

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
«ДЕРБЕНТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМ. Г.А. ИЛИЗАРОВА»

**УЧЕБНО – МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ЛЕКЦИОННОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ
ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
МДК.01.04.01. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ АКУШЕРСКОГО
ПРОФИЛЯ**

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.02.01. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

**«ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ СРЕДНИХ
СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ**

ДЕРБЕНТ 2024 г

УДК 116.37
ББК 35.8

Рекомендовано к изданию заседанием методического совета
ГБПОУ РД «Дербентский медицинский колледж
им. Г.А. Илизарова»
Рег. № 0617-02-2024

Гамзатова С.А. – директор ГБПОУ РД «Дербентский медицинский колледж им. Г.А. Илизарова»: - к. э. н., засл. врач РД

Разработчик – Алекперова Лейла Багадировна преподаватель высшей квалификационной категории акушерства и гинекологии ГБПОУ РД «Дербентский медицинский колледж им. Г.А. Илизарова», 2024г.

Рецензент – Курабекова Наиля Арифовна, к.м.н., преподаватель акушерского дела, врач акушер - гинеколог.

Учебно - методический комплекс на тему «Послеродовые септические заболевания» (для преподавателей средних специальных учебных заведений). – Махачкала: Издательство АЛЕФ, 2024. – 60 с.

Учебно - методический комплекс на тему «Послеродовые септические заболевания» (преподавателей средних специальных учебных заведений) разработана для студентов медицинского колледжа подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС СПО для специальности: 31.02.01. «Лечебное дело»

Пособие построено в соответствии с программами специальностей и включает методический материал, рекомендованный к использованию на занятиях в средних специальных учебных заведениях.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка.....	4
2. Мотивация темы.....	6
3. План проведения лекционного занятия.....	7
4. Опорный конспект лекции.....	10
5. План практического занятия.....	23
6. Тест.....	27
7. Ситуационные задачи.....	31
8. Рабочая тетрадь.....	42
9. Список используемой литературы.....	46
10. Глоссарий.....	47
11. Приложения.....	49
12. Алгоритмы манипуляций по теме.....	52

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Данное пособие обучающего типа создано, как один из вариантов помощи в самостоятельной работе для студентов 2 курса, специальности «Лечебное дело». Информация систематизирована, имеется необходимый теоретический и практический материал.

Предусматривается использование дополнительного дидактического материала для более эффективной самостоятельной работы, как в подготовке, так и на практическом занятии.

Методический комплекс составлен с целью:

1. Научить студентов осмыслить исключительную возможность применения полученных теоретических знаний на практике.
2. Прививать студентам чувство долга, ответственности, требовательности к себе.
3. Прививать любовь к выбранной профессии.

Содержание обучения переведено в задачи и задания для студентов на уровне профессионально – практической деятельности, максимально приближенной к реальной работе среднего медперсонала. Формирование навыков на технике выполнения манипуляций обеспечено алгоритмом выполнения с обоснованием каждого этапа.

Профессионально интеллектуальные навыки по технике выполнения процедур и манипуляций отрабатываются путем решения задач с применением алгоритмических схем.

При контроле знаний учитывается не только качество выполнения процедур и манипуляций, но обязательное теоретическое обоснование, а также самостоятельное выполнение приобретенных навыков и умений.

В работе представлен материал, раскрывающий основные понятия темы, способствующие формированию у студентов четких знаний, умений, а впоследствии профессионализма.

Преподаватель грамотно, творчески решил проблему построения методического комплекса и представил следующую его структуру:

Пояснительная записка

Учебно – методические планы занятий:

Лекционного

Практического

Схемы интеграции

Схемы, таблицы

Список используемой литературы, используемой преподавателем при написании методического пособия

Для изучения темы, закрепления знаний разработан дидактический материал:

Конспект темы, глоссарий, тесты, контрольные вопросы, ситуационные задачи.

Автором тщательно продуманна методика организации лекционного и практического курса изучения данной темы, наряду с традиционными методами используются активные методы обучения и контроля.

Учебно – методический комплекс составлен в соответствии с программой обучения и может быть использована, студентами и преподавателями в качестве пособия для изучения темы: «Послеродовые септические заболевания»

МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ:

Послеродовые септические заболевания половых органов нередко осложняют течение послеродового периода. Септические осложнения в послеродовом периоде остаются одной из первых причин материнской смертности. Правильный уход за родильницей (особенно с патологическим течением родов) в послеродовом периоде способствует снижению заболеваемости.

Профилактика септической инфекции относится к основным принципам акушерской помощи и в настоящее время разработана система профилактических мероприятий, позволивших снизить количество гнойно-септических осложнений в акушерском стационаре.

Фельдшер должен помнить о необходимости ранней диагностики заболеваний на каждом этапе, так как адекватная и своевременная терапия приносит положительный результат.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ

Тип занятий – лекция

Продолжительность _____

Место проведения – лекционный зал «Акушерства и гинекологии»

ЦЕЛИ:

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

ИМЕТЬ ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ:

- планирования и осуществления обследования;
- общения с родильницами;
- сбора анамнеза и обследования родильниц;
- проведения профилактики осложнений в послеродовом периоде;
- документирования.

УМЕТЬ:

- организовывать мероприятия по проведению патронажа родильниц;
- выявить и сформулировать проблемы пациентки;
- подготовить родильницу к лечебно-диагностическим вмешательствам при патологии послеродового периода;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни родильницы;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

ЗНАТЬ:

- возбудителей и этапы распространения послеродовой инфекции;
- причины, клинические проявления, возможные осложнения и методы диагностики;
- документацию акушерского стационара.

