

*Учебно-методическое пособие
по предмету Акушерство
Для студентов 2 курса
медсестер с высшим образованием*



**Кафедра Акушерства и гинекологии Бухарского Государственного
Медицинского института имени**

Абу Али ибн Сины

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор учебных работ

DSc профессор _____Жарилкасинова Г.Ж.

_____2021 год.

***Учебно-методическое пособие
по предмету Акушерство Для студентов 2 курса
медсестер с высшим образованием***

Бухара –2021 год

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО

КАФЕДРА №1 АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Отрасль знания :

700000- Здравоохранение и социальное обеспечение.

Отрасль образования :

720000- Здравоохранение.

Направление образования:

5510700 - медсестер с высшим образованием.

Составители: DSc., профессор Ихтиярова Г.А.

Рецензенты: д.м.н., проф. А.Р. Облокулов

к.м.н. М.М.Рахматуллаева

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКС ПО КЛИНИЧЕСКОЙ АКУШЕРСТВО СТРУКТУРА

РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

1. Введение

1.1. Цели и задачи дисциплины

1.2. Требования к знаниям, умениям и навыкам студентов

В соответствии с указанными целями и задачами после окончания изучения дисциплины акушерство студент должен **знать**:

2. Объем учебной нагрузки

Трудо- емкость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час).					Самосто- ятельная работа
	Всего	Лекции	Практиче- ские занятия	Семинары	Лаборатор-ные работы	
114 ч	76 ч	10 ч	30 ч		36 ч	38 ч

3. Лекционный курс

3.1. Тематические планы лекционных занятий

	Название темы лекций	Количество часов
1.	Особенности организации сестринского процесса в акушерстве.	2 часов
2.	Физиологическое акушерство. Физиологические роды.	2 часов
3	Синдром рвоты и тошноты в акушерстве. Гипертензивный синдром в акушерстве.	2 часов
4	Синдром кровотечения из половых органов в акушерстве.	2 часов
5	Синдром кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.	2 часов

3.2. Содержание лекционного материала

Содержание лекционного материала представляется в традиционной форме.

Название темы лекции пишется с новой строки и выделяется жирным шрифтом.

Содержание темы лекции рекомендуется заканчивать указанием литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы).

№	Название темы лекций	Краткое содержание лекционного материала.	Литература:	часов
1	Особенности организации сестринского процесса в акушерстве.	История развития акушерства и её философия. Роль ВКМ в сфере акушерства. Организация сестринского процесса при родах и в послеродовом периоде.	1,2,3,4	2
2	Физиологическое акушерство. Физиологические роды.	Физиологическая беременность. Физиологические изменения в организме беременных. Питание и гигиена беременных. Биохимические показатели при физиологической беременности. Гравидограмма. Психофизиологическая подготовка. Антенатальное наблюдение. Методы диагностики в акушерстве. Организация сестринского процесса в родах и послеродовом периоде. Партограмма. Физиологические роды. Причины наступления и регуляция родовой деятельности. Клиника и механизм периодов родов. Послеродовый период. Грудное вскармливание.	1,2,3,4	2
3	Синдром рвоты и тошноты в акушерстве. Гипертензивный синдром в акушерстве.	Ранний токсикоз беременных. Рвота беременных, признаки, степень тяжести, классификация, клиника, диагностика и лечение. Современные взгляды на этиопатогенез гипертензивного синдрома. Ведение групп высокого риска. Классификация гипертензивных состояний при беременности. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Современные методы лечения и принципы гипертензивного синдрома. Профилактика гипертензивного синдрома. Беременные с высоким риском на гипертензивный синдром. Гипотензивные препараты.	1,2,3,4	2
4	Синдром кровотечения из половых органов в акушерстве.	Кровотечение во 2 половине беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Предлежание плаценты. Клиника, классификация, диагностика ПП и ПОНРП. Роль ВКМ при активном патронаже беременных с высоким риском. Физиологическая кровопотеря, клинические признаки кровотечения. Определение артериального давления и пульса.	1,2,3,4	2

5	Синдром кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.	Кровотечение во II половине беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Предлежание плаценты. Клиника, классификация, диагностика ПП и ПОНРП. Роль ВКМ при активном патронаже беременных с высоким риском. Физиологическая кровопотеря, клинические признаки кровотечения. Определение артериального давления и пульса. Причины кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Интимное и истинное прикрепление плаценты. Ущемление плаценты. Атония и гипотония матки, задержка частей плаценты. Этиология, диагностика, тактика, профилактика. Методы остановки кровотечения. Первичная помощь. Профилактика осложнений. Роль ВКМ при профилактике акушерских кровотечений. Ведение III и раннего послеродового периода. Признаки отделения плаценты. Методы отделения плаценты. Утеротонические препараты.	1,2,3,4	2
	Всего:			10

4. Практические/семинарские занятия

4.1. Тематические планы практических/семинарских занятий

№	Название темы практических/семинарских занятий	Количество часов
1	Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин.	6 часов
2	Принципы безопасного материнства.	6 часов
3	Гипертензивный синдром в акушерстве.	6 часов
4	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве.	6 часов
5	Иммуноконфликтная беременность.	6 часов
6	Синдром кровотечения в акушерстве.	6 часов
7	Синдром кровотечения в акушерстве.	6 часов
8	Синдром болей в акушерстве.	6 часов
9	Синдром травматизма в родах.	6 часов

10	Общее понятие об акушерских операциях.	6 часов
11	Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин.	6 часов

4.2. Содержание тем практических/семинарских занятий

Темы практических/семинарских занятий представляются по следующей форме:

- № практического/семинарского занятия
- № соответствующей темы лекции
- Название темы практического/семинарского занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

Темы практических/семинарских занятий

№ занятий	Название темы практического/семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий	Ссылка на литературу
1	Тема практического/семинарского занятия. Её краткое содержание. Проведение деловой игры _____	О-1,3,5, Д- 1,2,7.

№	Название темы практического	семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий	Ссылка на литературу	часов
1	Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин.	Организация акушерской помощи в республике Узбекистан. Структура и строение родильных комплексов Сан эпид. режим. Приказы. Определение сроков беременности. Оценка состояния и определение нужд беременных женщин. Построение сестринского диагноза.	1,2,3,4	6
2	Принципы безопасного материнства.	Партнерские роды. Партограмма.500 приказ.Роль мед. Сестры с высшим образованием в ведение послеродового периода. Оценка по шкале Апгар. Первичная обработка новорожденного.принципы обработки пуповины.	1,2,3,4	6

3	Гипертензивный синдром в акушерстве.	Сестринский диагноз, тактика и роль мед.сестры с высшим образованием в проведении профилактических мероприятий.	1,2,3,4	6
4	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве.	Синдром анемия и нарушения мочевыделения. Анемия и беременность. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ.	1,2,3,4	6
5	Иммуноконфликтная беременность.	Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при иммуноконфликтной беременности.	1,2,3,4	6
6	Синдром кровотечения в акушерстве.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.	1,2,3,4	6
7.	Синдром кровотечения в акушерстве.	Кровотечения в третьем периоде и послеродовом периоде. Неправильное прикрепление плаценты и нарушение рождения последа. Гипо- ва атония матки. Этиология, патогенез, клиника Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.	1,2,3,4	6
8.	Синдром болей в акушерстве.	Анатомически и клинически узкий таз. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при несоответствии размеров плода и таза.	1,2,3,4	6
9.	Синдром травматизма в родах.	Разрывы матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки.	1,2,3,4	6
10	Общее понятие об акушерских операциях.	Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения	1,2,3,4	6

		в послеоперационном периоде.		
11	Синдром гипертермии в послеродовом периоде.	Послеродовые гнойно-септические заболевания. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при ведении гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.	1,2,3,4	6

5. Лабораторные занятия

5.1. Тематические планы лабораторных занятий

№	Название темы лабораторного занятия	Кол-во часов
1.		
2.		

5.2. Содержание тем лабораторных занятий

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

- № лабораторного занятия
- № соответствующей темы лекции
- Название темы лабораторного занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

6. Самостоятельная работа студентов

6.1. Тематические планы самостоятельной работы студентов

№	Название темы СРС	Кол-во часов
1.	Причины наступления родов. Обезболивание родов.	5
2.	Питание беременной. Гигиена. Режим дня. Психологический климат в семье.	5
3.	Определение группы крови и резуса. Биохимические анализы в гемолитической болезни.	4
4.	Физиологическая потеря крови. Гемморагический шок. Измерение АД и пульса.	4
5.	Физиологические изменения организма во время беременности	4
6.	Принципы безопасного материнства. Партнерские роды. Активное ведение 3 периода. Партограмма.	4

7.	Асептика и антисептика в акушерстве. Профилактика инфекции. Беременность и ВИЧ. Беременность и TORC	4
8.	Фетоплацентарная система и ее патология.	4
9.	Неправильное положение плода. Аномалия родовой деятельности.	4
		38 часов

6.2. Содержание тем СРС

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

- № лабораторного занятия
- № соответствующей темы лекции
- Название темы лабораторного занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)
-

7. Перечень практических навыков

-

8. Рейтинговый контроль и критерии оценки знаний, умений и навыков по дисциплине

Основным критерием качества подготовленности студента является его рейтинг, состоящий из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

100 баллов в целом по дисциплине распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1.	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2.	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3.	Итоговый контроль	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

По семестрам баллы распределяются в зависимости от продолжительности изучения предмета.

Критерием оценивания практических занятий является текущая оценка, состоящая из контроля подготовленности студента к занятию и оценки качества выполнения задания.

I. Методические рекомендации по выполнению практических и семинарских занятий (ЕМС)

Практическое занятие № 1

Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин. Организация акушерской помощи в республике Узбекистан. Структура и строение родильных комплексов Сан эпид. режим. Приказы. Определение сроков беременности. Оценка состояния и определение нужд беременных женщин. Построение сестринского диагноза.

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 6 часа	Количество студентов – 10-12
Форма проведения занятия	Усвоение основных понятий, связанных с предметом акушерства
Содержание занятия	Организация акушерской помощи в республике Узбекистан. Структура и строение родильных комплексов Сан эпид. режим. Приказы. Определение сроков беременности. Оценка состояния и определение нужд беременных женщин. Построение сестринского диагноза.
Цель занятия	Ознакомить студентов с основными понятиями организация акушерской помощи в республике Узбекистан.
Задачи занятия	1. Изучить Организация акушерской помощи в республике Узбекистан. 1. Определить место клинической эпидемиологии в системе здравоохранения. 1. Усвоить Определение сроков беременности. Оценка состояния и определение нужд беременных женщин. 7. Изучить Структура и строение родильных комплексов Сан эпид. режим. Приказы. Построение сестринского диагноза.
План учебного занятия	Введение акушерства, предмет, основные задачи. Место акушерства в системе здравоохранения.Оценка диагностических возможностей метода. Структура и строение родильных комплексов Сан эпид. режим. Приказы. Определение сроков беременности. Оценка состояния и определение нужд беременных женщин. Построение сестринского диагноза.

Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.	
Задачи педагога	Определение понятия акушерства Место акушерства в системе здравоохранения. Основные методы акушерства Структура и строение родильных комплексов Сан эпид. режим. Приказы. Определение сроков беременности. Оценка состояния и определение нужд беременных женщин. Построение сестринского диагноза.	В результате учебного процесса студент усваивает
Определение понятия акушерства		Цель, задачи, методы и место акушерства в системе здравоохранения
Место акушерства в системе здравоохранения.		
Основные методы акушерства		
Структура и строение родильных комплексов		
Сан эпид. режим. Приказы. Определение сроков беременности. Оценка состояния и определение нужд беременных женщин.		
Построение сестринского диагноза.		
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.	
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов	
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями	

1.2. Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Разбор понятия акушерства, её составных частей, основных акушерских понятий -	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Акушерский подход к изучению распространённости и динамики - Решение задач и тестов. - Заключение по теме, задание на дом. Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -	25 мин.	9.20-10.05
4.		15 мин.	
5.		5 мин.	

ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Санитарно-эпидемиологические правила

СанПиН № 0304

Цель пересмотра нормативного документа

постоянное совершенствование нормативной базы по профилактике внутрибольничных инфекций оптимизация эпидемиологического надзора и целенаправленного комплекса различных эпидемиологически значимых диагностических и лечебных процедур, манипуляций, изоляционно-ограничительных, дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях;

Обеспечить достоверность, своевременность и качество представляемой статистической отчетности и сведений о внутрибольничных инфекций, возникающих в ЛПУ.

Данный нормативный документ разработан по принципу:

- *«Не делай больше, чем нужно, но и не делай меньше, чем предусмотрено», так как хорошо разработанный нормативный документ – мощный рычаг управления качеством оказания медицинской помощи.*

Содержания нормативного документа

- Область применения
- Общие положения
- Профилактика внутрибольничных инфекций в приемных отделениях лечебно-профилактических учреждений всех профилей;
- Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) соматического профиля;
- Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля;
- Профилактика внутрибольничных инфекций в родовспомогательных учреждениях;
- Профилактика внутрибольничных инфекций в инфекционных стационарах (отделениях);
- Профилактика внутрибольничных инфекций в противотуберкулезных стационарах;
- Профилактика внутрибольничных инфекций в кожно-венерологических стационарах;
- Санитарно-гигиенический, противоэпидемический и дезинфекционный режим в стоматологических поликлиниках (кабинетах);
- Обеспечения противоэпидемического режима физиотерапевтических отделений (кабинетов);
- Требования к устройству, оборудованию и эксплуатации прачечным;
- Соблюдения санитарно-гигиенических требований при организации питания больных в лечебных учреждениях;
- Требования к дезинфекционно-камерному блоку лечебно-профилактических учреждений;
- Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим в патологоанатомическом отделении.
- Требования к гигиене рук медицинского персонала;
- Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях;
- Требования к санитарному содержанию помещений, оборудования и инвентаря.

В новой версии санитарно-эпидемиологических правил исключены следующие приложения:

В новой версии санитарно-эпидемиологических правил исключены следующие приложения:

- «Инструкция по утилизации медицинских отходов», так как в настоящее время специалистами Центра Госсанэпиднадзора совместно с НИИ санитарии-гигиены и профзаболеваний разрабатывается новый проект санитарных правил и норм сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений

Область применения

- Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее санитарные правила) устанавливают основные требования к комплексу санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях.
- Санитарные правила предназначены для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих медицинскую деятельность, и обязательны для исполнения на территории Республики Узбекистан.
- Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Общие положения

- В соответствии с международными стандартами название комиссии по борьбе с ВБИ переименовано в «комиссию по инфекционному контролю»;
- Пересмотрены задачи и функции председателя и членов комиссии.
- Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С и ВИЧ).

Причины недоучета и регистрация внутрибольничных инфекций

- отсутствием официально утвержденных клинических критериев ВБИ;
- разные подходы клиницистов и эпидемиологов к постановке диагноза ВБИ;
- многие клиницисты рассматривают некоторые формы ВБИ как неинфекционную патологию, а в хирургических стационарах ВБИ относят в лучшем случае к разряду осложнений;
- создание комиссии по борьбе с ВБИ в ЛПУ не изменило ситуацию;
- сокрытием случаев из-за опасения принятия административных санкций со стороны территориальных Центров Госсанэпиднадзора;

Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля

Один раз в год руководитель учреждения должен был организовать обследование персонала на носительство патогенного стафилококка.

Категорически запрещалось поэтапное закрытие стационара.

В стационарах хирургического профиля более 200 коек для изучения этиологии внутрибольничных инфекций, послеоперационных осложнений, антибиотикограмм выделенных культур и для постоянного бактериологического контроля объектов окружающей среды должна была организоваться бактериологическая лаборатория.

Обследование персонала на носительство патогенного стафилококка проводится только по эпидемическим показаниям.

Поэтапное закрытие отделений допускается при условии обеспечения отдельных входов или в отдельно стоящем здании.

Во стационарах менее 200 коек и при отсутствии собственной лаборатории бактериологические исследования проводятся аттестованной лабораторией других ЛПУ или ЦГСЭН на договорной основе.

Санитарно-гигиенический режим в операционном блоке, палатах, отделениях реанимации и интенсивной терапии указывались одним пунктом

Санитарно-гигиенический режим в операционном блоке, палатах, отделениях реанимации и интенсивной терапии указывались одним пунктом

Отдельно и подробно указывается профилактика внутрибольничных инфекций в операционном блоке и перевязочных кабинетах, а также отделение реанимации и интенсивной терапии

Отдельно и подробно указывается профилактика внутрибольничных инфекций в операционном блоке и перевязочных кабинетах, а также отделение реанимации и интенсивной терапии

Стерильные столы в перевязочной должны накрываться не менее трех раз в сутки, с указанием времени и даты накрытия стола

При накрытии перевязочного стола разрешаются следующие альтернативы:

по возможности использование одноразовых инструментов;

использование индивидуальных наборов;

накрытие перевязочного стола - 1 раз в день, при этом необходимо иметь запасной стерильный бикс для экстренных случаев.

! Данные альтернативы в свою очередь снижают нагрузку отделений централизованной стерилизации и энергозатраты.

В данном разделе приказа кроме сан.эпид.режима, особое внимание уделено безопасному использованию инвазивных лечебных процедур, таких как постановка подключичного катетера и катетеризация мочевыводящих путей. В частности, правила оформления их постановки в истории болезни;

Подробно описывается очистка и дезинфекция наркозно-дыхательного, анестезиологического оборудования и аппарата для искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Профилактика внутрибольничных инфекций в родовспомогательных учреждениях (отделениях)

Настоящая инструкция устанавливает основные требования к комплексу организационных, санитарно-гигиенических, профилактических, противоэпидемических мероприятий,

проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в родильных комплексах (отделениях).

В данном приложении указывается правила содержания структурных подразделений родильных комплексов (отделений): в частности:

- сан.эпид.режим приемно-смотрового отделения и особенности приема рожениц. Подробно указывается на что необходимо обратить внимание в обменной карте беременной.
- указывается соблюдения сан.эпид.режима в родильном блоке, акушерского отделения, отделение реанимации и интенсивной терапии и ОПН;
- особенности организации и проведение дезинфекционных и стерилизационных режимов, например дезинфекция кюветов;
- полностью излагается эпидемиологический надзор за ВБИ в родильных комплексах (отделениях), с указанием перечня нозологических форм ГСИ новорожденных, родильниц, согласно МКБ-10.
- порядок проведения расследования и ликвидация групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных и родильниц.

У нас уже имеется техника мытья рук



Қўлларни ювиш
ВА ДЕЗИНФЕКЦИЯ ҚИЛИШНИНГ
СТАНДАРТ УСЛУБИ

Қўллар илик оқар суу остида, сууик совун ердамида, 10-15 секунд давомида ювилади. Совун билан куйида келтирилган харакатлар тартиби буйича яхшилаб ювиб ташланади ва бир марталик салфетка билан артилиб, куритилади ва ўша салфетка ердамида суу жураги беркитилади. Қўллар 30 секунд давомида дезинфекция қилинади. Сил касали, эҳтимоли булган қўлларда бу жарам 1 дақиқа давоида эттиш керак. Дезинфекция маъсус эритма ердамида қўлларни тирсакка қадар артиш билан амалга оширилади. Унутманг, қўллар ушбу суюқлик билан артилаётганда доимо нам бўлиши зарур. Қўллар ювилаётганда ҳам, дезинфекция қилинаётганда ҳам бир хил харакатлар амалга оширилади. Ҳар бир харакат 3-5 марта такрорланади.



Кафтлар бир-бирига ишқалади



Унг қўл кафти чап қўл кафтининг устига, чап қўл кафти эса унг қўл кафтининг устига томонига



Иккала кафт бир-бирига бармоқлар бир-бирини тангаллаган ва буш қуяган ҳолда



Бир қўлнинг бармоқлари янгилан ҳолатда иккинчи қўл кафти тозалади



Унг қўл бош бармоғини чап қўл кафтининг айланма харакатлари билан, чап қўл бош бармоғини эса унг кафт айланма харакатлари билан



Бармоқлар учини қарама-қарши қўл кафтига дилланма харакатлар қосадида ишқалаб тозалаш



Пожалуйста, не трогайте меня грязными руками!



Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях

- Предыдущий приказ
- Качество предстерилизационной очистки изделий оценивалось путем постановки пробы НИРИ (набор индикаторных растворов Искандарова).
- Методика постановки проб на наличие крови в шприцах и катетерах
- Не были указаны требования к биксам, прошедшие стерилизацию
- Согласно «Санитарных правил и норм по организации и контролю проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ЛПУ (СанПиН 0278-09) для определения качества работы паровых стерилизаторов использовались наружные тест-индикаторы в количестве от 13 до 17 точек.

- Отсутствовали требования, предъявления к медперсоналу ОЦС
- Новый нормативный документ
- *Проба НИРИ исключена из данной инструкции.*
- *Согласно приказа 91 от 04.03.2008г. категорически запрещается использования шприцев и подключичных катетеров,*
- На какие моменты необходимо обратить внимание до вскрытия стерилизационных коробок/упаковок;
- Закладка наружных тест-индикаторов зависит от объема автоклава и последовательно сокращены до 5 точек. Также указывается расположение контрольных точек в паровых стерилизаторах.
- *Подробно указывается применение индикаторов, их хранение, количество точек, в которые закладываются индикаторы, в соответствии с объемом стерилизационной камеры парового стерилизатора.*
- *Требования к медперсоналу отделения (пункта) централизованной стерилизации*

Практическое занятие № 2

Принципы безопасного материнства.

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 2 часа	Количество студентов – 10-12
Форма проведения занятия	Изучение этапов проведениямедицинского исследования
Содержание занятия	Партнерские роды. Партограмма.500 приказ.Роль мед. Сестры с высшим образованием в ведение послеродового периода. Оценка по шкале Апгар. Первичная обработка новорожденного. Принципы обработки пуповины.
Цель занятия	Ознакомить студентов с основными этапами проведения медицинского исследования.
Задачи занятия	1.Определение понятий Роль мед. Сестры с высшим образованием в ведение послеродового периода. 3.Ознакомление с этапами проведения медицинского исследования. Оценка по шкале Апгар. Первичная обработка новорожденного. 4. Ознакомление Партнерские роды. Партограмма.500 приказ. 5.Составление плана проведения медицинского исследования
План учебного занятия	Понятие Партнерские роды. Партограмма.500 приказ. Стандартное определение случая. Различия в клиническом и эпидемиологическом определении случая. Ознакомление с этапами проведениямедицинского исследования. Составление плана проведения медицинского исследования
Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.
Задачи педагога Объяснение понятия Партнерские роды. Партограмма.500 приказ.Место статистического этапа в проведении медицинского исследования. Этапы составления плана медицинского исследования	В результате учебного процесса студент усваивает ПонятияПартнерские роды. Партограмма.500 приказ.Место статистического этапа в проведении медицинского исследования Этапы составления плана медицинского исследования
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями

1.2.Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Разбор понятия болезни и патологии, стандартное определение случая	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Составление плана медицинского исследования	25 мин.	9.20-10.05
	Решение задач и тестов. -	15 мин.	
4.	Заключение по теме, задание на дом.	5 мин.	
5.	Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -		

Интерактивный метод обучения

Метод «ручка на середине стола».

Предлагается задания всей группе, например: Осложнения и исходы при вирусных гепатитах. Каждый студент записывает на листе один вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передвигает на середину стола Педагог, контролирует работу группы и участие в ней каждого; общий вариант записывается на тетрадь.

При работе по этому методу можно использовать адаптированные задания ОКП.

В ходе проведения реформ в здравоохранении Республики Узбекистан были достигнуты определенные успехи в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на это показатели материнской, детской заболеваемости и смертности продолжают оставаться высокими. Это во многом зависит от обеспечения должного ухода беременным, роженицам и родильницам до, во время родов и в послеродовом периоде. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы привести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи, с чем возникла необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики. Каждый медицинский персонал, работающие в акушерских стационарах, в том числе медсестры с высшем образованием должны работать в соответствии с Приказом МЗ Рuz №500 от 13.11.2003 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций» и № 81 от 3.03.06 г «О мерах по охране грудного вскармливания и дальнейшему распространению Инициативы Больниц и Учреждений Дружелюбного Отношения к ребенку в Республике Узбекистан».

По 500 и 81 приказах каждая медсестра должна знать правильное заполнение партограммы, принципы демедикализации, ведение женщины во время родов с партнером, уход за новорожденным и 11 принципов к успешному грудному вскармливанию.

Графической записью о ходе ведения родов и состояния роженицы является партограмма и служит источником информации для медицинских работников, которым

необходимо обновить свою память или уточнить полученные устно сообщения. Лечащий врач также обращается к записи о пациенте как эталонным данным, чтобы оценить его реакцию на лечение. Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

Основные принципы партограммы заключается в следующем:

- ✓ это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;
- ✓ это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

В такое сочетание характеристик делает партограмму весьма ценной. Партограмма эффективна во всех условиях оказания медицинской помощи: обычных и тех, которые характеризуется наличием самого сложного оборудования и должна применяться при ведении родов в медицинских учреждениях всех уровней.

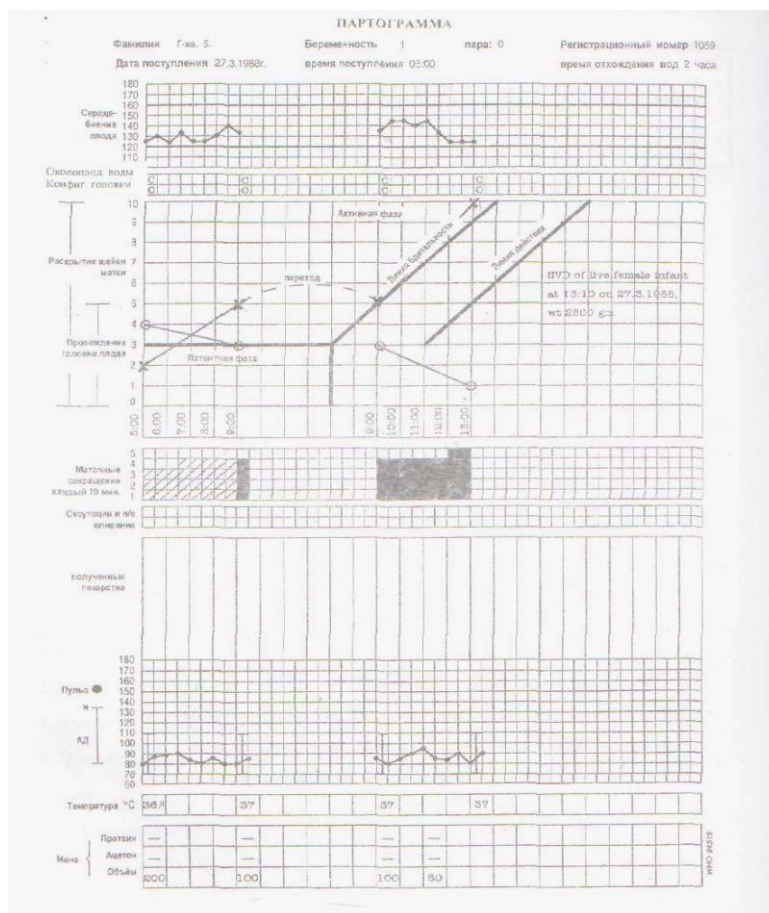


Рисунок 4

Записи в партограмме – в верхней части записывается следующая информация:

Роженица:

- ✓ имя;
- ✓ акушерские данные (количество родов, беременностей в анамнезе);
- ✓ регистрационный номер;
- ✓ дата поступления;
- ✓ время поступления принимается за ноль. Фактическое время дня указывается;
- ✓ под линией времени;

- ✓ время разрыва околоплодного пузыря.

Плод:

- ✓ частота сердечных сокращений;
- ✓ околоплодные воды: прозрачные (С), окрашенные кровью (В) или окрашенные меконием (М) или околоплодный пузырь целый (I);
- ✓ шейка матки: раскрытие в см, отмечается знаком X на диаграмме продвижение головки плода: ((ведущей поверхности головки плода), определяемое пальпированием пятью пальцами области живота, отмечается знаком 0 на диаграмме). Пальпирование живота производится перед каждым вагинальным осмотром.
- ✓ Формирование головки плода: этот процесс записывается следующим образом: кости черепа разъединены соединительной тканью, которая легко прощупывается (0); кости слегка соприкасаются друг с другом (+); кости находятся друг на друга (++); кости значительно находятся друг на друга (+++).

Раскрытие шейки матки

- ✓ Это наиболее важный показатель течения родов. Раскрытие обозначается на графике знаком «X»;
- ✓ Сокращения (схватки);
- ✓ Частота (выраженная как число сокращений за 10 минут);
- ✓ Длительность в секундах;

Окситоцин:

- ✓ Дозировка может записываться для каждого периода в один час;
- ✓ Лекарственные препараты и В/В растворы;
- ✓ Место для информации;
- ✓ Кровяное давление, пульс и температура;
- ✓ Кровяное давление и пульс – рекомендуется записывать каждый час или чаще;
- ✓ Температура – рекомендуется записывать через каждые 3 – 4 часа.

Моча:

- ✓ Количество;
- ✓ Анализы (кровь, белок и ацетон);
- ✓ Записывается после каждой порции мочи.

Первые отметки о раскрытии шейки матки в активной фазе родов делаются в соответствующих точках вдоль линии бдительности. В идеальной ситуации роды затем протекают медленнее, данная кривая зависимости раскрытия от времени будет перемещаться в направлении линии действия. Линия действия на партограмме будет на 4 часа сдвинута вправо от линии бдительности. Если наносимая линия пересекает Линию действия, то необходимо подумать о соответствующем вмешательстве.

Представляется, что методика осмотров играет большую роль, нежели их частота. На партограмме можно видеть, что время проведения аускультации сердца плода имеет большое значение для истинного отображения частоты сердечных сокращений плода. Это положение иллюстрируется (очень кратко) на примере вариантов частоты сердечных сокращений.

Периодическая аускультация более приемлема и предпочтительна.

Целью партограммы является формирование общей картины состояния матери и ребенка, поэтому необходимо всестороннее наблюдение.

Наиболее важной частью партограммы является наблюдение за раскрытием шейки матки в зависимости от времени, а также продвижением предлежащей части (обычно головки) плода. Очень важно отметить, что вагинальный осмотр при родах должен сопровождаться наблюдением за положением предлежащей части. Также необходимо

сказать, что многие ошибки ведения родов совершаются именно из – за отсутствия такого наблюдения.

Как юридический документ, записи, относящиеся к пациенту, могут быть представлены в судебное заседание как доказательство по ряду факторов.

Последним, пятым этапом сестринского процесса является итоговый анализ. В контексте сестринского процесса он концентрируется, прежде всего, на прогрессе пациента в достижении целей относительно его здоровья. Медсестра сравнивает фактические результаты с предсказанными результатами, определенными на стадии планирования, и делает заключение о том, достигнуты они или нет. Данные для итогового анализа собираются при наблюдении за поведением пациента и его ответных реакций, разборе планов лечения и записей бесед с пациентом, его семьей, друзьями, а также с другими членами бригады медицинских работников.

Итоговый анализ может быть непрерывным, прерывным и окончательным. Непрерывный итоговый анализ выполняется во время или непосредственно после вмешательства, что позволяет делать медсестре самые последние изменения. Прерывный анализ проводится в специально определенное время и указывает на величину прогресса в достижении результатов, позволяет исправить любое несоответствие в лечении пациента, а также изменить план лечения, если это необходимо. Он продолжается до тех пор, пока цель пациентки в отношении её здоровья не оказывается достигнутой или пока пациент не выпишется из больницы. Окончательный анализ указывает на состояние пациента в момент его выписки. Он включает проведение последующего лечения и описание достигнутого состояния, особенно в отношении возможностей самостоятельного лечения.

По №81 приказу каждый работник медицинского учреждения, в том числе мед. сестра с высшим образованием должна знать принципы грудного вскармливания.



Рисунок 5

11 ШАГОВ К УСПЕШНОМУ ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ.

ШАГ 1. Необходимо иметь письменный документ с изложением комплексных мероприятий, цели и задач по грудному вскармливанию, которая регулярно сообщается всему медицинскому персоналу.

ШАГ 2. Необходимо обучать весь медицинский персонал навыкам консультирования матерей.

ШАГ 3. Необходимо информировать всех беременных женщин и рожениц о преимуществах грудного вскармливания.

ШАГ 4. Помогать всем матерям начинать грудное вскармливание в течение первых 30 минут после родов.

ШАГ 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

ШАГ 6. Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний.

ШАГ 7. Практиковать круглосуточное совместное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.

ШАГ 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

ШАГ 9. Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь (соски, пустышки) или успокаивающих средств.

