. Обернуть плечо салфеткой и наложить венозный жгут на среднюю треть плеча.
29. Исследовать вену.
30. Обработать место пункции вены спиртом 70% двукратно разными ватными шариками, сбросив их в дез. раствор (3% хлорамина).
31. Снять колпачок с иглы.
32. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки.

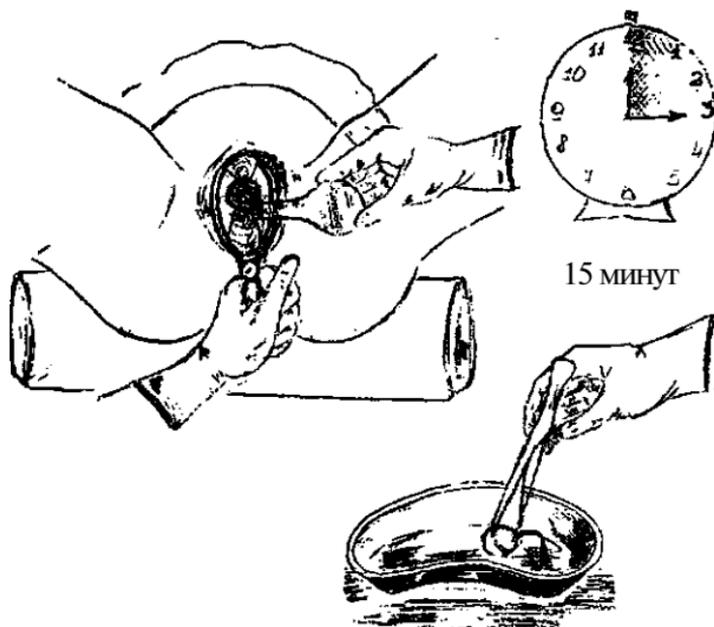


33. Предложить пациентке сжать руку в кулак.
34. Ввести иглу в вену, подложив под канюлю стерильную салфетку.
35. Снять жгут.
36. Отрегулировать скорость поступления капель зажимом.
37. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть стерильной салфеткой место введения.
38. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациентки во время инфузии.

Ванночка при эрозии шейки матки

1. Установить доверительные отношения с пациенткой.
2. Объяснить цель и ход процедуры.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Положить на гинекологическое кресло клеенку.
5. Попросить пациентку лечь на гинекологическое кресло.
6. Подложить под крестец валик.
7. Вымыть и осушить руки.
8. Надеть стерильные перчатки и маску.
9. Развести большие половые губы указательным и большим пальцами левой руки.
10. Ввести во влагалище двустворчатое зеркало Куско и зафиксировать его.
11. Влить лекарственный раствор в количестве 30 мл во влагалище, по зеркалу (первую порцию сразу сливают и заменяют новой).

12. Продолжительность ванночки — 10—15 минут.
13. Убрать зеркало.
14. Осушить ватным тампоном влагалище.



Введение мазевого тампона во влагалище

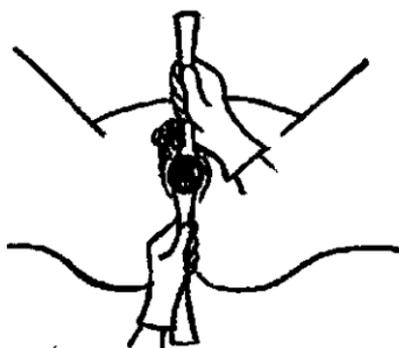
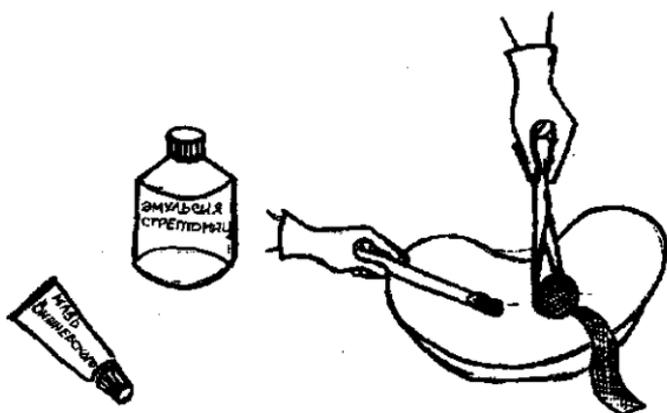
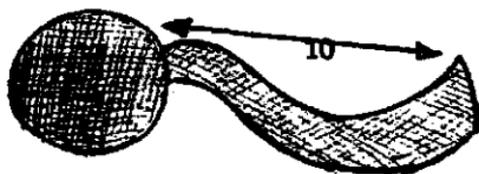
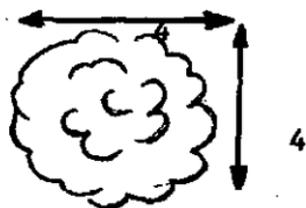
Цель: для местного воздействия на слизистую оболочку влагалища или влагалищной части шейки матки.

Приготовить:

1. Стерильный ватный тампон.
2. Пинцеты.
3. Лоток.
4. Лекарственный препарат: эмульсии стрептомицина, синтомицина, мазь Вишневского.

Необходимые условия: предварительно проводят обработку влагалища для удаления патологическо-

ВВЕДЕНИЕ МАЗЕВОГО ТАМПОНА ВО ВЛАГАЛИЩЕ



Осмотр шейки матки
в зеркалах



Введение мазевого тампона

го отделяемого с помощью спринцевания или влажной ванночки.

Техника проведения:

1. Положить на гинекологическое кресло клеенку.
2. Уложить пациентку на гинекологическое кресло
3. Обработать руки одним из способов.
4. Надеть стерильные перчатки.
5. Обильно смочить тампон лекарственным препаратом.
6. Провести осмотр в зеркалах.
7. Поместить с помощью пинцета тампон с лекарственным препаратом во влагалище, не вынимая зеркал.
8. Убрать зеркала.

Примечание: тампон вводят на 12—24 часа. Тампон удаляет сама пациентка оттягиванием за марлевую полоску.

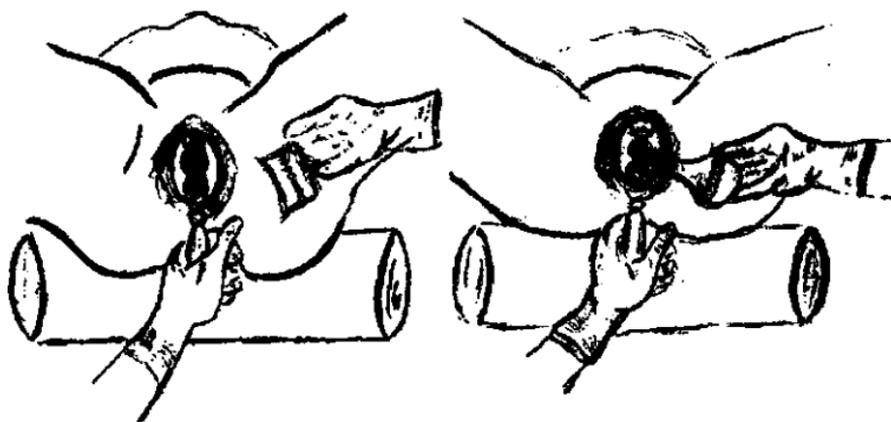
Введение во влагалище присыпок

Оснащение — гинекологическое кресло, зеркало Симпса с подъемником, стерильный материал, перчатки, корнцанги, присыпка, порошокдуватель, 3% р-р хлорамина, дезраствор.

Методика выполнения:

1. Объяснить пациентке смысл процедуры.
2. Положить на гинекологическое кресло клеенку.
3. Уложить пациентку на гинекологическое кресло.

4. Надеть перчатки.
5. Обработать наружные половые органы с помощью корнцанга.
6. Развести большим и указательным пальцами левой руки большие и малые половые губы.
7. Ввести во влагалище зеркало Симдса.
8. Ввести во влагалище подъемник.
9. Обнажить шейку матки и протереть стенки и своды влагалища, шейку матки сухим тампоном на корнцанге.
10. Набрать присыпку в порошокдуватель.
11. С помощью специального порошокдувателя ввести присыпку во влагалище.
12. Вывести подъемник.
13. Вывести ложкообразное зеркало Симпса.
14. Припудрить присыпкой наружные половые органы и анальное отверстие.
15. Прикрыть влагалище снаружи сухим тампоном.





НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Расстройства менструального цикла нужно расценивать как результат заболевания всего организма.

Факторами расстройств менструального цикла являются:

- нервные и психические заболевания;
- нарушения питания;
- » профессиональные вредности;
- общие заболевания;
- гинекологические заболевания;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- болезни крови;
- гинекологические операции;
- мочеполовые свищи;
- нарушения процесса полового созревания;
- возрастная перестройка в климактерическом периоде;
- заболевания органов внутренней секреции.

Клинические формы нарушений менструального цикла обусловлены уровнем поражения регулирующей системы: гипоталамус — гипофиз — яичники — матка.

Нарушения менструальной функции в зависимости от клинических проявлений делятся на следующие группы.

I. Аменорея — отсутствие менструации 6 месяцев и более.

II. Циклические нарушения:

1. Изменение количества крови
 - гиперменорея — увеличение;
 - гипоменорея — уменьшение.
2. Нарушение продолжительности менструации:
 - полименорея — затяжная менструация;
 - олигоменорея — укороченная менструация.
3. Нарушение ритма менструации:
 - пройоменорея — частые менструации;
 - опсоменорея — редкая менструация.

III. Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения.

IV. Альгодисменорея — болезненные менструации.

Шпоменструальный синдром

Гипоменструальный синдром характеризуется гипоменореей, олигоменореей и опсоменореей (уменьшение, укорочение и урежение менструаций).

Аменорея — отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более. Различают истинную и ложную аменорею. При *ложной* аменорее циклические изменения происходят, но кровь не имеет выхода из-за заращения влагалища, шейного канала или девственной плевы. В этом случае показано оперативное вмешательство.

При *истинной* аменорее циклические изменения отсутствуют. Истинная аменорея может быть физиологической и патологической.

Физиологическая аменорея наблюдается в детском возрасте, во время беременности, при кормлении грудью и в постменопаузе.

Патологическую аменорею делят на первичную и вторичную.

Первичная аменорея — полное отсутствие менструаций у женщины в периоде половой зрелости.

Вторичная аменорея — прекращение менструации после раннее нормального менструального цикла.

Патологическая аменорея обусловлена поражением любого из регулирующих звеньев менструального цикла.

В распознавании нарушений менструальной функции особое значение имеет определение уровня поражения на основании данных анамнеза, объективного обследования и клинической картины заболевания.

Синдром Шихана — симптомокомплекс в виде аменореи, гипотрофии половых органов, исчезновения оволосения на лобке, гипотиреоза, снижения функции надпочечников; возникает в результате большой кровопотери в родах, послеродового сепсиса. В гипофизе нарушается кровообращение.

Синдром Шершевского-Тернера характеризуется первичной аменореей, отсутствием вторичных половых признаков, недоразвитием молочных желез, недостаточным оволосением, умственной отсталостью.

Синдром Штейна-Левенталя (склерокистозных яичников). Характеризуется утолщением белочной оболочки, отсутствием овуляции. Клинически проявляется гипоменструальным синдромом или аменореей, гирсутизмом, двусторонним увеличением

яичников при правильном телосложении и хорошо развитых вторичных половых признаках. Часто в результате возникает бесплодие.

Лечение проводится в зависимости от выявленного уровня поражения.

При аменорее *центрального* генеза рекомендуется седативная терапия, физиотерапия (эндонозальный электрофорез 2% раствора витамина B_6 , 0,25% раствора димедрола), витаминотерапия.

При аменорее *яичникового* генеза с целью развития вторичных половых признаков рекомендуется полноценное питание, витаминотерапия, гигиенический режим, занятия физкультурой, диета, направленная на снижение массы тела (при ожирении). Назначается заместительная гормональная терапия в виде циклической (эстрогенные препараты, а затем прогестерон).

При синдроме Шершевского-Тернера лечение начинают с **10—12** лет, для **увеличения** роста применяют гормон щитовидной железы, анаболические стероиды.

После 15—16 лет начинают заместительную терапию препаратами женских половых гормонов.

Синдром склерокистозных яичников лечится стимуляторами овуляции или оперативно-клиновидной резекцией яичников.

Гиперменструальный синдром

Гиперменструальный синдром характеризуется гиперменореей, полименореей, пройоменореей (увеличение, удлинение, учащение менструации).

Причины. Гипофункция яичников:

- истощение, нарушение обмена;
- гиповитаминоз;
- заболевания крови (тромбоцитопения);
- опухоли внутренних половых органов (миома матки);
- воспалительные процессы женских половых органов;
- патологические перегибы матки.

Понижается сократительная способность матки, замедляется регенерация (восстановление) эндометрия, застой крови в области малого таза.

Лечение зависит от причины, вызвавшей нарушение, и заключается в лечении основного заболевания (противовоспалительное лечение, коррекция процессов свертывания крови, гормональное лечение, оперативное — при опухолях).

Симптоматическое лечение заключается в назначении гемостатических препаратов (викасол, препараты кальция) исокращающих средств (маммофизин).

Аисфункциональные маточные кровотечения

Дисфункциональные (ановуляторные) маточные кровотечения связаны с нарушением или неустановившимися функциональными отношениями в системе гипоталамус — гипофиз — яичники.

Причины:

- психические потрясения;
- неблагоприятные бытовые условия;
- перемена климата;

- умственное и физическое напряжение;
- гиповитаминоз;
- инфекционные заболевания и интоксикации.

Клиника. После задержки менструации от 1—2 недель до 2 месяцев и более возникает кровотечение, которое может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев. При этом развивается вторичная анемия, а она сопровождается слабостью, снижением работоспособности, головокружением, снижением АД.