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ЦЕЛЬ:

Воспитывать у студентов чувство ответственности за жизнь и будущее здоровье матери и ребенка

РАЗВИВАЮЩАЯ ЦЕЛЬ:

Развивать у студентов способность логически мыслить, принимать правильные решения в той или иной клинической ситуации.

ОСНАЩЕНИЕ:

1. таблицы и плакаты по теме
2. фантом
3. муляжи
4. термометр, тонометр, фонендоскоп
5. лоток
6. проектор
7. презентация по теме

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ

1. Организационный момент -2 мин
2. Постановка целей и задач- 3 мин
3. Изложение нового материала -75 мин
4. Закрепление материала – 10 мин

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

1. Послеродовые септические заболевания. Общие сведения и классификация
2. 1 этап распространения септической инфекции. Этиология, клиническая картина, диагностика.
3. 2 этап распространения септической инфекции Этиология, клиника, диагностика.
4. 3 этап распространения септической инфекции Этиология, клиника, диагностика.
5. 4 этап распространения септической инфекции Этиология, клиника, диагностика.
6. Послеродовый мастит Этиология, клиника, диагностика.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ:

Инфекционные заболевания половых органов нередко осложняют течение послеродового периода. Септические осложнения в послеродовом периоде остаются одной из первых причин материнской смертности. Ранняя диагностика и своевременный подход к лечению за родильницей в послеродовом периоде способствует снижению заболеваемости.

Профилактика септической инфекции относится к основным принципам акушерской помощи и в настоящее время разработана система профилактических мероприятий, позволивших снизить количество гнойно-септических осложнений в акушерском стационаре.

Фельдшер должен помнить о необходимости ранней диагностики заболеваний на каждом этапе, так как адекватная терапия приносит положительный результат только тогда, когда она начата своевременно.

Цель занятия: Овладеть знаниями по теме послеродовые септические заболевания

Задачи:

Студент должен знать:

1. Послеродовые септические заболевания. Общие сведения и классификация
2. Послеродовая язва, послеродовый эндометрит
3. Метрит, параметрит, пельвиоперитонит, аднексит, отграниченный тромбофлебит (тромбофлебит поверхностных и глубокий вен ног, матки и вен таза)
4. Септический шок, разлитой послеродовый перитонит, прогрессирующий тромбофлебит, генерализованная инфекция, послеродовый мастит

Студент должен уметь:

Измерить температуру, измерить уровень артериального давления, подсчёт частоты пульса, дыхания.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

Послеродовые заболевания. Причины возникновения послеродовых септических заболеваний.

Послеродовые септические заболевания возникают в результате проникновения микробов через раневые поверхности, образовавшиеся во время родов. Наиболее частыми возбудителями послеродовых септических заболеваний являются стафилококки и стрептококки, реже—кишечная палочка, возбудители газовой гангрены и другие микробы. Послеродовые септические заболевания чаще вызываются одним видом микробов (мономикробная инфекция), иногда—разными видами микробов (полимикробная инфекция). Микробы всегда находятся в организме человека (особенно на коже, открытых слизистых оболочках и др.), но они в обычных условиях заболеваний не вызывают. Заболевание может возникнуть при проникновении микробов в организм через раневые входные ворота.

Раневыми входными воротами служат: внутренняя поверхность матки после отслоения последа, надрывы, трещины и ссадины, образующиеся на шейке матки, во влагалище и на промежности даже при нормальных родах.

При патологических (особенно оперативных) родах образуются более обширные и глубокие повреждения, в связи с чем опасность проникновения возбудителей септической инфекции возрастает. Возбудители заносятся на раневую поверхность извне (экзогенная инфекция) или на рану попадают микробы, существовавшие в организме женщины до образования входных ворот (эндогенная инфекция). • При экзогенной инфекции микробы заносятся нестерильными руками, инструментами, предметами ухода, бельем и другими предметами, соприкасающимися с родовыми путями; большую опасность представляет капельная инфекция. При эндогенной инфекции микробы проникают в рану из влагалища, наружных половых органов, реже—метастатическим путем из отдаленных очагов инфекции (например, из зева). Микробы, попавшие на раневую поверхность, вызывают развитие септической инфекции часто, но не всегда. Различные последствия от попадания микробов на раны зависят от сопротивляемости организма, защитных сил его. При хорошей сопротивляемости организма септическая инфекция не развивается, при понижении защитных сил организма микробы, проникшие в рану, вызывают послеродовые заболевания. Установлено, что чем ниже сопротивляемость организма, тем тяжелее течение послеродовой септической инфекции.

Таким образом, послеродовые септические заболевания развиваются в результате взаимодействия микробов и организма роженицы; при этом

возникновение заболеваний и их течение в значительной мере зависят от состояния организма роженицы. К возникновению послеродовых заболеваний предрасполагает преждевременное отхождение вод, затяжные роды, кровопотеря в родах, оперативные роды, роды, сопровождающиеся разрывами и разможением мягких тканей, общее истощение и ослабление организма роженицы в связи с перенесенными заболеваниями, интоксикациями, неправильным питанием. Начало послеродовых заболеваний характеризуется тем, что возникает воспалительный процесс в области раневой поверхности (входные ворота), куда попали патогенные микробы. Первичными очагами послеродовой инфекции являются внутренняя поверхность матки, а также ее шейки и разрывы в области шейки, влагалища и промежности (послеродовой метроэндометрит, послеродовые язвы). При хорошей сопротивляемости организма и правильном лечении происходит заживление инфицированной раневой поверхности и заболевание прекращается. При ослаблении защитных сил организма и высокой вирулентности микробов последние распространяются за пределы первичного очага. Распространение микробов может происходить по лимфатическим сосудам (лимфогенный путь), по кровеносным сосудам (гематогенный путь) или по маточным трубам (каналикулярный путь).