ШАГ 10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

ШАГ 11. Создание сети сертифицированных учреждений в регионе путем подготовки не менее двух ЛПУ к званию Учреждения Дружелюбного Отношения к Ребенку.

Практическое занятие № 3

Гипертензивный синдром в акушерстве..

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 2 часа	Количество студентов – 10-12
Форма проведения занятия	Изучение гипертензивный синдром в акушерстве.
Содержание занятия	Сестринский диагноз, тактика и роль мед.сестры с высшим образованием в проведении профилактических мероприятий.
Цель занятия	Ознакомить студентов с основными гипертензивный синдром в акушерстве
Задачи занятия	1.Показатели заболеваемости и их стандартизация. 2.Описательный метод гипертензивный синдром в акушерстве
План учебного занятия	Показатели заболеваемости и их стандартизация. Описательный метод гипертензивный синдром в акушерстве

Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.	
Задачи педагога	1. Объяснение высчитывания показателей заболеваемости и их стандартизация. 2. Описательный гипертензивный синдром в акушерстве	В результате учебного процесса студент усваивает Высчитывание и оценку значения основных относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей.
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.	
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов	
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями	

1.2. Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Объяснение значения показателей гипертензии	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Объяснение значения и способов показателей гипертензии	25 мин.	9.20-10.05
	Решение задач и тестов. -	15 мин.	
4.	Заключение по теме, задание на дом. Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -	5 мин.	
5.			

Описание темы

Преэклампсия представляет собой наиболее грозное осложнение беременности, которое не только нарушает соматическое и репродуктивное здоровье женщины, но и порой угрожает ее жизни. Частота преэклампсии в среднем колеблется от 2 до 14%. По данным ВОЗ (1994), ежегодно в мире погибает 65000 (12%) женщин от гипертензивных нарушений, связанных с беременностью. Согласно определению ВОЗ (1994), преэклампсия – это осложнение беременности, которое характеризуется полиорганной функциональной недостаточностью и

проявляется триадой основных симптомов: гипертензия, отеки, протеинурия, реже судорогами и комой.

До недавнего времени в акушерстве существовал термин "гестоз", или "поздний гестоз", или "ОПГ-гестоз", обозначающий аббревиатурой ОПГ триаду симптомов. Еще ранее это осложнение беременности называли "нефропатия" или "поздний токсикоз", подчеркивая один из самых основных и ранних синдромов этого осложнения – нефротический.

ВОЗ в 1994 г. была принята МКБ X пересмотра, в которой четко и однозначно определено название данной патологии – преэклампсия.

Преэклампсия – это не заболевание, т.к. она никогда не возникает вне беременности, а является осложнением, которое обусловлено нарушением структуры, микроциркуляции и функции плаценты. После прекращения беременности симптомы преэклампсии, как правило, идут на убыль и впоследствии исчезают. Однако нарушенные функции многих органов и систем в организме женщины, перенесшей преэклампсию, приходят в свое нормальное состояние длительное время, а в некоторых, особо тяжелых случаях, уже не могут восстановиться и приводят к инвалидизации женщин. Все это требует более внимательного и тщательного подхода к ведению беременных, рожениц и родильниц, а также вызывает необходимость разработки специальных программ по реабилитации женщин, перенесших преэклампсию.

Преэклампсия чаще развивается у женщин, страдающих различными соматическими заболеваниями, у первородящих, особенно среди юных (до 18-ти лет), у беременных и рожениц старше 30 лет. Данное осложнение развивается при перерастяжении матки (многоплодие, многоводие, крупном плоде), а также у женщин с признаками изогемоконфликта между матерью и плодом, при артериальной гипертензии, пузырном заносе, ожирении и недостаточном питании, а также на фоне хронических урогенитальных инфекций. Имеются данные о развитии так называемой семейной преэклампсии, т.е. частого возникновения ее среди сестер и дочерей женщин, перенесших эту патологию.

Патогенез преэклампсии:

Природа преэклампсии до сих пор продолжает оставаться неясной.

В последние годы большинство исследователей связывают развитие преэклампсии с морфологическими, функциональными, биохимическими и иммунологическими изменениями в плаценте.

В связи с повышением проницаемости сосудистой стенки, вызванным, с одной стороны, спазмом артериальных сосудов, а с другой стороны — поражением эндотелия сосудов иммунными комплексами, которые вырабатываются в организм матери в ответ на развитие плода, жидкая часть крови «уходит» из сосудистого русла в тканевые пространства. Клинически это проявляется в повышении гидрофильности тканей, появлении отеков в области рыхлой клетчатки (лодыжки, голени, кисти рук, передняя брюшная стенка) вплоть до общего отека (анасарка).

Прогрессирующая преэклампсия сопровождается снижением ОЦК и ОЦП. в связи с поражением эндотелия нефронов повышается проницаемость клубочков почек для белка, что проявляется протеинурией и протеинемией. Снижается онкотическое давление крови, что способствует еще большему переходу жидкой части крови из сосудов в ткани. Нарушаются реологические свойства крови, повышаются ее коагуляционные свойства. Наблюдающееся при этом «возбуждение» тромбоцитов приводит к их адгезии и склонности к повышенному тромбообразованию. Развивается хронический ДВС-синдром. В почках, печени, легких, головном мозге образуются участки ишемических и, геморрагических микроинсультов.

Ишемическая почка в большом количестве продуцирует ренин, который, соединяясь с белками плазмы, превращается в сильный прессорный амин - ангиотензин II, высокая концентрация которого, а также других прессорных факторов, выбывает длительную и жестокую периферическую вазоконстрикцию и артериальную гипертензию, что замыкает порочный круг патогенеза преэклампсии.

В условиях глубокого нарушения микроциркуляции, хронической тканевой гипоксии, страдает *печень*, в которой нарушаются основные ее функции: белково-образовательная (гипопротеинемия), нарушается синтез и депонирование гликогена, начинает преобладать анаэробный гликолиз; дезинтоксикационная (повышается количество азотистых шлаков, развивается печеночная недостаточность); нарушается липидный обмен, обмен холестерина (гиперлипидемия, гиперхолестеринемия); активируется перекисное окисление липидов, снижается антиоксидантная защита; повышается активность трансаминаз, щелочной фосфатазы.

В *легких* в связи с развитием хронического ДВС-синдрома в сосудах образуются рыхлые тромбы, на сосудистых стенках откладываются иммунные комплексы, нити фибрина, при этом повышается проницаемость капилляров и альвеолярных мембран. Возникает та или иная степень дыхательной недостаточности, а в тяжелых случаях — отек легких.

Особо тяжелые и грозные осложнения возникают в *головном мозге*. На фоне выраженного сосудистого спазма и токсического поражения эндотелия сосудов мозга недоокисленными продуктами белкового, углеводного и липидного обмена, повреждения сосудистой стенки иммунными комплексами, здесь развивается периваскулярный и перициллюлярный отек, который клинически проявляется энцефалопатией различной степени тяжести вплоть до эклампсии (отека мозга) или кровоизлияния в мозг.

В *плаценте* развиваются тяжелые дистрофические и некробиотические процессы, ишемические и геморрагические инфаркты, откладываются соли извести, в фибриноид замуровываются ворсины и межворсинчатые пространства. Ослабляется связь плаценты с базальной мембраной миометрия. При этом развивается фетоплацентарная недостаточность, у плода — внутриутробная гипоксия, которая при прогрессировании преэклампсии может привести к антенатальной гибели; часто наблюдается задержка внутриутробного развития и гипотрофия плода. Очень часто на фоне вышеописанных изменений возникает преждевременная частичная или тотальная отслойка плаценты, сопровождающаяся нарушением коагуляционных свойств крови, вплоть до геморрагического и гиповолемического шока.

Детальный анализ литературы и результатов собственного практического наблюдения показал, что главным проявлением гестоза является гипертензия.

Однако, само по себе повышенное давление не является диагностическим критерием артериальной гипертензии у беременных, т.к. не дает информации о выздоровлении, поражении органов мишеней или адекватности диагностики и лечения

В связи с этим, необходима более совершенная классификация артериальной гипертензии у беременных, которая позволит разработать дифференцированную тактику ведения беременности, лечения и родоразрешения.

Классификация гипертензивных состояний, во время беременности предложенная ВОЗ (МКБ-10), является более приближенной, к оценке истинного состояния больной. Если в использованных ранее классификациях диагноз - преэклампсия появляется значительно позже, после отеков, гестоза легкой, средней, тяжелой форм, то согласно классификации ВОЗ уже во II половине, когда к гипертензии присоединяется протеинурия, выставляется диагноз -

преэклампсия. Постановка диагноза преэклампсии, требует единственного эффективного метода лечения - родоразрешения на фоне коррекции АД и седативных средств, что уменьшает риск развития энцефалопатии и кровоизлияния в мозг. Своевременная постановка диагноза резко сокращает сроки и тактику консервативного лечения гестоза. В связи с выше указанным, наиболее рациональным является переход на новую классификацию ВОЗ, которая используется во всех родовспомогательных учреждениях Европейского сообщества (18 стран).

Классификация гипертензивных состояний (США - 1990 г).

- I. Гипертензия не являющаяся специфичной для беременности (хроническая АГ):
 - a. Первичная эссенциальная гипертензия (ГБ).
 - b. Вторичная симптоматическая гипертензия (почечная, эндокринная, болезнь надпочечников, сердечно - сосудистые заболевания).
- II. Переходящая гестационная (транзиторная) гипертензия.
- III. Специфичная для беременных гипертензия (преэклампсия и эклампсия, эклампсия, наслонившаяся на ранее существовавшую гипертензию).

Классификация гипертензивных состояний во время беременности.

ωI. Артериальная гипертензия индуцированная беременностью

ωI.A. Артериальная гипертензия без протеинурии - гипертензия беременности (гестационная гипертензия)

ωI.B. Артериальная гипертензия с протеинурией - преэклампсия

ωII. Хроническая артериальная гипертензия, предшествующая беременности

ωIII. Хроническая артериальная гипертензия с наслонившейся преэклампсией или эклампсией

Гипертензия индуцированная беременностью (ГИБ) - это повышение АД после 20 недель.

ωПовышение АД во время беременности считается адаптивной реакцией организма, возникающей в ответ на неадекватность перфузии различных отделов сосудистого русла беременной, жизненно важных органов

Критерии ГИБ:

ωПовышение диастолического АД выше 90 мм.рт.ст.

ωПовышение систолического АД выше 140 мм.рт.ст. (условно)

ωОб истинном повышении АД можно судить на основании минимум 2-х кратного измерения АД в течение 4 часов

Факторы риска на развитие ГИБ:

ω1. Беременность

ω2. Признаки, указывающие на недостаточное увеличение внутрисосудистого объема (повышение Нб выше 130 г/л, повышение гематокрита 40 и более)

ω3. Отсутствие физиологического снижения диастолического АД во втором триместре (ниже 75 мм.рт.ст.)

ω4. Повышение систолического АД на 30 мм рт.ст. от исходного, но не достигающее 140 мм рт.ст

ω5. Повышение диастолического АД на 15 мм рт.ст. от исходного, но не достигающее 90 мм рт.ст.

ω6. Внутриутробная задержка роста плода

К группе высокого риска на развитие ГИБ относятся женщины, имеющие:

- хроническую артериальную гипертензию

- хроническое заболевание почек

- сахарный диабет
- возраст < 16 и >35 лет
- тяжелая преэклампсия при предыдущих родах
- многоплодная беременность

АГ индуцированная беременностью без протеинурии (гестационная артериальная гипертензия)

Если преэклампсия не подтверждается, то:

1. Рекомендуются постельный режим в положении на левом боку на 1-2 часа после каждого приема пищи
2. Гипотензивная терапия показана только в тех случаях, когда диастолическое АД превышает 110 мм рт.ст. и начинает реально угрожать матери (угрожающий уровень АД выше 160/110 или среднее АД (САД) выше 125 мм рт.ст.)
3. При гипотензивной терапии не следует снижать АД до низких цифр, достаточно снижение до безопасного уровня 90-100 мм.рт.ст.

$$\text{САД} = \frac{\text{АД сист.} + 2 \text{ АД диаст.}}{3}$$

3

в норме не должно превышать 85 мм.рт.ст.

АГ индуцированная беременностью с протеинурией -преэклампсия

ω-это артериальная гипертензия + протеинурия во II половине беременности (после 20 нед.)

ωОсновными клиническими проявлениями преэклампсии являются три основных симптома:
гипертензия, протеинурия, отеки

Диагностические критерии

ωПо рекомендации ВОЗ преэклампсию подразделяют на 2 формы:**легкую и тяжелую**

Легкая преэклампсия- это дважды отмеченный подъем диастолического давления свыше 90 до 110 мм рт.ст.в течение 4 часов с протеинурией свыше 0,3 г/л до 1 г/л

Тяжелая преэклампсия

Клиническая диагностика преэклампсии легкой степени

1. Измерение артериального давления.

Для преэклампсии легкой степени характерно:

— АД сист. >140 мм рт. ст. или + 30 мм рт. ст. от исходного;

— АД диаст. 2: 90 мм рт. ст. или + 15 мм рт. ст. от исходного при двукратном измерении с интервалом 2 часа.

2. Исследование

мочи:

Протеинурией считается наличие белка в моче >0,3 г/л в любой пробе или >0,033 г/л в суточной моче.

Проба с кипячением. В случае наличия белка и солей при кипячении мочи в верхней части пробирки появляется затуманивание как облачко «преципитации». При добавлении 2-3 капель 2-3% уксусной кислоты или 20% сульфосалициловой кислоты при наличии белка верхняя часть становится еще более мутной, при отсутствии белка помутневшая моча станет прозрачной.

3. Отеки:

- отеки на ногах встречаются более чем у 40% беременных при физиологическом течении беременности;
- отеки рук и лица — признак преэклампсии;
- генерализованные отеки (след при надавливании сохраняется спустя 12 часов постельного режима или прибавка массы тела 2000 г за 1 неделю).

4. Лабораторные исследования.

- Общий анализ крови с обязательным определением гематокрита и количества тромбоцитов.
- Биохимический анализ крови:
 - а. протеинограмма;
 - б. электролитный состав плазмы крови;
 - с. мочевины, креатинин; билирубин;
 - д. печеночные ферменты (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза).
- Коагулограмма крови,
- Общий анализ мочи.
- Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.
- ЭКГ.
- Электроэнцефалограмма — по показаниям.

Принципы лечения преэклампсии легкой степени

Гипотензивная терапия (коринфар, апрессин, лобеталол, нифедипин)

ωМагнезиальная терапия. Сернокислая магнезия обладает легким наркотическим, транквилизирующим, диуретическим, гипотензивным, противосудорожным, спазмолитическим эффектом, снижает внутричерепное давление.

Схема применения сульфата магния при легкой преэклампсии

Нагрузочная доза:

- 25% раствор $MgSO_4$ 4 г (16 мл) в течение 5 минут внутривенно
- Затем сразу 40 мл 25% раствора $MgSO_4$ по 20 мл (по 5 г) в каждую ягодицу в/м
- ИЛИ 5 мг нифедипина под язык: - если АД не снижается спустя 10 минут дайте дополнительно 5 мг нифедипина под язык.

Тактика ведения беременности при преэклампсии легкой степени

При выявлении клинических признаков преэклампсии необходима госпитализация в реанимационное отделение акушерского комплекса.

В стационаре уточняется акушерская ситуация, с учетом клинко-диагностических исследований и вырабатывается тактика ведения, проводится комплексная интенсивная терапия легкой формы преэклампсии. При положительном эффекте от проводимого лечения беременности пролонгируется до срока жизнеспособности плода или до elective родов, которые целесообразно индуцировать в 36-37 нед.

В связи с возможной необходимостью индуцирования родов, целесообразно, уже при поступлении в стационар у беременных с легкой степенью преэклампсии начать подготовку родовых путей на любом сроке беременности.

В стационаре на всех этапах ведения пациенток с преэклампсией легкой степени необходим тщательный контроль за состоянием гемодинамики, дыхания, функции почек, печени, динамикой биохимических показателей женщины и состоянием плода. Ежедневно определяют массу тела, АД, уровень белка в моче, креатинина сыворотки крови, количество тромбоцитов.

Следует всегда помнить, что заболевание, зачастую, может не поддаваться лечению и рецидивировать. Часто его прогрессирование наблюдается в условиях стационара на фоне проводимой терапии. Попытки выписать из стационара при этой патологии приводят к повторной госпитализации, и переход более тяжелые её формы.

Родоразрешение является основным этио-патогенетическим методом лечения преэклампсии. Вместе с тем, оно является дополнительной нагрузкой и беременную необходимо подготовить к нему, применяя родовую интенсивную терапию.

Показаниями к досрочному родоразрешению при преэклампсии легкой степени, является отсутствие эффекта от лечения в течение 7-10 суток.

Вагинальные роды предпочтительны, чем кесарево сечение, так как при преэклампсии легкой степени дополнительная хирургическая травма вызывает множество физиологических нарушений, усугубляя тяжесть состояния больной.

При биологической готовности организма к родам («зрелость шейки матки») метод выбора – родовозбуждение путем амниотомии с последующим внутривенным капельным введением окситоцина, простагландина или их сочетаний. При незрелой шейки матки родовозбуждение лучше начинать с простагландинов.

В случае отсутствия эффекта от проводимого родовозбуждения, необходимо решать вопрос об абдоминальном родоразрешении. При этом требуется тщательная оценка состояния матери и плода, оценка эффективности проводимой интенсивной терапии. Необходимым условием проведения операции, является наличие достаточного количества крови, плазмозаменителей.

С целью профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде, третий период ведётся активно. Патологическая кровопотеря у родильниц с преэклампсией должна быть адекватно восполнена. Перевод в послеродовую палату решается через 8-12 часов при стабильном состоянии родильницы.

Реабилитация женщин, перенесших преэклампсию

Результаты исследований показали, что у 70% женщин имеется склонность к рецидивированию при последующих беременностях, у 80%, перенесших преэклампсию или эклампсию, спустя несколько месяцев после родов отмечаются нарушения со стороны ЦНС, у 20% гипертония, у 15% патология почек, у 25% нарушения зрения.

Это диктует необходимость реабилитационных мероприятий, которые в соответствии с реализуемыми задачами, осуществляются поэтапно:

I этап – проводится после родов, в стационаре. Продолжительность – до недели.

Задача этого этапа устранение остаточных явлений преэклампсии и подбор оптимального метода контрацепции.

II этап – проводится в течении года в поликлинике и СВП, при необходимости в специализированных лечебных учреждениях.

Задачи этого этапа – диагностика и лечение как заболеваний, развившихся в следствии преэклампсии, так и сопутствующей патологии. Необходимо для каждой больной разработать конкретную программу восстановительных мероприятий с учетом возраста, социального статуса, тяжести перенесенной преэклампсии, имевшейся ранее и возникшей после нее патологии, модуса планирования семьи с обеспечением эффективной контрацепции.

III этап – проводится в поликлинике, СВП и специализированных учреждениях.

Задачи этого этапа:

- обеспечение интергенетического интервала между родами не менее 3 лет
- проведение комплексного обследования, консультаций смежных специалистов, за год до планируемой беременности, для решения о возможности или не возможности деторождения.
- женщины, перенесшие преэклампсию, но не планирующие беременность или имеющие противопоказания к ней, должны находиться под наблюдением участкового терапевта, гинеколога и смежных специалистов.

Преэклампсия – это синдром мультисистемной дисфункции, возникающий при беременности, в основе которого лежит увеличение проницаемости сосудистой стенки с последующим развитием волевических и гемодинамических нарушений;

Эклампсия – это состояние, при котором в клинических проявлениях преэклампсии преобладают поражения головного мозга, сопровождаемые судорожным синдромом и комой.

Трудно классифицировать заболевание, этиология которого до сих пор остается загадкой, а рассмотрение клинической физиологии в большинстве случаев начинается с объяснения, что делать, деликатно обходя ответ на вопрос: *что это такое?*

Дело в том, что следует четко дифференцировать хроническую артериальную гипертензию, на фоне которой протекает беременность (чаще всего это гипертоническая болезнь) от артериальной гипертензии, обусловленной беременностью, то есть от преэклампсии. Не сделав этого четкого разделения, врачи часто назначают одну и ту же программу инфузионной и антигипертензивную терапию при таких совершенно различных состояниях, имеющих к тому же внутренние подгруппы. Более того, при артериальной гипертензии, обусловленной беременностью, развивается генерализованное повреждение эндотелия как проявление полиорганной недостаточности

Признаки и симптомы при эклампсии

Центральная нервная система Головная боль Головокружение Металлический привкус Сонливость Лихорадка Гиперрефлексия Диплопия Скотомы Затуманенное видение Внезапная слепота	Желудочно-кишечный тракт Тошнота Рвота Боль в эпигастрии Увеличение и болезненность печени Кровь в содержимом кишечника
Сердечно-сосудистая система Гипертония Изменение показателей дыхания Тахикардия	Почечная система Протеинурия Отеки Олигурия или анурия Гематурия или гемоглобинурия

Наиболее опасные осложнения преэклампсии, сопровождающиеся высокой летальностью, следующие:

- аспирационный синдром;
- HELLP – синдром, субкапсулярные гематомы и разрывы печени;
- Эклампсия;
- Острая почечная недостаточность;
- Гипертоническая энцефалопатия и кровоизлияния в головной мозг;
- ДВС синдром и геморрагический шок;
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Синдром острого легочного повреждения (СОЛП).

Эклампсические судороги – часто могут развиваться без какой – либо предшествующей ауры. В то же время части пациенток судорожному синдрому могут предшествовать чувство страха, повышенная возбудимость и гиперрефлексия. У 80 % пациенток эклампсические судороги возникают до или во время родов. Несмотря на то что существуют описания эклампсии даже спустя 23 суток после родов, при возникновении эклампсии спустя 24 часа после родов необходимо исключить другие мозговые явления, которые могли послужить причиной.

Отеки легких – самое частое осложнение преэклампсии и эклампсии, однако встречается в 2,9 % случаев. В 70 % случаев отек легких развивается спустя 71 часов после родов, причем в большинстве своем без каких-либо клинических предвестников дыхательной недостаточности [OrioleN.E.]. Довольно часто возникают трудности в дифференциальной диагностике отека легких у этих больных, поскольку в каждом конкретном случае может преобладать как гидростатический компонент (так называемый кардиогенный, хотя, по сути, это неправильное определение), так и патологическое повышение проницаемости альвеоло – капиллярной мембраны. От правильного понимания генеза отека легких зависит эффективность интенсивной терапии

Дифференциальная диагн

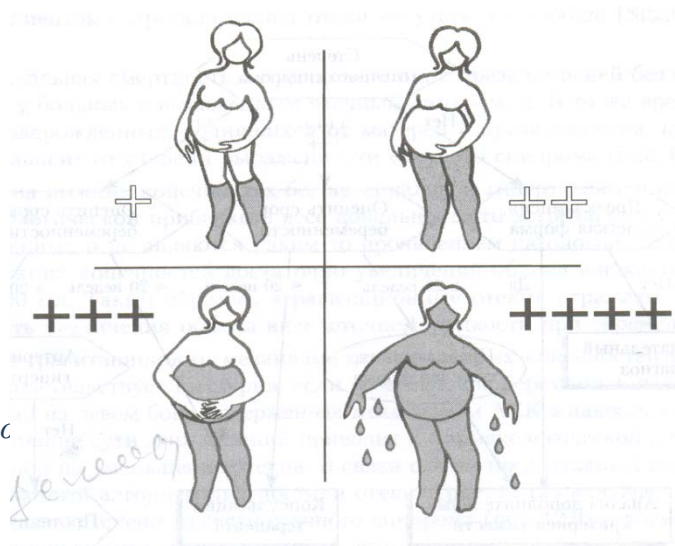


Рис. 12.9. Классификация степени тяжести отеочного синдрома

Эпилепсия	Эклампсия	псевдосудороги
1	2	3
Судороги стереотипны	Больная проходит типичные фазы развития судорожного припадка	Нет стереотипа судорожных припадков

Провоцируются травмой или болью	Чаще провоцируются быстрым подъемом АД	Не бывает « без зрителей »
Эффективны ПСП	Хорошо купируются сульфатом магния	Часто эмоциональное возбуждение, не поддаются действию ПСП
В анамнезе может быть, но не обязательно, алкоголизм или наркомания	Анамнестические данные отсутствуют	В анамнезе сексуальное насилие, алкоголизм или наркомания.
Внезапное начало, но возможно аура.	Судорогам часто предшествует головная боль, зрительные нарушения, боли в эпигастральной области.	Постепенное начало
Полная потеря сознания. Несинхронные движения.	Полная потеря сознания, движения во время приступа хаотичны.	Колебание уровня сознания, чаще оно сохранно. Движения сохранены.
Типичный припадок для данного больного.	Фибриллярные подергивания мышц лица, верхних и нижних конечностей.	Движения головы из стороны в сторону, движения таза, тремор рук.
Тихая, монотонная речь.	Речь отсутствует.	Крики, вопли.
Движения от быстрых до медленных, по определенной программе.	Движения хаотичны.	Длительное напряжение мышц, ригидность.
Могут быть во время сна (сон подтвержден по ЭЭГ)	Некогда не бывают во время сна.	Никогда не бывают во время сна.
Проходит быстро (1-2мин.). Затем послеприпадочный сон.	Может быть серия повторяющихся судорожных припадков.	Продолжительность самая различная
Больная не помнит припадка	Больная не помнит припадка	Больная все помнит
Защитные реакции отсутствуют	Защитные реакции отсутствуют	Защитные реакции сохранены.
Зрачки обычные или сужены	Зрачки широкие	Зрачки обычные
Движений глазных яблок нет	Движений глазных яблок нет	Геотропные движения глазных яблок.
Креатинкиназа после припадка повышена	Креатинкиназа может быть повышена	Креатинкиназа в норме
Судороги невозможно прекратить внушением	Судороги совершенно невозможно прекратить	Судороги можно прекратить внушением

	внушением	
Ацидоз	Ацидоз	РН крови в норме

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ.

Радикальное лечение эклампсии – это родоразрешение. Но в тех случаях, когда не проведена подготовка, роды (через естественные родовые пути или операция кесарево – сечения) могут привести к жизненно опасным осложнениям и для матери, и для плода. Экстренное родоразрешение, предпринимаемое сразу же после приступа судорог, без предварительной подготовки значительно увеличивает риск акушерских и анестезиологических осложнений. Мы считаем, что подготовка к родоразрешению должна занимать около двух часов, за исключением тех осложнений эклампсии, которые требуют экстренного родоразрешения .

Необходимый объем обследования:

- Клинический анализ крови, включая тромбоциты и гематокрит.
- Биохимический анализ крови:
 - общий белок, альбумин,
 - креатинин, мочевины,
 - билирубин (прямой, непрямоy),
 - Ал АТ, Ас АТ, ЩФ, ЛДГ,
 - Свободный гемоглобин крови,
 - Глюкоза крови,
 - Электролиты.
- Анализ мочи на белок (в однократно взятой порции)
- Анализ суточной мочи на белок (повторно).
- Свободный гемоглобин мочи.
- Исследование глазного дна.

Подготовка к родоразрешению обычно совпадает по времени с началом интенсивной терапии.

Главные цели интенсивной терапии:

- прекращение судорог;
- восстановление проходимости дыхательных путей;
- обеспечение безопасности матери и плода.

Задачи интенсивной терапии:

- предотвратить повторные судороги;
- устранить гипоксию и ацидоз (дыхательный и метаболический);
- профилактика аспирационного синдрома.

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ И СИМПТОМОВ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ ГРОЗЯЩЕЙ ЭКЛАМПСИИ.

- положит женщину на левый бок, при возможности начать давать кислород через маску

- начать медленную внутривенное вливание изотонических растворов, вести аккуратные записи о всей введенной и выделившейся жидкости
- дать гипотензивные лекарства/средства и/или седативные
- важно, чтобы женщину перевезли в надлежащее безопасное место для родов и последующего ухода.

Лечение и протокол ведения грозящей эклампсии/эклампсии.

Загрузочная доза 4 гр сухого вещества (100 мл раствора) вводить в течение 15-20 мин. Поддерживающая доза 1-2 грамм в час внутривенно.

В/в ведение магнезия.

Начальная доза 5 г сухого вещества вводится в каждую ягодицу в виде 50 % раствора. Поддерживающая доза – 5 г внутримышечно каждые 4 часа.

Лечение в обоих случаях проводить в течение 24 часов после родов и после последнего приступа (в зависимости от того, что произошло позднее).

Критерии отмены магниальной терапии:

- Прекращение судорог.
- Отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертонус, судорожная готовность).
- Нормализация артериального давления ($Д_{ад} < 90$ мм рт.ст.).
- Нормализация диуреза (> 50 мл/час.).
- контроль уровня сознания;
- контроль и регистрация объема мочи, и если матери трудно использовать судно, то необходим постоянный катетер; олигурия говорит о плохом прогнозе;
- определение центрального венозного давления (возможность определить адекватный объем циркулирующей жидкости);
- нельзя использовать диуретики;
- внимательное наблюдение за состоянием плода, с использованием электронного монитора (при возможности).

ОСЛОЖНЕНИЕ ЭКЛАМПСИИ -ЭКЛАМПСИЧЕСКАЯ КОМА.

Эклампсическая кома (ЭК) – это терминальное состояние со стойким нарушением сознания после эклампсического судорожного приступа (в редких случаях без судорожного приступа). Несмотря на широкое внедрение в акушерскую практику методов интенсивной терапии, летальность при Э.К. остается высокой (50-75 %).

Основные причины э.к.:

- нерегулярность посещения ж/к в течение беременности, отсутствие правильной диеты и лечение преэклампсии, отказ от госпитализации.
- Возникновение первого судорожного приступа вне стационара с повторением приступа в стационаре.
- Неадекватная противосудорожная и инфузионная терапия эклампсии.
- Не своевременное родоразрешение

- Не своевременное выявление осложнений преэклампсии.
- Неадекватная терапия преэклампсии вследствие недостаточной оснащенности лечебного учреждения и пр.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КОММЕНТАРИЙ

Последние согласительные данные по лечению высокого кровяного давления во время беременности выделил три ключевых принципа в распознавании и лечении преэклампсии:

“Наиболее уместной терапией для матери всегда являются роды, но они могут не быть таковыми для плода“. Риск возникновения преэкламптических осложнений у матери должен сравниваться с риском недоношенности плода.

“Признаки и симптомы преэклампсии не имеют патогенетического значения“. Борьба с гипертонией не влияет на исход беременности для матери или плода.

“Патогенетические изменения преэклампсии появляются задолго до того, как клинические критерии, ведущие к постановке диагноза, становятся манифестными“. Сниженное кровоснабжение жизненно важных органов и сопутствующая ему угроза здоровью матери и плода появляются раньше, чем мы распознаем синдром.

Уместны также несколько других максим:

“Эклампсия является единственной среди угрожающих жизни кризов, в которую может развернуться преэклампсия“. Несмотря на значительные достижения в лечении женщин, страдающих от токсикозов, преэклампсия остается единственной лидирующей причиной смерти матерей в Соединенных штатах, играющей существенную роль наряду с отслойкой плаценты и разрывом печени в дополнение к эклампсии.

“Легкая преэклампсия является дезориентирующим термином“. “Легкая“ означает только то, что угрожающая жизни ишемия органов клинически еще не проявилась.

“Транзиторная гипертония является диагнозом, лучше всего указывающим на ретроспективу“. Невозможно точно отличить это легкое состояние от преэклампсии, не вызвавшей пока общий недостаток кровоснабжения, приводящий к протеинурии, отекам и результатам лабораторных исследований, отличных от нормы. Поэтому женщины с гипертонией в позднем периоде беременности должны рассматриваться как потенциальные преэкламптические больные. Они должны проверяться на признаки, свидетельствующие о разрушении здоровья матери или плода в родовом периоде, а когда родовой период наступил, роды должны быть вызваны искусственно.

“Поскольку эклампсия не лечится ни чем, кроме родов, усилия должны концентрироваться на профилактике, а если профилактика неудачна, на распознавании и срочном родоразрешении“. Терапия аспирином и кальцием не является самой лучшей, но в определенной мере эффективной стратегией профилактики преэклампсии и транзиторной гипертонии соответственно. Обычные лабораторные тесты (особенно на концентрацию уратов сыворотки крови и количество тромбоцитов) ценны в выявлении малопроявляющихся токсикозов, но эти показатели могут стать не соответствующими норме всего за несколько дней до развития угрожающего жизни криза.

Практическое занятие № 4

Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве.