В период полового созревания дисфункциональные кровотечения называются ювенильными. Девочки жалуются на слабость, головную боль, головокружение, сердцебиение, плохой сон, плаксивость.

При осмотре девочки обычно астеничного телосложения, кожные покровы бледные, отмечается тахикардия, снижение АД.

При осмотре наружных половых **органов** видны признаки инфантилизма (оволосение по мужскому типу, большие половые губы не прикрывают малые).

Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде называется **климактерическим** кровотечением.

С целью диагностики проводят тесты функциональной диагностики: отмечается монофазная базальная температура, монотонный КПИ и симптом зрачка.

В периоде половой зрелости и в климактерическом периоде с диагностической и лечебной целями проводят раздельное диагностическое выскабливание слизистой шейки матки и тела матки с обяза-

тельным гистологическим исследованием для исключения злокачественного процесса.

Лечение должно быть комплексным, в стационаре. Этапы лечения зависят от возраста больной. Основные принципы: остановка кровотечения, предупреждение рецидива, регуляция функции яичников.

При ювенильных кровотечениях назначают кровоостанавливающие, сокращающие средства, общеукрепляющее лечение, витаминотерапию, средства, повышающие свертываемость крови и стимулирующие кроветворение. Гормональные препараты назначают с целью остановки кровотечения и дальнейшей регуляции менструальной функции.

При климактерическом кровотечении после получения результатов гистологического исследования проводят гормонотерапию с целью регуляции менструальной функции (до 48—50 лет) или ее подавления (после 48—50 лет). Одновременно проводят симптоматическое лечение сокращающими, гемостатическими, гемостимулирующими и седативными средствами, а также витаминотерапию.

Альгодисменорея

Альгодисменорея — болезненные менструации. Боль может возникнуть до начала менструации и продолжаться до ее окончания. Иногда боли бывают очень сильными, сопровождаются тошнотой, рвотой, снижением трудоспособности.

Причины:

- расстройства ЦНС;

- аномалии развития;
- инфантилизм;
- воспалительные заболевания женских половых органов;
- эндометриоз;
- опухоли женских половых органов;
- неправильное расположение матки (перегибы).

Лечение. Устранение причины, применяют противовоспалительное, хирургическое, гормональное лечение.

При нарушении ЦНС большое значение имеет режим дня, питание, занятия физкультурой.

При инфантилизме проводят общеукрепляющее лечение, тепловые процедуры, гормонотерапию.

Симптоматическое лечение заключается в назначении обезболивающих, спазмолитиков, успокаивающих средств.

Непроэндокринные синдромы

Предменструальный синдром — совокупность патологических симптомов, возникающих за несколько дней до менструации и исчезающих в течение первых дней после нее (нарушение нервной, эндокринной, сосудистой систем и обмена веществ).

Жалобы на повышенную раздражительность, плаксивость, головную боль, расстройство сна, тошноту, рвоту, болезненное нагрубание молочных желез, боли в области сердца и сердцебиение, метеоризм.

Лечение. Психотерапия, седативные препараты, мочегонные в сочетании с солями калия, прогестерон во II фазе менструального цикла.

Климактерический синдром — совокупность патологических симптомов, характерных для климактерического периода. Наблюдается у 40% женщин.

Жалобы на приливы жара, потливость, боли в области сердца, раздражительность, повышенную возбудимость, головокружение, расстройство сна. Течение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний ухудшается.

Лечение. Психотерапия, лечебная гимнастика, водолечение, режим дня, диета с ограничением возбуждающих средств. Применяют препараты брома, валериану, триоксазин и др. Из физиотерапевтических средств — гальванический воротник по Щербаку.

Посткастрационный синдром — совокупность нервно-психических, вегето-сосудистых и эндокринных нарушений. Он развивается после удаления яичников. По клинике он похож на климактерический синдром.

Лечение должно быть комплексным: лечебная гимнастика, водолечение, физкультура, седативные средства, физиотерапия.

В молодом возрасте — заместительная гормональная терапия.

Сестринский процесс при нарушениях менструального цикла

В сборе информации большое значение имеет опрос. Условия жизни с раннего возраста влияют на развитие организма. Особое значение имеет характер питания. Недостаточное, избыточное или непол-

ноценное питание может привести к неправильно-му формированию половой системы, а также к нарушению менструальной функции.

Перенесенные в период полового созревания хронический тонзиллит, эпидемический паротит, корь могут оказать неблагоприятное влияние на становление менструальной функции.

Такие заболевания, как малярия, туберкулез, ревматизм, частые ангины и пневмонии, также могут приводить к задержке полового и общего физического развития, что в дальнейшем может проявиться нарушением менструального цикла.

Менструальная функция характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. Нарушения менструальной функции могут свидетельствовать как о гинекологических, так и об экстрагенитальных заболеваниях.

Следует выяснить, не сопровождались ли менструации в период их становления болями, повышением температуры тела, обмороками, тошнотой, рвотой и др.

При нарушении менструальной функции уточняют его характер.

Если у больной уже наступила менопауза, нужно выяснить, как протекал переходной период, каким в это время был характер менструации, не было ли кровотечений, не производилось ли диагностических выскабливаний. Следует уточнить, в каком возрасте наступила менопауза (обычно 49—50 лет).

Заканчивают опрос выяснением характера менструации во время настоящего заболевания и даты последней нормальной менструации.

Сбор информации продолжается обследованием пациента, в этом медсестра принимает самое активное участие. Она берет мазки на цитологическое исследование, на гонорею, степень чистоты влагалища. Готовит инструменты и ассистирует при зондировании матки, диагностическом выскабливании слизистой оболочки шейки и тела матки, собирает соскоб и отправляет его на гистологическое исследование, участвует в оценке тестов функциональной диагностики яичников (симптом зрачка, симптом арборизации), учит пациентку вести менструальный календарь и измерению базальной температуры.

Приоритетные сестринские проблемы при нарушении менструального цикла — кровотечение, боли.

Потенциальные проблемы — бесплодие, вторичная анемия, злокачественные новообразования, воспалительные заболевания.

Неотложная помощь при кровотечении:

- уложить больную, успокоить;
- вызвать врача;
- пузырь со льдом на низ живота;
- тампонада влагалища;
- постановка капельницы (физиологический раствор, 5% раствор глюкозы);
- кровоостанавливающие (викасол, глюконат кальция);
- определение группы крови и резус-фактора;
- госпитализация в гинекологическое отделение.

Медсестра гинекологического отделения должна обратить внимание на возраст пациентки и старать-

ся положить ее в соответствующую палату, особенно надо обратить внимание на девочек с ювенильным кровотечением, предупредить женщин в палате о внимании к этой девочке.

Следует рассказать пациенткам о распорядке дня отделения, о гигиеническом режиме, о питании.

Соответствующий сестринский уход играет важнейшую роль в лечении.

Большое значение придается санитарно-просветительной работе: беседы о гигиене менструального цикла, гигиене половой жизни, здоровом образе жизни, гигиене климактерического периода.

Правильное и своевременное выполнение назначений врача — важнейшее звено в лечении нарушений менструального цикла.

Пациентки должны быть информированы, что данное заболевание требует длительного, дисциплинированного лечения.

После выписки из стационара женщины ставятся на диспансерный учет в женской консультации. На них заполняется контрольная карта (форма № 30), где отмечаются все посещения женской консультации. Сначала необходимо посещать женскую консультацию ежемесячно. В случае неявки больной на очередной осмотр ее приглашают на прием по телефону, по почте или через патронажное посещение.

Следует обратить внимание больных с нарушением менструального цикла, что именно от таких потребностей, как еда, безопасность, принадлежность (по таблице Маслоу), зависит очень многое в выздоровлении.

Надо помочь пациентке составить режим дня, объяснить ей, что питание должно быть высококалорийным, витаминизированным, богатым белками, железом. Необходимо назначить ей гимнастические упражнения.

Особое внимание требуют девочки, страдающие ювенильным кровотечением. Здесь надо отрегулировать время учебы и отдыха, исключить лишние нагрузки.

Женщины климактерического периода нуждаются в общении, надо порекомендовать им группы здоровья, клубы по интересам.



ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Опухоли (новообразования) — избыточное патологическое разрастание тканей, состоящее из качественно измененных клеток, утративших свою нормальную форму и функцию.

Опухоловидные образования женских половых органов отличаются от опухолей тем, что не являются результатом избыточного патологического роста и размножения качественно измененных клеток (например, тубовариальное воспалительное образование, кисты яичников).

Различают доброкачественные и злокачественные опухоли.

Доброкачественные опухоли не прорастают другие ткани, а по мере роста раздвигают и сдавливают окружающие ткани.

Злокачественные опухоли прорастают окружающие ткани, разрушают их, обладают способностью к метастазированию.

Ретенционные кисты

Ретенционные кисты — опухоловидные образования женских половых органов. Это полость, за-

полненная жидким содержимым, возникает в результате задержки или избыточной секреции жидкости.

Кисты могут встречаться во всех отделах половой системы женщины: вульве, влагалище, шейке матки, яичнике, широкой маточной связке.

Наиболее часто кисты локализуются в яичнике и над ним (*параовариальная киста*).

В яичниках различают фолликулярные кисты, кисты желтого тела, текалютеиновые кисты.

Фолликулярная киста в диаметре **10—12** см, тонкостенная, с жидким прозрачным содержимым, соломенного цвета, подвижная, мягко эластичной консистенции.

Киста желтого тела встречается реже фолликулярной, макро- и микроскопически похожа на нее.

Текалютеиновые кисты возникают при пузырьном заносе или хорионэпителиоме, способны самостоятельно рассасываться в результате лечения основного заболевания.

Клиника. Ретенционные кисты яичника часто протекают бессимптомно. В случае осложнения — перекрут ножки кисты, разрыв капсулы — выражена клиника острого живота.

Диагностика при двуручном влагалищном исследовании, УЗИ, лапароскопии.

Лечение. Небольшие ретенционные кисты могут рассасываться при противовоспалительной терапии в течение 4—6 недель, при отсутствии эффекта резекция яичника или его удаление.

Профилактика заключается в своевременном и полноценном лечении острых воспалительных процессов внутренних половых органов.

Эндометриоз

Эндометриоз — заболевание, при котором вне полости матки образуются включения, по строению и функции напоминающие слизистую оболочку матки. По локализации различают эндометриоз генитальный и экстрагенитальный (послеоперационных рубцов, кишечника, мочевого пузыря, конъюнктивы глаза и др.).

Очаги эндометриоза представляют собой мелкие изолированные гнезда, выстланные тканью, сходной с эндометрием, и содержащие темную коричневую жидкость.

Отличительная особенность эндометриоза — циклические превращения включений соответственно менструальному циклу.

Клиника. Эндометриоз проявляется циклически. Жалобы на боли и кровотечения. Боли возникают перед менструацией и проходят после окончания. Кровотечения в виде полименореи.

Помогают в диагностике кольпоскопия, биопсия шейки матки, гистеросальпингография, гистероскопия, лапароскопия.

Лечение может быть консервативным и оперативным. Выбор метода зависит от выраженности симптоматики, возраста и сопутствующих заболеваний.

Консервативная терапия симптоматическая (обезболивающие, кровоостанавливающие средства) и гормональная.

Объем оперативного вмешательства зависит от распространенности эндометриоза, возраста, состояния других отделов половой системы женщины.

Миома матки

Миома матки — доброкачественная опухоль, возникающая из мышечной ткани. Она возникает чаще всего в репродуктивном периоде, чаще после 30 лет. Но в этот период она обычно бессимптомная и выявляется на профилактических осмотрах. В климактерическом периоде рост миомы ускоряется, она сопровождается симптомами. С наступлением менопаузы она перестает расти, а иногда и рассасывается. Все это говорит о гормональной зависимости опухоли.

Миома матки представляет собой узлы, заключенные в капсулу, величина их различна.

В зависимости от локализации узлы бывают *субмукозные* (подслизистые), растут в сторону полости матки, *интерстициальные* (межмышечные) — в толще матки и *субсерозные* (подбрюшинные).

Клиника. Жалобы на кровотечения, боли, бели, нарушение функции соседних органов, бесплодие.

Кровотечения чаще бывают циклические, они удлиняются и усиливаются, они могут быть длительными, на их фоне может возникнуть вторичная анемия.

Жалобы на недомогание, снижение работоспособности, общую слабость, головные боли, головокружения, одышку, сердцебиение, отеки, особенно во время менструации.

Боли возникают в связи со сдавливанием нервных окончаний, с рождающимися субмукозными узлами, некрозом опухоли.

Величину матки при миоме чаще всего сравнивают с размерами беременной матки. При больших

размерах миомы можно обнаружить увеличение живота и пропалыщровать плотную бугристую опухоль.

Лечение миомы матки зависит от выраженности симптоматики, сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, а также от возраста больной.

Консервативное лечение состоит из симптоматического и гормонального. Показана гемостатическая терапия, сокращающие, антианемическое лечение. При болях применяют спазмолитики, анальгетики.

Гормонотерапия проводится под контролем тестов функциональной диагностики. Назначают диетотерапию, витамины, бальнеологическое лечение (йодобромные и родоновые ванны).

Показания к оперативному лечению:

- меноррагии, приводящие к анемии;
- быстрый рост;
- большие размеры миомы (более 14 недель беременности);
- резко выраженный болевой синдром;
- подозрение на злокачественное перерождение;
- осложнения (рождающийся узел, некроз узла);
- субмукозная миома матки;
- выраженное нарушение функций соседних органов.

Операции делятся на радикальные и консервативные.

Радикальные: надвлагалищная ампутация матки; экстирпация матки.

Консервативные: вылушивание миоматозных узлов с целью сохранения менструальной и детородной функций.