Возможно распространение микробов одновременно по лимфатическим и кровеносным сосудам. Распространяющиеся микробы поражают глубокие слои миометрия, околоматочную клетчатку, тазовую брюшину, вены матки, таза и бедра. При слабой сопротивляемости организма (или высокой вирулентности микроба-возбудителя) микробы разносятся по всему организму, и возникают общие септические заболевания.

Классификация послеродовых заболеваний.

С. В. Сазонов и А. В. Бартельс разработали классификацию послеродовых септических заболеваний. Эта классификация основывается на том, что разные формы послеродовых заболеваний рассматриваются как отдельные этапы единого развивающегося инфекционного (септического) процесса.

Первый этап—септическая инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой метроэндометрит, послеродовая язва (на шейке, влагалище или промежности).

Второй этап—инфекция вышла за пределы первичного очага, но остается локализованной: метрит, метротромбофлебит, параметрит, тромбофлебит вен таза и ограниченный тромбофлебит бедренной вены, сальпингооофорит, пельвеоперитонит.

Третий этап—разлитой (диффузный) перитонит, прогрессирующий тромбофлебит.

Четвертый этап—генерализованная инфекция (общие септические заболевания): септицемия и септикопиемия.

Послеродовые септические заболевания, относящиеся к разным этапам распространения инфекции, протекают различно. Они различаются по степени тяжести клинической картины и исходам. Однако при наличии существенных отличий в клинической картине разных форм септических заболеваний отмечаются следующие общие черты:

1. Повышение температуры. При легком течении заболевания температура (метроэндометрит) бывает невысокой и быстро снижается до нормы, при тяжелом (септицемия)—температура держится на высоких цифрах.

2. Учащение пульса. При локализованных, нетяжелых заболеваниях учащение пульса соответствует повышению температуры. При общих септических заболеваниях пульс становится очень частым (100 ударов и выше), он не соответствует температуре (гораздо чаще, чем полагалось бы при данном повышении температуры). Учащение пульса и его несоответствие с температурой чрезвычайно характерны для тяжелых послеродовых септических заболеваний.

3. Ознобы. Они, как правило, сопутствуют септицемии и септикопиемии. Ознобы иногда бывают сильными, заканчиваются обильным потом, повторяются в течение дня. При некоторых заболеваниях наблюдаются нерезкие ознобы или даже легкие познабливания. В конце заболевания ознобы прекращаются. Новое появление ознобов означает возникновение нового очага инфекции в организме. Повышение температуры, учащение пульса и ознобы иногда связывают с малярией, гриппом, тифом и другими заболеваниями и назначают неправильное лечение.

Поэтому необходимо помнить, что эти признаки типичны для послеродовых септических заболеваний. Поэтому, при повышении температуры и учащении пульса и ознобах у роженицы в первую очередь следует предположить наличие септической инфекции.

4. Изменения со стороны нервной системы. При метроэндометрите и послеродовых язвах изменения незначительны (недомогание, небольшая головная боль), при тяжелых заболеваниях наблюдается ухудшение самочувствия, головная боль, бессонница или сонливость, даже бредовое состояние.

5. По мере прогрессирования септического инфекционного процесса возникают изменения в деятельности сердца, органов кроветворения, пищеварения, дыхания, почек и др.; нарушается обмен веществ.

6. При тяжелых септических заболеваниях вес тела понижается, кожа становится серовато-бледной, иногда с желтушным оттенком, на коже появляются кровоизлияния (сыпь).

7. При септических заболеваниях изменяется картина крови: уменьшается количество эритроцитов и гемоглобина, нарастает лейкоцитоз (при очень тяжелом состоянии может быть лейкопения), ускоряется СОЭ. Чем тяжелее заболевание, тем сильнее изменяется морфологическая картина крови. При общих септических заболеваниях микробы могут находиться в крови и размножаться в ней. В таких случаях можно сделать посев крови на искусственную питательную среду и выяснить характер микробов, вызвавших данное септическое заболевание. Кровь для посева берут из локтевой вены (5—7 мл) при строгом соблюдении правил асептики; вторую порцию крови выливают в пробирку со стерильной питательной средой. Кровь лучше брать во время озноба. Пробирку направляют для исследования в лабораторию.

Заболевания, относящиеся к первому этапу распространения септической инфекции.

Послеродовая язва.

К послеродовым язвам относятся гнойно-воспалительные раны, образовавшиеся в области разрывов и трещин на промежности, стенке влагалища, шейке матки. Раневая поверхность покрыта гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы и отечны. Заболевание обычно проявляется на 3—4-й день после родов. Повышается температура, учащается пульс, возникает недомогание, иногда небольшая головная боль. Обычно бывают жалобы на жжение в области наружных половых органов. Через 4—5 дней температура понижается, состояние улучшается, рана очищается от налетов и постепенно заживает вторичным натяжением. При неблагоприятных условиях микробы из язвы проникают в глубь тканей и происходит распространение инфекции.

Метроэндометрит.