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 2 часа	Количество студентов – группа ОМХ	
Форма проведения занятия	Синдром анемия и нарушения мочевого выделения.Анемия и беременность. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ.	
Содержание занятия	Синдром анемия и нарушения мочевого выделения.Анемия и беременность. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ	
Цель занятия	Ознакомить студентов с основами Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве.	
Задачи занятия	1. Синдром анемия и нарушения мочевого выделения.Анемия и беременность. 2. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ. 3.Классификация ошибок	
План учебного занятия	Синдром анемия и нарушения мочевого выделения.Анемия и беременность. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ	
Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов, кластер	
Задачи педагога Синдром анемия и нарушения мочевого выделения.Анемия и беременность. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с		В результате учебного процесса студент усваивает Синдром анемия и нарушения мочевого выделения.Анемия и беременность. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных

ЭГЗ		мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.	
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов	
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями	

1.2. Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Разбор понятия аналитическая эпидемиология	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Ознакомление Синдром анемия и нарушения мочевыделения. Анемия и беременность. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ Решение задач и тестов. - Заключение по теме, задание на дом. Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -	25 мин.	9.20-10.05
4.		15 мин.	
5.		5 мин.	

ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

ПИЕЛОНЕФРИТ — САМОЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК И ВТОРОЕ ПО ЧАСТОТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЧЕЛОВЕКА (ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ). У ДЕВОЧЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ В 2 РАЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ У МАЛЬЧИКОВ, А У ЖЕНЩИН, ТЕМ БОЛЕЕ С ВОЗРАСТОМ, ЭТО РАЗЛИЧИЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЭТО ВЗАИМОСВЯЗЬЮ МОЧЕВОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ У ЖЕНЩИН, ОСОБЕННОСТЯМИ УРОДИНАМИКИ И ЦИКЛИЧЕСКИМИ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ. ЗАБОЛЕВАНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У 5-12 % БЕРЕМЕННЫХ, У КОТОРЫХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К БОЛЕЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА МНОГОЧИСЛЕННЫМИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ.

пиелонефрит — ЭТО ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, КАНАЛЬЦЕВОМ АППАРАТЕ И ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЕ ПОЧЕК. ВЫЗЫВАЕТСЯ РАЗНООБРАЗНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ (БАКТЕРИИ, ВИРУСЫ, ГРИБЫ, ПРОСТЕЙШИЕ), НО ЧАЩЕ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКОЙ, ЭНТЕРОКОККАМИ, ПРОТЕЕМ, СТАФИЛОКОККАМИ, СТРЕПТОКОККАМИ.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ — ГЕМАТОГЕННЫЙ И ВОСХОДЯЩИЙ ИЗ УРЕТРЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ МОЧЕТОЧНИК В ЛОХАНКУ, ЧЕМУ СПОСОБСТВУЮТ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЕ И ЛОХАНОЧНО-РЕНАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ. У ЖЕНЩИН БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ УСЛОВНО-ПАТОГЕННАЯ ФЛОРА. В РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВАЖНАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ НАРУШЕНИЮ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ В ПОЧКАХ В СВЯЗИ С ЗАМЕДЛЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ДИНАМИЧЕСКОГО И МЕХАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА. НЕДЕРЖАНИЕ И НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ С БАКТЕРИУРИЕЙ, А ТАКЖЕ ПУЗЫРНОМОЧЕТОЧНИКОВЫЕ И МОЧЕТОЧНИКОВО-ЛОХАНОЧНЫЕ РЕФЛЮКСЫ ПРИ РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ МОГУТ БЫТЬ ПЕРВИЧНЫМ (ПРИЧИНОЙ) ИЛИ ВТОРИЧНЫМ (СЛЕДСТВИЕМ) ЯВЛЕНИЕМ. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗВИТИЮ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРОГЕСТЕРОНА, КОТОРЫЙ РАСШИРЯЕТ МОЧЕВЫЕ ПУТИ И СНИЖАЕТ УРОДИНАМИКУ. факторами риска пиелонефрита беременных являются бактериурия и перенесенный ранее пиелонефрит. по клинике различают острый и хронический пиелонефрит.

острый пиелонефрит

острый пиелонефрит встречается у 2-10% беременных женщин, чаще у первобеременных (80%), чем у повторнобеременных (20%). поражение бывает двухсторонним, но чаще правосторонним, что связывается с частой ротацией матки вправо. развитию острого пиелонефрита у беременных способствуют: нарушения уродинамики и лоханочно-почечные рефлюксы, переутомления, охлаждения и нарушения почечного кровотока, различные заболевания и гиповитаминозы, изменения гормонального гомеостаза. у первобеременных женщин чаще проявляется на 4-5-м месяцах беременности, у повторнобеременных — на 7-8-м месяцах. заболевание может проявиться также у рожениц (до 15%) и у родильниц (более 20-30%).

у первобеременных женщин преобладает мономикробная флора, у повторнобеременных — смешанная бактериальная флора. риск развития острого пиелонефрита возрастает с увеличением бактериурии.

различают несколько форм острого пиелонефрита: *серозную, острогнойную и некротический папиллит*. жалобы больных при серозном пиелонефрите — на повышение температуры (до 38° с), боли в пояснице с одной или обеих сторон, общую слабость, снижение аппетита. острогнойный пиелонефрит имеет следующие разновидности: апостематозный (гнойничковый), карбункул или абсцесс почки. он протекает в виде инфекционного процесса с резкими болями в поясничной области (чаще справа), головной болью и напряжением мышц передней брюшной стенки (по типу "острого живота"). для него характерна высокая температура с ознобами и проливным потом. могут иметь место уремические симптомы (гиперазотемия), рвота. отмечаются высокая соэ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. из-за воздействия микробных эндотоксинов может развиваться бактериальный шок. в связи с изложенными особенностями клиники острогнойный пиелонефрит следует дифференцировать с пневмонией, хирургическими заболеваниями типа "острого живота", септическим абсортом, ранними токсикозами беременных, преждевременными родами. некротический папиллит характеризуется почечной коликой, гематурией, отхождением некротических масс с мочой.

диагностика острого пиелонефрита основывается на общеклинических, лабораторных и данных других методов исследований. для него характерны ЛЕЙКОЦИТУРИЯ И БАКТЕРИУРИЯ. НЕРЕДКО ИМЕЕТ МЕСТО ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ МОЧЕВИНЫ И ОСТАТОЧНОГО АЗОТА. ПРИ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ГНОЙНАЯ МОЧА, А ПРИ ХРОМОЦИСТОСКОПИИ ПОЧКА, ВОВЛЕЧЕННАЯ В ПРОЦЕСС, ИНДИГОКАРМИН НЕ ВЫДЕЛЯЕТ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ, КРОМЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО, ИМЕЕТ И ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ТАК КАК УСТРАНЯЕТ БЛОКАДУ ПОЧКИ. НА РЕТРОГРАДНОЙ ПИЕЛОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ "БОЛЬШОЙ БЕЛОЙ ПОЧКИ" — ОТСУТСТВИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НЕЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА, МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ СДАВЛЕНИЕ ЛИБО АМПУТАЦИЯ ОДНОЙ ИЗ ЧАШЕЧЕК (ПРИ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ).

ценным в диагностике ранних форм болезни является определение степени поражения почечной паренхимы по ренально-кортикальному индексу (рки) и симптому

ХАДСОНА — НЕРАВНОМЕРНОСТЬ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ЧАШЕЧКАМИ И НАРУЖНЫМ КОНТУРОМ ПОЧКИ, ЧТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ УЗИ. О КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО УРОВНЮ КРЕАТИНИНА, КОТОРЫЙ ПОВЫШАЕТСЯ БЫСТРЕЕ, ЧЕМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ.

ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА. ПЕРВОНАЧАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОТТОКА МОЧИ ИЗ ПОЧКИ ПУТЕМ УКЛАДЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НА ЗДОРОВЫЙ БОК, ПРИДАНИЯ КОЛЕННО-ЛОКТЕВОГО ПОЛОЖЕНИЯ, А ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА — С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ. ПОКАЗАНИЯМИ К ЭТОЙ МАНИПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛИ В БОКУ, ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА, ЛИХОРАДКА, ОЛИГУРИЯ ИЛИ АНУРИЯ. КАТЕТЕРЫ МОГУТ ОСТАВАТЬСЯ НА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ.

СРАЗУ ЖЕ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КОТОРОЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРОМ ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ МОЧИ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТСЯ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ, ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК, ТЯЖЕСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА И ВОЗМОЖНЫХ НЕГАТИВНЫХ ВЛИЯНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПЛОД В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРИ СНИЖЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ УМЕНЬШАЮТСЯ В 2-3 РАЗА. В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ И ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИХ ПЕНИЦИЛЛИНОВ, ВО II И III ТРИМЕСТРАХ И ПОСЛЕ РОДОВ ДОПУСКАЕТСЯ БОЛЕЕ ШИРОКИЙ СПЕКТР АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ (ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УРОАНТИСЕПТИКИ, АМИНОГЛИКОЗИДЫ, ЦЕФАЛОСПОРИНЫ И ДР.). НА ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ.

АМПИЦИЛЛИН ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ЭНТЕРОКОККАХ, ПРОТЕЕ, ЭШЕРИХИЯХ (ДО 2-3 Г В СУТКИ В ТЕЧЕНИЕ 8-10 ДНЕЙ); КОРБЕНИЦИЛЛИН — ПРИ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКЕ И ПРОТЕЕ (ДО 4-6 Г В СУТКИ 7-8 ДНЕЙ); ЦЕФАЛОСПОРИНЫ — ПРИ МНОГИХ ВИДАХ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ (ДО 2-4 Г В СУТКИ 7-8 ДНЕЙ); АМИНОГЛИКОЗИДЫ — ПРИ МНОГИХ ВИДАХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ (ДО 0,1-0,15 Г В СУТКИ 5-6 ДНЕЙ); ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УРОАНТИСЕПТИКИ — 5-НОК, НИТРОКСОЛИН (ДО 0,2-0,4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ), НЕВИГРАМОН (2-4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ); СУЛЬФАНИЛАМИДЫ (2 Г В СУТКИ 10-12 ДНЕЙ); НИТРОФУРАНЫ (0,3-0,4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ). НЕРЕДКО АНТИБИОТИКИ СОЧЕТАЮТ С НИТРОФУРАНАМИ И ДРУГИМИ ХИМИОПРЕПАРАТАМИ, СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ. ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ КУРСАМИ КАЖДЫЕ 3 НЕДЕЛИ, НЕРЕДКО В ТЕЧЕНИЕ 2-3 МЕСЯЦЕВ.

ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНЫ АНТИГИСТАМИННЫЕ СРЕДСТВА (ПИПОЛЬФЕН, СУПРАСТИН, ТАВЕГИЛ, ДИМЕДРОЛ), ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ (ДЕКСТРАНЫ, АЛЬБУМИН, ПЛАЗМА), КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНЫХ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ, СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (КАРДИОТОНИКИ, САЛУРЕТИКИ).

ОСТРЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ТРЕБУЮТ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ДЕКАПСУЛЯЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧКИ, НЕФРОСТОМИЯ ИЛИ НЕФРЭКТОМИЯ, ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА С ДРЕНИРОВАНИЕМ ПОЛОСТИ И ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ). ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ (БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ШОК) ИЛИ РАЗВИТИИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ: СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ И МЕРТВОРОЖДЕНИЯМИ, ВЫСОКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ, ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЕЙ И ИНФИЦИРОВАНИЕМ ПЛОДА, ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У РОДИЛЬНИЦ.

хронический пиелонефрит

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ — НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЕЮТ 5-7% БЕРЕМЕННЫХ. ЭТО БАКТЕРИАЛЬНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, КАНАЛЬЦЕВ И ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ. КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИНЯТАЯ НА ВСЕСОЮЗНОМ СИМПОЗИУМЕ ПО ПИЕЛОНЕФРИТУ В 1980 Г., НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ОБОБЩИЛА ВСЕ РАНЕЕ СУЩЕСТВОВАВШИЕ

КЛАССИФИКАЦИИ ПИЕЛОНЕФРИТОВ И ОТРАЖАЕТ ФОРМУ, ТИП, АКТИВНОСТЬ БОЛЕЗНИ И ФУНКЦИЮ ПОЧЕК.

ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ОБЫЧНО НА ФОНЕ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И РАССТРОЙСТВА УРОДИНАМИКИ ПРИ НАРУШЕНИИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПОЧКИ. ОН ЧАЩЕ БЫВАЕТ ОДНОСТОРОННИМ, В ТО ВРЕМЯ КАК ПЕРВИЧНЫЙ — ЧАЩЕ ДВУХСТОРОННИЙ. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ГЕМАТОГЕННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ДЛЯ ВТОРИЧНОГО — УРОГЕННЫЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ.

КЛИНИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ СТАДИИ: АКТИВНУЮ, ЛАТЕНТНУЮ И СТАДИЮ РЕМИССИИ. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ: ТУПЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПОЧЕК; ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, ДИЗУРИЯ; ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ЖАЖДА, СУХОСТЬ ВО РТУ, СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА. ВНАЧАЛЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПОЛИУРИЯ, КОТОРАЯ МЕНЯЕТСЯ ОЛИГУРИЕЙ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОЗДНИХ СТАДИЙ БОЛЕЗНИ.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ, ОСОБЕННО ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ В РАННЕЙ СТАДИИ. БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ И БАКТЕРУРИИ, ХОТЯ ПРИ ОБЫЧНОМ ЗАБОРЕ МОЧИ ОНИ МОГУТ БЫТЬ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДЫ БЕЛКА, ЦИЛИНДРУРИЯ И ИНОГДА ГЕМАТУРИЯ. ХАРАКТЕРНЫ УСКОРЕННАЯ СОЭ, АНЕМИЯ, ГИПО- И ДИСПРОТЕИНЕМИЯ. С ПОМОЩЬЮ УЗИ ОЦЕНИВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ, СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ. ВАЖНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ РЕНТГЕНОРАДИОИЗОТОПНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И БИОПСИЯ ПОЧЕК, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА, СТАДИЮ БОЛЕЗНИ. ОДНАКО ЭТИ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДОПУСТИМЫ ЛИШЬ ПО СТРОГИМ ПОКАЗАНИЯМ И В БОЛЕЕ ПОЗДНИЕ СРОКИ.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДИНАМИКЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ФОРМУ И АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССА, ОЦЕНИТЬ ПРОГНОЗ И ВЫРАБОТАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ЕСЛИ СИМПТОМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА СОХРАНЯЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ, ТО ЭТО ДОЛЖНО РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК ПЕРЕХОД ЕГО В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ. КРИТЕРИЯМИ ЖЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЯД АВТОРОВ СЧИТАЮТ СОХРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ 6 МЕСЯЦЕВ ИЛИ НАЛИЧИЕ 2-3 ОБОСТРЕНИЙ ЗА ЭТОТ ПЕРИОД.

ПОСКОЛЬКУ БЕРЕМЕННОСТЬ БЛАГОПРИЯТСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ВОСПАЛЕНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (ЗА СЧЕТ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ), ТО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЮТ МЕСТО У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ. ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОТЕКАЕТ КЛИНИЧЕСКИ ПО ТИПУ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭТИХ ДВУХ ПРОЦЕССОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИЗЛОЖЕННЫХ РАНЕЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ И ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗЫ, НЕВЫНАШИВАНИЕ, ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА). ПРИ ЭТОМ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ. ОСОБЕННО СЕРЬЕЗНУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛОДА ПРИ НАЛИЧИИ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИЛИ АЗОТЕМИИ, А ТЕМ БОЛЕЕ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ. ПОЭТОМУ ВСЕ БЕРЕМЕННЫЕ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА. ИЗ МНОГОЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА М.М. ШЕХТМАН (1987) ВЫДЕЛЯЕТ ТРИ СТЕПЕНИ РИСКА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: I СТЕПЕНЬ — НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ОБНАРУЖЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ; II СТЕПЕНЬ — ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, СУЩЕСТВОВАВШИЙ ДО БЕРЕМЕННОСТИ; III СТЕПЕНЬ — ПИЕЛОНЕФРИТ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ИЛИ АЗОТЕМИЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ. ЖЕНЩИНАМ С I И II СТЕПЕНЯМИ РИСКА БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО РАЗРЕШИТЬ И СОХРАНИТЬ ПРИ ОСОБОЙ ТАКТИКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (НАБЛЮДЕНИЕ АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ СОВМЕСТНО С ТЕРАПЕВТОМ, РЕГУЛЯРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

МОЧИ, ЗАБЛАГОВРЕМЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ), А БОЛЬНЫМ С III СТЕПЕНЬЮ РИСКА БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНА.

ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ПРИ ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО БЕРЕМЕННЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНЫ, ТЕМ БОЛЕЕ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ ДРУГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗОВ И ДР.).

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НОРМАЛИЗАЦИЮ ОТТОКА МОЧИ ИЗ ПОЧЕК, ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ (АНТИБИОТИКОВ, ХИМИОУРОАНТИСЕПТИКОВ) ЦИКЛАМИ В ТЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ. ПОКАЗАНО ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИУРЕТИКОВ, ВИТАМИНОВ. В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ БОЛЕЕ ШИРОКИМ СПЕКТРОМ СРЕДСТВ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИСЕПТОЛА, КОТОРЫЙ БЕРЕМЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАН. ПОКАЗАНО ТАКЖЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ, ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫХ И ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ.

РОДРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ, А ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ МЕТОД ВРЕМЕННОГО ОГРАНИЧЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ.

ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПОСТУПАЮТ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И УРОЛОГА.

СИСТЕМА КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ОРГАНЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ, КРОВЕРАЗРУШЕНИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ КРОВЬ. ДАЖЕ НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫЗЫВАЕТ СУЩЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВИ. НАИБОЛЕЕ ИЗВЕСТНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ЕЕ ОБЪЕМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА НА ЕДИНИЦУ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ИЛИ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА НА 35-50% ПО ОТНОШЕНИЮ К ИСХОДНОМУ ДО БЕРЕМЕННОСТИ. УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОИСХОДИТ КАК ЗА СЧЕТ ЖИДКОЙ ЧАСТИ КРОВИ (ПЛАЗМЫ), ТАК И ЗА СЧЕТ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ. ОДНАКО ФУНКЦИЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ "ОТСТАЕТ" ОТ СКОРОСТИ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВИ, И ПОЭТОМУ, КАК ПРАВИЛО, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО ГИДРЕМИЯ (АУТОГЕМОДИЛЮЦИЯ), ЧТО , СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ. ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ СУЩЕСТВЕННЫМ ФАКТОРОМ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. С РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ПЛАЗМЫ, УМЕНЬШАЕТСЯ ГЕМАТОКРИТ, ПОВЫШАЕТСЯ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ, СОЭ, СНИЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЗА СЧЕТ АЛЬБУМИНОВ. ОДНАКО ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НОСЯТ КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ХАРАКТЕР, НЕ ВЫХОДЯТ ЗА ПРЕДЕЛЫ "КОРИДОРА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ". ТЕМ НЕ МЕНЕЕ ОТМЕЧЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО К РАЗВИТИЮ АНЕМИИ НЕРЕДКО ПЕРЕХОДИТ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИЗ НИХ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОЛОГИЯ "КРАСНОЙ" И "БЕЛОЙ" КРОВИ, НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ.

анемии. анемия железodefицитная — СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТКА ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ. ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЕГО ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ (ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ), НАРУШЕНИИ ВСАСЫВАНИЯ (ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА), АЛИМЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОВЫШЕННОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ. СРЕДНЯЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖЕЛЕЗЕ ЗА ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ДОСТИГАЕТ 1200-1500 МГ. ЖЕЛЕЗО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПЛАЦЕНТЫ, РОСТА ПЛОДА, УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭРИТРОЦИТОВ (ОЦЭ) В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ. ЗАТЕМ ОНО ТЕРЯЕТСЯ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ (ЛОХИИ). ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА С ПИЩЕЙ В ВИДЕ ДВУХВАЛЕНТНОГО СОЕДИНЕНИЯ ОГРАНИЧЕНО 1,5 МГ В СУТКИ И ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ И НАЧАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА. ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ВСАСЫВАНИЕ ЕГО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ДО 2,5 МГ/СУТ И ПРОИСХОДИТ УЖЕ ВО ВСЕМ ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ. ПЕРЕНОС ЖЕЛЕЗА В КОСТНЫЙ МОЗГ ПРОИСХОДИТ В СВЯЗАННОМ СОСТОЯНИИ С ТРАНСФЕРРИНОМ, А ДЕПОНИРОВАНИЕ В ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКЕ И МЫШЦАХ — С ФЕРРИТИНОМ И ГЕМОСИДЕРИНОМ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЖЕЛЕЗА С КАЛОМ, МОЧОЙ, ЖЕЛЧЬЮ И ПОТОМ СОСТАВЛЯЕТ ДО 1 МГ/СУТ, А ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, КАК ПРАВИЛО, ПРЕВЫШАЕТ ЭТОТ УРОВЕНЬ.

БЕРЕМЕННОСТЬ СПОСОБСТВУЕТ БЫСТРОМУ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ. СЧИТАЕТСЯ, ЧТО СКРЫТЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ (В ДЕПО), ИЛИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ, ВСТРЕЧАЕТСЯ У 49-88% БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СЛАБОСТЬ, БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, СОНЛИВОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ШУМ В УШАХ, ОДЫШКА, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ОБМОРОКИ, ГИПОТОНИЯ, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА, ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ. ЗАТЕМ ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ СИМПТОМЫ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ЛОМКОСТЬ, ИСКРИВЛЕНИЕ И ПОПЕРЕЧНАЯ ИСЧЕРЧЕННОСТЬ НОГТЕЙ, ВЫПАДЕНИЕ И ЛОМКОСТЬ ВОЛОС, АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА (ПОТРЕБНОСТЬ ЕСТЬ УГОЛЬ, МЕЛ, ГЛИНУ) И ОБОНЯНИЯ, ЗАПОРЫ, ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ СУХОЙ И ТВЕРДОЙ ПИЩИ, БОЛЬ И ЖЖЕНИЕ ВО РТУ, БЛЕСК ЯЗЫКА. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ АНЕМИЯХ И ИСЧЕЗАЮТ С НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ. СИМПТОМЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИВАЮТСЯ ОБЫЧНО ВО II ИЛИ III ТРИМЕСТРЕ, А ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОГУТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНЫ УЖЕ С РАННИХ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ.

ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЧАЩЕ ИМЕЮТ МЕСТО ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА: НЕВЫНАШИВАНИЕ, ОПГ-ГЕСТОЗЫ, СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КРОВОТЕЧЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА И ДВС-СИНДРОМА, ЗАТЕМ ГИПОГАЛАКТИЯ И ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. У ПЛОДА ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ. НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ. ПОСЛЕ РОДОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЧАСТО ПРОГРЕССИРУЕТ.

ДИАГНОЗ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ КАК КЛИНИЧЕСКИХ, ТАК И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ: СНИЖАЮТСЯ УРОВНИ ГЕМОГЛОБИНА, ЦВЕТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ, ЭРИТРОЦИТОВ, СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ФЕРРИТИНА, ОБЩЕЙ ЖЕЛЕЗОСВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ И УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ПРОТОПОРФИРИНА И СВОБОДНОГО ТРАНСФЕРРИНА ПЛАЗМЫ. ДАЛЕЕ РАЗВИВАЮТСЯ ГИПОХРОМИЯ, МИКРО-, ПОЙКИЛО- И АНИЗОЦИТОЗ. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ РЯД СТАДИЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.

ПРИ I СТАДИИ ИМЕЕТСЯ ЛИШЬ СКРЫТЫЙ ДЕФИЦИТ ДЕПО ЖЕЛЕЗА С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ПРОТОПОРФИРИНА, ОСТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ.

II СТАДИЯ ИМЕЕТ ДВА ВАРИАНТА: 1) УМЕРЕННАЯ АНЕМИЯ СО СНИЖЕНИЕМ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ПОВЫШЕНИЕ ПРОТОПОРФИРИНА И СОХРАНЕНИЕ НОРМОХРОМНЫХ И НОРМОЦИТНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ; 2) ТЯЖЕЛАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПАТОЛОГИЕЙ ВСЕХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОЯВЛЕНИЕМ ГИПОХРОМИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПО УРОВНЮ ГЕМОГЛОБИНА: 115-91 г/л — ЛЕГКАЯ ФОРМА, 90-81 г/л — СРЕДНЯЯ И 80 г/л И НИЖЕ — ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА. СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА ДО 110 г/л ПРИ НОРМАЛЬНОМ СОДЕРЖАНИИ ПРОТОПОРФИРИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ ГИПЕРВОЛЕМИЮ БЕРЕМЕННЫХ.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ: РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА. РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРОДУКТЫ С БОЛЬШИМ СОДЕРЖАНИЕМ ЖЕЛЕЗА: ТЕЛЯТИНА, ГОВЯДИНА, РЫБА, ПЕЧЕНЬ, ОВОЩНЫЕ БЛЮДА, ФРУКТОВЫЕ И ЯГОДНЫЕ СОКИ. УСИЛИВАЮТ ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА ЯНТАРНАЯ, ПИРОВИНОГРАДНАЯ, АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТЫ, ФРУКТОЗА, СОРБИТ, ОСЛАБЛЯЮТ — ТАНИН, ФИТАТЫ, ОКСАЛАТЫ, ФОСФАТЫ. НЕ СЛЕДУЕТ ПЕРЕГРУЖАТЬ РАЦИОН БЕРЕМЕННЫХ ЯБЛОКАМИ И ГРАНАТАМИ, ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА ИЗ КОТОРЫХ НЕВЕЛИКО.

ВСАСЫВАНИЕ ДВУХВАЛЕНТНОГО СОЛЕВОГО ЖЕЛЕЗА ВО МНОГО РАЗ ВЫШЕ, ЧЕМ ЖЕЛЕЗА ИЗ ПИЩИ. В СВЯЗИ С ЭТИМ РЕКОМЕНДУЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА (ФЕРРОПЛЕКС, КОНФЕРОН, ТАРДИФЕРОН. ФЕРАМИД, СУЛЬФАТ ЖЕЛЕЗА И ДР.). СУТОЧНАЯ ДОЗА ИХ (160-200 мг) ДЕЛИТСЯ НА 3-4 ПРИЕМА ПЕРЕД ЕДОЙ. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТАКЖЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ СРЕДСТВА (ФЕРРОГРАДУМЕНТ, ФЕОСПАН И ДР.) ПО 1 ТАБЛЕТКЕ В СУТКИ.

ПРИ ПЛОХОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ВО ВРЕМЯ ИЛИ ПОСЛЕ ЕДЫ СО СНИЖЕНИЕМ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ДО 80-120 мг. ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЕЙ

ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ ЕЩЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СОХРАНЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ ДЕПО ЖЕЛЕЗА. ПОЭТОМУ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА УЖЕ В МЕНЬШИХ ДОЗАХ (60-80 МГ/СУТ) ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДО 2-3 МЕСЯЦЕВ, ЗАТЕМ ОНО НАЗНАЧАЕТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ (30 МГ/СУТ) В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ И ЛАКТАЦИИ.

БЕРЕМЕННЫМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ХЛОРИД ЖЕЛЕЗА В СИРОПЕ АЛОЕ, ГЕМОСТИМУЛИН И ПРЕПАРАТЫ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ВНУТРЬ. ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ИЛИ НЕОБХОДИМОСТИ БЫСТРО ПОДНЯТЬ УРОВЕНЬ ЕГО В КРОВИ, ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НАРУШЕНИЕМ ВСАСЫВАНИЯ ЖЕЛЕЗА. С ЭТОЙ ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ФЕРРУМ-ЛЕК, ФЕРБИТОЛ, ФЕРРОКАЛЬ, ИМФЕРОН, ФЕРКОВЕН И ДР. ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТСЯ ВНУТРИВЕННО ЛИБО ВНУТРИМЫШЕЧНО ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ЖЕЛЕЗУ. ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПОКАЗАНЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ АНЕМИИ ПЕРЕД РОДАМИ ИЛИ МЕДЛЕННОМ ПОДЪЕМЕ ЭРИТРОЦИТОВ, ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ТРАДИЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ.

БЕРЕМЕННЫЕ С ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОГУТ ЛЕЧИТЬСЯ АМБУЛАТОРНО, СО СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ — ТОЛЬКО В СТАЦИОНАРЕ.

К ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ БЕРЕМЕННЫЕ: МНОГОРОЖАВШИЕ, ДОНОРЫ, СТРАДАЮЩИЕ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, ДМК, МЕНОРРАГИЕЙ, ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ, ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ, МНОГОПЛОДИЕМ, А ТАКЖЕ ПЕРЕНЕСШИЕ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ. ЭТИМ БЕРЕМЕННЫМ ПОСЛЕ 16 НЕДЕЛЬ НАЗНАЧАЮТСЯ С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ИЗ РАСЧЕТА ДО 30 МГ/СУТ.

в₁₂-дефицитная анемия У БЕРЕМЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ РЕДКО. БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В₁₂ В СВЯЗИ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ДЕПО ЕГО В ОРГАНИЗМЕ. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ВИТАМИНА В₁₂ ЯВЛЯЕТСЯ ПИЩА (МЯСО, ПОЧКИ, ПЕЧЕНЬ, ЯЙЦА, СЫР, МОЛОКО).

ДЕПО ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННЫХ ОГРАНИЧЕННО. ДЕФИЦИТ ЕЕ НАСТУПАЕТ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ С ПИЩЕЙ, МНОГОКРАТНО ПОВТОРЯЮЩИХСЯ БЕРЕМЕННОСТЯХ, МНОГОПЛОДИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ТОНКОЙ КИШКИ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАВШИХ ФЕНОБАРБИТАЛ, ДИФЕНИН И ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ БЕРЕМЕННЫХ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫШЕ, ЧЕМ НЕБЕРЕМЕННЫХ. ОНА СОСТАВЛЯЕТ 300-500 МКГ/СУТ. НЕРЕДКО ИМЕЕТСЯ СКРЫТЫЙ ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ. ПОЭТОМУ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ УХУДШАЕТСЯ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРХРОМНОЙ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ. ОНА СОСТАВЛЯЕТ 2-5% ВСЕХ АНЕМИЙ БЕРЕМЕННЫХ, КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ В III ТРИМЕСТРЕ, ЗА НЕДЕЛЮ ПЕРЕД РОДАМИ И В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ (СВЕЖИЕ ОВОЩИ, ФРУКТЫ, ОРЕХИ, ЯЙЦА, ПЕЧЕНЬ, СЫР, МОЛОКО) И БИОСИНТЕЗ В КИШЕЧНИКЕ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВОСПОЛНИТЬ 50% ЕЕ ПОТРЕБНОСТИ. БИОСИНТЕЗ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ РАСТИТЕЛЬНОЙ ПИЩИ, ОСОБЕННО КЛЕТЧАТКИ.

МЕГАЛОБЛАСТНАЯ АНЕМИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ НЕДОСТАТКОМ ВИТАМИНА В₁₂, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ КРОВЕТВОРЕНИЯ, А ТАКЖЕ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА (ГЛОССИТ, ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА), НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ). В СВЯЗИ С ПОВЫШЕННЫМ ГЕМОЛИЗОМ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ ПЕЧЕНЬ, СЕЛЕЗЕНКА, ПОЯВЛЯЕТСЯ ЖЕЛТУШНОСТЬ. МЕГАЛОБЛАСТНАЯ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ АППЕТИТА, ПОНОСАМИ, ЖЖЕНИЕМ ЯЗЫКА, ГЕМОМРАГИЯМИ НА КОЖЕ, СЛИЗИСТЫХ, СКЛЕРАХ, УМЕРЕННОЙ АНЕМИЕЙ, ПЕРИОДИЧЕСКИ СУБФЕБРИЛИТЕТОМ И ОТСУТСТВИЕМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА. ПЕЧЕНЬ НЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЛИШЬ У 1/3 БОЛЬНЫХ.

ДИАГНОЗ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ. ГЕМОГРАММА: ГИПЕРХРОМИЯ, НОРМОХРОМИЯ, РЕЗКО ВЫРАЖЕННЫЕ АНИЗОЦИТОЗ, ПОЙКИЛОЦИТОЗ, ПОЛИСЕГМЕНТАЦИЯ И АНИЗОЦИТОЗ НЕЙТРОФИЛОВ, ГИГАНТИЗМ КЛЕТОК КРАСНОГО И БЕЛОГО РЯДА, КОЛЬЦА КЕБОТА И ТЕЛЬЦА ЖОЛЛИ В МЕГАЛОЦИТАХ, ЦВЕТНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЕЕ ЕДИНИЦЫ, МЕГАЛОБЛАСТЫ. ХАРАКТЕРНЫ УМЕИ РЕННЫЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ И ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ.

ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ПРИНАДЛЕЖИТ ИССЛЕДОВАНИЮ КОСТНОГО МОЗГА. В МИЕЛОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МЕГАЛОБЛАСТЫ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНЫХ АНЕМИЯХ: САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ ВЫКИДЫШИ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ОПГ-ГЕСТОЗЫ, ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ГИПОКСИЯ ПЛОДА; ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ — СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КРОВОТЕЧЕНИЕ; ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА — ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. АНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТСУТСТВУЕТ.

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА В₁₂ ПОДКОЖНО В ДОЗЕ 200-400 МКГ/СУТ В ТЕЧЕНИЕ 4-6 НЕДЕЛЬ, ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ ГЕМОГРАММЫ — 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ 2-3 МЕСЯЦА, ЗАТЕМ 1 РАЗ В 2 НЕДЕЛИ 6 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАЗНАЧАЮТ ФОЛИЕВУЮ КИСЛОТУ ПО 5-15 МГ/СУТ ВНУТРЬ, ЛУЧШЕ С ВИТАМИНОМ В₁₂ И ВИТАМИНОМ С — 100 МГ/СУТ ДО НОРМАЛИЗАЦИИ ЭРИТРОПОЭЗА, ЗАТЕМ 1 МГ/СУТ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ ПОКАЗАНЫ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ПО 250-300 МГ ДО 5-6 ТРАНСФУЗИЙ НА КУРС.

ПРОФИЛАКТИКА ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПОЛНОЦЕННОМ ПИТАНИИ (СВЕЖИЕ ОВОЩИ, ФРУКТЫ, ПЕЧЕНЬ, ЯЙЦА, ОРЕХИ, СЫР, МОЛОКО) И НАЗНАЧЕНИИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЕЕ ДЕФИЦИТА (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, МНОГОПЛОДИЕ, МНОГОРОЖАВШИЕ, ИМЕЮЩИЕ В АНАМНЕЗЕ ЧАСТЫЕ АБОРТЫ, ВЫКИДЫШИ, РЕЗЕКЦИЮ ТОНКОЙ КИШКИ, ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ФЕНОБАРБИТАЛА, ДИФЕНИНА, ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ).

Практическое занятие № 5

Иммуноконфликтная беременность.

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 2 часа	Количество студентов – 10-12
Форма проведения занятия	Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.
Содержание занятия	Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.
Цель занятия	Ознакомить студентов с основами диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.
Задачи занятия	1. Ознакомить студентов с основами диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.

	2.Исследование иммуноконфликтной беременности. 3.Классификация ошибок.	
План учебного занятия	Ознакомить студентов с основами диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.	
Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.	
Ознакомить студентов с основами диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.		Ознакомить студентов с основами диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.	
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов	
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями	

1.2.Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Разбор понятия ознакомить студентов с основами диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Ознакомление с методом мероприятийпри иммуноконфликтной беременности.	25 мин.	9.20-10.05
4.	Решение задач и тестов. - Заключение по теме, задание на дом. Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -	15 мин.	
5.		5 мин.	

РЕЗУС-ФАКТОР (Rh-фактор) – врожденное групповое свойство эритроцитов человека, обусловленное наличием в них антигенов (изоантигенов) резус. Не зависит от свойств других систем крови, передаётся по наследству и сохраняется в течение жизни человека. Находится в эритроцитах 85% людей, кровь которых называют резус-положительной (Rh+). Кровь остальных людей не содержит Р. – Ф. и называется резус – отрицательной (Rh-).

Существует несколько различных антигенов системы резус, для определения которых применяют специальные сыворотки. В норме естественные антитела к антигенам резус, как правило, не встречаются. Однако в результате иммунизации организма женщине во время беременности Р.- Ф. плода или при переливании резус-положительной крови резус – отрицательному реципиенту могут образовываться иммунные антитела антирезус неполной или полной формы. Переливание резус-положительной крови такому иммунизированному реципиенту влечёт за собой разрушение эритроцитов и сопутствующие реакции или осложнения.

Название «резус-фактор» происходит от названия вида обезьяны макакус - резус. В 1940 году австралийским ученым Карлом Ландштейнером (он же в 1990 году открыл группы крови, за что в 1930 году получил нобелевскую премию) и американским ученым А.С. Винером в эритроцитах крови этой обезьяны был обнаружен антиген, названный резус фактором.

Наличие или отсутствие резус фактора в эритроцитах людей обуславливает принадлежность их к резус - положительной (Rh+) или резус – отрицательной (Rh-) группе.

Установлено, что 86% людей европеоидной («белой») расы обладают резус – положительным (99% индейцев и азиатов), а 14 % - резус – отрицательным фактором (7% африканцев).

Резус – принадлежность не меняется в течение жизни человека.

При браке мужчины, обладающего резус-положительным фактором, и женщины с резус-отрицательным фактором чаще возможно зачатие «резус-положительного» плода.

Антигены плода в период вынашивания в небольшом количестве способны проникать в кровотоки матери через плаценту и вызывать образование антител (особенно если есть патология детского места). При первой беременности (иногда и при второй) концентрация их в крови сравнительно невелика и зародыш развивается, не испытывая вредных влияний этих антител.

Картина резко меняется при последующих беременностях: концентрация антител все более возрастает, за счет малого размера они способны свободно проникать через плаценту в кровотоки плода и повреждают его резус-положительные эритроциты (гемолиз) и кроветворные органы. Результатом этого является возникновение у ребенка гемолитической болезни.

При раннем проявлении заболевания резус-конфликт может быть причиной преждевременных родов или выкидышей, а также рождения мертвого ребенка. Анализ на резус-конфликт производят обычно на 8-ой неделе беременности и определяют наличие резус - антител в крови. Это особенно важно, если в прошлом были аборт, выкидыши или проводилось переливание крови.

В настоящее время медицина располагает способами борьбы с гемолитической болезнью в виде быстрого переливания младенцу резус-отрицательной крови или введения анти - Rh-антител для предотвращения иммунизации матери.

Если «резус-отрицательная» женщина хочет родить второго либо третьего ребёнка от «резус – положительного» мужчины, то ей надо проконсультироваться у врача и пройти обследование на наличие резус – антител в крови.

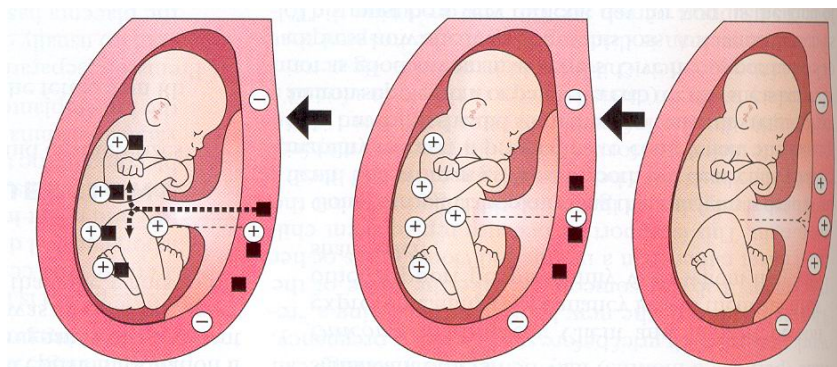
В крови человека естественные антитела по отношению к резус-фактору отсутствуют. Имунные антирезус – антитела появляются в организме в ответ на попадание резус - антигена либо после переливание резус – несовместимой крови, либо после родоразрешения резус – положительным плодам. Наличие в крови резус – отрицательных лиц антирезус – антитела является показателем сенсibilизации организма к резус фактору.

Резус - фактор обладает выраженными антигенными свойствами. Одно переливание резус- положительной крови резус – отрицательному реципиенту стимулирует образование антител в 50% случаев.

К иммунизации резус-отрицательного человека может привести не только внутривенное, но и внутримышечное введение крови. Иммунизация женщин с резус-отрицательной кровью чаще всего наступает в результате беременности и родов плодом с резус – положительной кровью. По мнению большинства исследователей, наиболее вероятное время получения первичного стимула – послеродовой период. Различные оперативные вмешательства в родах, особенно ручное отделение последа, кесарева сечение, немного увеличивают трансплацентарный переход эритроцитов плода в кровь матери. В связи с выраженной антигенностью резус – фактора у большого числа резус – отрицательных женщин в результате трансплацентарного перехода эритроцитов плода развивается иммунизация, частота которой зависит от величины трансплацентарного кровотечения.

После первой беременности резус-положительным плодом сенсibilизируется 10% резус-отрицательных женщин. Если резус – отрицательная женщина избежала иммунизации при первой беременности, то при последующей беременности плодом сенсibilизируется 10% резус – отрицательных женщин. Если резус-отрицательная женщина избежала иммунизации при первой беременности, то при последующей беременности плодам с резус - положительной кровью она вновь в 10% случаев имеет возможность быть иммунизированной. Рождение ребенка с резус – положительной кровью, не совместимой с кровью матери по системе АВО, снижает возможность иммунизации.

К сенсibilизации организма к резус-фактору могут вести не только роды, причиной её нередко является самопроизвольное либо искусственное прерывание беременности. На развитие сенсibilизации, кроме трансплацентарного перехода эритроцитов, влияют группа крови и генотип по резус-фактору у плода. Кроме того, имеют значение пол плода, иммунологическая толерантность организма матери, снижение иммунологической реактивности организма во время беременности, генетические факторы. Какими бы не были пути развития сенсibilизации, иммунное состояние, возникнув, остается на всю жизнь. У женщины, сенсibilизированной к резус-фактору, уже при ее первой беременности у плода может развиваться гемолитическая болезнь.



Патогенез гемолитической болезни. Патогенез гемолитической болезни представляется следующим. Гемолитическая болезнь развивается в результате проникновения материнских антител через плаценту к плоду. Резус - антитела вступают в реакцию с резус – положительными эритроцитами плода, что ведет к их гемолизу. Развивающаяся анемия вызывает компенсаторную реакцию организма, возникновение очагов экстрамедуллярного кроветворения с последующей гепатоспленомегалией. Продукты распада эритроцитов стимулируют костный мозг к образованию молодых, незрелых форм красной крови. В результате превалирования процесса разрушения эритроцитов над гемопоэзом у плода развивается анемия.

СТРУКТУРА МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ

Появление и усиление желтухи при гемолитической болезни связано с увеличением в крови новорожденного содержания непрямого билирубина. При ограниченной возможности печени в отношении перевода непрямого билирубина в прямой, переработка продуктов распада эритроцитов оказывается для нее большой нагрузкой. В связи с этим наблюдается быстрое накопление непрямого билирубина. Последний обладает токсическими свойствами и не выводится почками. (Таболин В.А., 1964; Talafant 1956). Токсичность его проявляется в нарушении тканевого метаболизма за счет выключения дыхательных ферментов и процессов фосфорилирования (Василевская Н.Л., 1963, Day 1956 и др.) . в результате «перегрузки» печени железом, билирубиновыми пигментами и развивающегося фиброза (David et al., 1966) нарушается ее функция, особенно синтез белков, что ведет к гипопроотеинемии, гипоальбуминемии, к гипертензии в портальной и пуповинной венах, к усилению проницаемости сосудов. Возникающая сердечная недостаточность и увеличенная печень приводят к застою в большом круге кровообращения, к выпотеванию жидкости в ткани и полости – развивается анасарка.

В этой схеме патогенеза гемолитической болезни имеются неясные положения, объяснить которые до настоящего времени не представляется возможным. В частности, неясно, каким образом у плода развивается гемолитический процесс, так как «неполные» антитела, «ответственные» за развитие гемолитической болезни, не являются гемолизинами. Skrzypulec и Wawryk (1973) попытались ответить на этот вопрос, предложив теорию этиологии и патогенеза гемолитической болезни, которая состоит в следующем. Материнский анти – D антитела, проходя через плаценту, реагируют с ее антигеном–D, в результате чего образуются комплексы «антиген + антитело (D^k)». К ним вырабатываются анти - D^k антитела, являющиеся иммуноглобулинами типа гемолизинов. Проникая через плаценту, анти - D^k антитела вызывают гемолиз эритроцитов плода. Однако эта теория еще нуждается в экспериментальной и клинической проверке.

До настоящего времени отсутствуют убедительные данные о причине многообразия клинических форм гемолитической болезни. Возможно, что оно зависит от компетентности защитных механизмов, способствующих сохранению беременности, индивидуальных в каждом конкретном случае. Этот процесс может быть представлен в следующем виде. На пути проникновения антител к плоду находится плацента, антитела вступают в реакцию взаимодействия с ее резус - антигеном, который имеется в достаточном количестве (Волкова Л.С., 1970, Pozzi и Marzetti, 1962). Происходит связывание антител, этот процесс продолжается до тех пор, пока по закону действия масс не наступит равновесие, после чего избыток антител проникает к плоду и, возможно, в околоплодные воды (Волкова Л.С., 1970, Prokor et al., 1969).

В околоплодных водах происходит связывание антител. В том случае, если плод является активным «выделителем» антигена, большое количество антител связывается в околоплодных водах и они в меньшем количестве поступают в кровоток плода. На этот процесс оказывает влияние реактивность материнского организма, его способность вырабатывать антитела большей или меньшей связывающей способности, степень проницаемости плаценты, срок беременности, при котором начали действовать антитела, генетические факторы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.

Классификация и клиническая характеристика основных форм гемолитической болезни. Согласно наиболее применяемой классификации выделяются три основные формы гемолитической болезни:

- 1) гемолитическая анемия без желтухи и водянки;
- 2) гемолитическая анемия с желтухой;
- 3) гемолитическая анемия с желтухой в водянкой.

Критерии степени тяжести гемолитической болезни

Основные клинические признаки	Степень тяжести гемолитической болезни		
	I	II	III
Анемия (содержание гемоглобина в крови пуповины, г/л)	150 (15 г %)	149-100 (15,1-10,0 г %)	100 (10 г %)
Желтуха (содержание билирубина в крови пуповины, мкмоль/л)	85,5 (50, мг %)	85,6-136,8 (5,1-8,0 мг %)	136,9 (8,1 мг %)
Отечный синдром	Пастозность подкожной клетчатки	Пастозность и асцит	Универсальный отек

Тяжесть гемолитической болезни определяется и степенью недоношенности ребенка, так как прогноз для его жизни в данной ситуации значительно ухудшается. Выделяется 3 степени недоношенности. У ребенка, родившегося на сроке 37-38 нед беременности, имеет место I степень недоношенности, при родоразрешении на сроке 35-36 – II степень, при родах на сроке 33-34 нед раньше – III степень.

Деление по степени тяжести отдельных симптомов гемолитической болезни в момент рождения ребенка в значительной степени условна, так как существует множество трудно - учитываемых признаков, определяющих тяжесть заболевания и исход гемолитической болезни для плода.

Это – реактивность организма ребенка, функциональная зрелость печени и гемопозитической функции.

В значительной мере исход гемолитической болезни для ребенка зависит от правильности ведения родов, от преемственности между акушером и педиатром, от выбора методов лечения, от ухода за новорожденным. Тем не менее, предложенная схема позволяет сопоставлять результаты антенатального обследования плодов, выделяя их в примерно однородные группы.

Практическое занятие № 6-7

Синдром кровотечения в акушерстве.

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 2 часа	Количество студентов – 10-12
Форма проведения занятия	Изучение показателей синдром кровотечения в акушерстве.
Содержание занятия	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.
Цель занятия	Ознакомить студентов Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.
Задачи занятия	1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях. 2.Показатели распространения заболеваемости.
План учебного занятия	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.

Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.
Задачи педагога 1.Объяснение высчитывания показателей заболеваемости и их стандартизация. 2.Показатели рождаемости и роста населения. 3.Показатели распространения заболеваемости.	В результате учебного процесса студент усваивает Высчитывание и оценку значения основных относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей.
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями

1.2.Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Объяснение Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Объяснение Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.	25 мин.	9.20-10.05
4.	Решение задач и тестов. -	15 мин.	
5.	Заключение по теме, задание на дом. Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -	5 мин.	

КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ.

Акушерские кровотечения являются одним из частых и серьезных осложнений беременности и родов. Частота их в последние годы составляет 2,7-2,9% общего числа родов, в 20-25% случаев они являются причиной материнской летальности.

В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25%.

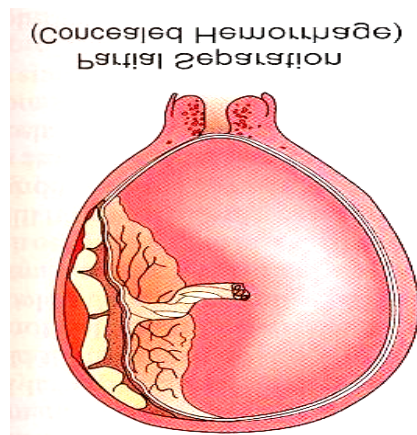
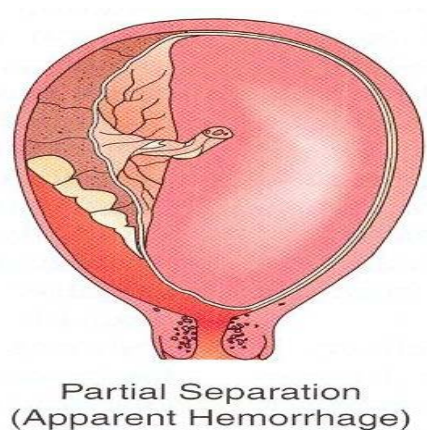
Анализ смертности беременных и рожениц от кровотечения свидетельствует об определенных дефектах в организации лечебно-профилактического процесса в ж/к и родильных домах.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в последовом периоде уменьшились, однако чаще стали наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и её предлежанием и кровотечения на фоне нарушения гемостаза.

Кровотечения во второй половине беременности чаще всего обусловлены: преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; предлежанием плаценты; разрывами матки.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ПОНРП – это отделение плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом или во втором периодах родов). Встречается эта патология в 0,5-1,5% случаев.



Различают частичную и полную отслойку плаценты, прогрессирующую и непрогрессирующую, легкую и тяжелую форму.

Ведущей причиной этой патологии является преэклампсия, особенно в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями – гипертонической болезнью, пиелонефритом, сахарным диабетом, заболеваниями сердечно – сосудистой системы, В 12- фолиеводефицитной анемией и другими заболеваниями, которые оказывают наиболее неблагоприятное влияние на состояние периферического кровообращения и являются фоном для развития преэклампсии.

В родах причиной ПОНРП может быть:

- дискоординированная родовая деятельность;
- внезапное и быстрое излитие околоплодных вод при многоводии;
- рождение первого плода при монохориальной двойне;
- локализация плаценты на межмышечном узле;
- хронический базальный эндометрит;
- преждевременное старение плаценты;
- переносная беременность.

Преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, предшествует хроническое нарушение маточно – плацентарного кровообращения:

- спазм артериол и капилляров базального отдела децидуальной оболочки;
- повышение вязкости крови со стазом эритроцитов, их агрегацией, лизисом и высвобождением кровяного тромба – пластины;
- ДВС – синдром.

Ухудшение микрокровотока в плаценте приводит к уменьшению эластично сосудистой стенки, повышению ее проницаемости, что способствует разрыву артериол, капилляров, формированию микрогематом, которые, постепенно сливаясь, разрушают базальную пластинку децидуальной ткани, захватывают межворсинчатые пространства, образуя ретроплацентарную гематому. Излившаяся при отслойке плаценты кровь диффузно имbibирует миометрий порой до висцеральной брюшины параметрия, возникает маточно – плацентарная апоплексия, описанная Кувелером.

Клиника. ПОНРП зависит от степени отслойки, тяжести сопутствующей патологии. ПОНРП чаще наблюдается у первобеременных. Неизменным фоном для развития отслойки является осложнение беременности преэклампсией, как правило, длительно текущей, сочетающейся с теми или иными соматическими заболеваниями.

Ведущими симптомами ПОНРП являются кровотечение и боли. Кровотечение может быть внутренним, наружным и комбинированным. Наиболее опасно внутреннее кровотечение. Варианты кровотечения зависят от локализации гематомы. В случае возникновения гематомы в центре плаценты наружного кровотечения может и не быть или оно появляется позже. При отслойке плаценты по периферии кровь даже при небольшой гематоме может быстро отслоить оболочки и кровотечение становится наружным.

Болевой синдром – второй чрезвычайно важный признак ПОНРП. Боль первоначально локализуется в той области матки, где расположена плацента, и постепенно распространяется на остальные ее отделы. Болевой синдром более выражен при отслойке с образованием ретроплацентарной апоплексии. В том случае внезапно возникают сильные распирающие боли в животе. Общее состояние женщины резко ухудшается, нарушается гемодинамика. Пульс и дыхание учащаются, артериальное давление прогрессивно снижается, кожные покровы бледнеют. Матка в состоянии гипертонуса, напряжена, болезненна при пальпации, увеличена в размерах, иногда асимметрична, быстро развивается картина геморрагического шока и симптомы внутриутробной гипоксии плода.

Имеется определенная зависимость между степенью отслойки плаценты, объемом ретроплацентарной гематомы, степенью напряжения матки и состоянием плода. При отслойке до 1/3 плаценты плод находится в состоянии гипоксии, при отслойке меньшей площади плаценты, если имели место морфологические или функциональные признаки ее недостаточности. Гипертонус матки свидетельствует о величине ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови, и указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объем ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объем ретроплацентарной гематомы достигает 500 мл и более. При ретроплацентарной гематоме

объемом 1000 мл и более обязательно имеют место признаки геморрагического шока и ДВС – синдрома.

Обильные кровотечения, которые нередко наблюдаются после родоразрешения, обусловлены атонией матки в сочетании с острой коагулопатией. Матка, пропитанная кровью, теряет способность сокращаться, а кровь не свертывается, так как содержит небольшое количество прокоагулянтов вследствие их длительного предшествующего внутрисосудистого потребления. При повышении фибринолитической активности синдром ДВС быстро переходит в III – IV фазу, кровотечение принимает генерализованный, неукротимый характер. Быстро прогрессирует шок.

В более легких случаях отслойки наблюдаются небольшие боли в животе, повышение тонуса матки и болезненность ее при пальпации в месте отслойки плаценты. Наружное кровотечение может отсутствовать. Отслойка небольшого участка плаценты может остаться незамеченной.

Диагностика ПОНРП:

- кровотечение при ПОНРП – чаще в I периоде родов, III триместре беременности, реже во II периоде родов и во II триместре беременности, чаще внутреннее, реже наружно-внутреннее;
- боль выражена при ПОНРП;
- состояние матки при ПОНРП матка плотная, напряженная, нередко с локальным выпячиванием и болезненностью;
- при ПОНРП матка пальпируется с трудом, сердцебиение страдает или отсутствует;
- раздражение брюшины при ПОНРП может быть;
- сопутствующая патология при ПОНРП – преэклампсия, гипертоническая болезнь, болезни почек.

Велика роль в диагностике ПОНРП ультразвукового сканирования.

Патологоанатомической (морфологический) диагноз ПОНРП устанавливают по виду материнской части плаценты (наличие фасеток, вдавлений при неполной отслойке плаценты) и на основании результатов микроскопического исследования (обширные микроинфаркты, фибриновые тромбы, склероз ворсин, истончение и отсутствие децидуальной ткани и др.).

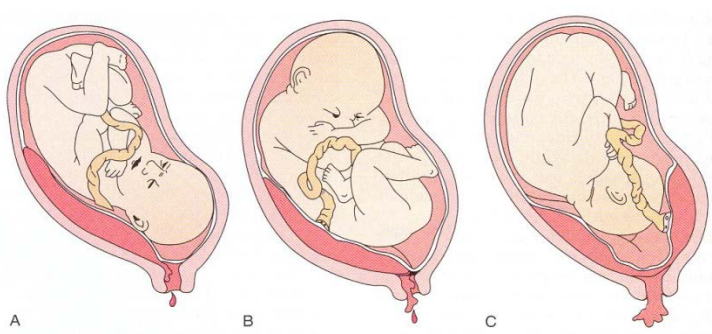
Лечение прогрессирующей ПОНРП оперативное. Недопустимо консервативное ведение родов в случаях ПОНРП, так как при удлинении времени от отслойки плаценты до родоразрешения увеличивается маточно – плацентарная апоплексия, происходит повреждение нервно – мышечного аппарата матки, что в дальнейшем может привести к развитию атонического кровотечения. Кроме того, усугубляются нарушения в системе гемокоагуляции, что также способствует усилению послеродового кровотечения и быстрому развитию необратимого шока. В связи с этим кесарево сечение является операцией выбора при ПОНРП. Если во время операции обнаружена имбибиция матки кровью, то показано удаление матки.

После кесарева сечения или после самопроизвольных родов следует помнить об опасности коагулопатического кровотечения, при возникновении которого показано оперативное лечение в объеме экстирпации матки.

С целью профилактики ПОНРП следует совершенствовать диспансеризацию беременных, выделять женщин в группы повышенного риска по возникновению акушерских кровотечений. Обращать внимание на опасность возможной отслойки плаценты у беременных с преэклампсией, поэтому своевременно проводить профилактику и лечение преэклампсией.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ.

Частота этой патологии по отношению к общему числу родов колеблется от 0,2 до 0,9%. Различают полное (центральное) и неполное (боковое, краевое) предлежание. Кроме предлежания плаценты выделяют низкое расположение ее, когда нижний край плаценты находится на расстоянии 6 см от внутреннего зева.



К причинам возникновения предлежания плаценты относятся атрофические и дистрофические изменения эндометрия (после абортов и воспалительных процессов);

- аномалии развития, деформации, опухоли матки;
- инфантилизм;
- застойные явления в малом тазе при заболеваниях сердца, печени, почек;
- неполноценность плодного яйца.

Предлежание плаценты чаще наблюдается у повторнородящих (примерно у 75%) по сравнению с первородящими (примерно у 25%). При предлежании плаценты в 5 – 6 раз чаще развивается приращение и еще чаще плотное прикрепление ее. Исходя из возможности миграции плаценты частота предлежания во II триместре беременности наблюдается в 8 – 10 раз чаще, чем в начале родов.

Клиника.

Ведущим клиническим симптомом предлежания плаценты является кровотечение, возникающее в связи с ее отслойкой от стенки матки, в результате формирования нижнего сегмента в конце беременности и во время родов. Малоэластичная плацентарная ткань неспособна растягиваться вслед за стенкой матки, поэтому частично отслаивается, при этом вскрываются межворсинчатые пространства и начинается кровотечение, которое может возникнуть на протяжении беременности и во время родов. Так, при центральном (полном) предлежании кровотечение нередко начинается рано – во II триместре беременности, при боковом и краевом (неполном) – в III триместре или в родах. Сила кровотечения при полном предлежании плаценты обычно значительнее, чем при неполном.

Кровотечение при этой патологии имеет свои особенности:

- оно всегда наружное, внезапное, как правило, без видимой внешней причины;
- не сопровождается какими – либо болевыми ощущениями;
- часто начинается в покое, ночью (проснулась «в луже крови») обязательно повторяется.

Характер кровотечения никогда нельзя предусмотреть. После 26 – 28 недель беременности кровотечения могут спровоцировать физическая нагрузка, половой акт, влагалищное исследование, акт дефекации.

При предлежании плаценты нередко отмечается угроза невынашивания беременности, предлежание может способствовать возникновению угрожающего аборта.

Для предлежания плаценты характерно наличие артериальной гипотензии в конце беременности у 20 – 30% беременных, железодефицитной анемии, дефицита ОЦК. После родов ОЦК еще больше снижается, что следует учитывать при восполнении кровопотери.

При предлежании плаценты беременность и роды часто осложняются косым и поперечным положением плода, тазовым предлежанием, недонашиванием;

- слабостью родовой деятельности;
- нарушением течения послеродового периода в связи с вращением плаценты;
- гипо- и атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде;
- эмболией околоплодными водами;
- тромбоэмболией;
- восходящей инфекцией.

Диагностика предлежания плаценты не представляет особых трудностей при наличии у беременных отягощенного акушерского анамнеза, повторных кровотечений. При наружном осмотре обнаруживается высокое стояние предлежащей части плода над входом в малый таз, поперечное или косое положение плода.

Аускультативно в области нижнего сегмента матки определяется шум плацентарных сосудов. Объективным и безопасным методом диагностики данной патологии является ультразвуковое исследование, позволяющее с высокой степенью точности получить представление о локализации и путях «миграции» плаценты. Для этих целей целесообразен двух-, трехкратный УЗИ-контроль (в 16, 24-26 и в 34-36 недель). Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал позволяет исключить полип, эрозию, рак и другую патологию, которая может быть источником кровотечения. При влагалищном исследовании выявляется пастозность сводов, при проходимости шейного канала над внутренним зевом определяется плацентарная ткань. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование допустимо только в стационаре при развернутой операционной и готовности к операции. Производство влагалищного исследования в амбулаторных или домашних условиях является грубой ошибкой, так как может привести к усилению кровотечения.

Причиной дородового кровотечения при данной патологии является преждевременная отслойка предлежащей плаценты, послеродового кровотечения – гипо- и атония нижнего сегмента матки, а также повреждение обширной сосудистой сети шейки матки. Наиболее сильные кровотечения при этой патологии, как правило, развиваются в послеродовом, раннем послеродовом периодах.

Предлежание плаценты – грозная патология, является одной из основных причин акушерских кровотечений и геморрагического шока. К факторам, способствующим развитию шока, относятся: наблюдающиеся при предлежании плаценты артериальная гипотензия, железодефицитная анемия, сниженный прирост ОЦК к началу родов, а также обильное кровотечение на фоне предшествующих drobных кровопотерь. Недостаточный учет кровопотери в сочетании с недооценкой гиповолемии, имеющейся у беременной или роженицы с предлежанием плаценты, способствует быстрому развитию шока разной степени тяжести.

Клинические дифференциально – диагностические признаки предлежания плаценты:

- кровотечение при предлежании плаценты – чаще во II-III триместре беременности и в I периоде родов, обильное, наружное, повторяющееся;
- боль отсутствует при предлежании плаценты;
- состояние матки при предлежании плаценты консистенция и форма ее обычные;
- плод при предлежании плаценты хорошо пальпируется, сердцебиение плода чаще нормальное, реже страдает;
- сопутствующая патология при предлежании плаценты – осложненные роды и аборт в анамнезе, инфантилизм.

Наблюдение и лечение беременных с предлежанием плаценты при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерских стационарах. Несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей беременные с предлежанием плаценты ни при каких условиях не подлежат выписке до родов. При выборе способа лечения следует руководствоваться прежде всего силой кровотечения, степенью малокровия больной, общим ее состоянием плода. Если кровотечение незначительное и начинается при недоношенной беременности, а состояние больной удовлетворительное, то назначаются: строгий постельный режим; препараты токолитического и спазмолитического действия, улучшающие координированный характер сократительной деятельности матки и более плавное постепенное растяжение нижнего ее сегмента; лечение анемии; препараты, нормализующие маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы.

При отсутствии выраженного кровотечения показаны в течение 3 –7 дней адреномиметики (алупент, партусистена и др.). При назначении токолитических препаратов необходимо помнить об их гипотензивном эффекте, что важно при лечении беременных с предлежанием плаценты, у которых отмечается склонность к этому состоянию. β-Адреномиметики способствуют увеличению маточно-плацентарного кровотока за счет сосудорасширяющего эффекта на периферическом уровне. В связи со спазмолитическим эффектом возможно некоторое увеличение кровянистых выделений, что требует отмены препарата.

При предлежании плаценты наблюдается высокая перинатальная смертность (главным образом неонатальная), развитие у новорожденных дыхательных расстройств вследствие их недоношенности, внутриматочной гипоксии.

Для улучшения обменных процессов обязательно использование комплекса витаминов, эссенциале, липостабила. Целесообразно назначение теоникола, курантила, свечей с теофиллином. По показаниям применяется седативная терапия (настой травы пустырника, корень валерианы, седуксен), а также антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин).

Беременным с предлежанием плаценты слабительные противопоказаны. При необходимости назначают очистительную клизму.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности являются:

- повторяющиеся кровопотери, объём которых превышает 200 мл;
- сочетание небольших кровопотерь с анемией и гипотонией;
- одномоментная кровопотеря 250 мл и более и продолжающееся кровотечение;
- полное предлежание плаценты на 38-й недели беременности, а также неполное предлежание в сочетании с другой акушерской и соматической патологией.