Доброкачественные опухоли яичников

Наиболее часто из доброкачественных опухолей яичников встречаются эпителиальные опухоли (цистадиномы).

Цистадиномы бывают серозные, серозно-папиллярные, муцинозные. Эти опухоли часто встречаются у женщин в возрасте 40—60 лет. Серозно-папиллярная цистаденома малегнизируется в 70% случаев.

Зрелая тератома (дермоидная киста) часто встречается у девочек. На разрезе полость заполнена салом, волосами, хрящевидными и костными образованиями. Встречается в возрасте 20—40 лет.

Фиброма яичника повторяет форму яичника, диаметр 10—12 см, очень плотная.

Арренобластома чаще встречается в возрасте 25—35 лет, имеет вид гладких серовато-белесоватых узлов, *чаще бывает* односторонней.

Клиника. Опухоли протекают бессимптомно, но при больших размерах они нарушают функции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки), если опухоль на ножке, то может произойти ее перекрут, нарушение питания, и появляются соответствующие жалобы (клиника острого живота, боли, нарушение мочеиспускания, дефекации).

Почти все опухоли гормонально активные, поэтому может быть нарушение менструального цик-

ла. Характер опухоли можно установить после чревосечения и ее удаления, а часто только после гистологического исследования.

Для диагностики используются зондирование полости матки, УЗИ, лапароскопия, гистеросальпингография, исследование желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.



ПРЕАРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

К предраковым заболеваниям наружных половых органов относятся хронические дистрофические процессы кожных покровов, слизистых оболочек и подкожно-жировой клетчатки вульвы — крауроз и лейкоплакия. Эти заболевания встречаются чаще всего в постменопаузе. В 20—50% случаев на фоне этих заболеваний возникает рак.

Крауроз — заболевание, выражающееся постепенно развивающейся атрофией больших и малых половых губ и клитора, которая приводит к патологическому сморщиванию кожи и слизистой оболочки наружных половых органов.

В / *стадии* появляются отек, гиперемия, зуд в области наружных половых органов.

II стадия — уплощаются большие и малые половые губы, происходит атрофия клитора, кожа становится сухой, белесоватого цвета, суживается вход во влагалище.

III стадия — развивается полная атрофия и склероз наружных половых органов. На больших половых губах отсутствуют волосы, кожа и слизистые истончаются, приобретают тусклый перламутровый цвет (вид смятого пергаментного листа).

Лейкоплакия — молочно-белые пятна на слизистой оболочке. По степени выраженности лейкоплакии различают *плоскую, гипертрофическую и бородавчатую* формы.

Часто крауроз и лейкоплакия сочетаются, что неблагоприятно в отношении малегнизации. Эти заболевания могут протекать бессимптомно и могут обнаруживаться только на профилактических осмотрах.

Часто крауроз сопровождается мучительным ночным зудом — это приводит к невротическим расстройствам, нарушению сна и трудоспособности.

Диагноз ставится на основании клинической картины. К дополнительным методам относятся кольпоскопия, проба Шиллера, биопсия, гистологическое исследование.

Лечение. Крауроз и лейкоплакия имеют длительное течение, поэтому лечение требует большого терпения от больной и медработников.

Лечение комплексное:

- туалет наружных половых органов следует совершать несколько раз в день кипяченой водой (без мыла) с добавлением гидрокарбоната натрия, настоями ромашки или календулы;
- диета молочно-растительная. Острые блюда и алкоголь запрещаются;
- гормональная терапия эстрогенными и андрогенными гормонами в инъекциях и в виде мазей, свечей;
- седативные препараты и снотворные.

Предраковые заболевания влагалища

К предраковым заболеваниям влагалища относятся лейкоплакия и эритроплакия.

Лейкоплакия влагалища — ороговение плоского многослойного эпителия в виде белесоватой пленки или бляшки, а иногда и папилломы.

Эритроплакия — границы четкие, поверхность блестящая, ярко-красные пятна легко кровоточат при дотрагивании.

Для диагностики необходима биопсия.

Из методов лечения — криотерапия и хирургическое лечение.

Предраковые заболевания шейки /латки

Фоновые процессы — патологические состояния врожденного или приобретенного характера, на фоне которых возникают предрак и рак шейки матки. Развитие фоновых заболеваний связано с травмой шейки матки во время родов, гормональными нарушениями, воспалительными заболеваниями.

Эктопия (псевдоэрозия) — смещение границы цилиндрического эпителия канала шейки матки и плоского эпителия на влагалищную поверхность шейки матки.

При осмотре в зеркалах — яркая гиперемия с зернистой или бархатистой поверхностью, легко травмируется и кровоточит.

Эктропион — выворот и зияние части канала шейки матки во влагалище, бывает после родов при надрыве круговых мышц.

Истинная эрозия шейки матки — дефект эпителиального покрова, встречается крайне редко, легко кровоточит.

Лейкоплакия шейки матки имеет вид белого пятна, иногда плотных грубых бляшек.

Эритроплакия шейки матки — участки истонченного эпителия, сквозь который просвечивается подлежащая ткань красного цвета, неправильной формы, легко кровоточит.

Полип шейки матки виден в просвете шеечного канала в виде дольчатых образований красного или розового цвета.

К предраку шейки матки относят **дисплазию**, которая характеризуется интенсивной пролиферацией атипических клеток. При осмотре не выявляется. Для диагностики изменений шейки матки необходимо провести кольпоскопию, пробу Шиллера, биопсию, гистологическое исследование.

Лечение бывает консервативным и оперативным.

Консервативное лечение предусматривает снятие воспалительного процесса, улучшение трофики тканей.

Консервативное лечение начинается с дезинфицирующих влагалищных ванночек с последующим введением тампонов с эмульсией синтомицина, рыбьим жиром, облепиховым маслом и др. Курс лечения - 10—14 дней, если нет эффекта, то проводят оперативное лечение — *диатермоэлектрокоагуляция*. Образующийся во время коагуляции струп отторгается к 15-му дню. Полное заживление происходит через 1,5—3 месяца. Возможные осложнения

— кровотечение, обострение воспалительного процесса, эндометриоз шейки матки.

Для лечения эктропиона, лейкоплакии, эритроплакии, дисплазии шейки матки применяют электрокоагуляцию — иссечение патологически измененной шейки в виде конуса с вершиной, обращенной к внутреннему зеву. Иссечь шейку матки можно при помощи *углекислого лазера* или *криохирургического метода*, используя жидкий азот.

Хирургическое лечение полипов шейки матки заключается в удалении их с иссечением ножки и последующим отдельным диагностическим выскабливанием.



ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рак и саркома

наружных половых органов и влагалища

Рак вульвы чаще возникает у женщин пожилого возраста на фоне крауроза или лейкоплакии в области клитора, малых и больших половых губ, большой железы преддверия влагалища.

Клиника. Зуд, боли, бели и кровяные выделения появляются довольно рано. Окончательный диагноз устанавливается после биопсии и гистологического исследования.

Лечение заключается в расширенной вульвэктомии с последующей лучевой терапией.

Рак влагалища чаще бывает метастатическим. Появляется инфильтрат стенки влагалища, после биопсии и уточнения диагноза проводится лечение основного процесса и сочетанная лучевая терапия.

Саркома вульвы и влагалища у взрослых женщин встречается редко. Чаще наблюдается у девочек, локализуется в области клитора, половых губ, влагалища. Саркома имеет вид ограниченного узла,

прорастает подлежащие ткани и распадается с образованием язв.

Лечение — удаление вульвы и влагалища с последующей лучевой терапией.

Pelf шейки /латки

Рак шейки матки наиболее часто встречающаяся опухоль женских половых органов.

Различают экзофитную, эндофитную и смешанную формы рака шейки матки.

Экзофитная форма — опухоль имеет вид цветной капусты, расположенной на поверхности шейки матки, иногда больших размеров.

Эндофитная форма — опухоль прорастает в толщу шейки матки, шейка увеличивается в размерах. При распаде опухоли образуется глубокая язва в виде кратера.

Клиника. Характерные симптомы рака шейки матки — ациклические (контактные) кровотечения, бели с прожилками крови, при распространении опухоли — боли. При прогрессировании болезни могут возникать кровотечения, угрожающие жизни.

При распространении процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляется соответствующая симптоматика.

Осмотр шейки с помощью зеркал следует производить осторожно ввиду возможности травматизации тканей и кровотечения.

Дополнительные методы исследования: кольпоскопия, проба Шиллера, биопсия, гистологическое

исследование, выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки.

Лечение зависит от стадии заболевания.

При стадии 0 у больных до 50 лет производят электроконизацию шейки матки или ампутацию влагалищной части шейки. В возрасте старше 50 лет — экстирпация матки без придатков.

I стадия — лечение комбинированное (хирургическое и лучевая терапия). Операция - расширенная экстирпация матки с придатками (операция по Вертгейму) и лучевая терапия до и после операции.

II стадия — сочетанная лучевая терапия.

III стадия — сочетанная лучевая терапия.

IV стадия — симптоматическое лечение.

Рак тела матки

Рак тела матки встречается у женщин старше 50 лет. Чаще раком тела матки страдают нерожавшие или мало рожавшие женщины с поздним наступлением менархе и менопаузы.

Клиника. Основной симптом — ациклические маточные кровотечения в репродуктивном периоде, а также кровотечения в постменопаузе. Часто отмечаются выделения типа мясных помоев, боли, чувство тяжести в нижних отделах живота.

При распространении процесса — нарушение функции соседних органов.

Обязательными являются цитологическое и гистологическое исследования после отдельного диагностического выскабливания слизистой цервикальной канала и слизистой тела матки.

Лечение комплексное (хирургическое, лучевое и гормональное). Объем хирургического вмешательства (экстирпация матки с придатками) зависит от стадии заболевания, возраста и общего состояния больной.

Гормонотерапия заключается в длительном (3—5 лет) внутримышечном введении 12,5% раствора оксипрогестерона капроната.

Хорионэпителиома

Хорионэпителиома — злокачественная опухоль матки, возникающая в 50% случаев из пузырного заноса.

Клиника характеризуется ациклическими длительными, иногда профузными маточными кровотечениями, выделениями серозно-кровянистого характера, часто с гнилостным запахом, незначительными болями внизу живота. Длительное кровотечение приводит к вторичной анемии. Характерно раннее метастазирование гематогенным путем во влагалище, печень, мозг, чаще в легкие. Появляются жалобы на кашель, мокроту с кровью. Болезнь быстро прогрессирует и может привести к летальному исходу.

Диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза (перенесенный пузырный занос, роды, аборты).

Лечение консервативное (химиотерапия) и хирургическое (при профузных маточных кровотечениях, склонности опухоли к прорастанию, больших ее размерах).

Рак маточных труб

Первичный рак маточной трубы возникает редко. Чаще он бывает вторичным в результате распространения злокачественного процесса с матки или яичника на трубу.

Клиника. Появляются ациклические кровянистые выделения, колющие боли.

Постановка диагноза затруднительна. Помогает диагностическое выскабливание эндометрия, лапароскопия.

Лечение комбинированное. Удаление матки с придатками с последующей лучевой и химиотерапией.

Рак яичников

Рак яичников может быть первичным, вторичным и метастатическим. Наиболее часто встречается метастатическая опухоль Крукенберга (метастазы из желудочно-кишечного тракта) и метастазы в яичники при раке молочной железы.

Симптоматика и выбор метода лечения зависят от проявлений основного заболевания.

Клиника. В ранних стадиях рак яичника не отличается ярко выраженной симптоматикой и только при перекруте ножки опухоли или разрыве ее капсулы могут появиться острые боли в нижних отделах живота. При распространении процесса отмечается нарушение общего состояния и функций органов малого таза. Появляются слабость, потливость, похудание, быстрая утомляемость, постоянные тупые, ноющие боли внизу живота, чувство расширения живота и увеличение его разме-

ров вследствие асцита, одышка, запоры. Могут появиться ациклические маточные кровотечения.

Дополнительные методы исследования: рентгенопельвиография, лапароскопия, УЗИ. Обязательно исследование желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Лечение комбинированное. Оперативное вмешательство (экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника). Химиотерапия (тиоТЭФ, циклофосфан, сарколизин и др.) применяется до и после оперативного лечения.

Профилактика злокачественных опухолей

В профилактике злокачественных опухолей важнейшая роль принадлежит массовым профилактическим осмотрам (не реже 2 раз в год). Профилактические осмотры проводятся в женских консультациях, на промышленных предприятиях, а также в смотровых кабинетах поликлиник. Высокое качество профилактических осмотров обеспечивается обязательным применением кольпоскопии и цитологического исследования мазков с шейки матки.

Женщин, больных раком желудка и молочной железы, обязательно должны осматривать гинекологи с целью раннего выявления у них метастатического рака яичников.

Для профилактики рака женских половых органов очень важно выявление предраковых заболеваний, правильное и своевременное их лечение, активнее диспансерное наблюдение больных. Этому способствует выделение **групп риска** развития опу-

холей половых органов, диспансерное наблюдение за больными этих групп и их лечение.

5 групп высокого риска возникновения рака женских половых органов.

Группа I — женщины, угрожаемые по развитию рака наружных половых органов (крауроз вульвы, лейкоплакия и эритроплакия вульвы и влагалища).

Группа II — женщины, угрожаемые по возникновению рака шейки матки (эктопия, эрозированный эктропион, эритроплакия, полипы, лейкоплакия и дисплазия шейки матки).

Группа III — женщины, угрожаемые по развитию рака тела матки (отягощенная онкологическая наследственность, нейроэндокринно-обменные расстройства, нарушение овуляции, гиперпластические процессы эндометрия, миома матки, пузырный занос).