Послеродовой метроэндометрит — воспаление внутренней поверхности матки: базального слоя эндометрия, обрывков отпадающей оболочки и поверхностного слоя мышечных волокон. Клинические признаки заболевания проявляются на 3—4-й день после родов. Повышается температура, учащается пульс (соответственно температуре), понижается аппетит, ухудшается сон. В начале заболевания может быть познабливание. Матка чувствительна при пальпации, процесс обратного развития ее замедляется (субинволюция),

лохии становятся мутными, кровянистогнойными. Иногда лохии имеют зловонный запах. При метроэндометрите иногда наблюдается задержка лохий в матке (лохиометра) вследствие перегиба матки или закупорки канала шейки матки сгустком крови, частицами оболочек. Лохиометра сопровождается новым повышением температуры и ухудшением состояния, появляются схваткообразные боли внизу живота. Заболевание в среднем продолжается 8—10 дней и обычно заканчивается выздоровлением. Метроэндометрит может протекать в легкой форме, с субфебрильной температурой. При неблагоприятном течении метроэндометрит становится очагом распространения септической инфекции. Послеродовой метроэндометрит бывает не только септической, но также и гонорейной этиологии. У женщин, страдающих гонорейным воспалением слизистой шейечного канала, гонококки после родов, проникая в полость матки, вызывают метроэндометрит. Впоследствии гонококки могут проникнуть в трубы и вызвать воспаление труб, яичников и тазовой брюшины. Гонорейный метроэндометрит проявляется на 6—8-й день после родов следующими признаками: повышение температуры, задержка обратного развития матки и ее болезненность, гнойные или слизисто-гнойные выделения. Диагноз уточняется путем микроскопического исследования выделений из матки. Уход за больными гонореей необходимо организовать так, чтобы исключить возможность заражения ребенка и других родильниц. Уборка производится в последнюю очередь, строго следят за тем, чтобы родильница пользовалась индивидуальным судном, тщательно мыла руки перед кормлением ребенка.

Заболевания, относящиеся ко второму этапу распространения септической инфекции

Метрит

В отличие от метроэндометрита при метрите поражаются глубокие слои миометрия. Микробы проникают через кровеносные и лимфатические пути из воспаленного эндометрия. Заболевание проявляется на 4—7-й день после родов и продолжается 3—4 недели. В начале заболевания бывает озноб, температура повышается до 39—40°, впоследствии становится субфебрильной. Нарушается общее состояние, сон, аппетит, бывают жалобы на головную боль. Обратное развитие матки задерживается, при пальпации ее отмечается болезненность, особенно по бокам (по ходу сосудов). Лохии сукровично-гнойные или серозно-гнойные.

Параметрит.

Параметрит - воспаление околоматочной клетчатки. Инфекция проникает в клетчатку обычно через разрывы шейки матки и влагалища. Параметрит чаще бывает односторонним, реже двусторонним. При неблагоприятном течении заболевания воспаление распространяется по всей клетчатке малого таза. В воспаленной клетчатке вначале образуется серозный выпот, затем накапливается фибрин и выпот уплотняется. В дальнейшем выпот рассасывается или нагнаивается. Параметрит начинается на 10—12-й день после родов ознобом и повышением температуры до 39—40°; пульс учащается, появляются боли внизу живота; при распространении воспалительного процесса в сторону мочевого пузыря и прямой кишки возникают расстройства функций этих органов (учащенное и болезненное мочеиспускание, болезненность при дефекации, запоры). При влагалищном исследовании сбоку от матки определяется инфильтрат (вначале—мягкий, впоследствии—плотный), достигающий боковой стенки таза; матка смещается в сторону, противоположную от инфильтрата. Течение параметрита различное. Обычно температура постепенно снижается и инфильтрат рассасывается. Реже наблюдается нагноение, сопровождающееся ознобом, высокой температурой ремитирующего типа, ухудшением общего состояния. Если гнойник не вскрывают, он может вскрыться самопроизвольно.

Сальпинго-оофорит (аднексит)

Послеродовое воспаление придатков матки (яичников и труб) связано с септической или гонорейной инфекцией. Заболевание начинается на 10—14-й день после родов. Симптомы: повышение температуры, ухудшение общего состояния, понижение аппетита, сильные боли внизу живота, расстройство мочеиспускания, болезненность при дефекации, запоры. В первые дни заболевания живот напряжен, резко болезнен при пальпации; может быть положительным симптом Щеткина-Блюмберга. При двуручном исследовании прощупываются увеличенные, болезненные придатки, подвижность которых ограничивается вследствие образования сращений с соседними органами. Течение заболевания различное: возможно быстрое выздоровление, переход в хроническую форму, образование гнойников в трубе или яичнике.

Пельвеоперитонит

Пельвеоперитонит—воспаление брюшины малого таза. Послеродовой пельвеоперитонит возникает на почве септической или гонорейной инфекции. В связи с воспалением тазовой брюшины в полости малого таза образуется вначале серозно-фибринозный выпот, который может впоследствии нагноиться. Фибринозный характер выпота способствует образованию сращений между органами малого таза, кишечником и сальником. В

результате сращений образуется конгломерат, в котором затруднительно определить матку и другие органы. Заболевание начинается на 15—25-й день после родов. Отмечается озноб, высокая температура (39—40°), резкие боли внизу живота. В первые дни заболевания бывает тошнота, рвота, напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Общее состояние и сон нарушены, пульс учащен, язык сухой и обложенный. При правильном лечении эти бурные явления вскоре стихают, инфильтрат в малом тазу ограничивается и подвергается постепенному рассасыванию. Впоследствии остаются спайки между органами малого таза.

При пельвеоперитоните иногда наблюдается нагноение выпота; если гнойник не вскрывают, происходит самопроизвольный прорыв его (во влагалище, в пузырь и др.); возможно распространение воспалительного процесса и развитие диффузного перитонита.