В этих случаях операция производится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ В РОДАХ:

- полное предлежание плаценты;
- сочетание неполного предлежания с продолжающейся кровопотерей, поперечным и косым положением плода, тазовым предлежанием, крупным плодом, гипоксией плода, при анатомически узком тазе, возрасте первородящей 30 лет и старше.

Такие операции, как метрейризм, кожно-головные щипцы по Иванову, низведение ножки при тазовом предлежании плода, в качестве средства борьбы с кровотечением при предлежании плаценты не применяются, так как они травматичны и опасны для матери и плода. Инфузионно-трансфузионную терапию необходимо начинать до операции кесарева сечения и проводить с учётом состояния женщины и кровопотери.

Консервативное ведение родов возможно при неполном предлежании плаценты и прекращении кровотечения после амниотомии. Амниотомия производится при хорошей родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 5-6 см и более; при полной соразмерности головки плода и таза матери; при затылочном предлежании плода; при нормальной (координированной) сократительной деятельности матки; при отсутствии патологии или осложнений, способствующих разрывам шейки матки (крупный плод, дискоординация родовой деятельности, переносная беременность, старые разрывы шейки матки II-III степени, рубцовая деформация шейки матки после ДЭК, возрастная первородящая).

ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ РОДОВ:

- ранняя амниотомия с предварительным введением спазмолитиков (но-шпа, папаверин, баралгин);
- внутривенное введение спазмолитиков в первом периоде родов;
- полная готовность к инфузионной терапии;
- исключение родостимуляции;
- ручное отделение и выделение плаценты с контролем матки для своевременного выявления приращения плаценты и диагностики гипотонии или разрыва нижнего сегмента;
- для профилактики гипотонического кровотечения сразу после родов внутривенное введение утеротоников (метилэргометрин, окситоцин и др.);
- при продолжающемся кровотечении показана лапаротомия и экстирпация матки.

Расширение использования операции кесарева сечения и активное ведение послеродового и раннего послеродового периодов привели к 10-15 – кратному уменьшению материнской и существенному снижению перинатальной смертности.

Предлежание плаценты представляет огромную опасность не только для матери, но и для плода. При массивных кровопотерях у матери дети рождаются в состоянии адинамии, анемии и шока. Хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода наблюдаются в 18-20% случаев.

Профилактика предлежания плаценты включает борьбу с абортами, терапию воспалительных заболеваний женских половых органов, раннее выявление и лечение инфантилизма.

Практическое занятие № 8

Синдром болей в акушерстве.

Технология проведения практического занятия:

Время – 2 часа	Количество студентов – группа ОМХ	
Форма проведения занятия	Синдром болей в акушерстве.	
Содержание занятия	Анатомически и клинически узкий таз. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при несоответствии размеров плода и таза.	
Цель занятия	Ознакомить студентов Анатомически и клинически узкий таз.	
Задачи занятия	1. Анатомически и клинически узкий таз. 2. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при несоответствии размеров плода и таза. 3.Классификация ошибок	
План учебного занятия	. Анатомически и клинически узкий таз. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при несоответствии размеров плода и таза.	
Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.	
Задачи педагога Анатомически и клинически узкий таз. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при несоответствии размеров плода и таза.		В результате учебного процесса студент усваивает Анатомически и клинически узкий таз. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при несоответствии размеров плода и таза.
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.	

Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями

Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Разбор понятия аналитическая эпидемиология	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Анатомически и клинически узкий таз. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при несоответствии размеров плода и таза.	25 мин.	9.20-10.05
4.		15 мин.	
5.		5 мин.	

РОДЫ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Необходимо различать два понятия: анатомически и клинически узкий таз.

Анатомически узким принято считать таз, в котором имеются явные анатомические качественные (архитектура) или количественные (размеры) изменения. Если сужение таза невелико, а плод небольшой, анатомически узкий таз может оказаться полноценным в функциональном отношении и не препятствовать естественному родоразрешению. Если размеры плода не соответствуют размерам таза, то такой таз является не только анатомически, но и клинически (функционально) узким.

К клинически узкому относят таз с нормальными размерами и формой, который при крупном плоде и (или) неправильных вставлениях головки оказывается функционально неполноценным.

Анатомически узкий таз встречается в 1—7% случаев.

Классификация. Анатомически узкий таз классифицируют по форме и степени сужения (рис. 71). В отечественном акушерстве принята следующая классификация.

А. Часто встречающиеся формы:

1. Поперечносуженный таз.
2. Плоский таз:
 - а) простой плоский таз;
 - б) плоскоракитический таз;
 - в) таз с уменьшенным прямым размером плоскости широкой части полости малого таза.
3. Общеравномерносуженный таз.

Б. Редко встречающиеся формы:

1. Кососмещенный и кососуженный таз.

2. Таз, деформированный переломами, опухолями, экзостозами.

Эта классификация не лишена недостатков: III и IV степени сужения таза в настоящее время практически не встречаются; судить по истинной конъюгате о степени сужения поперечносуженного таза невозможно.

Этиология. Причинами формирования анатомически узкого таза являются недостаточное питание или чрезмерные физические нагрузки в детском возрасте, рахит, травмы, туберкулез, полиомиелит. Способствуют этому нарушения гормонального статуса в период полового созревания: эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его окостенение, андрогены — рост скелета и таза в длину.

Диагностика. Узкий таз диагностируют на основании данных анамнеза, общего и акушерского обследования и результатов дополнительных исследований.

Собирая анамнез, обращают внимание на наличие всех факторов, которые могут привести к развитию патологии костного таза (заболевания, травмы, занятия спортом, балетом в детстве). Подробно расспрашивают о течении и исходах предыдущих родов (мертворождения, родовые травмы у плода, оперативные вмешательства, травмы родовых путей у матери).

Обследование женщин начинают с измерения роста, массы тела, обращают внимание на телосложение, наличие деформаций костей скелета.

При наружном акушерском обследовании беременной обращают внимание на остроконечную форму живота у первородящих, отвислую — у повторнородящих. Используя все возможные методы, определяют массу плода, положение плода, отношение подлежащей части ко входу в малый таз. У беременных с узким тазом чаще встречаются поперечные и косые положения плода. Предлежащая часть остается подвижной над входом в таз.

С особой тщательностью производят измерения большого таза. Уменьшение размеров таза и нарушение их соотношений дают возможность установить не только наличие узкого таза, но и его форму. Обращает на себя внимание необычная форма и уменьшенные размеры пояснично-крестцового ромба. Информацию о толщине костей малого таза можно получить, используя индекс Соловьева: окружность лучезапястного сустава, превышающая 15 см, свидетельствует о значительной толщине костей и, следовательно, об уменьшении объема малого таза.

Для диагностики проводят влагалищное исследование, с помощью которого определяют емкость малого таза, форму крестцовой впадины, наличие ложного мыса, экзостозов и других деформаций. Измеряют диагональную конъюгату, на основании которой вычисляют истинную конъюгату и степень сужения таза. С наибольшей точностью судить о форме и размерах малого таза можно на основании дополнительных методов исследования: рентгенопельвиметрии, компьютерной томографии, ядерномагниторезонансной томографии, ультразвуковой пельвиметрии, которые постепенно внедряются в акушерскую практику. **Поперечносуженный таз** характеризуется уменьшением более чем на 0,5 см поперечных размеров малого таза. Прямые размеры не уменьшены, а уЭта классификация не лишена недостатков: III и IV степени сужения таза в настоящее время практически не встречаются; судить по истинной конъюгате о степени сужения поперечносуженного таза невозможно.

Этиология. Причинами формирования анатомически узкого таза являются недостаточное питание или чрезмерные физические нагрузки в детском возрасте, рахит, травмы, туберкулез, полиомиелит. Способствуют этому нарушения гормонального статуса в период полового созревания: эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его окостенение, андрогены — рост скелета и таза в длину.

Диагностика. Узкий таз диагностируют на основании данных анамнеза, общего и акушерского обследования и результатов дополнительных исследований.

Собирая анамнез, обращают внимание на наличие всех факторов, которые могут привести к развитию патологии костного таза (заболевания, травмы, занятия спортом,

балетом в детстве). Подробно расспрашивают о течении и исходах предыдущих родов (мертворождения, родовые травмы у плода, оперативные вмешательства, травмы родовых путей у матери).

Обследование женщин начинают с измерения роста, массы тела, обращают внимание на телосложение, наличие деформаций костей скелета.

При наружном акушерском обследовании беременной обращают внимание на остроконечную форму живота у первородящих, отвислую — у повторнородящих. Используя все возможные методы, определяют массу плода, положение плода, отношение предлежащей части ко входу в малый таз. У беременных с узким тазом чаще встречаются поперечные и косые положения плода. Предлежащая часть остается подвижной над входом в таз.

С особой тщательностью производят измерения большого таза. Уменьшение размеров таза и нарушение их соотношений дают возможность установить не только наличие узкого таза, но и его форму. Обращает на себя внимание необычная форма и уменьшенные размеры пояснично-крестцового ромба. Информацию о толщине костей малого таза можно получить, используя индекс Соловьева: окружность лучезапястного сустава, превышающая 15 см, свидетельствует о значительной толщине костей и, следовательно, об уменьшении объема малого таза.

Для диагностики проводят влагиалищное исследование, с помощью которого определяют емкость малого таза, форму крестцовой впадины, наличие ложного мыса, экзостозов и других деформаций. Измеряют диагональную конъюгату, на основании которой вычисляют истинную конъюгату и степень сужения таза.

С наибольшей точностью судить о форме и размерах малого таза можно на основании дополнительных методов исследования: рентгенопельвиметрии, компьютерной томографии, ядерномагниторезонансной томографии, ультразвуковой пельвиметрии, которые постепенно внедряются в акушерскую практику.

Поперечносуженный таз характеризуется уменьшением более чем на 0,5 см поперечных размеров малого таза. Прямые размеры не уменьшены, а у некоторых женщин даже увеличены. Точная диагностика такой формы таза возможна только на основании данных рентгено- или ультразвуковой пельвиметрии. Обычное акушерское обследование дает возможность заподозрить поперечносуженный таз. У женщины может быть мужской тип телосложения, большой рост. Развернутость крыльев подвздошных костей несколько умень-

Практическое занятие № 9

Синдром травматизма в родах.

Технология проведения практического занятия:

Время – 2 часа	Количество студентов – группа ОМХ
Форма проведения занятия	Синдром травматизма в родах. .

Содержание занятия	Разрывы матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки..	
Цель занятия	Ознакомить студентов разрывы матки, шейки матки и родовых путей.	
Задачи занятия	1.Разрывы матки, шейки матки и родовых путей. 2. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки.. 3.Классификация ошибок	
План учебного занятия	Разрывы матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки..	
Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.	
Задачи педагога Разрывы матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки..		В результате учебного процесса студент усваивает Разрывы матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки..
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.	
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов	
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями	

Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Разбор понятия аналитическая эпидемиология	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Разрывы матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки..	25 мин.	9.20-10.05
4.		15 мин.	
5.		5 мин.	
	Решение задач и тестов. - Заключение по теме, задание на дом. Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -		

Травматические повреждения мягких родовых путей

Наиболее частыми травматическими повреждениями мягких родовых путей в родах являются разрывы шейки матки и промежности.

Разрывы шейки матки

Клиническая картина при неглубоких разрывах шейки матки (I и II степени) характеризуется нередко бессимптомным течением. При глубоких разрывах (III степень), доходящих до свода и переходящих на него, наблюдается, как правило, обильное кровотечение с возможным образованием гематомы в параметрии. Диагностируют разрывы шейки матки и влагалища в основном при осмотре с помощью зеркал, который проводится как у первородящих, так и у повторнородящих в течение первого часа после родов.

Ушивание разрывов шейки матки I и II степени проводят в такой последовательности:

- осмотр шейки матки с помощью зеркал и окончатых зажимов;
- сближение краев раны с помощью инструментов и наложение первого шва выше угла разрыва;
- наложение остальных кетгутовых лигатур до наружного зева;
- проверка гемостаза.

Ушивание разрывов шейки матки III степени выполняют под внутривенным наркозом, при этом алгоритм действий акушера должен быть следующим:

- осмотр шейки матки с помощью зеркал и окончатых зажимов;
- при разрыве, доходящем до свода влагалища, первый шов накладывают выше угла раны и пальцем контролируют правильность наложенного шва;
- при разрыве, переходящем на свод влагалища, вначале обязательно проводят операцию ручного обследования полости матки для исключения разрыва матки в области нижнего

сегмента; при отсутствии разрыва матки ушивают разрыв шейки матки узловыми кетгутовыми швами под контролем пальцев;

- проверка гемостаза.

Разрезы и разрывы промежности

Диагностика степени повреждения промежности проводится на основании данных визуального осмотра. Целость промежности должна быть восстановлена под местной инфильтрационной анестезией (0,25-0,5 % раствор новокаина или 1 % раствор тримекаина) или внутривенным наркозом анестетиками короткого действия после обработки наружных гениталий родильницы.

Последовательность действий акушера при восстановлении целости промежности зависит от степени повреждения промежности.

1. Ушивание разрыва промежности I степени (повреждены задняя спайка, небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища):

- наложение узловых кетгутовых швов на стенку влагалища, начиная с верхнего угла разрыва до входа во влагалище;
- наложение 1-2 узловых шелковых (лавсановых) швов на кожу промежности;
- обработка швов йодонатом.

2. Ушивание разрыва промежности II степени или перинеотомии (повреждены кожа промежности, стенка влагалища и мышцы промежности):

- наложение узловых кетгутовых швов на стенку влагалища;
- наложение узловых кетгутовых швов на мышцы тазового дна;
- наложение шелковых швов на кожу промежности;
- обработка раны йодонатом.

3. Ушивание разрыва промежности III степени (повреждены кожа и мышцы промежности, стенка влагалища, наружный сфинктер прямой кишки и иногда стенка прямой кишки). При наличии повреждений прямой кишки восстановление целости промежности начинают с ушивания стенки прямой кишки и ее сфинктера, а затем приступают к ушиванию стенки влагалища и мышц промежности:

- обработка обнаженного участка слизистой оболочки кишки спиртом или раствором хлоргексидина;
- наложение шелковых лигатур на поврежденный участок прямой кишки (через всю толщу стенки кишки);
- замена перчаток и инструментов;
- восстановление наружного сфинктера прямой кишки наложением кетгутовых швов;
- наложение кетгутовых швов на стенку влагалища;
- ушивание мышц тазового дна;
- наложение шелковых швов на кожу промежности;

- обработка швов йодонатом.

Практическое занятие № 10

Общее понятие об акушерских операциях.

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 2 часа	Количество студентов – группа ОМХ
Форма проведения занятия	Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в послеоперационном периоде.
Содержание занятия	Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в послеоперационном периоде.
Цель занятия	Ознакомить студентов общее понятие об акушерских операциях
Задачи занятия	1. Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. 2. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в послеоперационном периоде. 3.Классификация ошибок
План учебного занятия	Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в

	послеопреационном периоде.
Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов, кластер
Задачи педагога Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в послеопреационном периоде.	В результате учебного процесса студент усваивает Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в послеопреационном периоде.
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями

1.2.Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Разбор понятия аналитическая эпидемиология	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Асептика ва антисептика. Обезболивание. Инструментарий. Акушерские шипцы. Вакуум экстракция. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение. Плодоразрушающие операции. Ушивание разрывов родовых путей. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в послеопреационном периоде.	25 мин.	9.20-10.05
4.		15 мин.	
5.		5 мин.	

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

Кесарево сечение является наиболее распространенной родоразрешающей операцией и выполняется в интересах здоровья матери и плода по абсолютным и совокупности относительных показаний. Женщинам из группы риска по развитию гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде необходимо с профилактической целью вводить антибиотики: цефазолин (однократно внутривенно 2 г и 100 мл метрогила после пережатия пуповины), аугментин (1,2 г внутривенно в начале операции) или амоксиклав (1,2 г внутривенно после пережатия пуповины).

Выделяют следующие этапы операции.

1-й этап. Чревосечение выполняют поперечным разрезом по Пфанненштилю (разрез длиной 12 см по нижней складке живота, вскрытие апоневроза в поперечном направлении, разведение прямых мышц живота в стороны, рассечение брюшины в продольном направлении) или продольным разрезом (нижнесрединная лапаротомия).

2-й этап. Рассечение пузырно-маточной складки проводят после вскрытия брюшной полости, приподнимая пузырно-маточную складку пинцетом и надсекая ее на границе перехода на матку, затем в поперечном направлении рассекают ее в обе стороны; общая длина разреза составляет 12-13 см.

3-й этап. Вскрытие полости матки производят с осторожностью в нижнем сегменте матки небольшим поперечным разрезом на 1,5-2 см ниже уровня разреза пузырно-маточной складки. Затем в рану вводят указательные пальцы обеих рук, бережно в поперечном направлении расширяют ее до 10-12 см и вскрывают плодный пузырь (если он цел).

4-й этап. Извлечение плода. Рукой, введенной в полость матки, выводят головку плода, надавливая на дно матки через переднюю брюшную стенку. Затем извлекают плод т подмышечные впадины. При тазовых предлежаниях в рану выводят газовый конец, за который извлекают плод. При поперечном положении плод извлекают за ножку. После пересечения пуповины ребенка передают акушерке.

5-й этап. Удаление последа. Его проводят рукой или подтягиванием за пуповину с последующей контрольной ревизией стенок матки салфеткой или большой кюреткой.

6-й этап. Ушивание раны матки. Ее необходимо начинать с углов через все слои матки. Рану на матке обычно ушивают двумя рядами узловых кетгутовых мышечно-мышечных швов с расстоянием между швами не более 1 см. Она также может быть ушита викрилом непрерывным однорядным (двухрядным) швом.

Далее производится перитонизация шва брюшиной пузырно-маточной складки, которая подшивается непрерывным кетгутовым швом (на 1,5—2 см выше разреза на матке) к висцеральной брюшине, покрывающей матку. Этот шов часто называют третьим рядом швов на матке.

7-й этап. Ревизия брюшной полости. По окончании перитонизации проводят проверку гемостаза, туалет и ревизию брюшной полости с оценкой состояния яичников, маточных труб, задней поверхности матки, червеобразного отростка и других органов брюшной полости.

8-й этап. Ушивание передней брюшной стенки наглухо с наложением асептической повязки.

9-й этап. Удаление кровяных сгустков из влагалища и обработка его дезинфицирующим раствором.

На протяжении всей операции кесарева сечения оценивают тонус матки. Для профилактики кровотечения после извлечения плода и последа внутривенно вводят утеротоники. После окончания операции необходимо оценить объем кровопотери, количество выделенной мочи и ее цвет.

Ведение родильниц после операции кесарева сечения

В послеоперационном периоде оценивают общее состояние родильницы, гемодинамические показатели, суточный (почасовой) диурез, становление лактации, инволюцию матки и функцию кишечника.

Лабораторные исследования (биохимический и клинический анализ крови с определением гематокрита, анализ мочи) проводят на 1-2-е и 5-7-е сутки после операции, перед выпиской родильницы (на 8-9-е сутки) при неосложненном течении послеоперационного периода. Перед выпиской родильнице должно быть проведено УЗИ.

Лекарственная терапия после операции кесарева сечения включает антибиотики, анальгетики, инфузионную терапию, утеротоники и препараты для профилактики пареза кишечника.

Антибактериальную терапию проводят в течение 5-7 дней по нижеприведенным схемам.

Схема 1. Ампициллин (2 г внутривенно 2 раза в день в течение 3 дней, с последующим внутримышечным введением препарата) в сочетании с гентамицином (по 80 мг внутримышечно 3 раза в день).

Схема 2. Аугментин (ко-амоксиклав) (по 1,2 г внутривенно 2 раза в день в 200 мл изотонического раствора в течение 3 дней, с последующим пероральным приемом по 0,375 г 2-3 раза в день).

Схема 3. Цифран (100 мл 0,2 % раствора внутривенно капельно 1-2 раза в день в течение 3 дней, с последующим пероральным приемом по 0,25 г 2-4 раза в день).

Антибиотики рекомендуется сочетать с внутривенным введением метрогила (по 100 мл 2 раза в день в течение 3 дней).

Инфузионную терапию в объеме 1-1,2 л применяют в течение 3 дней с целью устранения гиповолемии, улучшения реологических свойств крови, коррекции гемодинамических показателей и метаболических нарушений. Введение альбумина и гемотрансфузию проводят при наличии показаний. Инфузионную терапию можно проводить по следующим схемам.

Схема 1	Схема 2
Раствор глюкозы (5 % 400 мл)	Изотонический раствор (0,9 % 400 мл)
Раствор аскорбиновой кислоты (5 % 5 мл)	Плазма 200 мл
Раствор Рингера (400 мл)	Раствор глюкозы (5 % 400 мл)
Мафусол (400 мл)	Раствор калия хлорида (4 % 200 мл)
Эуфиллин (2,4% 10 мл)	

Обезболивание проводится в первые 2—3 сут после операции по назначению анестезиолога.

Профилактика субинволюции матки включает локальную гипотермию (лед на низ живота 2-

3 раза в день на 20-30 мин) и внутривенное капельное или внутримышечное введение окситоцина (1 мл 1-2 раза в день в течение 3-5 сут).

Профилактику пареза кишечника начинают на 2-е сутки после операции. Она включает внутривенное введение препаратов калия (100-200 мл 4 % раствора калия хлорида, 10-20 мл панангина), 40-50 мл 10% гипертонического раствора натрия хлорида и подкожное введение 1 мл 0,05 % раствора прозерина 2 раза в сутки. Через 30 мин после введения прозерина ставят гипертоническую клизму, на 3-й сутки - очистительную клизму.

С целью *повышения иммунитета* родильнице может быть назначен тактивин (0,01 % 1 мл) или интерферон (по 0,5 мл 2 раза в день эндоназально).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Наиболее часто в послеродовом периоде наблюдаются осложнения со стороны молочных желез (лактостаз, мастит) и воспалительные заболевания матки.

Лактостаз

Диагностическими критериями лактостаза являются:

- боли, резкое нагрубание обеих молочных желез на 3-4-е сутки после родов, затрудненный отток молока при сохраненной лактационной функции;
- умеренная болезненность молочных желез при пальпации, отсутствие участков локального уплотнения и гиперемии кожи;
- удовлетворительное общее состояние родильницы, возможно кратковременное повышение температуры тела до 38 °С. При лактостазе показаны мероприятия, направленные на:
 - активное кормление грудью ребенка, без ручного сцеживания молока (молокоотсос применяют в исключительных случаях);
 - улучшение оттока молока;
 - нормализацию выработки молока;
 - профилактику мастита.

Лечение лактостаза должно быть комплексным и включать применение антибактериальных и дегидратационных средств, а также препаратов, улучшающих отток молока и нормализующих

лактационную функцию. Лечебный эффект обычно проявляется на 2-3-е сутки.

Антибиотики (пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины) применяют в течение 5 дней у родильниц из группы повышенного риска развития мастита. Лечение проводят по одной из схем.

Схема 1. Внутримышечное введение ампициллина (1 г 4 раза в день) в сочетании с гентамицином (80 мг 3 раза в день).

Схема 2. Цефазолин (внутривенно 1 г в 200 мл изотонического раствора в течение 2-3 дней в сочетании с внутримышечным введением 1 г препарата 2-3 раза в день).

Дегидратационная терапия направлена на снижение притока молока, снятие отека молочных ходов и включает:

- небольшое ограничение потребления жидкости (до 1—1,5 л);
- прием эуфиллина (по 1 таблетке 3 раза в день) или внутривенное введение 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина;

- локальную гипотермию после кормления (лед к молочным железам на 20 мин).

Улучшение оттока молока достигается применением:

- но-шпы (внутримышечно 2 мл 2 % раствора за 20 мин до кормления грудью 2 раза в день);
- окситоцина (подкожно 0,5-1 мл 2-3 раза в день или эндоназально по 1-2 капли непосредственно перед кормлением грудью);
- воздействия ультразвуком на молочные железы.

Нормализацию выработки молока (при избыточной лактации) осуществляют с помощью:

- эндоназального электрофореза витамина В₁;
- внутримышечного введения небольших доз эстрогенов;
- перорального приема бромокриптина (парлодела) по 1 таблетке в день в течение 3 дней (для подавления лактации - по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10-14 дней).

Лактационный мастит

Клиническая картина мастита и выраженность интоксикационного синдрома определяется стадией заболевания (серозный, инфильтративный, гнойный, флегмонозный, гангренозный).

Диагностическими критериями мастита являются:

- острое начало заболевания на 2-4-й неделе после родов;
- ухудшение общего состояния, подъем температуры тела до 38-39°C с ознобом;
- боли, появление локального уплотнения и покраснения одной из молочных желез;
- увеличение подмышечных лимфатических узлов на стороне поражения;
- лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, повышенная СОЭ;
- патогенная флора при цитологическом и бактериологическом исследовании молока;
- сдвиг pH молока в щелочную сторону;
- наличие инфильтрата при УЗИ молочной железы. Лечение серозного и инфильтративного мастита начинают при появлении первых признаков заболевания. Длительность и объем терапии определяются стадией процесса, характером возбудителя и ответной реакцией организма на проводимое лечение. Применяют антибактериальные препараты, дезинтоксикационную терапию, иммунокоррекцию, нормализацию лактации, витаминотерапию, антигистаминные средства и антиоксиданты.

Антибактериальную терапию проводят по одной из следующих схем.

Схема 1. Внутримышечное введение ампиокса (по 1 г 4 раза в день) в сочетании с гентамицином (80 мг 3 раза в день).

Схема 2. Линкомицин (внутривенно капельно 1 мл 30% раствора в 200 мл изотонического

раствора и внутримышечно по 1 мл 2 раза в день).

Схема 3. Цефазолин (1 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно 2 раза в день) в сочетании с внутримышечным введением гентамицина (80 мг 3 раза в день).

Схема 4. Аугментин (1,2 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно медленно 2 раза в сутки в течение 3 дней, с последующим приемом препарата по 0,125 мг 2-3 раза в день).

Инфузионная терапия проводится в объеме 1,2-1,5 л в течение 3 дней по одной из нижеуказанных схем.

Схема 1	Схема 2
Раствор Рингера (400 мл)	Раствор глюкозы (5 % 500 мл)
Раствор глюкозы (5 % 500 мл)	Гемодез (400 мл)
Раствор кальция хлорида (1 % 200 мл)	Раствор кальция хлорида (1 % 200 мл)
Эуфиллин (2,4 % 10 мл)	Эуфиллин (2,4 % 10 мл)

Нормализация лактации достигается частым кормлением грудью (без ручного сцеживания молока) и применением местной гипотермии (лед на молочную железу на 20-30 мин после кормления). При необходимости уменьшения лактации можно использовать парлодел по ранее приведенной схеме.

Для повышения *иммунологической резистентности организма* применяют:

- антистафилококковый гамма-глобулин (5 мл внутримышечно 3 раза через 1-2 дня);
- полиглобулин (3 мл внутримышечно через 1-2 дня);
- метилурацил (по 0,5 г 3 раза в день);
- пентоксил (по 0,025 г 3 раза в день);
- тактивин (внутримышечно 1 мл 0,01 % раствора 1 раз в день).

Ежедневно оценивают результаты проводимой терапии. При появлении у роженицы симптомов нагноения показано хирургическое лечение на фоне продолжающегося медикаментозного лечения.

Послеродовой метроэндометрит

Метроэндометрит является самым частым гнойно-септическим послеродовым заболеванием, которое чаще протекает в легкой форме, но может иметь и тяжелое течение с развитием послеродового сепсиса. Метроэндометрит после операции кесарева сечения, как правило, протекает в тяжелой форме, с выраженной интоксикацией и парезом кишечника. Заболевание диагностируют на основании следующих данных (табл. 6):

- оценки общего состояния и степени выраженности интоксикационного синдрома;
- результатов обследования родильницы (термометрия каждые 3 ч, измерение АД не реже 2 раз в день, измерение суточного или

Клинические и лабораторные критерии оценки степени тяжести метроэндометрита

Критерии оценки степени тяжести	Степень тяжести	
	легкая	тяжелая
Факторы риска развития гнойно-септических заболеваний	Могут иметь место	Заболевание чаще развивается на фоне осложненного течения беременности и родов
Появление клинических признаков заболевания	На 5-12-е сутки после родов	На 2-3-е сутки после родов
Состояние больной	Удовлетворительное	Средней тяжести или тяжелое
Симптомы общей интоксикации	Отсутствуют или слабо выражены	Выражены
Температура тела	Субфебрильная, возможно повышение до 38,5 °С, без ознобов	39 °С и выше, с ознобом
Кожные покровы, видимые слизистые оболочки	Обычной окраски	Гиперемированы или бледные
Язык	Чистый, влажный	Сухой, с белым налетом
Тахикардия	В пределах 90 уд/мин	Выражена, может наблюдаться брадикардия
Тахипноэ	Одышка отсутствует	Одышка
Живот	Мягкий, обычно безболезненный	Мягкий, болезненный в нижних отделах
Парез кишечника	Отсутствует	Может иметь место после операции кесарева сечения
Матка	Пальпируется увеличенная болезненная матка с нечеткими контурами, мягковатой или неоднородной консистенции, размеры не соответствуют дню послеродового периода (субинволюция)	
Лохии	Сукровичные или кровянистые, с примесью гноя	Гноевидные, с ихорозным запахом
Осмотр с помощью зеркал	Гноевидные выделения из цервикального канала; гнойный налет на швах влагалища и шейки матки	

Влагалищное исследование	Цервикальный канал проходим для пальца за область внутреннего зева Матка увеличена, мягковатой или неоднородной консистенции, не соответствует темпам ее инволюции после родов, немного болезненна при пальпации; придатки не определяются, своды свободны	Цервикальный канал проходим для пальца за область внутреннего зева. Матка увеличена, мягковатой или неоднородной консистенции, не соответствует темпам ее инволюции после родов, резко болезненна при пальпации, параметрии инфильтрированы, придатки матки могут быть увеличены и болезненны
Данные УЗИ	Матка неоднородной эхоструктуры, обычно увеличена, полость ее расширена и содержит гиперэхогенные включения на всем протяжении и жидкость	
Динамика заболевания на фоне лечения	Состояние родильницы улучшается на 2-3-й день	Симптомы исчезают постепенно, в течение 5-7 дней
Анемия	Легкой степени	Тяжелой степени
Лейкоцитоз	До 9,0-12,0- 109/л	14,0-30,0 109/л
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево	Незначительный	Выраженный
Токсическая зернистость нейтрофилов	Отсутствует	Имеет место
СОЭ	Повышена	Резко повышена
Протеинограмма	Содержание общего белка в границах нормы или немного снижено	Гипопротеинемия и диспротеинемия
Коагулограмма	Тенденция к гиперкоагуляции	Гиперкоагуляция, возможно снижение уровня фибриногена

почасового диуреза, клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, бактериологические посевы крови, мочи, грудного молока, содержимого цервикального канала и носоглотки, коагулограмма, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ).

Основное место в **лечении** послеродового метростенометрита занимает антибактериальная и дезинтоксикационная терапия; оно также должно включать витамины, спазмолитики, антигистаминные средства, иммуномодуляторы, антиоксиданты, препараты для коррекции системы гемостаза и физиотерапевтические методы - местную гипотермию, электрофорез сернокислой магнезии или сернокислого цинка (7-12 процедур). Длительность терапии зависит от степени тяжести заболевания и составляет при легкой форме 7-10 дней, при тяжелой форме - не менее 14 дней.

Антибактериальная терапия

На фоне проведения антибактериальной терапии обязателен прием противогрибковых препаратов (нистатин по 500 000 ЕД 4 раза в день, дифлюкан по 1 капсуле в день) и эубиотиков после окончания курса лечения антибиотиками.

Лечение *легкой степени* метроэндометриоза проводят по одной из нижеприведенных схем.

Схема 1. Ампициллин (внутривенно 2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день и внутримышечно по 1 г 4 раза в день) в сочетании с гентамицином (по 0,08 г 3 раза в день).

Схема 2. Цефамезин (внутривенно 2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день и внутримышечно по 1 г 2 раза в день) в сочетании с гентамицином (по 0,08 г 3 раза в день).

Схема 3. Аугментин (внутривенно 1,2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день) в сочетании с метрогилом (100 мл внутривенно капельно).

При лечении *тяжелой формы* метроэндометрита применяют одну из следующих схем.

Схема 1.

Метрогил (100 мл 2 раза в день внутривенно)

Карбенициллина динатриевая соль (2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день внутривенно и по 2 г 2 раза в день внутримышечно)

Гентамицин (по 0,08 г 3 раза в день внутримышечно).

Схема 2.

Метрогил (100 мл 2 раза в день внутривенно)

Диоксидин (60 мл 10 % раствора внутривенно)

Зинацеф (1,5 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно)

Гентамицин (по 0,08 г 3 раза в день внутримышечно)

Схема 3.