Группа IV — женщины, угрожаемые по возникновению рака яичников (отягощенная онкологическая наследственность, перенесение операций на яичниках, кисты яичников, хроническое воспаление придатков матки, множественная миома матки, дисфункция яичников, доброкачественные опухоли яичников).

Группа V — женщины, угрожаемые по развитию рака маточных труб (хроническое рецидивирующее воспаление придатков матки).

В профилактике рака женских половых органов большое значение имеет санитарно-просветительная работа в виде бесед, лекций.

Рациональное ведение родов уменьшает вероятность травмы шейки матки, снижает частоту развития эктропиона шейки матки.

Аиспансерное наблюдение

Одной из задач женской консультации является учет и диспансерное наблюдение гинекологических больных. Диспансеризации подлежат женщины с такими заболеваниями, как эрозия и другие фоновые заболевания шейки матки, дисплазия шейки матки, крауроз и лейкоплакия наружных половых органов, гиперпластические процессы эндометрия, миома матки, эндометриоз, нарушения менструальной функции, кисты и опухоли яичников, злокачественные опухоли женских половых органов, хронический сальпингоофорит с частыми обострениями, тубовариальные воспалительные образования.

Больные с перечисленными заболеваниями подлежат регулярным осмотрам.

При миоме матки осмотр необходим 1 раз в 3 месяца.

При предраковых заболеваниях наружных половых органов и влагалища осмотр — 1 раз в 3–6 месяцев, необходимо находиться на учете 5 лет.

Больные, перенесшие пузырный занос, подлежат диспансерному наблюдению в течение 2–6 лет.

В проведении диспансерного наблюдения большую помощь врачу оказывает медсестра. На каждую диспансерную больную заполняется диспансерная карта, в ней отмечаются все посещения женской консультации. В случае неявки медсестра приглашает больную на прием.

Женская консультация поддерживает связь с онкодиспансером. Женщины, у которых выявлен или заподозрен предопухолевый процесс или опухоль половых органов, должны быть направлены в специализированные онкологические стационары для

обследования и лечения. После выписки из онкологического стационара женщина ставится на учет в женской консультации и периодически направляется на консультацию в онкодиспансер.

Сестринский процесс при доброкачественных и злокачественных опухолях Женских половых органов

Медсестра при I этапе сестринского процесса (сборе информации) при опросе должна обратить внимание на характер болей. При спастическом сокращении матки это может быть рождение подслизистого миоматозного узла, сдавление нервных окончаний опухолями. Интенсивные и продолжительные боли бывают при метастазировании раковой опухоли половых органов.

При выяснении наследственности следует спросить о злокачественных новообразованиях, однако нужно разъяснить больной, что отягощенная наследственность не предопределяет непременно возникновение заболевания.

Условия труда, профессия больной, наличие профессиональных вредностей (химические вредности, радиация) могут быть причиной новообразований. Менструальный анамнез может дать возможность предположить диагноз. Так, например, при подслизистой миоме матки, полипозе, раке, эндометриозе возможны кровянистые выделения между менструациями, также они бывают очень обильными. Наличие кровянистых выделений после наступления менопаузы — характерный симптом рака эндометрия.

усиление количества белей также может говорить о новообразованиях, важно выяснить их цвет, запах, консистенцию.

Изменение функции соседних органов (мочеиспускания, дефекации) часто бывает при миоме матки. Причиной болезненности мочеиспускания может быть распространение злокачественного процесса матки на мочевыделительные органы.

При сдавлении нижних органов кишечника опухолью женских половых органов могут быть жалобы на запоры, а при прорастании опухоли в просвет кишки — появление крови в кале.

При объективном осмотре по системам и органам при общем осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов (миома), истощение и землистый цвет лица (злокачественные новообразования).

При пальпации молочных желез сукровичная жидкость, выделяющаяся из сосков, может свидетельствовать об опухолевом процессе в молочной железе.

Увеличение доступных лимфатических узлов (паховые, подмышечные) иногда может быть связано с метастазированием злокачественной опухоли женских половых органов, молочных желез.

Исследование органов брюшной полости помогает выявить новообразования. При опухоли живот бывает овоидной или шаровидной формы, а если присоединяется асцит, живот бывает распластан («лягушачий живот»).

При глубокой пальпации злокачественные опухоли не имеют четких границ, малоподвижны, а

доброкачественные — четко контурируются, подвижны. Поверхность опухоли может быть гладкой (однокамерная опухоль яичника, единичный узел миомы) или бугристой (рак, множественная миома).

Медсестра при осмотре наружных половых органов и осмотре в зеркалах может заподозрить доброкачественные и злокачественные новообразования.

Поставив предварительный диагноз, медсестра должна направить больную на консультацию к акушеру-гинекологу и проследить, посетила ли больная специалиста.

Медсестра участвует и готовит инструменты, перевязочный материал, растворы для дополнительных методов исследования (кольпоскопия, проба Шиллера, биопсия, диагностическое выскабливание матки, гистероскопия, лапароскопия, кульдоскопия, гистеросальпингография, зондирование матки, УЗИ).

Также медсестра участвует в исследовании соседних органов (катетеризация мочевого пузыря, ректороманоскопия, цистоскопия и т.д.).

В гинекологических стационарах медсестра, работая в отделении оперативной гинекологии, готовит больную к операции, участвует в операции в качестве операционной сестры, сестры-анестезистки, проводит послеоперационный уход.

Средний медицинский персонал этого отделения обязан оказать *неотложную медицинскую помощь при кровотечениях* из половых органов:

1. Уложить пациентку, успокоить ее.
2. Вызвать врача.
3. Положить холод на низ живота.

4. Подготовить капельницу для внутривенного введения.
5. Ввести кровоостанавливающие.
6. Затампонировать влагалище, предварительно смочив внутренний конец тампона перекисью водорода или раствором кальция хлорида. Тампон оставляют на 6 часов, после чего осторожно извлекают.
7. При остановке дыхания — искусственное дыхание.

Сестринские проблемы

Приоритетные — боязнь пациентки за исход операции, за *благополучный* исход в будущем.

Необходимо информировать пациентку о данном заболевании, уверить ее в благоприятном исходе.

Потенциальные — осложнения после операции, химиотерапии, лучевой терапии.

Больную ставят на диспансерный учет, так как реабилитация носит длительный характер.

При оперативном лечении доброкачественных опухолей и эндометриозе временная нетрудоспособность продолжается 1,5—2 месяца со дня операции в зависимости от ее объема, наличия или отсутствия послеоперационных осложнений.

Необходимо составить вместе с больной ее режим дня, порекомендовать правильное питание, гигиенические мероприятия, Чаще патронировать пациентку, подключить родственников к процессу выздоровления.

Большое значение имеет трудоустройство, исключение противопоказанных видов деятельности (тя-

желый физический труд, вибрация, работа с ядами) на срок до 3 месяцев.

При злокачественных опухолях временная нетрудоспособность при эффективном лечении и благоприятном прогнозе может продолжаться до 4—6 месяцев, при неблагоприятном течении устанавливается группа инвалидности. Все это время проводятся реабилитационные мероприятия после лечения химиотерапией и лучевой терапией.

Осложнения после химиотерапии: угнетение кроветворной системы (снижение количества лейкоцитов и тромбоцитов), возникают тошнота, рвота, происходит выпадение волос на голове.

Осложнения после лучевой терапии: со стороны кишечника — энтероколиты, ректиты; со стороны мочевыделительной системы — циститы, пузырно-влагалищные свищи; кожи и подкожно-жировой клетчатки — ожоги (гиперемия, шелушение, пигментация, появление мокнущих участков, язв).

Очень важно поддержать у больной веру в успех лечения, внушать ей необходимость соблюдения режима и диеты. Психическое состояние больной очень важно для успеха лечения.

Пища должна быть легкоусвояемой с высокой энергетической ценностью. Необходимо контролировать массу тела больной. Повышение ее в процессе лечения и после его окончания является благоприятным прогностическим признаком.

Четкое и правильное выполнение назначений врача — залог выздоровления, роль медсестры в этом очень велика.



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИИ

Некоторые гинекологические заболевания требуют неотложной помощи, так как промедление может привести к тяжелым осложнениям и даже смерти. Следует особо выделить заболевания, которые сопровождаются кровотечениями.

Внутреннее (прерванная внематочная беременность, апоплексия яичника), *наружное* (травма женских половых органов, выкидыш, шеечная беременность, распадающаяся раковая опухоль шейки матки, гиперплазия эндометрия при дисфункции яичников).

Перекрыт ножки опухоли яичника (или субсерозного миоматозного узла), прободной перитонит также требуют неотложной помощи.

Внематочная беременность

Внематочная беременность бывает чаще всего трубная, редко яичниковая, брюшная.

Причины: нарушение функции маточной трубы в результате анатомических изменений после воспалительных заболеваний, искусственных абортов, аппендэктомии, оперативных вмешательств на органах малого таза, опухолей, эндометриоза.

Клиника. Различают прогрессирующую трубную беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта и по типу разрыва маточной трубы.

При внематочной беременности в организме происходят изменения, характерные для нормальной беременности ранних сроков. Присутствуют предположительные и вероятные признаки беременности. Диагноз ставится обычно предположительно, большое значение имеют выясненные факторы риска. Пациентку госпитализируют для комплексного обследования и динамического наблюдения.

При трубном аборте плодное яйцо частично или полностью отслаивается и начинает изгоняться через ампулярный отдел в брюшную полость, что проявляется приступом болей. Боли локализуются в одной из подвздошных областей с иррадиацией в прямую кишку, бедро, крестец.

Болевой приступ сопровождается головокружением, иногда обморочным состоянием. В брюшную полость изливается небольшое количество крови, иногда может быть небольшое наружное кровотечение. Затем сосуды могут тромбироваться, болевой приступ — купироваться. Плодное яйцо может изгоняться неоднократно и длительное время. В промежутках между приступами больная чувствует ноющие боли, чувство давления на прямую кишку.

При разрыве маточной трубы симптоматика определяется сильным внутренним кровотечением, шоком и острой анемией. Внезапные приступы резких болей внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, крестец, бедро; кратковременная потеря

сознания, головокружение, обморочное состояние. Сознание вскоре восстанавливается, больная вялая, адинамичная, с трудом отвечает на вопросы.

Отмечаются резкая бледность, цианоз губ, холодный пот. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, иногда нитевидный, АД низкое. Живот резко вздут. При пальпации резкая болезненность всего живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Для уточнения диагноза проводится пункция заднего свода, УЗИ.

Лечение комплексное. Экстренная операция — удаление маточной трубы, одновременно борьба с кровотечением и шоком. В раннем послеоперационном периоде — возмещение кровопотери. После операции реабилитационные мероприятия по восстановлению репродуктивной функции женщины: общеукрепляющая, гемостимулирующая, десенсибилизирующая, физиотерапия.

Апоплексия яичника

Апоплексия яичника — кровоизлияние в паренхиму яичника — в связи с разрывом желтого тела. Нарушается целостность ткани яичника и происходит кровотечение в брюшную полость. Чаще апоплексия яичника происходит в возрасте 16—30 лет.

Клиника. Заболевание начинается внезапно с появления острых болей в подвздошной области, распространяющихся по всему животу и иррадирующих в прямую кишку. Боли сопровождаются головокружением, обморочным состоянием, холодным

потом, иногда тошнотой и рвотой. При внутрибрюшном кровотечении отмечается бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД. Живот вздут, при пальпации болезнен.

Апоплексию яичника следует дифференцировать с внематочной беременностью, сальпингоофоритом и аппендицитом.

Лечение. При отсутствии признаков значительного кровотечения и удовлетворительном состоянии больной возможно консервативное лечение (постельный режим, холод на низ живота, кровоостанавливающие средства). В дальнейшем показана физиотерапия (электрофорез с 10% раствором хлористого кальция).

При выраженном внутрибрюшном кровотечении — лапаротомия и резекция яичника или ушивание кровоточащего участка.

Перекрут ноЛИи опухоли

Среди опухолей на ножке различают опухоли яичника, субсерозные миоматозные узлы. Перекруту ножки опухоли способствуют резкие движения (прыжок, поворот), бурная перистальтика кишечника, беременность и роды. Перекрут ножки опухоли ведет к нарушению кровообращения в ней, в результате возникает некроз и разрыв стенки ножки.

Клиника характеризуется внезапными резкими болями в животе, тошнотой, рвотой, холодным потом, иногда потерей сознания. Кожные покровы бледные, пульс частый, АД снижено. Живот вздут, напряжен, возможна задержка газов и стула.

Лечение оперативное - удаление опухоли.

Перитонит

Перитонит в гинекологической практике может возникнуть при прорыве в брюшную полость пиосальпинкса (гнойное воспаление маточной трубы), пиовара (гнойное воспаление яичника) или нагноившейся опухоли.

Клиника. Разрыв абсцесса чаще происходит самопроизвольно или от физической травмы. Появляется острая режущая боль по всему животу, состояние коллапса, тошнота, рвота. При пальпации живот напряжен и резко болезнен. Общее состояние больной быстро ухудшается, черты лица заостряются, дыхание становится частым и поверхностным. Присоединяется резкое вздутие живота вследствие пареза кишечника, перистальтика вялая, газы не отходят.

Лечение оперативное. Лапаротомия, удаление пораженного органа, промывание и широкое дренирование брюшной полости.

Роль медсестры при неотложных состояниях в гинекологии

Медсестра должна внимательно следить за состоянием больных в стационаре, цветом кожных покровов, жалобами, температурой, пульсом, АД, симптомами раздражения брюшины, выделениями.

Сразу надо вызвать врача и начать оказывать *доврачебную помощь*:

- создать физический и психический покой;
- подготовить капельницу с кровозаменителями, физраствором, 5% раствором глюкозы;

- бережная транспортировка;
- борьба с шоком.