Тромбофлебит

Послеродовые тромбофлебиты—воспаление стенки вены с последующим образованием тромба, который закупоривает просвет вены и тем самым нарушает кровообращение. Тромбофлебит левой бедренной вены, тромбофлебит вен матки, таза и бедра. Тромбофлебит вен матки (метротромбофлебит) возникает на почве метроэндометрита. Общие симптомы напоминают картину метрита. Характерна задержка инволюции матки, длительные кровянистые выделения. При неблагоприятных условиях процесс распространяется на вены таза, которые прощупываются при влагалищном исследовании в виде извитых, болезненных тяжей. При дальнейшем распространении процесса происходит тромбоз подвздошных вен, а затем и вен бедра. Возникает тяжелое послеродовое заболевание—тромбофлебит бедренных вен. Тромбофлебит бедренных вен клинически проявляется на второй-третьей неделе после родов. В начале заболевания нередко бывает озноб, температура держится на высоком уровне, пульс частый, больная жалуется на боль в ноге, нередко бывает головная боль, бессонница и другие жалобы. Местные проявления тромбофлебита вены бедра: сглаживание паховой области, уплотнение и болезненность по ходу вены, отек ноги. Отек нередко достигает очень большой величины. Высокая температура держится 2—3 недели, отек ноги— 1—2 месяца. В период выздоровления возникает ощущение ползания мурашек в больной ноге.

Заболевания, относящиеся к третьему этапу распространения послеродовой инфекции

К этой группе относится острый разлитой перитонит, прогрессирующий тромбофлебит и септический шок

Бактериальный (септический)шок

Септический шок - коллапс, вызванный токсинами разрушающихся микроорганизмов и нарушением микроциркуляции в тканях и органах вследствие образования микротромбов. Нарушение сосудистого тонуса проявляется множеством вторичных изменений нейровегетативных, эндокринных и других функций организма. Эти процессы ведут к тяжелым поражениям жизненно важных органов и развитию полиорганной недостаточности.

Для возникновения шока, кроме инфекции, необходимо наличие еще двух факторов: снижение общей резистентности организма и наличие возможности для массивного проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.

Клиническая картина бактериального шока включает две стадии - раннюю (продолжительность 6-8 ч) и позднюю (несколько дней и недель).

Ранняя стадия бактериального шока характеризуется внезапным подъемом температуры до 39-40 °С, ознобом, интенсивным потоотделением. Затем на фоне снижения температуры тела развивается артериальная гипотензия. Характерны тахикардия и поверхностное частое дыхание; кожный покров бледный; больная предъявляет жалобы на мышечные боли, резкую слабость. Появляются петехиальные кровоизлияния, олигурия. В анализе крови выявляют лейкоцитоз, тромбоцитопению, повышение СОЭ.

Поздняя стадия септического шока характеризуется дальнейшим снижением артериального давления при повышении центрального венозного, увеличением одышки, появлением умеренного цианоза, похолоданием конечностей. Появляются беспокойство, затемнение сознания, общий геморрагический диатез с выраженной кровоточивостью из ран и мест инъекций, геморрагические некрозы кожи. Прогрессивно уменьшается количество выделяемой мочи вплоть до развития полной анурии. Наличие почечной недостаточности служит одним из характерных симптомов бактериального шока.

В основе лечения бактериального шока лежат противошоковые мероприятия, направленные на поддержание основных функций организма (дыхания, кровообращения, водно-солевого баланса).

При отсутствии эффекта от терапии в течение 8-10 ч показано удаление источника инфекции - матки. При успешном лечении бактериально-токсического шока в дальнейшем больная пройдет, как правило, все этапы сепсиса.

Острый разлитой перитонит.

Острый разлитой перитонит возникает на 3—8-й день после родов. Заболевание характеризуется тяжелой клинической картиной: тошнота, рвота,

вздутие живота, повышенная температура, пульс частый и малый, артериальное давление понижено, язык сухой, черты лица заострены, в тяжелых случаях наблюдается затемнение сознания.

Прогрессирующий тромбофлебит

Прогрессирующий тромбофлебит характеризуется тем, что воспаление стенки вен и процесс тромбообразования не ограничиваются, а распространяются по протяжению вены. Образовавшийся тромб нередко размягчается и нагнаивается; частицы инфицированного тромба попадают в общий круг кровообращения, разносятся по всему организму, оседают в органах и тканях и образуют в этих местах новые очаги септической инфекции. В некоторых случаях гнойники в вене осумковываются, и распространения инфекции по всему организму не происходит.

Заболевания, относящиеся к четвертому этапу распространения септической инфекции (генерализованная септическая инфекция)

К генерализованной септической инфекции относятся септицемия и септикопиемия.

Септицемия

Септицемия—тяжелое общее септическое заболевание, характеризующееся тем, что микробы, попавшие в кровь, размножаются в ней и разносятся по всему организму; микробные токсины вызывают отравление организма. В сердце, сосудах, печени, почках и других органах возникают резко выраженные дистрофические явления. Заболевание начинается на 2—3-й день после родов ознобом, повышением температуры до 40—41°, резким ухудшением общего состояния. Больная апатична, сонлива, бывает головная боль, иногда наблюдается возбуждение и бред.

Пульс малый и частый (120—130 ударов в минуту), язык сухой, обложенный, кожа сухая с сероватым или желтоватым оттенком, на ней нередко появляются мелкие, а иногда и крупные кровоизлияния (сыпь). Часто развиваются поносы. Нередко возникает цианоз конечностей, связанный с ослаблением сердечной деятельности. При посеве крови удается обнаружить возбудителя септицемии.

Септикопиемия

При септикопиемии микробы периодически поступают в кровь (из существующих очагов септической инфекции) и образуют в разных органах и тканях новые (метастатические) очаги септической инфекции, которые обычно подвергаются нагноению. Основным очагом распространения инфекции часто является нагноившийся тромбофлебит. Отсюда отторгаются частицы инфицированного тромба и разносятся по организму. В дальнейшем гнойные метастазы образуются в легком, сердце, подкожной клетчатке

(абсцессы, флегмоны) и в других органах и тканях. В клинической картине септикопиемии и септицемии много общего (тяжелое состояние, высокая температура, ознобы, частый пульс и др.). Однако существуют некоторые особенности, связанные с тем, что при септикопиемии образуются метастазы в разных органах. В зависимости от этого к симптомам, типичным для генерализованной септической инфекции, присоединяются еще признаки поражения того или иного органа (легкого, сердца и др.). Обратное развитие метастатического очага инфекции сопровождается некоторым улучшением общего состояния, прекращением ознобов и понижением температуры. При возникновении нового метастатического очага вновь возникают ознобы, поднимается температура, ухудшается общее состояние и появляются дополнительные симптомы, зависящие от поражения того или иного органа.