Метрогил (100 мл внутривенно)

Аугментин (1,2 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно и через 8 ч 0,6 г внутривенно струйно)

Схема 4.

Тиенам (0,5 г в 200 мл изотонического раствора 3 раза в день внутривенно)

Гентамицин (по 0,08 г 3 раза в день внутримышечно)

После окончания парентерального введения антибиотиков показан пероральный прием препаратов в течение 7 дней - ципрофлоксацина (по 0,5 г 2 раза в день) или препаратов из группы антибиотиков-макролидов (макропен, клацид, рулид).

Дезинтоксикационная терапия

Инфузионно-трансфузионная терапия при легкой степени метроэндометрита проводится в объеме 1—1,5 л в сутки в течение 5—7 дней, при тяжелой форме - в объеме не менее 2-2,5 л в сутки в течение 7-10 дней с введением растворов 2 раза в сутки.

При *легкой степени* заболевания вводят:

- изотонический раствор натрия хлорида (0,9 % 400 мл);
- раствор глюкозы (5 % 500 мл);
- аскорбиновую кислоту (5 % 5 мл);
- витамин В₁ (5 % 1 мл);
- раствор кальция хлорида (1 % 200 мл);
- раствор «Трисоль» (400 мл).

При *тяжелой степени* метрoэндометрита вводят:

- изотонический раствор (0,9 % 400 мл);
- раствор глюкозы (5 % 500 мл);
- раствор «Ацесоль» (400 мл);
- гемодез (400 мл);
- раствор кальция хлорида (1 % 200 мл)
- аскорбиновую кислоту (5 % 5 мл);
- витамин В₁ (5 % 1 мл);
- эуфиллин (2,4 % 10 мл).

По показаниям применяют плазму крови (200 мл), альбумин (10 % 100 мл) и гемотрансфузию.

РЕАНИМАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ

Реанимацию новорожденного осуществляют в родильном зале или в операционной. Объем реанимационных мероприятий зависит от состояния новорожденного, которое оценивают сразу после его рождения на основании 4 признаков живорожденности: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, двигательная активность. При отсутствии всех этих признаков ребенок считается мертворожденным. При наличии хотя бы одного из указанных признаков ребенку необходима реанимационная помощь.

Объем и последовательность реанимационных мероприятий зависят от степени выраженности трех основных признаков, характеризующих состояние жизненно важных функций новорожденного, - самостоятельного дыхания, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и цвета кожных покровов.

При оказании реанимационной помощи ребенку врач должен соблюдать принцип «терапия - шаг за шагом».

1-й этап реанимации новорожденного (шаг А, по первой букве английского слова *airways* - *дыхательные пути*) - восстановление свободной проходимости дыхательных путей и тактильная стимуляция дыхания.

Продолжительность этого шага составляет 20-25 с.

Действия врача на этом этапе следующие:

- отсасывание содержимого ротоглотки при появлении головы ребенка в родовых путях или сразу после рождения;
- отделение ребенка от матери, не дожидаясь прекращения пульсации пуповины;
- укладывание ребенка под источник лучистого тепла;
- обтирание ребенка теплой стерильной пеленкой;
- отсасывание содержимого ротоглотки, а при наличии мекония в околоплодных водах - санация гортани и трахеи ребенка под контролем прямой ларингоскопии;
- тактильная стимуляция дыхания (1-2 щелчка по пятке) при отсутствии самостоятельного дыхания после санации верхних дыхательных путей ребенка.

Дальнейшая тактика врача зависит от состояния новорожденного. При появлении у ребенка адекватного дыхания, ЧСС более 100 уд/мин и розовых кожных покровов реанимационные мероприятия прекращают, устанавливают за ним постоянное врачебное наблюдение, вводят парентерально витамин К, прикладывают к груди матери.

В случае неэффективности реанимации (нерегулярное, поверхностное дыхание, ЧСС менее 100 уд/мин, цианоз и бледность кожных покровов) переходят ко 2-му этапу реанимации.

2-й этап реанимации новорожденного (шаг В, по первой букве английского слова *breath* - дыхание) - восстановление адекватного дыхания путем проведения вспомогательной или искусственной вентиляции легких.

Продолжительность шага В составляет 20-30 с.

Врач начинает свои действия с подачи новорожденному 60 % кислородно-воздушной смеси с помощью маски и саморасправляющегося мешка (частота дыхания 40 в минуту - 10 вдохов в течение 15 с). При неэффективности масочной ИВЛ приступают к эндотрахеальной интубации.

При наличии медикаментозной кардиореспираторной депрессии одновременно с ИВЛ для стимуляции дыхания ребенку в сосуды пуповины вводят налорфин (0,01 мг/кг массы тела) или этимизол (1 мг/кг массы тела).

Дальнейшая тактика врача зависит от эффективности данного этапа реанимации. При ЧСС от 80 до 100 уд/мин продолжают ИВЛ до получения ЧСС 100 уд/мин и более. При цианозе используют 100% кислород. При ЧСС менее 80 уд/мин ИВЛ следует продолжить и начать 3-й этап реанимации.

3-й этап реанимации новорожденного (шаг С, по первой букве английского слова *cor* — сердце) — восстановление и поддержание сердечной деятельности и гемодинамики. Врач продолжает ИВЛ с использованием 100 % кислорода и одновременно проводит наружный массаж сердца в течение 20-30 с.

Техника наружного массажа сердца состоит в ритмичном надавливании пальцами (указательным и средним или большими пальцами, обхватив руками грудную клетку ребенка) на нижнюю треть грудины (чуть ниже уровня сосков) на глубину 1,5-2 см со средней частотой 120 сжатий в минуту (2 сжатия в секунду).

Дальнейшая тактика врача зависит от результатов проведенных мероприятий. Если у ребенка ЧСС повысилась до 80 уд/мин и более массаж сердца прекращают, но ИВЛ продолжают до

восстановления адекватного самостоятельного дыхания.

При сохранении у новорожденного ЧСС менее 80 уд/мин или отсутствии сердцебиения в сочетании с цианозом или бледностью кожных покровов продолжают ИВЛ и массаж сердца в течение 60 с и начинают медикаментозную стимуляцию сердечной деятельности (0,1 мл на 1 кг массы тела 0,01 % раствора адреналина эндотрахеально или в вену пуповины).

В случае, если через 30 с после введения адреналина ЧСС увеличилась до 100 уд/мин, массаж сердца прекращают, ИВЛ продолжают до восстановления у новорожденного адекватного самостоятельного дыхания.

При неэффективном действии адреналина (ЧСС менее 80 уд/мин) продолжают ИВЛ и массаж сердца, повторно вводят адреналин (при необходимости - каждые 5 мин). Если состояние новорожденного улучшается (ЧСС более 80 уд/мин), то массаж сердца прекращают, ИВЛ продолжают до восстановления адекватного самостоятельного дыхания, а если не улучшается (ЧСС менее 80 уд/мин), то ИВЛ и массаж сердца продолжают, снова вводят адреналин и по показаниям - один из растворов для восполнения объема циркулирующей крови.

Реанимационные мероприятия прекращают после восстановления у ребенка адекватного дыхания и стабильной гемодинамики. Если в течение 20 мин после рождения на фоне адекватной терапии у ребенка не восстанавливается сердечная деятельность, дальнейшую реанимацию не проводят.

Практическое занятие № 11

Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин.

1.1.Технология проведения практического занятия:

Время– 2 часа	Количество студентов – 10-12
Форма проведения занятия	Синдром гипертермии в послеродовом периоде.
Содержание занятия	Послеродовые гнойно-септические заболевания.Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при ведении гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.
Цель занятия	Ознакомить студентов с основными показателями кровотока в третьем периоде и послеродовом периоде
Задачи занятия	1. Послеродовые гнойно-септические заболевания. 2. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при ведении гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде

План учебного занятия	Показатели распространения заболеваемости. Показатели человеко-время. Отношение показателей. Оценка результатов.
Учебные методы	Занятие проводится в виде устного разбора темы – вопросы-ответы, заполнения карт программированного обучения и контроля, решения тестов.
Задачи педагога Послеродовые гнойно-септические заболевания. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при ведении гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.	В результате учебного процесса студент усваивает Послеродовые гнойно-септические заболевания. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при ведении гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.
Средства обучения	Таблицы, учебные задания, стенды, программированное пособие по эпидемиологии.
Форма обучения	Углублённый и расширенный коллективный и индивидуальный разбор учебных вопросов
Условия обучения	Учебная комната, оснащённая учебными пособиями

1.2. Технологическая карта проведения практического занятия

п/п	Содержание		Время
1.	Вводное слово преподавателя -	5 мин.	8.30-9.15
2.	Проверка исходного уровня знаний -	10 мин.	
3.	Объяснение значения и способов высчитывания показателей кровотока	30 мин.	
Перерыв		5 мин	
3.	Объяснение значения и способов высчитывания показателей превалентности	25 мин.	9.20-10.05
4.	Решение задач и тестов. - Заключение по теме, задание на дом. Задание учебно-целевых вопросов к следующему занятию. -	15 мин.	

5.		5 мин.	
----	--	--------	--

Гнойно – септические заболевания у беременных, рожениц и родильниц всегда составляли весьма важный в научном и практическом отношении раздел акушерства.

Послеродовая инфекция представляет собой типичную раневую инфекцию, которая в силу анатомических особенностей женских половых органов и их физиологических функций в процессе родов и в ранний послеродовый период имеет свои характерные особенности. Единственной и непосредственной причиной послеродовых заболеваний является инфекционная возбудимость.

Проявляется эта патология только при несоблюдении санитарно-гигиенического режима в родовспомогательных учреждениях, нарушении правил асептики и антисептики, недооценки роли органов генитальной инфекции и снижении защитных сил организма, а также при некоторых особенностях течения беременности и родов.

Различные послеродовые заболевания чаще всего возникают на фоне тех или иных факторов, среди которых ведущую роль играют затяжные роды, длительный безводный промежуток, многократные влагалищные осмотры и брюшностеночные родоразрешающие операции, а также некоторые диагностические манипуляции (амниоскопия, **прямая ЭКГ** плода и др.)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Для возникновения любого гнойно-септического заболевания, в том числе и послеродового, необходимым условием является наличие возбудителя. Динамически протекающий процесс, который возникает в результате взаимодействия двух основных систем – микро и макроорганизма – носит название послеродового септического заболевания.

При этом, наряду со свойствами микроорганизма, чрезвычайно важное значение имеют защитно - приспособительные возможности организма родильницы. В развитии послеродовых осложнений основная роль принадлежит не столько фактору инфицирования, сколько способности материнского организма противостоять инфекции. До эры антибиотиков основным этиологическим фактором послеродовых воспалительных заболеваний является стрептококк, который высевается у 50-80% больных.

После широкого внедрения антибиотиков – занял стафилакокки, его высевали в 64,5%. Другим возбудителем, часто вызывающим послеродовых заболеваний, является кишечная палочка. Нередко из полости матки высевают ассоциации двух и более микроорганизмов, которые представлены различными видами энтеробактерий и бактериями или другими сочетаниями. Аэробные бактерии без анаэробных выделены лишь в 4% случаев. При легком течении эндометриты анаэробы выявлены в 48% случаев. По данным авторов патогенный стафилакокк был обнаружен у 38% женщин из числа поступивших в родильный дом и у 60% женщин, выписавшихся после родов, причем частота гнойно-септических заболеваний у них значительно возрастала и достигла 9%.

Инфицирование госпитальными штаммами возбудителей, которые обладают высокой вирулентностью и множественной устойчивостью к антибиотикам происходит экзогенным путем. Оно может происходить как до родов (операция) когда эти штаммы вторгаются в нормальные микро биоценозы слизистых оболочек, кожи и, обладая селективными

преимуществами в условиях стационара, вытесняют представителей нормальной биомикрофлоры так и в послеродовой (послеоперационный период).

Подводя итог, следует отметить, что послеродовые гнойно-септические заболевания продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства.

Частота распространения таких форм послеродовых гнойно-септических заболеваний, как эндометрит, особенно после кесарева сечения, гнойные инфекции послеоперационных ран, не снижается.

Изложенные выше данные свидетельствуют о значительной мозаичности этиологической структуры послеродовых гнойно-септических заболеваний, что предъявляет особые требования к бактериологическому обследованию родильниц с отягощенным течением послеродового периода.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ МАСТИТ.

Воспалительное заболевание молочной железы, обусловленное инфекцией, развивающаяся после родов, и сопряженное с процессом лактации.

Крайне редко развивается мастит во время беременности. Беременные с гнойным поражением молочной железы составляют 0,5-1% по отношению ко всем больным гнойным маститом. При мастите страдает не только мать, но и новорожденный. Нарушение функции молочной железы, изменение качественного состава молока снижают сопротивляемость ребенка к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Неизбежные контакты с больной матерью повышают риск его инфицирования. Следует подчеркнуть, что методы профилактической медицины оказываются пока недостаточно эффективными в предупреждении мастита. Значение проблемы, необходимость всестороннего ее изучения в данный период – эру широкого использования антибиотиков обусловлена рядом факторов.

1. Послеродовый мастит является одним из относительно частых проявлений гнойно-септической инфекции в акушерстве.
2. В последнее десятилетие отмечается повышение частоты послеродового мастита.
3. Послеродовый мастит оказывает выраженное неблагоприятное влияние на организм матери.
4. Воздействие послеродового мастита на организм ребенка весьма неблагоприятно.
5. Длительное пребывание больной гнойным маститом в стационаре, необходимость применения дорогостоящих антибиотиков, а также других препаратов причиняют определенный ущерб.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиологии послеродового мастита посвящено значительное число исследований. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что специфического возбудителя послеродового мастита не существует. Как проявление гнойно-септической инфекции, в акушерстве мастит может быть обусловлен различными микроорганизмами, но преимущественно так называемыми гноеродными микробами.

Исходя из особенностей практики клинического течения в современных условиях, Б.А.уртовой предложил следующую классификацию послеродового мастита:

1. серозный
 2. инфильтративный
 3. гнойный
- а) инфильтративно-гнойный*

- диффузный
- узловой

б) абсцедирующий

- фурункулез ареолы
- абсцесс ареолы
- абсцесс в толще железы
- абсцесс позади железы (ретромаммарный)

в) флегманозный:

- гнойно-некротический

г) гангренозный

Клиника мастита начинается остро. При серозном мастите температура тела повышается до 38-39 °C, озноб, слабость, головные боли, боли в молочной железе.

Лечение послеродового мастита должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным. Оно должно включать антибактериальные препараты, дезинтоксикационные, десенсибилизирующие средства, методы повышения специфической иммунологической реактивности и неспецифической защиты организма, при гнойном мастите – своевременное оперативное вмешательство.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

Причиной неспецифического бактериального эндометрита являются патогенные и/или условно – патогенные микроорганизмы. При инфицировании внутренней поверхности матки поражается базальный слой эндометрия. Чаще всего острый эндометрит возникает после абортов, родов или диагностического выскабливания матки. Наличие крови, остатков децидуальной ткани, плодного яйца способствует росту микробной флоры. Воспалительный процесс может захватывать прилегающий к эндометрию миометрий.

Клиническая картина острого эндометрита проявляется, как правило, на 3-4 –й день после родов занесения инфекции. Отмечаются повышение температуры, учащение пульса, познобление; в крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. Матка умеренно увеличена, чувствительна при пальпации, особенно по бокам (по ходу крупных лимфатических сосудов). Выделения серозно-гноевидные, нередко сукровичные (длительное время), что связано с задержкой регенерации слизистой оболочки. Острая стадия эндометрита продолжается 8-10 дней, при правильном лечении процесс заканчивается, реже переходит в подострую форму. Эндометрит может протекать в легкой или abortивной форме, особенно при применении антибиотиков.

Лечение эндометрита в острой стадии заключается в назначении антибиотиков, с учетом чувствительности к ним возбудителя. Обычно начинают полусинтетические пенициллины, канамицин, гентамицин и др. Дозы и длительность применения антибиотиков определяются тяжестью заболевания. В связи с частотой присоединения анаэробов рекомендуется дополнительно применять метранидазол. При необходимости проводят инфузионную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию.

Лечение хронического эндометрита комплексное, включают терапию сопутствующих заболеваний, общеукрепляющие средства, по показаниям седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины.

Физиотерапия занимает основное место при лечении хронического эндометрита, ее проводят дифференцированно в зависимости от длительности процесса, возраста больной, функции яичников.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ САЛЬПИНГООФАРИТ

Сальпингоофарит (СО) относится к числу наиболее частых локализаций ВЗОТ. Развитие не гонорейных СО обуславливается патогенными и условно – патогенными микроорганизмами: стафилакокками (чаще золотистыми), стрептококками (В – гемолитическим, группы В), эшерихиями, энтерококками, эпидермальными стафилакокками, хламидиями.

Острый сальпингоофарит (ОСО) клиническая картина; повышение температуры, ухудшение общего состояния, сильная боль внизу живота, озноб при нагноительном характере процесса, дизурические и диспепсические проявления. В первые дни заболевания живот напряжен, болезнен при пальпации, может проявляться феномен мышечной защиты. Исследование усиливает боль, контуры придатков определяются недостаточно отчетливо (отечность, перифокальные процессы), они увеличены, пастозны, подвижность их ограничена. В картине крови отмечают сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону молодых форм и др., в протеинограмме преобладают глобулиновые фракции, ускорена СОЭ, в крови повышен уровень С- реактивного белка. Возникают изменения в нервной и сосудистой системе, особенно при выраженной интоксикации. Клинические признаки ОСО бывают выражены более или менее значительно в зависимости от степени патогенности микроба и выраженности воспалительной реакции и его характера (серозный, гнойный) .

Лечение больных в острой стадии сальпингоофарита проводят только в стационаре, где создают физический и психический покой, назначают легкоусвояемую пищу, адекватное количество жидкости, следят за функцией кишечника и выделительных органов.

Основное место в лечении острого сальпингита принадлежит антибиотикам, эффективность применения которых определяется свойствами возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам. Рекомендуются применение клиндамицина и хлорамфеникола; гентамицина с левамицетином, линкомицином или клиндамицином. В тяжелых случаях метранидозол назначают внутривенно в суточной дозе 1-1,5 г со скоростью 5 мл/ мин в течение 5-8 дней; в менее тяжелых случаях рекомендуется пероральное применение препарата по 400 – 500 мг 3 раза в день в течение 7-8 дней. При выраженных признаках интоксикации используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5 % раствора глюкозы, полиглюкина, реополиглюкина, гемодеза, белковых препаратов; общее количество жидкости 2-2,5 л). При необходимости в состав инфузионной **терапии** включают витамины, средства, корригирующие кислотно – щелочное равновесие (50-100 мл 4-5 % раствора бикарбоната натрия). Показано применение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин).

К физическим методом лечения можно отнести издавна используемый холод на надлобковую область. Холод, действующий на рецепторы указанной области кожи, оказывает болеутоляющий, противовоспалительный и гемостатический эффект. Холод применяют с перерывами. Хроническая стадия процесса характеризуется наличием инфильтратов, утратой физиологической функции слизистой и мышечной оболочек маточной трубы, развитием соединительной ткани, сужением просвета сосудов, склеротическими процессами. При длительном течении нередко возникает

непроходимость труб с образованием гидросальпинкса или без него (прекращение экссудации в связи со склерозом сосудов). Основанная жалоба – болевые ощущения (тупые, ноющие), усиливающиеся при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, до или во время менструации. Боль обычно ощущается внизу живота, в паховых областях, в области крестца, во влагалище.

Нарушения менструальной функции (обильные, болезненные менструации) наблюдаются у 40 – 55 % больных и связаны преимущественно с наступающими нарушениями функции яичников(гипофункция, ановуляция и др). Нарушения половой функции (болезненный коитус, снижение или отсутствие либидо и др). Отмечают 35 – 40 % больных. Наблюдаются расстройства секреторной функции (бели), причиной которых могут быть сопутствующие кольпит и эндоцервицит.

Лечение ХСО имеет целью достижение противовоспалительного и обезболивающего эффекта, повышение защитных сил организма, восстановление нарушенных функций половых органов и вторично возникших расстройств нервной, эндокринной и других систем организма.

АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ.

Перитонит –впослеродовом периоде в основном может быть обусловлен тремя причинами:

- ожнениями после кесарева сечения.
- обострением воспалительного процесса придатков матки;
- сепсисом;

В 98 % возникает после кесарева сечения.

Перитонит-после кесарева сечения среди всех форм гнойно – септических заболеваний после родов и абортв встречается в 4,6 – 7% случаев. Летальность остается высокой и достигает 26 – 35%. В структуре материнской летальности от септических заболеваний, на долю перитонита приходится 36,4%.

Согласно определению И.В. Давыдовского перитонитом обозначают воспаление брюшины может быть:

- острым
- хроническим
- местным
- общим.

Диагноз перитонита устанавливается на оснований местных признаков и общей реакцией организма. Перитонит после кесарева сечения имеет несколько клинических форм в зависимости от патогенеза. Он возникает вследствие неполноценности швов на матке, инфицирования брюшной полости во время кесарева сечения, при хориоамнионите у женщины или на фоне длительно неразрешающего пареза кишечника. Значительно реже перитонит может развиваться при ранении кишечника во время кесарева сечения или при разрыве гнойных образований придатков матки.

Этиология перитонита – бактериальная Чаще всего ведущая роль принадлежит кишечной флоре смешанной грамм негативной флоре, реже стафилококку.

При акушерском перитоните в зависимости от стадии может наблюдаться.

- серный

- фибринозный
- гнойный экссудат

По данным В.И. Кулакова при перитоните стафилококки были выявлены в 19,6 % случаев, кишечная палочка в 20,3 % прочие микроорганизмы в 4,7%, роста флоры не было в 39,2 % случаев. У большинства больных отмечается смешанный характер инфекции. Характер экссудата при перитоните после кесарева сечения может быть различным.

Наличие гнойного экссудата в брюшной полости всегда совпадает с клиническими признаками расхождения послеоперационного шва на матке.

Перитонит после кесарева сечения имеет все признаки послеоперационного воспаления брюшины наличие клинических проявлений, отсутствие синдрома « мышечной защиты », боли на начальных этапах заболевания, быстро развивающаяся интоксикация. Он не обусловлен деструктивным процессом кишечника. Нарушение функции кишечника обусловлена нарастающими явлениями интоксикации, особенно нарушением водно – солевого баланса, гиповолемией и нарушением микро циркуляции в сосудах желудка и кишечника.

Клиническое течение и особенности патогенеза перитонита после кесарева сечения во многом обусловлены способом инфицирования брюшины.

Течение перитонита характеризуется тремя фазами.

Первая начальная, фаза обозначаются многими авторами как реактивная. Для данной фазы характерно образование экссудата.

Вторая фаза перитонита – токсическая. Для нее характерно подавление защитных механизмов, постепенное развитие нарушений гемодинамики, микроциркуляции, функции почек, печени, нарастающая гипоксия и нарушение тканевого дыхания.

Третья фаза– терминальнаяопровождается гиповолемическим, септическим шоком нарушением сердечной деятельности.

Если в первой фазе перитонита лечение, как правило, бывает эффективным, то во второй и третьей сомнительным или неблагоприятным.

Перитонит после кесарева сечения характеризуется быстро наступающей токсической фазой, реактивная фаза выражена недостаточно. Необходимо принимать во внимание динамику патологического процесса. Однако нужно иметь в виду, что на фоне интенсивной терапии яркие проявления интоксикации могут отсутствовать. Кроме того, в современных условиях относительно часто встречаются «стертые» формы заболевания протекающие без ярких клинических признаков, но с выраженными изменениями внутренних органов и очага инфекции.

Кардинальными симптомами разлитого гнойного перитонита являются боли в животе, симптом Щеткина – Блюмберга, защитное напряжение мышц живота, рвота, паралитическая непроходимость кишечника (парез). Симптомы, обусловленные интоксикацией, не должны относиться к типичным признакам перитонита, они характеризуют фазу интоксикацией и варьируют в зависимости от качества и полноты проводимой терапии.

Тахикардия, гипотония, сухость слизистых оболочек, нарушения ритма сердца могут поддаваться коррекции и не являются патологичными для клинической картины перитонита после кесарева сечения.

Клиническая картина перитонита развивающегося на фоне хориоамнионита (имевшегося до кесарева сечения) характеризуется ранним началом (на 1-2-е сутки после операции), высокой температурой тела, выраженной тахикардией, парезом кишечника.

Защитное напряжение мышц живота отсутствует, симптом Щеткина – Блюмберга и боли в животе не выражена, рвоты не бывает. Раннее начало перитонита позволяет исключить точную причину инфицирования, как расхождение швов на матке. При динамическом наблюдений в течении 12-24 часов отмечается ухудшение общего состояния, парез кишечника принимает стойкий характер, перестает определяться его перистальтика, становятся не эффективными меры стимуляции кишечника, усиливается жажда язык становится сухим нарастает тахикардия. Появляется рвота застойными массами у 10 % больных отмечается атония желудка со значительным его расширением. Желудочное содержимое может иметь геморрагический характер, что свидетельствует о глубоком нарушении микроциркуляции в стенке желудка.

При отсутствии адекватной терапии смертельный исход наступает на 5-16-ые сутки от бактериального шока или нарастающей сердечно – сосудистой слабости на фоне гиповолемического состояния.

Определенные клинические особенности имеет перитонит, развивающийся вследствие паралитической непроходимости кишечника, при попадании инфекции в брюшную полость через кишечную стенку. Начало данной формы перитонита относится к 3-4 дню после операции. В течении первых двух дней состояние больной бывает удовлетворительным, температура субфебрильная, имеются умеренная тахикардия переходящее чувство жажды, стойкий парез кишечника. Болей в животе нет, «мышечная защита» отсутствует, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательная.

Ведущим симптомом стойко сохраняющимся, несмотря на проводимое лечение, является парез кишечника, переходящий в паралитическую непроходимость с полным прекращением перистальтики и явлениями «гробовой тишины» в брюшной полости. С этого времени состояние больной резко ухудшается:

- появляется выраженная лихорадка;
- тахикардия
- жидкий стул.

Общие принципы комплексной терапии можно сформулировать следующим образом.

- **Необходимо своевременное оперативное лечение для устранения причины перитонита;**
- Дренирование брюшной полости;
- Рациональная антибиотикотерапия;
- Дезинтоксикационная терапия;
- Нормализация объема циркулирующей жидкости;
- Парентеральное питание;
- Устранение нарушений микроциркуляции;
- Коррекция КЩС;
- Восстановление перистальтики кишечника;
- Профилактика и лечение нарушений деятельности сердца, легких, печени и почек.

Оперативное лечение показано при неполноценности послеоперационного шва на матке, при перитоните вследствие нарушения барьерной функций кишечника. Целью операции является удаление источника инфекции и дренирование брюшной полости.

Матку удаляют вместе с маточными трубами Во время операции следует уточнить форму перитонита по характеру экссудата (серозный, фибринозный, гнойный) и распространенности поражения брюшины (ограниченный, диффузный или тотальный).

Уточнение формы перитонита необходимо для решения вопроса о применении брюшного диализа.

С Е П С И С.

Сепсис представляет собой сложный комплекс клинических и патологоанатомических явлений, обусловленных реактивными свойствами микроорганизма, характером возбудителя инфекции состоянием септического очага. Сепсис является тяжелым неспецифическим инфекционным процессом протекающий на фоне измененной реактивности организма. Сепсис всегда является вторичным процессом, даже если с самого начала протекает в виде молниеносно развивающегося, не оставляющего времени для развертывания местных патологических проявлений. Этот процесс является результатом недостаточного лечения на предыдущих этапах гнойно – септического процесса.

Акушерский сепсис чаще всего возникает вследствие попадания инфекции в матку в процессе родов или в послеродовом периоде. Определенную роль играет инфицирование остатков плацентарной ткани и сгустков крови. Распространение инфекции возможно также гематогенным и лимфогенным путями. Распространению инфекции способствует наличие хронических или острых экстрагенитальных воспалительных заболеваний во время беременности и в родах, инфицирование во время родового акта (затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм, задержка частей последа в матке). Сепсис после родов протекает особенно тяжело после вирусной инфекции, перенесенной во время беременности или вскоре после родов.

Течение сепсиса зависит не только от реакций макроорганизма, которая в основном определяется свойствами иммунной защиты, но и от характера микроорганизма. Преобладание стафилококка привело к более торпидному течению патологического процесса со склонностью к поражению многих внутренних органов, устойчивости к антибактериальной терапии.

Сепсис, вызванный грамм отрицательной флорой, чаще осложняется инфекционно – токсическим шоком.

Факультативные анаэробы и бактероиды, как возбудители послеродового сепсиса чаще поражают гепатобилиарную систему, почки, вызывает гемолиз.

Аденовирусный сепсис отмечается блокадой иммунной системы женщины, что ведет к быстрому течению, отсутствию заградительной воспалительной реакции в тканях и поражению внутренних органов.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА.

<i>Патологичес. процесс</i>	<i>Клинико – лаборатор признаки.</i>
ССВО (ССВР)	Характеризуется 2 или более признаками: - температура $> 38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$, - ЧСС > 90 мин. - ЧД > 20 мин. - Лейкоцитоз в крови > 12 тыс/ мл или - < 4 тыс/мл или незрелых форм 10 %
Сепсис- системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизмов	Наличие очага инфекции и 2 или более признаков ССВО.
Сепсис синдром – сепсис сочетающийся с органной дисфункцией, нарушениями тканевой перфузии	- Головная боль; - Угнетения нервной системы, помрачение или даже потеря сознания; - Постоянно повышена температура тела. - Артериал. гипотония - Тахикардия – 120 – 130 уд..мин - тахипноэ – 30 - повышается ЦВД - увелич СОЭ - 40 – 65 мм/час лейкоцита. - Спленомегалия - В мочи появляются белок и форменные элементы . - Снижение тромбина в крови 45 – 50 %.
Септической шок – признаки тканевой и органной гипоперфузии и артер. Гипотонией, не устраняющийся с помощью инфузионной терапии.	- гипертермия $39 - 41^{\circ}\text{C}$, озноб - изменения психического состояния. - Нарушения макро и микроциркуляции - Метаболический ацидоз. - Снижение моче отделения ниже 30 мл/г. - Тромбоциты – 150 – 109/л., протромб. инд. $< 70\%$ - Креатинин $> 0,176$ ммоль/л, натрий в мочи инд < 40 ммоль/л - Увеличение АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы в 2 раза от нормы.
Рефракторный септической шок	- сохраняющая артериальная гипотония не смотря на адекватную инфузию и применение инфузионной и сосудистой поддержки.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Клиническая картина сепсиса характеризуется температурой выше 38°C или ниже 36°C , повторным ознобом, быстро нарастающей интоксикацией, вызывающей нарушения сознания: в начале наблюдается заторможенность, затем интоксикационный делирий.

Одновременно с повышением температуры развиваются выраженная тахикардия, цианоз. При исследовании больных можно контролировать гипотонию, олигоурию, протенурию. Центральное венозное давление повышено. На ЭКГ отмечаются признаки перегрузки правых отделов сердца.

Гемограмма характеризуется высоким лейкоцитозом и СОЭ, сдвигом формулы белой крови влево, нарастающей анемией редко можно наблюдать лейкопению, что обычно свидетельствует о отмеченном течении заболевания. Отмечается бледность кожных покровов с желтушным оттенком, цианоз губ и ногтей. У больных бывает частый жидкий стул. Для больных сепсисом характерно относительно быстрое снижение температуры и улучшение общего состояния на фоне интенсивной, правильно построенной комплексной терапии. Возникновение вторичных гнойных очагов сопровождается усилением лихорадки, интоксикации. Наиболее часто вторичные гнойные очаги образуются в легких, почках, печени, мозговых оболочках, мозге. Накопление определенного количества микроорганизмов в первичном очаге способствует развитию сепсиса а повторное накопление микробов в гнойном очаге снижает возможности иммунной защиты и становится одной из причин попадания микробов в кровь и образования гнойных метастазов.

Лечение. При наличии первичного очага инфекции в матке на него необходимо воздействовать активно. В случае выявления остатков последа или скопления организовавшихся сгустков крови показано их удаление кюреткой.

При отсутствии содержимого в полости матки ее следует промыть охлажденным антисептическим раствором, используя двух просветный катетер. В некоторых случаях приходится решать вопрос об экстирпации матки. Она показана при перитоните после кесарева сечения, при неэффективной консервативной терапии инфекционно – токсического шока и сепсиса с почечно-печеночной недостаточностью. Удаление матки показано также при некротическом эндометрите.