Правильно оказанная доврачебная помощь при состояниях, требующих неотложной помощи, способствует успеху лечения.



ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Хирургические методы занимают большое место в лечении гинекологических больных. Велики роль и участие медсестры в процессе подготовки и проведения операции и послеоперационном уходе.

Подготовка больной И операции

Длительность предоперационного периода варьирует от минуты (при *экстренных* операциях) до нескольких дней (при *плановых* операциях).

В обязательный комплекс исследований входят: общий анализ крови (определение числа тромбоцитов), общий анализ мочи, коагулограмма крови, биохимический анализ крови и резус-принадлежности, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ, кровь на RW, вирусный гепатит, взятие мазков на гонорею, степень чистоты влагалища, атипические клетки.

По показаниям проводятся и другие обследования, а также консультации специалистов (терапевта, окулиста, невропатолога и др.).

Из дополнительных методов исследования применяют у больных с опухолями яичников рентгено-

скопию желудка и кишечника, при раке женских половых органов — ректороманоскопию и хромоцистоскопию, при бесплодии, эндометриозе и субмукозной миоме — гистеросальпингографию, при склонности к гнойно-септическим осложнениям производят посевы выделений из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам.

При наличии сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов применяют дополнительные методы исследований в полном объеме.

Медсестра осуществляет *психопрофилактическую подготовку* к операции. Цель — устранить отрицательные эмоции в связи с предстоящей операцией. Страх перед хирургическим вмешательством нередко приводит к состоянию эмоциональной напряженности, расстройству сна, что неблагоприятно отражается на деятельности всех органов и систем. Поэтому следует внимательно расспросить больную, что ее волнует, и постараться внушить ей уверенность в необходимости операции и благоприятном исходе ее.

Назначают успокаивающие, снотворные средства, транквилизаторы.

Вечером ставят очистительную клизму, и больная принимает гигиенический душ. Утром после клизмы больной повторно сбывают волосяной покров на лобке и больших половых губах и проводят обработку наружных половых органов.

За 40 минут до операции проводят премедикацию (1 мл 0,1% раствора атропина сульфата, 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 2% раствора димедрола). Перед самой операцией проводится катете-

ризация мочевого пузыря. Необходимо снять съемные зубные протезы (при их наличии) и на каталке транспортировать больную в операционную.

Обязанности операционной сестры

Операционная сестра помимо твердого знания правил асептики и антисептики, навыков стерилизации шовного материала, белья, инструментов должна хорошо знать ход операции и последовательность действий хирурга, чтобы своевременно подавать ему нужные инструменты.

После мытья рук в стерильной одежде операционная сестра накрывает стол, на котором в установленной последовательности раскладывает стерильный материал и инструменты.

Сестра должна знать количество инструментов в наборе.

Инструменты. Поскольку гинекологические операции осуществляются брюшно-стеночным либо влагалищным доступом, необходимо иметь отдельные наборы для этих видов операций.

Для рассечения тканей применяют скальпели и ножницы (прямые и изогнутые) разной длины, для захватывания тканей — пинцеты (анатомические и хирургические, длинные и короткие), пулевые щипцы, щипцы Мюзо, окончатые щипцы, для остановки кровотечения — зажимы Бельрот, Кохера, Микулича. Необходимы различные ранорасширители и крюки. Для осушения операционного поля пользуются марлевыми тампонами на корнцангах (тупфер). Для зашивания используют изогнутые колю-

щие и режущие иглы различных размеров с иглодержателями.

В наборе должны быть кишечные зажимы, металлические катетеры, наконечник с трубкой для электроотсоса, маточный зонд.

В наборах для чревосечения должно быть постоянное число инструментов, которое обязана точно знать операционная сестра.

Перед зашиванием брюшины, когда происходит смена инструментов и салфеток, операционная сестра сообщает хирургу о сохранности инструментов и материала.

Опытных медсестер могут привлекать и в качестве ассистентов при операциях.

Медсестра-анестезистка заранее готовится к проведению обезболивания под контролем анестезиолога: проверяет готовность наркозного аппарата и электроотсоса к работе, наличие кислорода, закиси азота, готовит ингаляционные анестетики (фторотан, эфир и др.). На специальном столике раскладывается все необходимое для проведения ингаляционного наркоза (ларингоскоп, интубационные трубки, одноразовые шприцы, тупфер для обработки полости рта, маска, лекарственные препараты для вводного наркоза, миорелаксанты и др.). Кроме того, должны быть капельницы, постоянные катетеры.

Этапы наиболее распространенных гинекологических операций

Удаление маточной трубы, придатков матки

Этапы операции:

- дезобработка операционного поля;
- продольный разрез передней брюшной стенки;
- введение ранорасширителя и ограждение кишечных петель;
- выведение маточной трубы;
- наложение зажимов Кохера;
- отсечение маточной трубы, прошивание и перевязка культей;
- перитонизация культей;
- туалет брюшной полости;
- зашивание брюшной раны.

Над влагалищная ампутация матки

Этапы операции:

- обработка операционного поля;
- лапаротомия (чревосечение);
- введение ранорасширителя и осмотр органов малого таза;
- выведение матки в рану;
- защита кишечника;
- наложение зажимов, пересечение, прошивание и перевязка собственной связки яичника, маточной трубы и круглой связки;
- рассечение пузырно-маточной складки брюшины и оттеснение мочевого пузыря тупфером;

- наложение зажимов, ревизия и перевязка сосудистых пучков с обеих сторон;
- отсечение тела матки от шейки;
- наложение швов на культю шейки матки;
- перитонизация;
- туалет брюшной полости;
- зашивание брюшной раны.

Течение послеоперационного периода и уход за больными

После окончания операции и выведения из наркоза больные переводятся в ПИТ (палату интенсивной терапии), так как они нуждаются в особо внимательном наблюдении, уходе и нередко интенсивной терапии.

В палате должна постоянно находиться медсестра, которая осуществляет уход за больными. Перед переводом больной из операционной желательно **кровать** нагреть с помощью грелок (особенно это важно для пожилых женщин и больных с большой кровопотерей).

На живот (на область швов) кладут клеенчатый мешочек с песком, а через 2—3 часа заменяют пузырем со льдом. Больную кладут на спину, без подушки, голову поворачивают набок для профилактики западения языка и аспирации при рвоте.

Медсестра должна следить за дыханием, пульсом, состоянием повязки, выделениями из влагалища.

Бледность, тахикардия, слабый пульс, снижение АД могут свидетельствовать о внутреннем кровотечении, шоке.

При западении языка, аспирации появляются затрудненное дыхание, цианоз. Необходимо повернуть голову больной на бок, поддержать нижнюю челюсть, дать кислород.

О всех замеченных отклонениях больной медсестра немедленно сообщает врачу.

Рвота в послеоперационном периоде в первые-вторые сутки может быть связана с интоксикацией после наркоза. Это может привести к обезвоживанию. В связи с этим назначают дезинтоксикационную (инфузионную) терапию, противорвотные средства (аминазин, дроперидол). Рвота в последующие сутки свидетельствует о перитоните, непроходимости кишечника.

Питание и водный режим. Если больная в сознании и рвота отсутствует, через 3—4 часа после операции можно давать воду. К концу первого дня можно дать минеральную воду, чай с лимоном. Раннее питание активизирует деятельность органов пищеварения.

На второй день дают сырое яйцо, бульон, кефир.

На третий день — жидкую кашу, бульон, омлет.

С четвертого дня диету постепенно расширяют.

Режим зависит от возраста больной, характера основного заболевания и объема произведенного вмешательства, а также от сопутствующих заболеваний.

В последние годы рекомендуется активное ведение послеоперационного периода — раннее вставание для профилактики легочных, тромбических осложнений, улучшения перистальтики кишечника, восстановления самостоятельного мочеиспускания.

Через 12 часов после операции больной помогают поворачиваться на бок, к концу первых суток — садиться, через сутки вставать. За вставанием должна следить медсестра, чтобы не было ортостатического коллапса.

При раннем вставании тучным больным, а также после повторных чревосечений, больным с анемией рекомендуется тугое бинтование живота.

Уход за полостью рта очень важен в целях профилактики стоматита, воспаления околоушных желез. Тяжелобольным следует обрабатывать полость рта раствором перекиси водорода.

Наблюдение за функцией кишечника. Обычно после плановых операций, перед которыми проводилась обработка, самостоятельного стула не бывает. На 3-й день после чревосечения назначают гипертоническую клизму (5% раствор хлорида натрия **150-200** мл).

При колитах, геморрое назначается очистительная клизма. В дальнейшем функция кишечника регулируется диетой (кефир, чернослив, курага, свекла) или назначают растительные слабительные.

Если операция проводилась экстренно, то на второй день может возникнуть вздутие живота, парез кишечника. Для стимуляции перистальтики кишечника назначают прозерин подкожно, **10%** — 10 мл раствор натрия хлорида **внутривенно**, гипертоническая клизма, газоотводная трубка.

Наблюдение за функцией мочевого пузыря. После операции на операционном столе выводится моча катетером. В первые сутки больные обычно не мочатся, следует выводить мочу катетером **не**

реже двух раз в сутки. Следует попытаться вызвать мочеиспускание рефлекторно. Судно надо подавать подогретым, открыть кран в умывальнике, полить теплой водой наружные половые органы, создать интимную обстановку (накрыть больную, огородить ширмой). Из лекарственных средств при задержке мочеиспускания применяют 5—10 мл 10—20% раствора магния сульфата внутримышечно.

Очень важно следить за количеством выделяемой мочи (снижение возможно после шока, кровопотери, травматических операций). Анурия — очень грозный симптом. Медицинская сестра, заметив снижение диуреза, должна сообщить об этом врачу.

Уход за швами. После операции накладывается на швы асептическая повязка, за которой ведут наблюдение (чтобы не промокла, не отклеилась). Меняют повязку на третий день после операции. Осматривают область швов (нет ли гиперемии, уплотнения, выделений), обрабатывают раствором калия перманганата и накладывают асептическую повязку. Швы снимают на восьмой день, а у тучных больных и после повторных чревосечений — на 9—10 день.

Осложнениями со стороны операционной раны являются кровотечения и гематомы, инфильтраты, нагноения, расхождения швов.

Доврачебная помощь при послеоперационных кровотечениях заключается в применении пузыря со льдом на область швов и живот, мешочка с песком на область швов. Медсестра может применять ингаляцию кислорода, кровоостанавливающие средства (кальция хлорид, викасол, внутривенно капель-

но 5% раствор глюкозы, физраствор) и должна немедленно вызвать врача.

Инфильтраты, нагноения и расхождения швов чаще всего связаны с инфицированием тканей после операций по поводу гнойных воспалительных заболеваний, после травматических операций у ослабленных, анемизированных больных. Больные обычно предъявляют жалобы на боли, повышение температуры тела, озноб. Область швов гиперемирована, отечна, пальпируется уплотнение, между швами может просачиваться гной. Необходимо снять швы в области наибольшего воспаления для лучшего оттока. После очищения раны она заживает вторичным натяжением.

Шок и коллапс развиваются после длительных травматических операций, сопровождающихся большой кровопотерей, и проявляются угнетением психики, апатией, малым частым пульсом, бледностью, холодным потом, падением АД, олигурией, одышкой. Необходимо немедленно вызвать врача.

Доврачебная помощь при шоке и коллапсе — немедленно внутривенное введение полиглюкина, введение сердечных средств (кофеин, сульфакамфокин), оксигенотерапия.

Тромбофлебиты — нередкое осложнение после гинекологических операций. Жалобы на боли в конечности, нога отекает, увеличивается в объеме, по ходу поверхностных вен гиперемия, уплотнение.

Назначается постельный режим, возвышенное положение конечности, холод на болезненные участки, антикоагулянты (по назначению врача).

Тромбофлебиты могут быть источниками тромбоэмболии легочной артерии.