Основные задачи:

- а) способствовать повышению сопротивляемости организма больной,
- б) воздействовать на возбудителя (ослабить, остановить его рост).

1. Тщательный уход за больными имеет огромное значение. Правильный уход способствует повышению сопротивляемости организма и определяет успех всего лечения. Палата должна регулярно проветриваться, содержаться в чистоте, перегрузка ее недопустима. Постельное и нательное белье меняют часто, особенно при обильном потении, подкладные пеленки меняют по мере загрязнения. Подкладные пеленки должны быть сухими, хорошо расправленными (без складок). Важное значение имеет уход за полостью рта и кожей. Необходимо полоскать рот и очищать его утром, днем после приема пищи и на ночь. Рот протирают ватой, смоченной слабым раствором борной кислоты или бурой с глицерином. Кожу ежедневно обтирают слабыми растворами спирта, одеколona, ароматического уксуса. С целью предупреждения пролежней (которые при септической инфекции образуются легко) область крестца, позвоночника и лопаток ежедневно обрабатывают камфарным спиртом (дополнительно к обтиранию всей кожи). Под таз больной подкладывают резиновый круг. Туалет наружных половых органов производят не реже двух раз в сутки.

2. Правильное питание является важнейшим условием для повышения сопротивляемости организма. Пища должна быть калорийной, вкусной, разнообразной, легко усвояемой. В большом количестве дают сахар, жиры вводят в виде сливок, сливочного масла, белки—в виде паровых мясных котлет, вареной рыбы, вареной курицы, яиц, творога. Если нет поражения почек, для возбуждения аппетита дают в небольшом количестве икру, селедку и др. Полезны свежие фрукты и фруктовые соки. Необходимо вводить

достаточное количество жидкостей. Рекомендуется чай, кофе, морс, щелочные минеральные воды. Дают вино в небольших дозах.

Профилактика послеродовых септических заболеваний. В борьбе с послеродовой септической инфекцией главное и решающее значение имеет профилактика. Принцип профилактики послеродовой инфекции является краеугольным камнем организации всей работы женских консультаций и особенно родильных домов. Предупреждению послеродовых заболеваний способствуют все меры укрепления организма беременной (питание, правильный режим, гигиеническое содержание тела), своевременное выявление и устранение всех очагов инфекции, ограждение беременной от соприкосновения с инфицированными больными. Исключительное значение имеет тщательная асептика при ведении родов, правильный уход в послеродовом периоде, личная гигиена медицинского персонала, изоляция лихорадящих родильниц от здоровых. Важную роль играет борьба с травматизмом в родах, предупреждение кровотечений и других осложнений, понижающих сопротивляемость организма женщины. Санитарно-просветительная работа среди беременных и родильниц является важным условием для предупреждения послеродовых заболеваний.

Послеродовой мастит

В послеродовом периоде нередко возникает мастит (воспаление молочной железы). Возбудителями воспаления молочной железы являются гноеродные микробы, главным образом стафилококки, реже стрептококки и другие микроорганизмы. Гноеродные микробы заносятся на кожу сосков загрязненными руками, инфицированным бельем, посредством капельной и воздушной инфекции. Входными воротами для микробов, находящихся на коже молочной железы, являются трещины сосков.

Микробы могут проникнуть в молочную железу и через микроскопические повреждения эпителия кожи сосков, образующиеся при кормлении. В редких случаях микробы заносятся в молочную железу лимфогенным или гематогенным путем из других очагов инфекции.

Послеродовой мастит обычно начинается внезапным повышением температуры до 39° и выше, иногда ознобом. Появляется боль в молочной железе, общее недомогание, головная боль, нарушение сна, понижение аппетита. Молочная железа увеличивается, в глубине ее прощупывается болезненный, плотноватый участок, не имеющий отчетливых границ, иногда отмечается покраснение кожи над пораженным участком. Подмышечные лимфатические узлы нередко увеличиваются и становятся чувствительными.

Воспалительный процесс ведет к закупорке протоков молочной железы, поэтому образуется застой молока. Воспалительный процесс может

прекратиться на этой стадии, и в дальнейшем наступает выздоровление. При неблагоприятных условиях (пониженная сопротивляемость организма, вирулентная инфекция, неправильное лечение) воспалительный процесс прогрессирует и инфильтрат подвергается нагноению (гнойный мастит). При нагноении общее состояние ухудшается, нередко появляется озноб, температура приобретает ремитирующий характер. Боль в молочной железе усиливается, в плотном инфильтрате образуется участок зыбления, кожа над ним гиперемирована, с синюшным оттенком. Гнойный мастит нередко имеет тяжелое и продолжительное течение. Профилактика послеродовых маститов сводится к гигиеническому содержанию молочных желез и к предупреждению трещин сосков.