При первичном очаге в виде мастита, гнояника промежности, пост инъекционного абсцесса показано хирургическое вмешательство с эвакуацией гноя, иссечением некротизированной ткани. При тяжелом рецидивирующем мастите с интоксикацией, недостаточной эффективностью интенсивной терапии следует прекратить лактацию. Роль первичного очага у больных сепсисом сохраняется не только в первые дни заболевания, то и в последующем. Даже при хроническом сепсисе она остается ведущей.

Одновременно воздействием на очаг инфекции необходимо приступить к комплексной антибактериальной, инфузионно – трансфузионной, общеукрепляющей, десенсибилизирующей, иммунокорректирующей, симптоматической, гормональной терапии.

Особого внимания и совершенствования требует терапия антибиотиками. Чувствительность микробов к антибиотикам важный лабораторный тест, на котором строится антибактериальная терапия. **Лечение антибиотиками при сепсисе продолжается в течение и значительно дольше.** При сепсисе оправдано назначения сочетания антибиотиков в соответствии с особенностями их спектра и механизма действия.

При антибиотикотерапии сепсиса как и других тяжелых проявлений бактериальной инфекции, приходится учитывать возрастание частоты выделения устойчивых штаммов возбудителей.

ОСНОВНЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА.

<i>№</i>	<i>Название препарата</i>	<i>Однократная доза</i>	<i>Суточная доза</i>
1.	Бензилпенициллин	2 – 5 млн.ед	10 – 20 млн.ед
2.	Оксациллин	1-2,0	4 – 8,0
3.	Уназин	1,5 – 3,0	4,5 – 9,0
4.	Имипенем	0,5 – 1,0	2,0 – 4,0
5.	Аугментин	1,2	3,6
6.	Цефазолин	1,0 – 2,0	4,0 6,0
7.	Цефатоксин	1,0 – 3,0	3,0 – 6,0
8.	Цефтриаксон	1,0 – 2,0	2,0 – 4,0
9.	Аминацин	0,6	2,0
10	Сизомицин	0,6	1,8
11	Тобрамицин	0,8	2,4
12	Метрогил	0,5	1,5
13	Эфлоран	0,5	1,5
14	Клион	0,5	1,5
15	Метранидазол	0,5	1,5 – 2,0
16	Ванкомицин	0,5	2,0

Для повышения эффективности антибиотикотерапии и подавления резистентность микроорганизмов, особенно при перекрестной устойчивости, их комбинируют с сульфаниламидами и антисептическими препаратами нитрофуранового ряда (фуразолидон, солафур, фуразолин).

Для повышения специфической и неспецифической иммунобиологической реактивности организма больным с первых дней лечения переливают гипериммунную антистафилококковую плазму в дозе 100 мл через 2 дня. в/м вводят антистафилококковый гамма – глобулин по 5 мл ежедневно на курс от 6 до 10 доз). Инфузионно – трансфузионная терапия направлена на поддержание объема циркулирующей крови, устранения анемии, гипопроитенемии, коррекцию нарушений водно – электролитного и кислотно основного равновесия, гемостаза. В программе инфузионной терапии соотношение между коллоидами и кристаллоидами составляет в первые 6 дней 2:1, затем в течение 6 дней 1:1, в последующем – 1:1,5. Коррекцию волемических нарушений обычно сочетают с парентеральным питанием. Наряду с этим с целью уменьшения катаболизма назначают анаболические гормоны (ретаболил 1 раз в 3 дня).

В комплексе терапии больных входят также дегитализация гепаринотерапия, антипиретины, антиагреганты (дипиридамол, ксантинола никотинат), ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал) салуретики, витамины, антигистаминные препараты, седативные средства обезболивающие и спазмолитические препаратов. **При возникновении элементы органов больные нуждаются в специализированной хирургической помощи.**

При выборе метода воздействия на первичный очаг, при септицемии отдается предпочтение гистерэктомии. Теоретически удаление матки не всегда дает ожидаемый эффект, так как вторичные очаги поддерживают септический процесс. Однако без удаления матки и при этом форме сепсиса выздоровление невозможно. Если на фоне комплексной интенсивной терапии состояние больной не улучшается (чаще на 3-4-ые сутки), то производят гистерэктомию с придатками.

VI. Сборник ситуационных задач и заданий для практических занятий

Задача № 1

Беременная В., 33 лет, поступила в родильный комплекс 2. 10.2004г. в связи с отеками на нижних конечностях, головной болью.

Анамнез. Было три беременности. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая и третья- искусственными абортами. Настоящая беременность-четвертая. ПМ= 10 .01

Течение настоящей беременности. В 1- половине была тошнота и рвота. Женскую консультацию посетила всего – 5 раз. Месяц назад обнаружила отеки на нижних конечностях, АД повысилось до 150/ 100 мм.рт.ст. За беременность прибавила в массе 11 кг. Была 1 раз госпитализирована в ОДП в течение 2 недель. Под влиянием лечения отеки исчезли, АД нормализовалось. Несколько дней назад у беременной вновь появились отеки на ногах, небольшая головная боль, показатели АД не знает.

Общее и акушерское обследование. Температура тела 36,5. Отмечаются отеки на нижних конечностях и передней брюшной стенке. АД 170/100- 160/100 мм.рт.ст. Пульс-90 уд.в.мин. В моче белок = 0,265 г/л. Родовая деятельность отсутствует. Живот овальной формы, ОЖ=100 см, ВДМ=30см, ПВП=3000г, Размеры таза:25, 28, 30, 20 см. ИС= 14 см. Сердцебиение плода несколько приглушено, 140 уд. в. мин. Ритмичное, слева ниже пупка. Из половых путей выделений нет.

Ваш диагноз ?

Ваша тактика ?

Задача № 2.

Роженица Г., 19 лет поступила в родильный дом 20. 10. 2004г. по поводу начавшейся родовой деятельности.

Анамнез. Наследственность неотягощена. Данная беременность- первая. ПМ=15.01.2004.

Течениебеременности. В 1 половине отмечались небольшая тошнота и рвота. Две недели назад АД повысилось до 140/ 90 мм. рт. ст., выявлены отеки нижних конечностях. Женскую консультацию посещала не регулярно.

Общее и акушерскоеобследование .Общее состояние при поступлении удовлетворительное, головной боли нет, зрение ясное. Отеки на ногах. АД 140/90 –130/80 мм. рт. ст. Рост 167 см, масса тела 75 кг. В моче белок- следы.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное до 140 уд. в. мин. ПМП 3500 г. Р.Т= 35,28,30,20см. ИС=15см.

Влагалищноеисследование. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище не рожавшей женщины, шейка матки мягкая, длиной 1,5 см , цервикальный канал пропускает палец, плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу малый таз. Мыс не достижим .

VII. Перечень вопросов по видам контроля (ТК, ПК, ИК)

1. Плацента и его строение, функции
2. 500 приказ и его принципы.Партограмма.
3. Нормальный менс.цикл и его регуляция
4. Женский таз и его строение
5. Анатомия ЖПО
6. Плод как объект родов
7. Методы определения и диагностики беременности
8. Акушерские термины (вид, положение,позиция,членорасположение)

9. Периоды родов и их ведение
10. Биомеханизм родов в головном предлежание
11. Биомеханизм родов в тазовом предлежание
12. Ведение родов при головном предлежание
13. Ведение родов при ягодичном предлежание
14. Последовый период и его введение
15. Ранний послеродовый период
16. партограмма, 500 приказ
17. Протокол ведение нормальных родов

18. Гипертензивные состояние во время беременности (классификация)
19. Диф.диагностика легкой и тяжелой преэклампсии
20. Диагностика и лечение преэклампсии и эклампсии
21. Ведение женщин с тяжелой преэклампсии и эклампсии
22. Эклампсия (периоды, первичная помощь)
23. Оказание первич.помощи при преэклампсии и эклампсии.
24. Осложнение преэклампсии и эклампсии
25. Магнезиальная терапия при преэклампсии, эклампсии и методы родоразрешении
26. протокол ведения преэклампсии.

27. Классификация анемии и пиелонефрита
28. Диагностика анемии и пиелонефрита
29. Современные методы лечения анемии и пиелонефрита
30. Влияние анемии и пиелонефрита на течение беременности и родов.
31. Что такое резус конфликт, ГБН и ГБП.
32. Современные методы диагностики ГБН

33. Определение ППБ и шкала Крамера
34. Методология ЗПК.
35. Антенатальная и интранатальная диагностика ГБН.
36. Постнатальная –неонатальная диагностика ГБН
37. Определение невынашивание,преждевременных родов и перенашивание
38. Признаки недоношенности и переносности
39. Протокол ведения преждевременных родов
40. Протокол ведения Переносной Беременности

VIII. Перечень экзаменационных (общих) вопросов (включая ОСКЭ)

1. ПОНРП классификация, клиника , диагностика.
2. Причины кровотечения во III половине беременности.
3. Ди ф. диагностика ПОНРП и ПП.
4. Тактика родоразрешения при ПОНРП и ПП.
5. Причины кровотечения в послеродовом периоде.
6. Разрыв матки (признаки, диагностика, клиника)
7. Акушерские щипцы (условия показания техника)
8. Вакуум экстракция (условия показания техника)
9. Кесарево сечение (условия показания техника)
10. Плодоразрушающие операции.
11. ВИЧ инфекция у беременных диагностика, лечение.
12. Пути распространения ВИЧ инфекции у родильниц
13. Диагностика ВИЧ инфекции
14. Приказ ВИЧ инфекции
15. Анатомический узкий таз и её виды
16. Обструктивные роды
17. ССВО (клиника , диагностика. лечения.)
18. Сепсис (клиника , диагностика.лечения.)
19. Септический шок . Рефрактерный септический шок. Тактика.
20. Диагностика септического заболевания

IX. Раздаточный материал

X. Глоссарий

Аборт (выкидыш или самопроизвольное прерывание	Прерывание беременности на сроке до 22 недель
---	--

беременности)	
Асфиксия плода	Развитие патологии у плода при нехватки кислорода
Бимануальный осмотр	Осмотр матки двумя руками
Биомеханизм родов	В течение родов головка плода совершает ряд движений, приспосабливаясь к прохождению по родовым путям.
Влагалище	Внутренний половой орган женщины
Внематочная беременность	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки
Внематочная беременность (беременность в маточной трубе)	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит в полости маточных труб
Горизонтальное положение плода	Позвоночник плода образует с горизонтальной осью матки прямой угол
Имплантация	Внедрение эмбриона в слизистую матки в процессе беременности
Искусственный аборт	Искусственное прерывание беременности с помощью медицинскими манипуляциями
Конфигурация головы (форма)	Отношение максимальной ширины мозговой коробки к её максимальной длине
Криминальный аборт	Незаконное прерывание беременности
Лактация	Отделение молока грудной железой. Со 2-го-3го месяца беременности начинается гиперплазия железистой паренхимы грудной железы, продолжающаяся в течение всей беременности.
Мастит	Воспаление паренхимы и межуточной ткани молочной железы
Маловодие	Уменьшение околоплодных вод при беременности ниже нормы для данного срока
Менструальный цикл	Периодические изменения в организме женщины репродуктивного возраста, направленные на возможность зачатия
Менструация	Отторжение функционального слоя эндометрия
Насильственные разрывы матки	травматические (от грубого вмешательства во время родов или во время беременности и родов от случайной травмы
Неонатология	Раздел медицины, изучающий младенцев и

	новорожденных, их рост, развитие и их заболевания
Обвитие пуповиной	Обвитие пуповиной той или иной части тела плода
Обследование полости матки с помощью рук	Акушерская операция, которую производят с помощью рук с целью определения расположения матки и целостности ее стенок
Оперативное акушерство	Наука изучающая методов акушерских операций
Патологические роды	Роды, протекающие с различными осложнениями
Перинатальный период	Период от 28 недели беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения
Плацента	развивающийся в полости матки во время беременности орган, осуществляющий связь между организмом матери и плодом.
Поздние роды	Роды, после 40 недель беременности
Поздний токсикоз	патологическое состояние беременных, возникающее во второй половине беременности
Предлежание плода.	Предлежащей частью считается та часть плода, которая находится над входом в малый таз. Это может быть головка, тазовый конец или плечико.
Преждевременными роды	роды до 37-й недели беременности.
Разрыв матки	нарушение ее целостности во время беременности или в родах
Ранний выкидыш Или самопроизвольный аборт	Патологическое прерывание беременности
Расположение плода	отношение продольной оси тела плода к продольной оси тела матери. Различают продольное положение плода (при тазовом или головном предлежании), а также поперечное и косое положения, когда оси тел плода и матери пересекаются
Ригидность шейки матки (неполное раскрытие)	Потеря ею эластичности, замедляет её сглаживание и раскрытие шеечного канала
Родничок	Неокостеневший участок свода черепа, состоящий из остатков перепончатого скелета и соединяющий кости черепа
Роды	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
Самопроизвольные разрывы матки	происходящие без каких-либо вмешательств извне
Срочные роды	Роды в 39-40 недели беременности

Таз	Часть скелета, состоящий из четырёх костей.
Тазометр	Инструмент в виде циркуля, предназначенный для измерения наружных размеров таза , а также размер головки плода.
Фетоплацентарная система	Это комплекс, в который входят: организм плода, органы репродукции-матка и плацента, а также эмбриональные образования
Физиологические роды	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
Хориамнионит	Инфицирование оболочки последа во время родов

XI. Контролирующие материалы по дисциплине

- тесты текущего контроля знаний
- тесты промежуточного контроля знаний
- тесты итогового контроля знаний

Механизм возникновения преэклампсии?

*генерализованный эндотелиоз сосудов
 обезвоживание организма повышение АД
 повышение внутричерепного давления Отек головного мозга
 нарушение мозгового кровообращения

.Основные признаки преэклампсии?

*резкий подъем АД отеки протеинурия
 Гипертония отеки протеинурия ,боли в эпигастральной области
 АД 180/100 отеки 4-степени
 выраженная протеинурия АД 220/130 отеки 4-степени

Основные клинические признаки эклампсии?

*Тонические и клонические судороги
 протеинурия АД 190/100 жалоб нет
 боль в эпигастрии и головная боль АД 220/120
 повышение АД нарушение зрения

Сколько фаз различают при приступе эклампсии?

*три
 две

четыре

пять

Пациентка с преэклампсией поступает в род. отделение с тетанусом матки и сильной болью в животе, но без кровотечения из влагалища. При исследовании сердцебиения плода отр. Лечебные мероприятия включают, кроме:

* окситоцином

вскрытие плодного пузыря

определение кол-ва тромбоцитов

контроль за выделением мочи

В основную группу риска по развитию преэклампсии входят беременные с:

* гипертонической болезнью и заболеваниями почек

ожирением и сахарным диабетом

заболеваниями щитовидной железы

пороками сердца

Патогенетические факторы развития преэклампсии включают:

* все перечисленное

генерализованный спазм сосудов

нарушения белкового и водно-солевого обмена

высокую проницаемость сосудистой стенки

Для преэклампсии легкой степени характерны:

* отеки стоп и голеней, АД 140/90 мм рт. ст., количество белка в моче 0,99 г/л

отеки нижних конечностей, АД 130/80 мм рт. ст., содержание белка в моче 2 г/л

отеки нижних конечностей, АД 180/100 мм рт. ст., содержание белка в моче 3,3 г/л

отеки генерализованные, АД 150/90 мм рт. ст., содержание белка в моче 2,64 г/л

Тяжелая преэклампсия характеризуется:

* всеми перечисленными изменениями

выраженными симптомами триады Цангемейстера

синдромом задержки развития плода

тромбоцитопенией

При преэклампсии в моче не выявляется:

* низкий удельный вес и восковидные цилиндры

низкий удельный вес и белок

гиалиновые цилиндры

никтурия

Для диагностики преэклампсии необходимо определение:

* все перечисленные

общего белка и белковых фракций

содержания тромбоцитов и коагулограмма

суточной протеинурии и электролитного состава плазмы

Наиболее редкое осложнение, наблюдающееся у беременных при преэклампсии:

* отслойка сетчатки глаза

синдром задержки развития плода
хроническая внутриутробная гипоксия плода
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Изменение сосудов глазного дна, характерное для эклампсии:

- * отек сетчатки
- гипертоническая ангиопатия
- ретинопатия
- ангиоспазм

Принципы лечения преэклампсии включают:

- * все перечисленные принципы
- магнезиальную терапию
- гипотензивную терапию
- введение препаратов улучшающее кровообращения в ФПК

Для предупреждения припадка эклампсии применяют:

- * все перечисленное

ИТТ

- магний внутривенно
- нейролептоанальгезия
- инфузионную терапию

Принципы ведения первого периода родов при преэклампсии не включают:

- * введение сульфата магния
- обезболивание
- введение дибазола и папаверина
- перидуральную анестезию

Принципы ведения второго периода родов при преэклампсии включают:

- * все перечисленное
- введение гипотензивных препаратов
- укорочение периода изгнания
- профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии:

- * сульфат магния
- клофелин
- дибазол и папаверин
- пентамин

Наиболее эффективное гипотензивное средство, используемое в родах:

- * ганглиоблокаторы
- сульфат магния
- аминозин
- эуфиллин

Показанием к досрочному родоразрешению при тяжелых формах преэклампсии является:

- * длительное течение и неэффективность терапии
- синдром задержки развития плода

наличие незрелых родовых путей
многоводие

Срочное родоразрешение показано при:

- * тяжелой преэклампсии в случае отсутствия эффекта лечения в течение 24 ч
- Преэклампсия легкой степени и отсутствии эффекта от лечения в течение 2 нед
- преэклампсия с выраженной гипотрофией плода
- длительной и вялотекущей преэклампсии

Оптимальный вариант родоразрешения при тяжелой преэклампсии:

- * кесарево сечение
- через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности
- досрочное родоразрешение с амниотомией
- через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания

Фармакологический эффект сульфата магния включает следующее действие:

- * все указанные действия
- гипотензивное
- седативное
- мочегонное

Метод применения 25% раствора сульфата магния по схеме Бровкина при лечении гестоза:

- * 3 инъекции по 24 мл через 4 ч и последняя через 6 ч
- 4 инъекции по 24 мл через 4 ч
- инъекции по 10 мл 2 раза в сутки
- инъекции по 10 мл 4 раза в сутки через 4 ч

Внутривенное введение сульфата магния при лечении преэклампсии проводится:

- * капельно в растворе кристаллоидов
- не проводится
- струйно при высоком АД
- в дозе, не зависящей от величины АД

Жизненные показания для оперативного родоразрешения при преэклампсии:

- * все указанные
- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- повторяющиеся припадки эклампсии

Наиболее грозным симптомом преэклампсии является:

- * заторможенность
- альбуминурия 1 г/л
- значительная прибавка массы тела
- боли в эпигастральной области

Инфузионная терапия при тяжелых формах преэклампсии направлена на:

- * все перечисленное
- уменьшение гиповолемии

нормализацию микроциркуляции
улучшение реологических свойств крови

Признаком эклампсии является:

- * судороги и кома
- гипертензия
- альбуминурия и отеки
- повышенная возбудимость

Эклампсию необходимо дифференцировать от:

- * всех перечисленных заболеваний
- эпилепсии
- истерии
- гипертонического криза

Осложнением эклампсии нельзя считать:

- * преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты
- неврологические изменения
- гибель плода
- острую почечную недостаточность

Сколько фаз различают при приступе эклампсии?

- * три
- две
- четыре
- пять

ЭГЗ

Механизм возникновения преэклампсии?

- * генерализованный эндотелиоз сосудов
- обезвоживание организма
- повышение АД
- повышение внутричерепного давления
- Отек головного мозга
- нарушение мозгового кровообращения

Основные признаки преэклампсии?

- * резкий подъем АД
- отеки
- протеинурия
- Гипертония
- отеки
- протеинурия
- боли в эпигастральной области
- А/Д 180/100
- отеки 4-степени
- выраженная протеинурия
- А/Д 220/130
- отеки 4-степени

Основные клинические признаки эклампсии?

- * Тонические и клонические судороги
- протеинурия
- А/Д 190/100
- жалоб нет
- боль в эпигастрии и головная боль
- А/Д 220/120
- повышение АД
- нарушение зрения

Сколько фаз различают при приступе эклампсии?

- * три
- две
- четыре
- пять

Пациентка с преэклампсией поступает в род. отделение с тетанусом матки и сильной болью в животе, но без кровотечения из влагалища. При исследовании сердцебиения плода отр. Лечебные мероприятия включают, кроме:

- * окситоцином

вскрытие плодного пузыря

определение кол-ва тромбоцитов

контроль за выделением мочи

В основную группу риска по развитию преэклампсии входят беременные с:

- * гипертонической болезнью и заболеваниями почек

ожирением и сахарным диабетом

заболеваниями щитовидной железы

пороками сердца

Патогенетические факторы развития преэклампсии включают:

- * все перечисленное

генерализованный спазм сосудов

нарушения белкового и водно-солевого обмена

высокую проницаемость сосудистой стенки

Для преэклампсии легкой степени характерны:

- * отеки стоп и голеней, АД 140/90 мм рт. ст., количество белка в моче 0,99 г/л

отеки нижних конечностей, АД 130/80 мм рт. ст., содержание белка в моче 2 г/л

отеки нижних конечностей, АД 180/100 мм рт. ст., содержание белка в моче 3,3 г/л

отеки генерализованные, АД 150/90 мм рт. ст., содержание белка в моче 2,64 г/л

Тяжелая преэклампсия характеризуется:

- * всеми перечисленными изменениями

выраженными симптомами триады Цангемейстера

синдромом задержки развития плода

тромбоцитопенией

При преэклампсия в моче не выявляется:

- * низкий удельный вес и восковидные цилиндры

низкий удельный вес и белок

гиалиновые цилиндры

никтурия

Для диагностики преэклампсия необходимо определение:

- * все перечисленные

общего белка и белковых фракций

содержания тромбоцитов и коагулограмма

суточной протеинурии и электролитного состава плазмы

Наиболее редкое осложнение, наблюдающееся у беременных при преэклампсии:

- * отслойка сетчатки глаза

синдром задержки развития плода

хроническая внутриутробная гипоксия плода

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Изменение сосудов глазного дна, характерное для эклампсии:

* отек сетчатки

гипертоническая ангиопатия

ретинопатия

ангиоспазм

Принципы лечения преэклампсии включают:

* все перечисленные принципы

магнeзиальную терапию

гипотензивную терапию

введение препаратов улучшающее кровообращение в ФПК

Для предупреждения припадка эклампсии применяют:

* все перечисленное

ИТТ

магнeзий внутривенно

нейролептоанальгезия

инфузионную терапию

Принципы ведения первого периода родов при преэклампсии не включают:

* введение сульфата магния

обезболивание

введение дибазола и папаверина

перидуральную анестезию

Принципы ведения второго периода родов при преэклампсии включают:

* все перечисленное

введение гипотензивных препаратов

укорочение периода изгнания

профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии:

* сульфат магния

клофелин

дибазол и папаверин

пентамин

Наиболее эффективное гипотензивное средство, используемое в родах:

* ганглиоблокаторы

сульфат магния

аминозин

эуфиллин

Показанием к досрочному родоразрешению при тяжелых формах преэклампсии является:

* длительное течение и неэффективность терапии

синдром задержки развития плода

наличие незрелых родовых путей

многоводие

Срочное родоразрешение показано при:

- * тяжелой преэклампсии в случае отсутствия эффекта лечения в течение 24 ч
- Преэклампсия легкой степени и отсутствии эффекта от лечения в течение 2 нед
- преэклампсия с выраженной гипотрофией плода
- длительной и вялотекущей преэклампсии

Оптимальный вариант родоразрешения при тяжелой преэклампсии:

- * кесарево сечение
- через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности
- досрочное родоразрешение с амниотомией
- через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания

Фармакологический эффект сульфата магния включает следующее действие:

- * все указанные действия
- гипотензивное
- седативное
- мочегонное

Метод применения 25% раствора сульфата магния по схеме Бровкина при лечении преэклампсии:

- * 3 инъекции по 24 мл через 4 ч и последняя через 6 ч
- 4 инъекции по 24 мл через 4 ч
- инъекции по 10 мл 2 раза в сутки
- инъекции по 10 мл 4 раза в сутки через 4 ч

Внутривенное введение сульфата магния при лечении преэклампсии проводится:

- * капельно в растворе кристаллоидов
- не проводится
- струйно при высоком АД
- в дозе, не зависящей от величины АД

Жизненные показания для оперативного родоразрешения при преэклампсии:

- * все указанные
- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- повторяющиеся припадки эклампсии

Наиболее грозным симптомом преэклампсии является:

- * заторможенность
- альбинурия 1 г/л
- значительная прибавка массы тела
- боли в эпигастриальной области

Инфузионная терапия при тяжелых формах преэклампсии направлена на:

- * все перечисленное
- уменьшение гиповолемии

ХII. Темы рефератов

Акушерлик ва гинекология кафедрасининг талабаларнинг илмий ва уқув ишлари

№	Мавзунинг номи	Иктидорли талабалар И.Ф.О.	Гуруҳ	Илмий рахбар
1.	Анкетирование женщин после перенесших различных видов абортів	Рахимова Машхура	601-гуруҳ	Ихтиярова Г.А.
2.	Течение беременности и родов у женщин с варикозной болезнью	Саидов Шавкат	705-гуруҳ	Саркисова Л.В.
3.	Особенности течения преэклампсии на фоне хронической гипертензии	Узокова Нигора	606-гуруҳ	Туксанова Д.И.
4.	Роль изучения почечного кровотока и концентрации мочевой кислоты в крови и моче в диагностике преэклампсии	Болтаева Нигора	603-гуруҳ	Ахмедов Ф.К.

ХIII. Инновационные образовательные технологии: перечень технических средств программного обеспечения и электронных обучающих материалов

- электронные учебники
- прикладные компьютерные программы
- видеоматериалы
- аудиоматериалы

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

- 1.Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Метод «круглого стола»

По кругу пускается лист бумаги с заданием.Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных оценивают знания студента.

Метод «группового расследования» Группе предлагаются 2-3 темы полемического характера, для решения которых необходима использовать дополнительную литературу или данные доказательной медицины, интернет. Время для сбора информации 3-4 дня. Лучший вариант ответов, доказанный студентами, получит максимальный балл.

Метод «снежков»

Две группы студентов совместно обсуждают одну проблему или ситуацию с целью набора наибольшего числа правильных ответов.

Каждый правильный ответ записывается как балл этой группе в виде «снежков». Группе получившей наибольшее число баллов, ставят отличные оценки. Этот метод может быть организован с применением ОКП.

Метод «пчелиный рой». Предназначен для обсуждения проблемы либо всей группой либо 2 малыми группами. Задания могут быть разными или одно задание дается на все группу. В течение 10-15 мин. Группы обсуждают решение проблемы и докладывают коллегам. Выбирается лучший вариант.

«Мозговой штурм»

Основные положения методики

- никаких замечаний и критических высказываний, которые мешают формировке идей;
- приветствие парение мысли, учитывая что чем необычнее идея, тем они лучше;
- получение наибольшего числа предложений;
- комбинация идей и их развитие;
- краткие высказывания без развернутой аргументации;
- деление группы на тех, кто генерирует идеи и тех, кто их обрабатывает.

Эта методика учит аргументировать, отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решения в любой ситуации, строить общение, убеждать оппонентов в верности отстаиваемой позиции.

Метод «круглого стола»

По кругу пускается лист бумаги с заданием.Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных-оценивают знания студента.

Метод «ручка на середине стола».

Предлагается задания всей группе, например: Осложнения и исходы при вирусных гепатитах. Каждый студент записывает на листе один вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передвигает на середину стола Педагог, контролирует работу группы и участие в ней каждого; общий вариант записывается на тетрадь.

Метод «группового расследования» Группе предлагаются 2-3 темы полемического характера, для решения которых необходима использовать дополнительную литературу или данные доказательной медицины, интернет. Время для сбора информации 3-4 дня. Лучший вариант ответов, доказанный студентами, получит максимальный балл.

**XIV. Учебники, учебные пособия, учебно-методические
рекомендации, курс лекций, конспект лекций,
подготовленные разработчиком УМК**

О`қув – услубий қо`лланмалар

№	Уқув – услубий кулланма	Нашр йили	Муаллиф
1	«Хомиладорликнинг муддатига этмаслиги ва муддатидан утиб кетиши»	Бухоро 2015 й	Ихтиярова Г.А.
2	«Нормал хайз сикли. Аменорея. Нейроендокрин синдромлар »	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
3	«Ривожланмай колган хомиладорлик ва уни замонавий тушириш усуллари»	Бухоро 2015 й	Ихтиярова Г.А.
4	«Хомиладорликнинг биринчи ярмида кон кетишлар. Базадондан ташкари хомиладорлик. Ривожланмай колган хомиладорлик.»	Бухоро 2015 й	Ихтиярова Г.А.
5	«Диагностика и лечение эктопической беременности»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
6	«Железодеефитситная анемия беременны »	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
7	«Ектопик хомиладорлик диагностика ва даволаш принциплари»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
8	«Современные аспекты инфузионной терапии у беременных и родилниц с пreekлампсией тя желой степени»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.
9	«Дифференсированные методы прерывания беременности при гибели плода в различных сроках гестатсии »	Бухоро 2011 й	Ихтиярова Г.А.
10	«Аёллар жинсий аъзоларининг анатомияяси гинекологик касалликлар	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.

	пропедевтикаси»		
11	«Дисфункционал бачадон кон кетишлари»	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
12	«Хомиладорликнинг муддатига этмаслиги ва муддатидан утиб кетиши, тугрук индуксияси. Хомила пуфагининг маддутидан олдин ёрилиши.»	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
13	«Кровотечения в первой половине беременности. Хронологическая карта занятия.»	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
14	«Болезни почек у беременных и родилнитс»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.
15	«Хомиладорлик давридаги ва тугрукдан кейинги буйрак касалликлари»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
16	«Хомиладорлик давридаги ва тугрукдан кейинги буйрак касалликлари»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
17	«Хомиладор аёлларда темир танкислислиги анемияси»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
18	«Прееклампсия и гипертензивные расстройства беременности »	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
19	«Бепуштлик »	Бухоро 2010 й	Ихтиярова Г.А.

О`қув қўлланмалар

№	Уқув кулланма	Нашр йили	Муаллифлар
1	«Сетринское дело в акушерстве»	Тошкент 2011 йил. Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамаси томонидан литсензия	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н., Каримова Н.Н.,

		берилган нашрётларда нашрга рухсат бирилди. № 234-103	Саркисова Л.В.
2	«Сетринское дело в гинекологии »	Тошкент 2011 йил. Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамаси томонидан литсензия берилган нашрётларда нашрга рухсат бирилди. № 234-103	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н. Каримова Н.Н., Саркисова Л.В.

№	Монография	Муаллифлар	Нашр йили
1	«Гемодинамические изменения у родивших перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация »	Ихтиярова Г.А.	Бухара 2015 й
2	«Беременность и роды при пороках сердца »	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.	Тошкент 2009 й

XV. Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов

Мустакил иши мавзуларига хос 10 та услубий кулланма мавжуд

XVI. Перечень практических навыков по каждой дисциплине

1. СБОР АНТЕНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА

Подготовьте необходимые инструменты.

Вежливо и доброжелательно поприветствуйте женщину и представьтесь сами.

Предложите женщине сесть.

Расскажите ей, что вы собираетесь сделать, поощряйте ее желание задавать вопросы.

Внимательно слушайте то, что вам говорит женщина.

АНАМНЕЗ.

Спросите женщину об ее самочувствии и немедленно примите меры в случае возникновения неотложных проблем.

Попросите женщину назвать свое имя, возраст, количество предыдущих беременностей, число детей, длительность и периодичность менструального цикла и методы контрацепции, которыми пользовалась она.

Подсчитайте предполагаемую дату родов.

Задайте женщине вопросы о проблемах, возникавших при предыдущей беременности.

Спросите женщину, принимала ли она лекарственные препараты.

Спросите женщину, употребляла ли она алкоголь или курила.

Спросите женщину о наличии или отсутствии ВИЧ инфекции.

Спросите о наличии противостолбнячного вакцинирования.

Спросите о проблемах общего состояния здоровья.

Спросите женщину о наличии социальной поддержки.

Спросите женщину о других проблемах или волнующих ее вопросах, связанных с беременностью.

Запишите полученную информацию в обменной/антенатальной карте женщины.

2. МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

1. Спросите женщину, необходимо ли ей опорожнить мочевой пузырь. При необходимости, возьмите мочу на анализ.

2. Проведите общий осмотр женщины.