Профилактика этого грозного осложнения заключается в тщательной подготовке больной к операции, активном ведении послеоперационного периода.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**СЕСТРИНСКАЯ
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №**

**Наличие страхового
полиса, № _____
Кем выдан: _____**

1. Ф.И.О. _____
2. Год рождения _____ полных лет: _____ пол: _____
3. Дата поступления: _____
4. Дата выписки: _____
5. Место жительства: _____
6. Место работы: _____
7. Образование: _____
8. Должность: _____ соответствует профессии
(да, нет)
подчеркнуть
9. Национальность: _____
10. Адрес, телефон родственников, соседей, знакомых:
(с кем связываться в случае необходимости)

11. Ценные вещи, переданные; на хранение (кому):

12. Информация, сообщаемая медсестрой пациенту:
 - о сотрудниках:
 - о правах пациента:
 - о режиме работы отделения:
13. Информация о состоянии здоровья пациента из дополнительных документов:

14. Осмотр и санитарная обработка пациента при поступлении:
 - на педикулез (выявлен, не выявлен):
_____ средства дезинфекции
 - кем проведен(а):
 - особые отметки:

15. Врачебный диагноз:

16. Отношение пациента к своему состоянию госпитализации, ожидания в связи с госпитализацией:

I. Субъективное обследование (сбор данных)

17. Жалобы при поступлении:

— со слов пациента:

— активно выявленные:

18. Анамнез заболевания:

— с какого времени считает себя больным:

— с чем связывает свое заболевание:

— как началось заболевание:

— как изменялись симптомы (нарастали, уменьшались)

— последнее ухудшение:

— какое лечение проводилось, его **эффективность**:

— **какие** исследования проводились, их результаты:

— обращался ли за помощью (где лечился, как и с каким результатом):

19. Анамнез жизни (из беседы с пациентом и врачебной истории болезни):

— как рос, развивался:

-
- перенесенные заболевания:
 - вредные привычки:
 - условия жизни:
 - условия работы:
 - образ жизни (культура, развлечения, религия, мировоззрение, национальные особенности):
 - наследственность (наличие у родственником каких-либо заболеваний):
-

20. Аллергоанамнез: (аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные средства, косметические средства, бытовую химию и т.д.):

21. У женщин — гинекологический анамнез:

- менструации (с какого возраста): длительность:
- половая жизнь (с какого возраста):
- беременность: роды: аборты:

22. У мужчин — урологический анамнез:

23. Эпидемиологический анамнез:

- контакты с инфицированными больными:
- поездки, посещения родственников, прибывших из-за границы, др. мест:

24. Информация при поступлении получена (кем):

- Ф.И.О. м/с
- Дата, час
- Подпись м/с

II. Объективное исследование:

25. ФИЗИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:

— рост:

— масса тела:

— температура тела:

НАБЛЮДЕНИЕ:

— сознание:

— положение в постели:

— выражение лица:

— состояние кожи и слизистых (тургор, влажность, цвет, дефекты, отеки):

— костно-мышечная система (деформации скелета, суставов, атрофия мышц, мышечная сила):

— объем движений (ограниченность функций):

ДЫХАНИЕ (изменение голоса, число дыхательных движений, характеристика дыхания, хар-ка одышки, хар-ка мокроты и др.):

Аускультация легких (дыхание, хрипы):

Пульс (кол-во в 1 минуту, ритм, наполнение, напряжение):

АД на двух руках

левая:

правая:

Аускультация:

Органы чувств (слух, зрение, обоняние, осязание, вкус, речь):

Органы пищеварения:

Осмотр полости рта:

— состояние зубов: протезы:

— глотание:

— характер рвотных масс:

— характер стула:

— живот (увеличен в объеме, болезненность, напряжен, пальпация печени и др.):

Мочевыделительная система:

— характер мочи (цвет, прозрачность):

Симптом Пастернацкого:

Эндокринная система:

— видимое увеличение щитовидной железы:

Нервная система:

— сон:

— тремор:

— нарушение походки:

- парезы, параличи:

26. Возможность пациента обеспечивать жизненные функции:

а) выделения (дать характеристику):

— мочеиспускание:

— стул:

— возможность самостоятельно пользоваться туалетом:

— мокрота:

— mensis:

б) личная гигиена (самоуход, с помощью кого):

в) особенности питания :

— диета (№ стола):

— питье (ограниченное, обильное, без изменений):

— возможность самостоятельного приема пищи:

27. Лекарства, используемые до момента поступления в лечебное учреждение:

| № | Лекарственные средства | Кол-во | Способ применения | Время приема | С какого времени | Переносимость |
|---|------------------------|--------|-------------------|--------------|------------------|---------------|
|---|------------------------|--------|-------------------|--------------|------------------|---------------|

28. Психическое состояние пациента:

— описание наблюдаемого поведения:

— трактовка наблюдаемого поведения:

29. Социально-экономические данные:

— семейное положение:

— бытовые условия:

— экономика семьи:

— факторы риска (курение, алкоголь, вредные привычки, т.д.):

— привычный досуг:

— ожидания в связи с посещениями (кого):

30. ОЦЕНКА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ:

31. Способность к самоуходу:

32. Дополнительные примечания:

Объективное исследование проведено (кем):

Ф.И.О. м/с:

Дата, час:

Подпись м/с:

**Приложение № 1
к сестринской истории болезни №**

Сестринские проблемы (диагнозы),
приоритетные подчеркнуть.

| Дата, час | Настоящие | Потенциальные |
|--------------|-----------|---------------|
| | | |

Сестринский процесс ухода (по приоритетам)

| № | Сестринские проблемы (диагноз) | Цели | | Сестринское вмешатель- ство (действия м/с) | Оценка (ухода) | Коррекция (ухода) |
|---|--------------------------------------|--------------------|-------------------|--|-------------------|----------------------|
| | | кратко- срочные | долго- срочные | | | |
| | | | | | | |

Приложение № 2
к сестринской истории болезни №
ЛИСТ
СЕСТРИНСКОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ф.И.О. пациента: _ _ _ _ ^ _

Отделение: _____

Койка: _____

Режим: _____

Диета: _____

Врачебный диагноз: _____

| № | Наблюдение: | Дата, час | | |
|-----|----------------------------|-----------|--|--|
| 1. | Жалобы в настоящее время | | | |
| 2. | Сознание | | | |
| 3. | Выражение лица | | | |
| 4. | Эмоциональный статус | | | |
| 5. | Сон | | | |
| 6. | Состояние кожи и слизистой | | | |
| 7. | Температура тела | | | |
| 8. | Дыхание | | | |
| 9. | Пульс | | | |
| 10. | АД | | | |
| 11. | Мокрота | | | |
| 12. | Осмотр полости рта | | | |
| 13. | Прием пищи : | | | |
| | — № стола : | | | |
| | — питье: | | | |
| | — самостоятельно: | | | |
| | — с помощью: | | | |
| | — глотание: | | | |
| | — характер рвотных масс: | | | |
| | — характер стула: | | | |
| | — живот: | | | |
| | — характер мочи: | | | |
| | — симптом Пастернацкого | | | |

14. Двигательная активность:
нарушение походки:
парезы:
параличи
15. Личная гигиена
— самостоятельно
— с помощью (кого)
16. Мочеиспускание
17. Стул
18. Возможность пользоваться
туалетом
19. mensis (у женщин)
20. Наличие посетителей
21. Контакты с инфицированными
больными
- 22.
- 23.
- 24.
- 25.

• Приложение № 3
к сестринской истории болезни №
Регистрационный лист

Учет водного баланса (пример)

Дата: _____

Ф.И.О.: _____

Отделение: _____

Возраст: _____

Палата: _____

Масса тела: _____

| Время | Выпито (с учетом инфуз. введения) | Кол-во в мл | Время | Выделено в мл (диурез) |
|----------|-----------------------------------|-------------|----------|------------------------|
| | | | | |
| За сутки | Всего: | | За сутки | Всего: |

Расчет:

Выводы:

Подпись М/С:

Приложение № 4
к сестринской истории болезни №

Ф.И.О. пациента: _____

Отделение: _____

Койка: _____

Режим: _____

Врачебный диагноз: _____

Карта динамической оценки сестринского процесса.

I. Оценка результатов:

| № | Сестринские проблемы | Цели ухода | Достижение да / нет | Дни | 1 | 2 | 3 | 4 | и т.д. |
|---|----------------------|------------|---------------------|--------------|---|---|---|---|--------|
| | | | | дата/ час | | | | | |
| | | | | | | | | | |

II. Оценка результатов:

а) информация о впечатлениях пациента в связи с госпитализацией: _____

б) информация о представлениях пациента о будущем:

Приложение № 5
к сестринской истории болезни №

Отчет об уходе

Ф.И.О. пациента: _____ "

Отделение: _____

Палата: _____ Койка: _____

| Дата, время | Особенности ухода, манипуляции | Кем совер- шена | Реакция пациента, наблюдения м/с | Подпись м/с |
|------------------------|---|----------------------------|---|--------------------|
| | | | | |

Приложение № 6
к сестринской истории болезни №

Сестринский эпикриз

Ф.И.О. пациента: _____

Возраст: _____

Лечебное отделение: _____

Дата поступления: _____

Дата выписки: _____

Врачебный диагноз: _____

Поступил с жалобами: _____

На основании сестринского обследования, наблюдения сформулированы сестринские проблемы: _____

Выделены приоритетные проблемы: _____

Цели ухода достигнуты (да / нет) _____

Выписывается с рекомендациями: _____

Дата

Подпись м/с

Измерение температуры тела

1. Взять сухой продезинфицированный термометр.
2. Встряхнуть термометр, чтобы столбик ртути упал ниже 35°C .
3. Вытереть насухо подмышечную впадину индивидуальной салфеткой.
4. Поставить термометр в подмышечную впадину ртутным резервуаром на 5—10 минут.
5. Снять показания с термометра.
6. Погрузить термометр после использования в лоток с 3 % раствором хлорамина на 45 минут.
7. Прополоскать.
8. Осушить.
9. Погрузить в сухом виде в стакан с маркировкой.
10. Записать показания термометра в температурный лист.

Подсчет пульса

1. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа.
2. Охватить кисть пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2-й, 3-й, 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-ой палец у основания большого пальца). Сравнить колебания стенок артерий на правой и левой руках.
3. Провести подсчет пульсовых волн на той артерии, где они лучше выражены, в течение 10-15-30-60 секунд, соответственно умножив результат на 6—4—2.
4. Оценить интервалы между пульсовыми паузами для определения ритма пульса.
5. Оценить наполнение пульса (сдавливая артерию с различной силой по величине пульсовой волны).
6. Сдавить лучевую артерию до исчезновения пульса для определения напряжения.
7. Проверить регистрацию свойств PS.

Измерение АА

1. Придать пациенту удобное положение лежа или сидя.
2. Вложить руку пациента в разомкнутом положении ладонью вверх, на одном уровне с манометром, подложив под локоть валик.
3. Наложить манжетку тонометра на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил 1 палец. Трубки манжетки обращены вниз.
4. Соединить манометр с манжеткой. Проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.
5. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место фонендоскоп.
6. Закрыть вентиль груши, нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии + 20—30 мм рт. ст. (т.е. несколько выше предполагаемого).
7. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра: отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД. Отметить исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД.
8. Выпустить из манжетки весь воздух, снять манжетку, уложить манометр в чехол.
9. Оценить результат, провести регистрацию результата.
10. Протереть головку фонендоскопа двукратно 70% спиртом.

Измерение массы тела

1. Установить весы на «0» и отрегулировать их.
2. Закрыть затвор весов.
3. Положить на площадку весов продезинфицированную клеенку.

4. Предложить беременной встать на середину весов.
5. Открыть затвор и определить вес путем передвижения разновесов.
6. Закрыть затвор весов и определить массу тела по шкале.
7. Предложить женщине сойти с весов.
8. Привести весы в исходное нулевое положение.

Измерение роста

1. Положить на площадку ростометра продезинфицированную клеенку.
2. Поднять планку ростометра.
3. Предложить женщине встать на площадку ростометра, спиной к стойке.
4. Поставить женщину так, чтобы она касалась ростомера пятками, ягодицами, лопатками и затылком.
5. Установить голову так, чтобы линия угла глаза и слухового прохода были на одной горизонтальной плоскости.
6. Опустить планку ростомера до темени.
7. Определить рост по нижнему краю планки в сантиметрах.
8. Предложить женщине сойти с площадки ростомера.

Определение отеков

А. На голенях

1. Усадить или уложить беременную.
2. Надавить двумя пальцами в области средней трети большеберцовой кости (при этом ноги должны быть обнажены).
3. Оценить результат.

Б. По окружности голеностопного сустава.

1. Усадить или уложить беременную.

2. Измерить окружность голеностопного сустава сантиметровой лентой.
3. Зафиксировать результат.

Измерение наружных размеров таза

1. Предложить женщине лечь на кушетку (на спину), ноги прямые.
2. Встать от нее справа.
3. Взять тазомер в руки так, чтобы пуговицы тазомера были между указательным и большим пальцами.
4. Пропальпировать указательными пальцами передние верхние ости подвздошных костей, прижать к ним пуговицы тазомера.
5. Определить по шкале тазомера расстояние между передне-верхними остями подвздошных остей (дистанция спинарум).
6. Отыскать указательными пальцами большие вертеты бедренных костей.
7. Прижать к большим вертелам пуговицы тазомера.
8. Определить по шкале тазомера расстояние между большими вертелами бедренных костей (дистанция трохантерика).
9. Предложить женщине лечь на бок спиной к акушерке, нижняя нога согнута, верхняя прямая.
10. Поставит одну пуговицу тазомера на верхний край лонного сочленения, а вторую - в верхний угол ромба Михаэлиса.
11. Определить расстояние по шкале тазомера от верхнего края симфиза до верхнего угла ромба Михаэлиса (конъюгата экстерна).

Способы определения истинной конъюгаты.

1. По ромбу Михаэлиса. Измерить вертикальную диагональ ромба сантиметровой лентой.
2. По наружной конъюгате (С. ext.).
С.V. = С. ext. (индекс Соловьева).

Индекс С = 9 или 10 см, в зависимости от окружности лучезапястного сустава.

3. По диагональной конъюгате (С.д.).

С.V. = С.д. индекс С.

Индекс С. = 1,5 или 2 см, в зависимости от окружности лучезапястного сустава.

Измерение окружности Живота и высоты стояния дна матки

1. Предложить женщине лечь на кушетку на спину, ноги прямые.
2. Подвести сантиметровую ленту под поясницу женщины.
3. Зафиксировать ленту на уровне верхнего угла ромба Михаэлиса, спереди — на уровне пупка.
4. Определить окружность живота.
5. Расположить сантиметровую ленту по средней линии живота.
6. Зафиксировать начало ленты у верхнего края лонного сочленения одной рукой.
7. Отметить ребром ладони второй руки наиболее выступающий уровень дна матки (на сантиметровой ленте).
8. Определить высоту дна матки.

Приемы Леопольда

I прием - определение высоты стояния дна матки.

II прием — определение положения, позиции и вида плода.

III прием - определение предлежащей части плода.

IV прием - определение отношения предлежащей части ко входу в малый таз.

1. Встать справа от женщины лицом к лицу.
2. Положить ладони обеих рук на дно матки.
3. Определить высоту стояния дна матки, крупную часть плода, располагающуюся в ней, и срок беременности.