Предупреждению трещин сосков способствует уход за молочными железами во время беременности, правильное кормление ребенка. Имеет значение ежедневное обмывание прохладной водой и обтирание молочных желез грубым полотенцем; при наличии на сосках корочек (из выделяющегося молозива) рекомендуется обмывание сосков 1% раствором борной кислоты. При кормлении необходимо следить за тем, чтобы ребенок брал сосок вместе с околососковым кружком. Чрезвычайно важно содержание молочных желез кормящей матери в строгой чистоте. При возникновении трещин рекомендуется кормить через накладку.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

- Изучить причины инфекционных послеродовых заболеваний
- определить этапы распространения инфекции
- изучить септические инфекции 1 этапа: послеродовая язва, послеродовый эндометрит, изучить пути проникновения, клинику, диагностику.
- Изучить септические инфекции 2 этапа: метрит, параметрит, пельвиоперитонит, аднексит, отграниченный тромбофлебит, определить причины, клинику, диагностику.
- Изучить септические инфекции 3 этапа: изучить септический шок, разлитой послеродовый перитонит, прогрессирующий тромбофлебит – причины, клинику, диагностику.
- Изучить септические инфекции 4 этапа: рассмотреть сепсис: этиологию, клинику, тактику фельдшера в диагностике.
- Знать этиологию, клинику, диагностику послеродового мастита

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

ТЕМА: «ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Тип занятия – практическое занятие

ОСНАЩЕНИЕ:

Проектор, ноутбук

Фантом, муляжи женского таза, плакаты

Акушерский инструментарий

Лоток, кушетка, гинекологическое кресло, перчатки, раствор антисептика

Термометр, тонометр, фонендоскоп

Дидактическая база: Рабочая программа, методическая разработка практического занятия, календарно-тематический план.

Место проведения – доклинический кабинет акушерства и гинекологии

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ

УЧЕБНЫЕ:

ЗНАТЬ:

1. Возбудителей и этапы распространения послеродовой инфекции;
2. Причины, клинические проявления, возможные осложнения и методы диагностики проблем родильниц.

УМЕТЬ:

- диагностировать септические заболевания

-подготовить родильницу к диагностическим вмешательствам при патологии послеродового периода.

РАЗВИВАЮЩИЕ ЦЕЛИ:

Формирование навыков самообразования, самореализации личности, развитие мышления, речи, памяти. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ:

Привитие умений и навыков учебной работы и коллективного труда. Формирование у студентов целостного мировоззрения и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей, гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека.

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ И УМЕНИЯМ

ЗНАНИЯ

Актуализировать новые знания по послеродовым септическим заболеваниям;
Закрепить полученные сведения, используя информационные технологии;
выполнить упражнения, направленные на углубление знаний;

Добиться прочного усвоения системы знаний по теме, сформировать представление о важности диагностики послеродовых септических заболеваний

Роль фельдшера в диагностике послеродовых септических заболеваниях

УМЕНИЯ

Определить размеры матки в послеродовом периоде;

Оценить качества и количества лохий;

Обработка рук;

Взятие мазка на инфекции;

Катетеризация мочевого пузыря;

Заполнение бланка на анализы.

НАВЫКИ

1. Наблюдать за общим состоянием матки
2. Следить за окраской кожных покровов и слизистых оболочек
3. Измерение температуры и составление графика, измерение уровня артериального давления, подсчёт частоты пульса, дыхания, учитывать жалобы родильницы

СТАНДАРТ ПО ТЕМЕ

1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ПОВТОРИТЬ ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ:

1. Физиологический послеродовой период

2. Асептика и антисептика

2. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

а) Содержание лекционного материала

б) Основные понятия по теме, алгоритмы выполнения манипуляций

в) Правила деонтологии в общении с беременной женщиной и со своими коллегами по работе

3. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

- Осуществить сбор анамнеза.

- Наружное акушерское исследование.

- Вагинальное исследование.

- Определение размеров матки в послеродовом периоде.

- Интерпретация лабораторных методов исследования.

- Оценка характера лохий.

- Брать мазки и посевы из влагалища и цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам

- Уметь разработать план ведения родильниц в послеродовом отделении

- Умение построить алгоритм получения объективной информации о формах гнойно-септических заболеваний.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ

- анатомия и физиология человека; основы патологии;
- основы латинского языка с медицинской терминологией;
- психология;
- этика и деонтология;
- основы социологии;
- основы микробиологии, вирусологии, иммунологии;
- инфекционные заболевания;
- хирургические болезни.

ВНУТРИПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ

- Анатомия и физиология женских половых органов.
- Структура и организация работы женской консультации. Выделение групп риска, профилактика инфекционных послеродовых заболеваний.
- Физиологические изменения в организме беременной. Физиологическое течение послеродового периода. Физиологическое ведение послеродового периода.

ТЕХНОКАРТА ЗАНЯТИЯ

ВРЕМЯ ЗАНЯТИЯ – 180 МИН

1. Организационный момент – 2 мин
2. Сообщение темы, целей, плана – 4 мин
3. Опрос по теме (фронтальный) – 20 мин
4. Тест - 10 мин
5. Опрос по теме – 60 мин
6. Решение клинических задач – 35 мин
7. Заполнение рабочих тетрадей - 35 мин
8. Оформление дневников - 10
9. Подведение итогов занятия, задание на дом-4 мин

ВАРИАНТ 1

Тесты: Послеродовые гнойно-септические заболевания

1. К первому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

- 1) эндометрит
- 2) пуэрперальная язва
- 3) тазовый тромбофлебит
- 4) параметрит
- 5) тромбофлебит вен нижних конечностей

2. Ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

- 1) пуэрперальная язва
- 2) параметрит
- 3) тазовый тромбофлебит
- 4) аднексит
- 5) пельвиоперитонит

3. К третьему этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

- 1) тазовый тромбофлебит
- 2) тромбофлебит вен нижних конечностей
- 3) пельвиоперитонит
- 4) разлитой перитонит
- 5) септический шок