3. Помогите ей расположиться на смотровом кресле, подложите подушку ей под голову и плечи.
4. Тщательно вымойте руки водой с мылом и высушите их.
5. При проведении осмотра объясняйте женщине каждое свое действие.
6. Измерьте артериальное давление и частоту дыхания.
7. Осмотрите конъюнктиву женщины на предмет бледности.
8. Осмотрите молочные железы (только при первом посещении).
9. Осмотрите живот и измерьте высоту стояния дна матки.
10. Определите положение и предлежание плода. (после 36 недель гестации).
11. Прослушайте сердцебиение плода (2 и 3 триместры).
12. Наденьте глубоко продезинфицированные перчатки на обе руки.
13. Произведите осмотр наружных половых органов на предмет болезненных ощущений и опухания (только при первом посещении или при необходимости).
14. Осмотрите половую щель на предмет кровотечения или отклоняющихся от нормы выделений (только при первом посещении или при необходимости).
15. Проверьте, нет ли признаков травмы в области влагалища (только при первом посещении) при необходимости.

16. Опустите руки в перчатках в 0,5% хлорный раствор:

снимите перчатки, выворачивая их наизнанку.

При утилизации перчатки помещаются в герметичный контейнер или пластиковый пакет.

Для повторного использования перчаток продезинфицируйте их 0,5% хлорном растворе в течение 10 мин.

тщательно помойте руки водой с мылом и высушите их чистым, сухим полотенцем.

17. Запишите полученные результаты медицинского осмотра в обменную/ антенатальную карту женщины.

03.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ РОДОВ

По первому дню последней менструации (по Негеле): от этой даты отсчитывают назад 3 календарных месяцев и прибавляют 7 дней

По овуляции: к первому дню последней менструации прибавляют 14 дней (срок предполагаемой овуляции и зачатия) и затем прибавляют 280 ± 7 дней.

По первому шевелению плода: к дате первого шевеления плода у первобеременных прибавляют 20 недель, у повторнобеременных – 22-23 недель

По дате первой явки к врачу: в раннем сроке беременности к этой дате прибавляют к установленному сроку гестации недостающие недели до 40 и получают дату родов

По объективным данным: на момент осмотра устанавливают срок беременности и, прибавляя недостающие недели до 40, определяют дату родов

4. МЕТОДИКА НАРУЖНЫХ ПРИЕМОВ АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО

1. Беременная укладывается на кушетку в положение на спине с вытянутыми ногами. Врач садится рядом справа то женщины.
2. 1 прием – ладонные поверхности обеих рук располагают плотно на дно матки таким образом, что ногтевые фаланги обращены друг к другу. Этим приемом определяют высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне.
3. 2-й прием – руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Бережно надавливают ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют в какую сторону обращены спинка плода и мелкие части, т.е. позицию плода. При 1 позиции спинка обращена в левую сторону матки, при 2 позиции - в правую
4. 3-й прием – правой рукой охватывают предлежащую часть плода, после чего осторожно производят движение этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить что предлежащее часть плода.
5. 4-й прием – исследующей становится лицом к ногам беременной и кладет руки плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенными ко входу в таз, осторожно и медленно проникают между предлежащей частью и боковые отделами входа в таз и пальпируют доступные участки предлежащей части. Этим приемом определяют предлежащую часть и ее отношение к тазу.

5. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ВЕСА ПЛОДА

1. При обследовании беременной женщины определяется окружность живота и высота стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты.
2. Женщину укладывают на кушетку в положении лежа на спине, врач стоит сбоку лицом к её животу
3. Сантиметровой лентой опоясывается туловище женщины спереди на уровне пупка, а сзади – на середину поясничной области и определяют длину окружности живота, которая в конце беременности достигает 100 см.
4. Высота стояния дна матки измеряется путем прикладывания начала сантиметровой ленты одной рукой к середине верхнего края лонного сочленения до верхней границы дна матки, которое определяется ребром ладони другой руки. В конце беременности в норме она равна 32 см.

5. Длину окружности живота умножают на высоту стояния матки и определяется предполагаемый вес плода $100 \times 32 = 3200$ гр.

6. АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА

Аускультация плода производится стетоскопом, который прикладывается к животу женщины.

При затылочных положениях сердцебиение выслушивается ниже пупка, при тазовых – выше пупка, при поперечных положениях – на уровне пупка ближе к головке.

При 1 позиции сердцебиение выслушивается слева, при 2 – справа, при потуга – над лобком.

При аускультации стетоскоп должен располагаться строго перпендикулярно, т.е. под прямым углом к предполагаемой спинке плода, широкая воронка плотно прикладывается к животу беременной, а к другому концу – ухо врача. При выслушивании не следует трубку придерживать рукой, так как при этом нарушается проводимость звука по стетоскопу.

В норме сердцебиение 120-160 ударов в минуту, ритмичное, ясное.

7. РАЗМЕРЫ ГОЛОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

1.Малый косой размер – от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка – 9,5 см. Окружности 32 см.

2.Средний косой размер от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба – 10 см. Окружность – 33 см.

3.Большой косой размер от подбородка до затылочного бугра – 13-13,5 см. Окружность 38-42 см.

4.Прямой размер – от надпереносья, глабеллы до затылочного бугра – 12 см. Окружность – 34 см

5.Вертикальный размер – от вершины темени до подъязычной области 9,5 см. Окружность – 33 см.

6 Большой поперечный размер – наиболее отдаленные точки теменных костей – 10 см.

7. Малый поперечный размер – наиболее отдаленные точки венечного шва – 8 см.

8. ИЗМЕРЕНИЕ ЖЕНСКОГО ТАЗА

1.Женщину укладывают на кушетку, на спину с обнаженным животом, ноги вытянуты и сведены вместе.

2.Измерение таза производят тазомером

3. Дистантиа спинарум – расстояние между передневерхними остями подвздошных костей и равно 25-26 см. пугови тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.

Дистантиа сристарум – расстояние между наиболее отдаленными точками наружных поверхностей гребешков подвздошных костей; равняется 28-29 см. пугови тазомера прижимают к гребням подвздошных костей.

Дистантиа трочантериса – пугови тазомера накладывают на наиболее выступающую часть вертела обеих бедренных костей; равняется 31-32 см.

4. Сонгата эхтерна – наружная конъюгата, измерение производится в положении на боку, нижележащая нога должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом, а верхняя – вытянута. Одну пугови тазомера прижимают в верхнему углу ромба Михаэлиса, другую – прикладывают к середине верхненаружного края симфиза; равняется 20-21 см.

5. По наружной конъюгате можно судить о размере истинной конъюгаты – С. Вера. Для этого от размера С. эхтерна $20 \text{ см} - 9 \text{ см} = 11 \text{ см}$. (Разница между конъюгатами 9 см зависит от толщины костей и мягких тканей).

6. Косой размер – от спина илиаса anteriор супериор одной стороны до крестцовоподвздошного сочленения другой стороны – 17-18 см.

9. ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЪЮГАТЫ У БЕРЕМЕННЫХ

1. Пациентку укладывают на гинекологическое кресло, ногами согнутыми в тазобедренных и коленных суставах

2. На руки надевают перчатки.

3. Пальцами, введенными во влагалище, опуская локоть вниз, пытаются достичь кончиком среднего пальца до вершины мыса, ребро ладони упирается в нижний край симфиза.

4. Указательным пальцем левой руки отмечают на правой руке место соприкосновения с краем симфиза

5. Не отнимая пальца от намеченной точки, руку из влагалища извлекают и измеряют тазомером или сантиметровой лентой расстояние от кончика среднего пальца до метки на указательном пальце.

6. С. диагоналис. – расстояние от нижнего края симфиза до мыса крестца, определяемое при влагалищном исследовании равно – 13 – 13,5 см

10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

1-установите показания к вагинальному осмотру

2-объясните женщине о необходимости проведения осмотра

3-наденьте стерильные перчатки

4-уложите женщину с согнутыми в коленном и тазобедренном суставах на кушетку

5-произведите вагинальный осмотр

6-определите консистенцию шейки матки : плотная- 0, размягчена до области внутреннего зева- 1, мягкая – 2

7-определите длину шейки матки : более 2 см- 0, 1-2 см- 1, менее 1 см – 2.

8- проходимость шеечного канала : наружный зев закрыт или пропускает купол пальца -0, канал проходим до внутреннего зева – 1, канал проходим за внутренний зев – 2

9-определите положение шейки матки по отношению к оси таза: отклонена кзади – 0, отклонена кзади или кпереди- 1, по продольной оси- 2

10-итог: 0-2 балла – шейка «незрелая»

3-4 балла- шейка « недостаточно зрелая»

5-8 балла- шейка «зрелая»

11- снимите перчатки, вымойте руки, сделайте запись в историю родов

11.ОПИСАНИЕ ПАРТОГРАММЫ

Партограмма – схематическое описание родового процесса, состоит из 10 блоков

Заполните в **1 блоке** партограммы ФИО больной, диагноз, дату и время поступления

2 блок- характеризует сердцебиение плода и пульс женщины

3 блок- состояние плодного пузыря : целый плодный пузырь –И (интаст)

чистые воды- С(слепар)

воды с меконием – М(мисонй)

воды с кровью – Б(блоод)

Конфигурация головки: стреловидный шов определяется хорошо- 0

стреловидный шов определяется плохо -+

отмечается незначительное захождение теменных костей друг на друга- ++

выраженное захождение теменных костей друг на друга- +++

4 блок - укажите время начала родов, состояние шейки матки, расположение головки относительно плоскостям малого таза, в случае открытия шейки матки до 3 см, расположите опознавательные знаки на линии латентной фазы, в случае открытия шейки матки более 5 см, расположите опознавательные знаки на линии активной фазы. В динамике вписывайте знаки в партограмму каждые 4 часа. Если знаки выходят за линию бдительности, необходимо вновь

произвести осмотр, оценить родовой процесс, в случае если ваши знаки вышли на линию действия необходимо принять оперативные меры.

5 блок - укажите количество и интенсивность схваток за 10 минут

6 блок - укажите вводимые лекарственные препараты

7 блок- укажите систолическое и диастолическое артериальное давление женщины на обоих руках, температуру тела, показатели анализа мочи

8 блок - оцените состояние новорожденного, пол, вес, длина

10- 9 блок- продолжительность 3 периода родов, охарактеризуйте плаценту

11- Впишите показания осмотра родовых путей. Если были произведены хирургические манипуляции, опишите их

12- 10 блок- течение раннего послеродового периода и перевод в послеродовое отделение

12.АМНИОТОМИЯ

определите показания к проведению амниотомии

сообщите женщине о предстоящей манипуляции

произведите обработку промежности и влагалища

введите во влагалище указательный и средний палец и оцените состояние шейки матки

Под контролем пальцев введите браншу пулевых щипцов через влагалище и вскройте плодный пузырь

пальцами разведите околоплодные оболочки

Удалите пальцы после опускания предлежащей части плода

оцените характер и количество околоплодных вод

выслушайте повторно сердцебиение плода

13.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАРА

1. Оценка проводится в первую минуту и через 5 минут после рождения по пяти признакам: сердечный ритм, дыхательная активность, рефлекторная возбудимость, мышечный тонус, окраска кожи.

2. Каждый признак оценивается по трехбалльной системе: 0, 1, 2.

3. Всё складывается и определяется состояние новорожденного.

4. Здоровые новорожденные имеют по этой шкале оценку 10-7 баллов.

5. Дети рожденные в легкой асфиксии, получают оценку 6-5 баллов.

6. Дети с проявлениями асфиксии средней тяжести 4-5 баллов.
7. При тяжелой асфиксии – оценка 1-3 баллов.
8. При клинической смерти – оценка 0

14. ПЕРЕРЕЗКА И ОБРАБОТКА ПУПОВИНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Обработка пуповины отростка производится в два этапа.

Первый шаг: после рождения ребенка на пуповину накладывают два зажима Кохера, на расстоянии 10-12 см от пупочного кольца, между зажимами пупок пересекается.

Второй этап: после отделения ребенка от матери моют руки с мылом под струей теплой воды и обрабатывают их одним из антисептических растворов.

Остаток пуповины протирают салфеткой, смоченной 96%-ным спиртом, и туго отжимают указательным и большим пальцами, и туго завязываем шелковой нитью или накладывают скобку Роговина.

На пуповинный отросток накладывают повязку, используя для этого треугольную салфетку. Перед переводом новорожденного из родильного зала в детскую палату необходимо проверить правильности наложения лигатуры.

15. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА

Процедура производится на родильной кушетке

Признак Шредера: после отделения плаценты матка округляется и уплощается и над отслоившейся плацентой её дно подымается выше в виде песочных часов

Признак Альфельда: отделившийся плацента опускается на 8-10 см ниже от вульварного кольца.

Признак Кюстнера-Чукалова: если надавить рукой над симфизом, то пуповина при неотделившейся плаценте уходит. Если плацента отделилась пуповина остается на месте.

Признак Микулича: отделившаяся плацента опускается во влагалище, появляется позыв на потугу.

XVII. Список литературы по освоению предмета:

-основная литература

-дополнительная литература

-список монографий

-список диссертаций

-список литературы на кафедре, читального зала и ИРЦ института

-литература на сайте института

-сайты «Интернета»

Основная Литература

1. Жаббарова Ю.К. , Аюпова Ф.М. – Акушерлик , Тошкент , 2009 й.
2. Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Акушерлик амалиети, Тошкент, 2000 й.
3. Кодирова А.А. , Каттаходжаева М.Х. – Акушерликдаги жаррохлик амалиети, Тошкент , 1999 й.
4. Закиров И.З., Бадриддинова М.С.. Нормал акушерлик. Самарканд, 1991.- 116
5. Закиров ИЗ., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].
6. Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с
7. Закиров ИЗ.Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.-235с
8. Семейная медитсина /Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара, 1996.
9. Справочник врача общей практики. - Мерта. Англия, 1998.
10. Айламазян ЭК. Акушерство- С.Петербург, 2002 г.
11. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. А.Н. Стрижакова. М.Медитсина 2000.
12. Практическое акушерство. Кадирова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Ташкент. 2001
13. Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в акушерской практике э.К. Айламазян. СПб, 2002.
14. Акушерство. Савелева Г.М. Москва. 2002
15. Акушерство. Учебник для медитсинских вузов. Э.К. Айламазян. СПб. СпетсЛит. 2003, 528 с.
16. Акушерство Бодяжина В.И., Семенченко. М. 2004
17. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236 с.
18. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ 2004
19. Акушерство и гинекология. Под редакцией Г.М. Савелевой М. 2008
20. Клиническое руководство по ведению болных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008
21. Клиническое руководство по ведению болных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008
22. Клиническое руководство по ведению болных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

Дополнительная литература

1. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушерок. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
2. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
3. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007
4. Неонатология. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
5. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушерок ВОЗ.
6. Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
7. Экстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медицина. 2005.
8. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинимоρφологических сопоставлений. Руководство для врачей. В.А Синзерлинг, В.Ф. Мелникова «ЕЛБИ- СПб Санкт-Петербург 2002
9. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка Перевод с англ. Под редакцией А.В Михайлова. Издательство «Петрополис» СПб. 2003.
10. 8. Гйнессолой ин Примарй Гаре РОГЕР П .СМИТХ, М.О. Уиллиамс эт Уилкинс А. Уаверлй компанй 1996.
11. 9. УИЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США
12. 10. [Пелвис анд Перинеум](#). Братхеръс Уиллиамс. Университй оф Пхиладелпхй.2004.
13. 11. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков, Серов, Москва. 2006.
14. 12. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. А.Г. Таранов. Москва. 2004.с 13-40.
15. Гинекология по эшелю Новаку. Дж. Берек, И. Адаши, П. Хиллард. Москва, 2002.
16. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. 1998.
17. Меррей энкин, М. Китре, Дж. Нейлсон. (пер с англ. Под ред. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. СПб, 2003.
18. Профилактика инфекций. Рук-во для медучреждений с ограниченными ресурсами Л. Тинджер, Д. Босметр, Н. Макинтош. ЖХПНГО, 2004.
19. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.
20. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Издание третье УНФПА 2004.
21. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции Издание второе УНФПА 2004.
22. Шехтман Т.К. экстрагенитальная патология и беременность - Ташкент 1991.
23. Шевченко Т.К. Крупный плод в современном акушерстве. Ташкент 1991.
24. Магзумов Б.Х., Рассадина М.В. «Кесарево сечение»/ Метод. рекомендации. // Т., 2002.
25. 4 .Мавлянова Ш.К., Саидкариев Б.К. Перенашивание беременности / Метод. рекомендации. // Т., 2001.
26. Е.А. Чернуха. Родовой блок. М., 2001.
27. Савелева Г.М. Акушерство-М: Медицина 2000 .
28. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М: Медицина. 1997.

Список монографий

№	Монография	Авторы	Нашр йили
1	«Гемодинамические изменения у родильниц перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация »	Ихтиярова Г.А.	Бухара 2015 й
2	«Беременность и роды при пороках сердца »	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.	Тошкент 2009 й

Литература на сайте института Сайты «Интернета»

бухдти.уз

зиёнет.уз

@висенна.уз

Акушерлик ва гинекология кафедраси сайти

www.обгйнбухми.народ.ру

www.меди.ру, www.медлинкс.ру, www.обгйн.нет, www.медscape.com,
www.медланд.ру, www.мед-либ.ру, www.спеслит.спб.ру, www.сочране.орг,
www.ксмед.ру/пат/гйнесологй, www.медсан.ру, www.медтм.ру/гйн.хтмл,
www.дир.русмедсерв.ком/индекс /спесиалитй, www.хеалтхуа.ком/партс/гйнаесологй

XVIII. Аннотация

В настоящем руководстве по акушерству представлены все аспекты современных методов диагностики, лечение, профилактики акушерских заболеваний. Авторы обобщили новейшие достижения в этой области на основе зарубежных и отечественных исследований. В разделе о нарушении менструального цикла особое внимание уделено рилизинг-системам, которые для некоторых категорий женщин могут стать альтернативными методами, а также применению различных гормонов для лечения и профилактики гинекологических заболеваний, при нарушениях менструального цикла, воспалительных заболеваниях и при доброкачественных опухолях матки и яичников.

В руководстве также представлены особенности контрацепции в различные периоды жизни женщины и при некоторых эндокринных заболеваниях. Отдельная глава посвящена вопросам бесплодия. Внимание читателей обращено на особенности обследования и наблюдения до и в процессе лечения, а также на методику и организацию консультирования пациенток. В книге приводятся последние рекомендации ВОЗ (2012) медицинских критериев приемлемости методов диагностики и лечения.

Руководство предназначено для студентов, клинических ординаторов, магистров, акушеров-гинекологов, эндокринологов, а также для врачей других специальностей, интересующихся данными проблемами

XIX. Сведения об авторах

Туксанова Дилбар Исматовна

2014 год с 5 апреля:

**Ассистент кафедры “Акушерства и гинекология” Бухарского государственного
медицинского института**

Год рождения:

29.06.1975

Место рождения:

город Бухара

Национальность:

узбечка

Партийность:

Миллий тикланиш

Образование:

высшее
институт (кундузги)

Закончила:

1998 г. Бухарский государственный медицинский

Образование по специальности:

лечебное дело, врач

Научная степень:

Кандидат медицинских наук

Научное звание:

нет

Какими иностранными языками владеет:

Русский язык

Награждение государственными наградами (какими):

нет

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

1990-1992 г. – Бухарская городская больница младший медперсонал

1992-1998 г. –Студент Бухарского государственного медицинского института

1998-2000 г. –Клинический ординатор Бухарского государственного медицинского института
кафедры акушерство и гинекологии

2000-2001 г. –Заведующая гинекологическим отделением Бухарской городской больницы

2001-2008 г. –Заведующая гинекологическим отделением Бухарского специализированного
родильного комплекса

2008-2013 г. – Заведующая гинекологическим отделением 2-городского родильного комплекса

2013-2014 г. –Заведующая родильным отделением Бухарского медицинского комплекса

2014 г – по сей день. - Ассистент кафедры “Акушерства и гинекологии” Бухарского
государственного медицинского института

XX. Нормативные документы Министерства высшего и среднего специального образования и Здравоохранения по образованию (приказы, распоряжения, письма и т.д.)

Ўзбекистон республикаси ҳукмати қарор ва фармонлари:

1. Постановление Кабинета Министров № 46 от 15 февраля 2000 года «Здоровое поколение»;
2. Постановление Кабинета Министров № 68 от 5 февраля 2001 года «Мат и ребёнок»;
3. Постановление Кабинета Министров №32 от 25 февраля 2002 года «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения»;
4. Постановление Кабинета Министров №242 от 5 июля 2002 года «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медитсинской культуры в семе, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»;
5. Постановление Кабинета министров № 365 от 25 августа 2003 года « О медитсинском освидетелствовании литс, вступающих в брак»;
6. Постановление Кабинета министров №1515 от 2 ноября 2004 года «О мерах по реализации проекта “Укрепление здоровья женщин и детей” с участием АБР»
7. Постановление Президента №153 от 11 августа 2005 года “О мерах реализации проекта Натсиональной Программы фортификации муки»
8. Указ Президента Республики Узбекистан от 19.09.2007 года №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения»
9. Постановление Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 г. № 700 «О мерах по совершенствованию организатсии деятельности медитсинских учреждений республики».
10. Постановлением Кабинета Министров Республика Узбекистан №48 от 18 марта 2008 года «О мерах по совершенствованию организатсионной структуры и деятельности территориальных учреждений здравоохранения»
11. Программа по обеспечению благополучия детей Республики Узбекистан на 2007-2011гг.».
12. Постановление Президента Республики Узбекистан ПП-1046 от 26 января 2009г. «О Государственной программе «Год благоустройства и развития села»,
13. Постановление Президента №892 от 18 июня 2008 г. “О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства”
14. Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года №ПП-1096 “О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формирование здорового поколения”
15. Постановление Президента Республики Узбекистан от 1 июля 2009 года №ПК-1144 «2009-2013 йилларда аҳолининг репродуктив саломатлигини мустахкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари Дастури тугрисида».

Ўзбекистон Республикаси ССВ буйруқлари:

1. №500 от 13 ноября 2003г «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций»
2. №425 от 5 сентября 2005 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан»
3. № 176 от 22 апреля 2005 года «О программе по дальнейшему снижению младенческой смертности»
4. № 81 от 19 марта 2006 г. «О дальнейшем распространении ИБДОР»
5. №145 от 30 марта 2007 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания медитсинской помощи детям на первичном звене здравоохранения»
6. №155 от 10 апреля 2007 г. «Об оказании стационарной помощи детскому населению Республики Узбекистан»
7. № 428 от 27 сентября 2007 г. «О внедрении расследования критических случаев в акушерской практике в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
8. №74 от 18 марта 2009г. «О мерах по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
9. № 226 от 20 июля 2009 г. «Основы ухода за здоровым и болным новорожденным ребенком».
10. №243 от 4 августа 2009 г. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения»
11. Приказ №600 МЗ РУз от 29.12.2007. О соблюдении санитарно-гигиенического, противоэпидемиологического и дезинфекционного режима в лечебно-профилактических учреждениях в Республике Узбекистан.
12. Постановление №42 от 22.12.2004 г. Об обеспечении безопасности донорской крови и её компонентов в Республике Узбекистан.
13. Приказ №88 МЗ РУз от 22.02.2007 г. Об утверждении показаний для применения крови и её компонентов в лечебно-профилактических учреждениях.
14. Приказ № 480 МЗ РУз от 30.10.2007 г. О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-соцсиальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан.
15. Буйруқ № 185 24.07.2014 "Ўзбекистон Республикасида перинатал тиббий ёрдамни худудийлаштириш тўғрисида"
16. Буйруқ № 7 31.05.2014 «Одамнинг иммунитет танқислиги вирусини юқтириб олган шахслар ишлаши ман этилган касбий фаолият турлари рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида»
17. Буйруқ № 5 31.05.2014 “Одамнинг иммунитет танқислиги вирусига иббий текширувдан ўтказиш қоидаларини тасдиқлаш тўғрисида”

XXI. Критерии оценки знаний студентов по рейтинговой системе:

-критерии оценки ТК

-критерии оценки ПК

-критерии оценки ИК

-критерии оценки СРС

-критерии оценки практических навыков

. Воспалительные заболевания женских половых органов.

Оценка знание студентов.

86-100 Отлично	Показания к определению степени чистоты влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 Хорошо	Показания определению степени чистоты влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания определению степени чистоты влагалища, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2.
0-54 Не удовлетворительно	Определение степени чистоты влагалища, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: оценка степени чистоты влагалища

Инструменты: Кресло, ложка фолкмана, предметное стекло, микроскоп, перчатки.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.

2. для определения степени чистоты влагалища берется мазок из 3-х точек: уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища.

3. 1 степень чистоты- содержимое влагалища имеет кислую реакцию(pH=4,0-4,5), под микроскопом видны только

эпителиальные клетки и влагалищные палочки Дедерлейна-даража

2. 2 степень чистоты- реакция кислая (pH= 5,0-5,5), влагалищных клеток и палочек меньше, чем при 1-ой степени, много бактерий типа сомма тариабилл (анаэробная изогнутая в виде запятой палочка), много эпителиальных клеток, встречаются лейкоциты.

5.3 степень чистоты- реакция слабо щелочная (pH 6,0-6,5), влагалищные палочки в небольшом количестве ,

доминируют сомма тариабилл и анаэробный стрептококк, имеется много кокков, большое количество лейкоцитов.

2. 4 степень чистоты –реакция слабо щелочная, влагалищные палочки отсутствуют, сомма тариабилл в меньшинстве, преобладает пестрая бактериальная флора, анаэробные кокки, бациллы, встречаются единично трихомонады, масса лейкоцитов

2. Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.

Оценка знания студентов

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по оснровке кровотечения, собирает нужный инструментарий. Дает правльные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по оснровке кровотечения, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правльные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетворител ьно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по оснровке кровотечения, , , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетворител ьно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения мероприятий по оснровке кровотечения, , неможеть выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалищеоттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.

6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

3. Роль анамнеза. Методы обследования гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.

Оценка знаний студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения диагностики гинекологических заболеваний, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения диагностики гинекологических заболеваний, собирает нужный инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетворительно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения диагностики гинекологических заболеваний, собирает нужный инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетворительно	Плохо знает теоретические основы выполнения практического навыка для проведения диагностики гинекологических заболеваний, не может выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.

5. средний палец правой руки вводят во влагалище, вытягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.

6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

4. Дисфункциональное маточное кровотечение

Оценка знаний студентов.

86-100 отлично	Показания к пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 хорошо	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетворительно	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетворительно	Технику пункции полости малого таза через задний свод влагалища, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: определение характера жидкости в полости малого таза

Инструменты: кресло, пулевые щипцы, пробирка, пункционная игла, зеркала.

1. объяснение женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщину укладывают на гинекологическое кресло, ноги согнуты в коленном и тазобедренном суставах.
3. во влагалище вводят влагалищное зеркало.
4. обрабатывают влагалище и своды раствором йодоната, 70 % раствором этилового спирта
5. шейку матки захватывают за ее заднюю губу пулевыми щипцами

6. в месте наибольшего выбухания заднего свода производят прокол пункционной иглой на глубину 1-2 см
7. жидкость собирают в пробирку и в зависимости от характера жидкости,ю выбирают дальнейшую тактику больной
8. снимают пулевые щипцы
9. обрабатывают влагалище антисептическим раствором
10. убирают зеркала

5.Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правльные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетвори тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетвори тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, неможеть выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на инетересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалищеоттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной порверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму , консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

6. Миома матки. Эндометриоз.

Оценка знания студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетворительно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетворительно	Плохо знает теоретические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, не может выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище, оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму , консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

7.Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

Оценка знания студентов.

86-100 Отлично	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень знаний и навыка: 4
71-85 Хорошо	Показания исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 Не удовлетворительно	Исследование полости матки при помощи зонда, сбор необходимый инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище, оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.

6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

8. Кровотечение в первой половине беременности.

Оценка знаний студентов.

86-100 отлично	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень знаний и навыка: 4
71-85 хорошо	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетворительно	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетворительно	Исследование полости матки при помощи зонда, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: измерение длины матки

Инструменты: перчатки, зонд, гинекологический стол, ложкаобразные зеркала, пулевка, спирт, вата.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина на гинекологическом кресле, ноги согнуты в тазовом и коленных суставах.
3. моют руки, высушивают, надевают стерильные перчатки
4. наружные половые органы женщины обрабатывают антисептическими растворами.
5. левой рукой раздвигают большие половые губы, правой вводят сначала нижнее зеркало
6. левой рукой придерживают нижнее зеркало и правой рукой вводят верхнее зеркало, и дают придерживать помощнику

7. Пулевкой захватывают вернюю часть шейки матки и убирают верхнее зеркало.
8. левой рукой придерживая пулевку, правой рукой вводят зонд в матку.
9. обращают внимание на измерения зонда, оно свидетельствует о длине матки (при опухолях, беременности)
10. снимают перчатки и помещают в герметический контейнер.
11. моют руки.

1. Аномалия развития и положения женских половых органов.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правльные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетвори тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетвори тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, неможеть выполнить практические навыки.

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на инетересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалищеоттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной порверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.
7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму , консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к

боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

10. Бесплодный брак. Вопросы контрацепции.

Оценка знаний студентов.

86-100 отлично	Показания к пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 хорошо	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетворительно	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетворительно	Технику пункции полости малого таза через задний свод влагалища, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище, оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму , консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

Содержании

I. Выписка из ГОС высшего образования о содержании дисциплины (стандарт учебной дисциплины)	_____ стр
II. Типовая программа (для дисциплин включенных в ГОС)	_____ ст
III. Рабочая программа (по утвержденной структуре)	_____ ст
IV. Методические рекомендации по выполнению практических и семинарских занятий (ЕМС)	_____ стр
1. Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин.	_____ стр
2. Принципы безопасного материнства.	_____ стр
3. Гипертензивный синдром в акушерстве.	_____ стр
4. Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве	_____ стр
5. Иммуноконфликтная беременность.	_____ стр
6. Синдром кровотечения в акушерстве.	_____ стр
7. Синдром кровотечения в акушерстве	_____ стр
8. Синдром болей в акушерстве	_____ стр
9. Синдром травматизма в родах	_____ стр
10. Общее понятие об акушерских операциях.	_____ стр
11. Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин.	_____ стр
V. Сборник ситуационных задач и заданий для практических занятий.	_____ стр
VI. Перечень вопросов по видам контроля (ТК, ПК, ИК) .	_____ стр
VII. Перечень экзаменационных (общих) вопросов (включая ОСКЭ)	_____ стр
VIII. Раздаточный материал.	_____ стр
IX. Глоссарий.	_____ стр
X. Контролирующие материалы по дисциплине.	_____ стр
a) - тесты текущего контроля знаний	_____ стр
b) - тесты промежуточного контроля знаний	_____ стр
c) - тесты итогового контроля знаний	_____ стр
XI. Темы рефератов	_____ стр
XII. Материалы для НИРС и УИРС (СНО)	_____ стр
XIII. Инновационные образовательные технологии: перечень технических средств программного обеспечения и электронных обучающих материалов	_____ стр
a) - электронные учебники	_____ стр
b) - прикладные компьютерные программы	_____ стр
c) – видеоматериалы	_____ стр
d) – аудиоматериалы	_____ стр
XIV. Учебники, учебные пособия, учебно-методические рекомендации, курс лекций, конспект лекций, подготовленные разработчиком УМК	_____ стр
XV. Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов	_____ стр
XVI. Перечень практических навыков по каждой дисциплине	_____ стр
XVII. Список литературы по освоению предмета:	_____ стр
a) - основная литература	_____ стр

b) -дополнительная литература	_____	стр
c) -список монографий	_____	стр
d) -список диссертаций	_____	стр
e) -список литературы на кафедре, читального зала и ИРЦ института	_____	стр
f) -литература на сайте института	_____	стр
g) -сайты «Интернета»	_____	стр
XVIII. Аннотация	_____	стр
XIX. Заключение, замечания, полезные советы, предложения	_____	стр
XX. Сведения об авторах	_____	стр
XXI. Нормативные документы Министерства высшего и среднего специального образования и Здравоохранения по образованию (приказы, распоряжения, письма и т.д.)	_____	стр
a) Критерии оценки знаний студентов по рейтинговой системе:	_____	стр
b) -критерии оценки ТК	_____	стр
c) -критерии оценки ПК	_____	стр
d) -критерии оценки ИК	_____	стр
e) -критерии оценки СРС	_____	стр
f) -критерии оценки практических навыков	_____	стр