4. Переместить обе руки на боковые поверхности матки до уровня пупка и пропальпировать их поочередно.
5. Определить положение, позицию и вид плода.
6. Расположить правую руку в надлобковой части так, чтобы большой палец обхватывал подлежащую часть с одной стороны, а все остальные — с другой стороны.
7. Определить подлежащую часть плода, ее подвижность и отношение ко входу в малый таз.
8. Повернуться лицом к ногам женщины.
9. Расположить ладони обеих рук в области нижнего сегмента на подлежащей части плода.
10. Обхватить концами пальцев рук подлежащую часть плода.
11. Определить отношение подлежащей части ко входу в малый таз.

Выслушивание сердцебиения плода

1. Беременная лежит на спине на кушетке.
2. Устанавливать стетоскоп в одной из восьми точек.

Примечание: манипуляция проводится после приемов Лепольда.

3. Приложить ухо к стетоскопу, а руки убрать.
4. Выслушать сердцебиение плода в течение 60 секунд.
5. Оценить количество ударов, ясность, ритмичность сердцебиения.
6. Зафиксировать результат.

Туалет наружных половых органов роженицы

1. Обработка руки ускоренным способом.
2. Надеть стерильные перчатки.
3. Уложить роженицу на судно.
4. Взять стерильный корнцанг с ватным тампоном.
5. Обмыть теплым дезраствором половые органы в следующей последовательности: лобок, половые губы,

внутренние поверхности бедер, ягодицы, анальное отверстие.

6. Осушить ватным тампоном половые органы в той же последовательности.
7. Обработать половые органы иодонатом (в родзале).

Примечание: дезинфицирующий раствор — 0,005 % раствор перманганата калия, раствор фурацилина 1:5000,0.

Туалет

наружных половых органов родильницы

1. Надеть стерильную маску.'
2. Обработать руки ускоренным способом.
3. Надеть стерильный халат и перчатки.
4. Приготовить стерильный стол с инструментами.
5. Положить на гинекологическое кресло продезинфицированную клеенку.
6. Уложить родильницу на кресло.
7. Обмыть теплым дезраствором половые органы.
8. Осушить вторым корнцангом и сухим ватным тампоном половые органыю
9. Дать родильнице стерильную подкладную.
10. Предложить родильнице встать с кресла.

Примечание: при обработке швов после п. 8:

9. Взять третий корнцанг с ватным тампоном.
10. Смочить в 6 % растворе калия перманганата.
11. Обработать **швы** 6 % раствором калия перманганата.
12. Дать **родильнице стерильную подкладную.**

Ускоренный способ мытья рук

1. Вымыть руки под проточной водой в течение двух минут (мыло, губка), дважды намыливая их.
2. Осушить руки стерильной салфеткой.
3. Обработать руки одним из антисептиков (3 мл средства наносят на кисти рук и втирают в кожу досуха).

4. Надеть стерильные перчатки.

Примечание: антисептик - 0,5 % раствор хлоргексидина глюконата в 70 % этиловом спирте.

Правило мытья рук

1. Моют руки проточной водой от кончиков пальцев к локтевому сгибу (мыло, губка).
2. Моют ногтевые фаланги, межпальцевые пространства, пальцы, ладони, тыльную поверхность кистей, внутреннюю и наружную поверхности предплечья.
3. Осушить руки стерильной салфеткой в такой же последовательности, как и мыли.
4. Обработать руки раствором антисептика.

Мытье рук по способу Альфельда

1. Вымыть руки под проточной водой (губка, мыло) в течение 5 минут до локтевого сгиба.
2. Вымыть руки второй раз до середины предплечья 5 минут.
3. Осушить руки стерильной салфеткой.
4. Обработать руки 96° спиртом в течение 5 минут.
5. Надеть стерильные перчатки.

Мытье рук по способу Спасокукоцкого-Кочергина

1. Вымыть руки под проточной водой (губка, мыло) в течение 5 минут до локтевого сгиба.
2. Осушить руки стерильной салфеткой.
3. Обработать руки в эмалированном стерильном тазу 0,5 % раствором аммиака до локтя в течение 3 мин.
4. Обработать руки во втором тазу 0,5 % раствором аммиака до середины предплечья в течение 3 минут.
5. Осушить руки стерильной салфеткой.
6. Обработать руки 96° спиртом в течение 5 минут.
7. Надеть стерильные перчатки.

Мытье рук по способу Фюрбрингера

1. Вымыть руки под проточной водой до локтевого сгиба (губка, мыло) в течение 5 минут.
2. Вымыть руки второй раз (губка, мыло) до середины предплечья в течение 3 минут.
3. Осушить руки стерильной салфеткой.
4. Обработать руки 96° спиртом в течение 5 минут.
5. Смазать ногтевые фаланги 5 % раствором иода.
6. Надеть стерильные перчатки.

Приготовление стерильного стола

1. Надеть стерильную маску.
2. Обработать стол 1 % раствором хлорамина 2 раза с промежутками в 5 минут.
3. Обработать руки ускоренным способом.
4. Надеть стерильный халат и перчатки.
5. Открыть бикс (с помощью помощника) и проверить пробу на стерильность.
6. Достать из бикса стерильную простынь.
7. Накрыть стол простынью в 4 слоя, чтобы края свисали от края стола на 30 см.
8. Взять из бикса вторую простынь и в 4 слоя накрыть сверху первой, чтобы края свисали на 15 см от края стола.
9. Наложить цапки на два угла верхней простыни, чтобы сверху было 2 слоя и снизу 2 слоя простыни.
10. Разложить стерильный инструментарий в определенном порядке на столе.
11. Закрыть простынь за цапки.
12. Сделать маркировку.
13. Прикрепить маркировку цапкой к углу простыни.

Примечание: маркировка — небольшой листок бумаги с обозначением даты, часа, стерильности стола и подписью медсестры.

Обследование молочных Желез

1. Вымыть руки.
2. Предложить пациентке раздеться до пояса.
3. Провести осмотр молочных желез для выявления нарушения формы (руки пациентки опущены, затем занесены за голову).
4. Пропальпировать лимфатические узлы: шейные, подключичные и подмышечные.
5. Положить ладонную поверхность пальцев плашмя на молочную железу, легким нажимом исследовать поверхностные слои.
6. Провести глубокое надавливание для пальпации подлежащих тканей.
7. Пропальпировать кончиками пальцев ареолу и сосок, надавливая и потягивая за сосок.
8. Определить эластичность.
9. Определить наличие выделений из соска.
10. Провести легкую пальпацию всей молочной железы, начиная от соска к периферии в следующей последовательности:
 - а) наружный верхний квадрант;
 - б) наружно-нижний квадрант;
 - в) внутренне-нижний квадрант;
 - г) внутренне-верхний квадрант.
11. Пропальпировать молочные железы в положении лежа в той же последовательности.

Подготовка стола для родов

1. Подготовить стерильный стол.
2. Положить на стол:
 - индивидуальный разовый пакет для роженицы;
 - 4 стерильные стеклянные емкости для растворов;
 - корнцанги — 2;
 - послеродовые зеркала — 2;
 - длинный анатомический пинцет — 1;

- пачкообразный лоток;
- детский катетер для отсасывания слизи;
- крафт-пакет для профилактики офтальмогонобленореи и I момента двухмоментной обработки пуповины;
- резиновый катетер;
- стерильные перчатки - 2 пары;
- стерильные ватные тампоны.

Прием и санитарная обработка роженицы

1. Решить вопрос в фильтре приемного отделения о госпитализации роженицы (физиологическое или наблюдательное отделение).
2. Выдать роженице индивидуальный пакет.
3. Переодеть роженицу.
4. Занести данные о роженице в журнал регистрации поступающих.
5. Заполнить паспортную часть истории родов.
6. Собрать анамнез.
7. Произвести антропометрию.
8. Измерить температуру тела.
9. Подсчитать пульс.
10. Измерить АД на обеих руках.
11. Провести наружное акушерское исследование.
12. Взять из вены кровь в пробирку.
13. Определить группу крови.
14. Определить наличие белка в моче.
15. Произвести санитарно-гигиеническую обработку роженицы.
16. Поставить очистительную клизму.
17. Принять душ.
18. Обработать ногти рук и ног 1 % водным раствором иодонала.
19. Обработать соски и околососковые кружки молочных желез 1 % водным * раствором бриллиантового зеленого.
20. Перевести роженицу в предродовую палату.

Переливание крови

Перед переливанием крови необходимо:

1. Определить показание к трансфузии и сделать в истории болезни обоснованную запись.
2. Исключить противопоказания, выяснить трансфузионный и акушерский анамнез.
3. Удостовериться в пригодности трансфузионной среды к переливанию.
4. Определить группу крови больного и сверить результаты с записью в истории болезни и на флаконе.
5. Определить группу крови донора (из флакона) и сверить с записью на флаконе.
6. Произвести пробу на совместимость по группам АВО.
7. Произвести пробу на совместимость по резус-фактору.
8. Группа крови определяется лечащим (дежурным врачом), резус-фактор — врачом-лаборантом. В лаборатории повторно определяется группа крови. Лечащий врач (дежурный врач), сверив результаты своих определений с данными лаборатории, заносит сведения о группе крови в историю болезни (правый верхний угол) с указанием серии сывороток, даты и своей подписи.

Определение группы крови

На соответственно размеченную тарелку нанести 3 большие капли (0,1 мл) стандартных сывороток всех 3 групп по 2 серии каждой, добавить по 1 маленькой капле (0,01 мл) исследуемой крови, перемешать. Наблюдать при легком покачивании тарелки в течение 5 мин. при комнатной температуре. По мере наступления агглютинации, но не ранее чем через 3 мин., в капли, в которых наступила агглютинация, добавить по 1 капле физраствора и продолжить наблюдение до 5 мин.

В тех случаях, когда положительный результат получен с сывороткой всех групп, для исключения неспецифической агглютинации произвести контрольное исследование с сывороткой групп АВ (IV). Лишь отсутствие агглютинации в этой пробе позволяет считать группу крови АВ (IV).

Проба на совместимость по системе АВО

На тарелку нанести 2—3 капли сыворотки крови больного, добавить в 5 раз меньшую каплю крови донора, перемешать и периодически покачивать пластинку в течение 5 мин. Отсутствие агглютинации свидетельствует о совместимости крови.

Определение резус-фактора

Приготовить пробирку, флакон с антирезусной сывороткой, флакон с кровью, 0,9% раствор натрия хлорида, пипетки.

1. Накапать на дно пробирки 1 каплю сыворотки антирезус и 1 каплю исследуемой крови.
2. Перемешать содержимое пробирки встряхиванием и затем медленно поворачивать таким образом, чтобы содержимое растекалось по ее стенкам.
3. Добавить через 3 мин. в пробирку 2-3 мл 0,9% раствора натрия хлорида.
4. Перемешать, не взбалтывая, путем 2-3-кратного поворачивания пробирки.
5. Читать результат в проходящем свете.
6. Считать кровь резус-положительной при наличии агглютинации (видимых на глаз зерен), при отсутствии ее — резус-отрицательной.

Проба на резус-совместимость

В пробирку, на которой предварительно обозначены фамилия, имя, отчество больного, палата, внести 2 капли

сыворотки больного, 1 каплю крови донора, 1 каплю 33% раствора полиглюкина. Перемешать и наклонить пробирку так, чтобы содержимое растекалось по стенке пробирки. Через 5 мин. в пробирку долить 3—4 мл физраствора, перемешать (не взбалтывать!) и посмотреть на свет. Наличие агглютинации на фоне просветленной жидкости указывает на несовместимость. Равномерное окрашивание жидкости без признаков агглютинации указывает на совместимость.

Биологическая проба (кровь, эр. масса, плазма)

Струйно переливать 10—15 мл крови и в течение 3 мин наблюдать за состоянием больного. При отсутствии признаков реакции или осложнений (учащение пульса, дыхания, одышка, гиперемия лица, боли в области сердца или в пояснице и т.д.) ввести еще 10-15 мл крови; через 3 мин повторить процедуру.

Биопроба при переливании кровезаменителей

Перелить 10 капель, наблюдать за состоянием больного 3 мин, перелить еще 30 капель, наблюдать 3 мин.

Причины ошибок при определении группы крови

1. Ошибочный порядок расположения стандартных сывороток в штативе.
2. Ошибочный порядок нанесения сывороток на пластину.
3. Неправильное соотношение количества сыворотки и крови.
4. Несоблюдение времени (5 мин).
5. Неиспользование контрольной реакции с сывороткой АВ (IV).
6. Загрязнение пипеток, палочек.

7. Использование недоброкачественных сывороток.
8. Неиспользование физраствора.
9. Подсыхание капли.
10. Холодовая агглютинация при температуре ниже $+15^{\circ}$ и отсутствие агглютинации при температуре выше 25° .
11. Определение группы крови в гемолизированной крови.
12. Слабая агглютинация эритроцитов.

После гемотрансфузии

1. В течение 3 часов - почасовая термометрия и контроль АД.
2. Макроскопическая оценка первой порции мочи.
3. Наблюдение за больными в течение 24 ч. Отметить суточный диурез.
4. Общий анализ мочи и крови на следующий день.
5. Завести лист гемотрансфузии (форма 5). Все указанные параметры отметить в истории болезни.
6. Записать трансфузию в «Журнал регистрации трансфузионных сред».

Хранение

1. Стандартные сыворотки хранят при температуре $+4-8^{\circ}$. Или при комнатной температуре. Если ампула вскрыта, то ее плотно закрывают и хранят в холодильнике при температуре $+4-8^{\circ}$.
2. Консервированная кровь, ее компоненты, фибриноген, тромбин, альбумин хранят в холодильнике при температуре $+2-8^{\circ}$.
3. Сухая плазма, препараты из крови (кроме упомянутых выше), кровезаменители хранят при комнатной температуре.
4. Температура в холодильнике измеряется 2 раза в день и регистрируется в журнале.

Профилактика трансфузионных осложнений

1. Правильное установление показаний к трансфузии и выявление противопоказаний.
2. Правильный выбор трансфузионной среды и ее макрокопическая оценка.
3. Правильная запись результатов исследований.
4. Правильное контрольное определение групп крови.
5. Правильное проведение проб на совместимость и биопробы.
6. Соответствующее наблюдение после трансфузии.

В случае развития признаков реакции или осложнения по переливанию крови или кровезаменителей переливание немедленно прекратить, систему от иглы отсоединить, иглу оставить в вене, подключить другую систему — с солевым раствором.

Дородовый патронаж/к медсестры детской поликлиники

Схема дородового патронажа № 1

Ф.И.О. беременной _____
Домашний адрес _____
Возраст _____ Место работы _____
Наличие проф. вредностей _____
Ф.И.О. мужа _____
Место работы _____
Бытовые условия _____

Здоровье родителей и членов семьи (подчеркнуть вид заболевания): туберкулез, аллергические заболевания, нервнопсихические, венерические заболевания, сердечно-сосудистые, эндокринные, онкологические).

Вредные привычки (подчеркнуть): алкоголизм отца, алкоголизм матери, курение отца, курение матери.

Акушерский анамнез:

Беременность по счету _____

Закончилась родами _____ Живых детей _____

Причины смерти _____ Выкидыш _____

Срок настоящей беременности _____

Течение беременности _____

Состояние здоровья _____

Самочувствие _____

Перенесенные острые заболевания _____

Исключены проф. вредн. _____

Советы беременной _____

Личное впечатление _____

Предполагаемый срок родов _____

Дата

Подпись м/с

Схема дородового патронажа № 2

Ф.И.О. беременной _____

С какого времени в декретном отпуске

Самочувствие беременной

Какие перенесла острые заболевания во время беременности _____ на каком месяце _____

Применение сильнодействующих лекарств _____

Режим дня _____

Реальность и полноценность питания _____

Извращение вкуса _____ Аппетит _____

Психопрофилактическая подготовка к родам _____

а) гимнастика

б) посещение школы для беременной

в) профилактика рахита (рыбий жир и витамин D - какой и сколько) _____

Приготовлено ли приданое для ребенка _____

Советы:

Дата

Подпись м/с

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

по теме «Диагностика беременности»

Выберите номер правильного ответа.

1. Наиболее глубоким сводом влагалища является:
 - 1) передний;
 - 2) задний;
 - 3) левый боковой;
 - 4) правый боковой.
2. Для первой степени чистоты влагалища характерно:
 - 1) обилие лейкоцитов;
 - 2) обилие палочек Додерлейна;
 - 3) отсутствие палочек Додерлейна;
 - 4) трихомонады.
3. Влагалищное исследование у здоровой беременной в ж/к производится:
 - 1) однократно при постановке на учет;
 - 2) при каждой явке в ж/к;
 - 3) 1 раз в триместр;
 - 4) в 30 недель беременности.
4. Достоверным признаком беременности является:
 - 1) задержка месячных;
 - 2) увеличение матки;
 - 3) выслушивание сердцебиения плода;
 - 4) появление пигментации.
5. Срок беременности, при котором матка находится на середине между пупком и лобком:
 - 1) 16 недель;
 - 2) 20 недель;
 - 3) 24 недели;
 - 4) 28 недель.
6. Срок беременности, при котором матка находится посередине между пупком и мечевидным отростком:
 - 1) 28 недель;
 - 2) 30 недель;
 - 3) 36 недель;
 - 4) 40 недель.

7. Второй прием Леопольда выявляет:
 - 1) предлежащую часть;
 - 2) положение, позицию, вид плода;
 - 3) высоту стояния дна матки;
 - 4) отношение ко входу в малый таз.
8. Третий прием Леопольда выявляет:
 - 1) предлежащую часть плода;
 - 2) положение, позицию, вид плода;
 - 3) уровень стояния дна матки;
 - 4) отношение ко входу в малый таз.
9. При первой позиции плода спинка обращена:
 - 1) кпереди;
 - 2) кзади;
 - 3) влево;
 - 4) вправо.
10. При заднем виде спинка плода обращена:
 - 1) кпереди;
 - 2) кзади;
 - 3) влево;
 - 4) вправо.
11. Первый прием Леопольда определяет:
 - 1) предлежание плода;
 - 2) позицию плода;
 - 3) высоту стояния дна матки;
 - 4) вид плода.
12. Срок беременности, при котором повторнородящая ощущает шевеление плода:
 - 1) 20 недель;
 - 2) 22 недели;
 - 3) 18 недель;
 - 4) 16 недель.
13. Средняя продолжительность беременности:
 - 1) 280 дней;
 - 2) 350 дней;
 - 3) 220 дней;
 - 4) 300 дней.
14. Объем циркулирующей крови во время беременности:
 - 1) повышается;
 - 2) понижается;

- 3) не изменяется;
 - 4) возрастает в 2 раза.
- 15., Осмотр на зеркалах и взятие мазков на исследование влагалищной флоры у здоровой беременной проводят:
- 1) 1 раз в месяц;
 - 2) 1 раз в 3 месяца;
 - 3) 1 раз за беременность;
 - 4) 2 раза за беременность.
16. Контроль анализа мочи во время беременности проводится:
- 1) к каждой явке;
 - 2) 1 раз в триместр;
 - 3) только при наличии жалоб;
 - 4) 2 раза за беременность.
17. Масса матки к концу беременности:
- 1) возрастает в 2 раза;
 - 2) достигает 1000 г. и более;
 - 3) достигает 150 г;
 - 4) достигает 500 г.
18. Оптимальной является прибавка массы беременной за 1 неделю:
- 1) 50 г;
 - 2) 100 г;
 - 3) 300 г;
 - 4) 500 г.
19. Рубцы беременных:
- 1) свидетельствуют о недостаточной эластичности кожи;
 - 2) бывают у всех беременных;
 - 3) исчезают после родов;
 - 4) свидетельствуют о многоплодной беременности.
20. Пульс у беременной женщины:
- 1) учащается;
 - 2) урежается;
 - 3) не изменяется;
 - 4) наступает аритмия.
21. Артериальное давление у беременной:
- 1) повышается;

- 2) понижается;
 - 3) не изменяется;
 - 4) очень изменчиво.
22. Размеры нормального таза
- 1) 25-28-30-20;
 - 2) 26-26-30-18;
 - 3) 25-28-31-18;
 - 4) 23-26-28-18.
23. Истинная конъюгата в норме равна:
- 1) 11 см;
 - 2) 13 см;
 - 3) 9 см;
 - 4) 7 см.
24. При измерении наружной конъюгаты таза женщина лежит:
- 1) на спине;
 - 2) на боку, лицом к акушерке;
 - 3) на боку, спиной к акушерке;
 - 4) на боку с согнутой вышележащей ногой.
25. При измерении первых трех наружных размеров таза беременная лежит:
- 1) на боку спиной к акушерке;
 - 2) на спине;
 - 3) на боку лицом к акушерке;
 - 4) с согнутыми ногами;
26. Наружная конъюгата — это расстояние от:
- 1) нижнего края лонного сочленения до крестцового мыса;
 - 2) верхнего края лонного сочленения до крестцового мыса;
 - 3) верхнего края лонного сочленения до верхнего угла ромба Михаэлиса;
 - 4) нижнего края лонного сочленения до верхнего угла ромба Михаэлиса.
27. Окружность живота и высоту стояния дна матки определяют:
- 1) тазомером;

- 2) приемами Леопольда;
 - 3) сантиметровой лентой;
 - 4) линейкой.
28. Окружность живота и высоту стояния дна матки определяют:
- 1) при первой явке в женскую консультацию;
 - 2) 1 раз в месяц;
 - 3) на каждом приеме;
 - 4) 2 раза за беременность.
29. Окружность живота при доношенной беременности равна:
- 1) 80-85 см;
 - 2) 95-98 см;
 - 3) 105-110 см;
 - 4) 78-80 см.
30. Для определения предполагаемой массы плода надо измерить:
- 1) ОЖ и ВСДМ;
 - 2) ОЖ и прямой размер головки;
 - 3) ВСДМ и прямой размер головки;
 - 4) ОЖ и истинную конъюгату.
31. При замершей беременности окружность живота и высота стояния дна матки:
- 1) уменьшается;
 - 2) увеличивается;
 - 3) не изменяется;
 - 4) ОЖ уменьшается, а ВСДМ — нет.
32. Нормальным можно считать сердцебиение плода:
- 1) 115 уд. в мин.;
 - 2) 120 уд. в мин.;
 - 3) 150 уд. в мин.;
 - 4) 160 уд. в мин.
33. При головном предлежании сердцебиение прослушивается:
- 1) на уровне пупка;
 - 2) ниже пупка;
 - 3) выше пупка;
 - 4) ближе к средней линии живота.

34. При 1 позиции сердцебиение плода прослушивается:
- 1) слева от средней линии живота;
 - 2) справа от средней линии;
 - 3) на уровне пупка;
 - 4) выше пупка.
35. При заднем виде сердцебиение плода прослушивается:
- 1) ближе к средней линии живота;
 - 2) дальше от средней линии живота;
 - 3) ниже пупка;
 - 4) на уровне пупка.
36. У первобеременной сердцебиение плода выслушивается с:
- 1) 18 недель;
 - 2) 20 недель;
 - 3) 22 недель;
 - 4) 24 недель.

Эталоны ответов

| | |
|------|------|
| 1-2 | 19-1 |
| 2-2 | 20-3 |
| 3-1 | 21-3 |
| 4-3 | 22-1 |
| 5-1 | 23-1 |
| 6-4 | 24-3 |
| 7-2 | 25-2 |
| 8-1 | 26-2 |
| 9-3 | 27-3 |
| 10-2 | 28-3 |
| 11-3 | 29-2 |
| 12-3 | 30-1 |
| 13-1 | 31-1 |
| 14-1 | 32-2 |
| 15-4 | 33-2 |
| 16-1 | 34-1 |
| 17-2 | 35-2 |
| 18-3 | 36-2 |



СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|------------|
| Введение..... | 3 |
| История развития акушерства и гинекологии..... | 5 |
| Система организации акушерско-гинекологической помощи ... | 10 |
| СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В АКУШЕРСТВЕ | 21 |
| Планирование семьи..... | 21 |
| Анатомия женских половых органов..... | 32 |
| Физиология женских половых органов..... | 38 |
| Физиология беременности..... | 46 |
| Патология беременности..... | 61 |
| Диагностика беременности..... | 90 |
| <i>Обслуживание и наблюдение беременных</i> | |
| в женской консультации | 101 |
| Асептика и антисептика в акушерстве..... | 114 |
| Роды и родоразрешение..... | 124 |
| Послеродовой период и его осложнения. | |
| Уход за родильницей..... | 156 |
| Послеродовые заболевания..... | 166 |
| СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГИНЕКОЛОГИИ..... | 187 |
| Методы обследования гинекологических больных | 187 |
| Воспалительные заболевания женских половых органов.. | 218 |
| Профилактика воспалительных заболеваний..... | 236 |
| Нарушения менструальной функции..... | 252 |
| Доброкачественные опухолевидные образования | |
| женских половых органов..... | 265 |

| | |
|--|-----|
| Предраковые заболевания женских половых органов | 272 |
| Злокачественные опухоли женских половых органов | 277 |
| Неотложная помощь в гинекологии..... | 290 |
| Хирургические методы лечения гинекологических больных..... | 296 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ | 307 |
| Сестринская история болезни N°..... | 307 |
| Измерение температуры тела..... | 321 |
| Подсчет пульса..... | 321 |
| Измерение АД..... | 322 |
| Измерение массы тела..... | 322 |
| Измерение роста..... | 323 |
| Определение отеков..... | 323 |
| Измерение наружных размеров таза..... | 324 |
| Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки..... | 325 |
| Приемы Леопольда..... | 325 |
| Выслушивание сердцебиения плода..... | 326 |
| Туалет наружных половых органов роженицы..... | 326 |
| Туалет наружных половых органов родильницы..... | 327 |
| Ускоренный способ мытья рук..... | 327 |
| Правило мытья рук..... | 328 |
| Мытье рук по способу Альфельда..... | 328 |
| Мытье рук по способу Спасокукоцкого-Кочергина..... | 328 |
| Мытье рук по способу Фюрбрингера..... | 329 |
| приготовление стерильного стола..... | 329 |
| Обследование молочных желез..... | 330 |
| Подготовка стола для родов..... | 330 |
| Прием и санитарная обработка роженицы..... | 331 |
| Переливание крови..... | 332 |
| Определение группы крови..... | 332 |
| Проба на совместимость по системе АВО..... | 333 |
| Определение резус-фактора..... | 333 |

| | |
|--|-----|
| Проба на резус-совместимость..... | 333 |
| Биологическая проба (кровь, эр. масса, плазма)..... | 334 |
| Биопроба при переливании кровозаменителей..... | 334 |
| Причины ошибок при определении группы крови..... | 334 |
| После гемотрансфузии..... | 335 |
| Хранение..... | 335 |
| Профилактика трансфузионных осложнений..... | 336 |
| Дородовый патронаж медсестры детской поликлиники.... | 336 |

Тестовые задания

| | |
|--|-----|
| по теме « Диагностика беременности »..... | 338 |
|--|-----|

Серия
«Медицина для вас»

Лилия Александровна Лысак

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**

Ответственный

за выпуск:

Баранникова Е.

Редактор:

Федоров В.

Корректор:

Тарасенко Н.

Художник:

Лойкова И.

Верстка:

Патулова А.

Сдано в набор 20.04.2004 г. Подписано в печать 25.05.2004 г.
Формат 84x108 7₃₂ - Бумага типографская.
Гарнитура Школьная.
Тираж 5 000. Заказ № 226

Издательство «Феникс»
344082, г. Ростов-на-Дону,
пер. Халтуринский, 80

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57