4. К четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

- 1) разлитой перитонит
- 2) септический шок
- 3) септицемия
- 4) септикопиемия
- 5) прогрессирующий тромбофлебит

5. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

- 1) лечение кортикостероидными препаратами в анамнезе
- 2) использование пероральных контрацептивов в анамнезе
- 3) отягощенный аллергологический анамнез
- 4) наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы
- 5) наличие трех и более влагалищных исследований в родах

6. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

- 1) при позднем токсикозе
- 2) при сахарном диабете
- 3) при патологической кровопотере в родах
- 4) при использовании наружной кардиотокографии в родах
- 5) при продолжительности безводного периода свыше 6 часов

7. Послеродовая язва-

- 1) относится к первому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
- 2) проявляется нагноением швов
- 3) обычно не требует антибактериальной терапии
- 4) лечится с применением УФО
- 5) является показанием для перевода в наблюдательное отделение

8. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

- 1) после продолжительных родов
- 2) после стремительных родов
- 3) после кровопотери свыше 0.5% массы женщины
- 4) после перинеоррафии
- 5) после запоздалых родов

9. Название послеродовая язва применяется к инфицированным

- 1) ранам промежности
- 2) ранам шейки матки
- 3) ранам стенки влагалища
- 4) ранам передней брюшной стенки после чревосечения
- 5) трещинам соска молочной железы

10. Для подострого послеродового эндометрита характерно:

- 1) температура тела роженицы 38°C и выше
- 2) тахикардия до 100 в минуту
- 3) лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов
- 4) все перечисленное
- 5) ничто из перечисленного

11. Частота послеродового эндометрита

- 1) 1,5-2%
- 2) 3-4%
- 3) 10-15%
- 4) 6,3-49,5%
- 5) 8-25%

12. Частота послеродовых заболеваний

- 1) 0,5-2%
- 2) 4-5%
- 3) 40%
- 4) 10-13%

13. Термином "послеродовый период" обычно обозначают

- 1) первые 6-8 недель после родов
- 2) период грудного кормления новорожденного
- 3) период послеродовой аменореи
- 4) первые две недели после родов
- 5) через месяц после родов

ВАРИАНТ 2

1. Послеродовой период – это период продолжающийся:

1. Первые 2 часа после рождения последа
2. 5 - 6 дней пребывания родильницы в роддоме
3. 1 месяц после родов
4. 5-6 дней при неосложненных и 70 дней после осложненных родов
5. 6 - 8 недель после родов *

2. В течение первых 10 - 12 дней после родов дно матки опускается ежедневно на:

1. 1 см*
2. 0,5 см
3. 11,5 см
4. 1,5 - 2,0 см
5. 2 - 3 см

3. Лохии становятся lochia alba:

1. К 2 дню послеродового периода
2. К 4 - 5 дню послеродового периода
3. К 10 дню послеродового периода*
4. К 14 дню послеродового периода
5. К 21 дню послеродового периода

4. Формирование цервикального канала начинается:

1. На 1 сутки послеродового периода
2. На 2 сутки послеродового периода
3. На 3 сутки послеродового периода
4. На 4 сутки послеродового периода
5. На 5 сутки послеродового периода

5. Полностью формируется шейка матки и закрывается внутренний зев:

1. На 3 - 5 сутки послеродового периода
2. На 5 - 6 сутки послеродового периода
3. На 6 - 7 сутки послеродового периода
4. На 8 - 9 сутки послеродового периода
5. На 10 - 11 сутки послеродового периода

6. Закрытие наружного зева матки в послеродовом периоде происходит:

1. К концу 1 недели
2. К концу 4 недели
3. К концу 2 недели
4. К концу 5 недели
5. К концу 3 недели

7. Эпителизация внутренней поверхности матки, за исключением плацентарной площадки в послеродовом периоде завершается:

1. К 3 - 4 дню
2. К 5 - 6 дню
3. К 7 - 8 дню
4. К 8 - 9 дню
5. К 9 - 10 дню

8. Эпителизация плацентарной площадки в послеродовом периоде завершается:

1. К концу 1 - 2 недели
2. К концу 2 - 3 недели
3. К концу 3 - 4 недели
4. К концу 4 - 5 недели
5. К концу 6 - 8 недели

9. Выделение лохий прекращается в послеродовом периоде:

1. К концу 1 недели
2. К концу 2 недели
3. К концу 4 недели
4. К концу 3 недели
5. К концу 5 недели

10. Отделение молока в послеродовом периоде начинается:

1. На 1 - 2 день после родов
2. На 2 - 3 день после родов
3. На 3 - 4 день после родов
4. Сразу после родов

11. Оценка состояния роженицы в послеродовом отделении проводится по следующим показателям:

1. Цвет кожных покровов и слизистых
2. Пульс и артериальное давление
3. Состояние молочных желез и лактации
4. Уровень стояния дна матки и характер лохий
5. Всем вышеперечисленным

12. Основные принципы ведения роженицы в послеродовом периоде все нижеперечисленные, кроме:

1. Профилактики гнойно-септической инфекции
2. Грудного вскармливания
- 3. Постельного режима**
4. Совместного пребывания матери с ребенком
5. Рационального питания

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАПа обратилась молодая женщина 20 лет, студентка: жалуется на распирающие боли в области молочных желез. Роды были 2 недели назад, протекали без осложнений. Родила мальчика массой 3600 г. Объективно: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 68 уд. /мин., температура тела – 37,2⁰ С, кожные покровы обычной окраски. Молочные железы – равномерное умеренное нагрубание, потертости вокруг соска, при пальпации болезненные. Соски с трещинами. Живот мягкий, безболезненный. Матка за лобком, выделения серозные, скудные, физиологические отправления в норме. Женщина учится, днем ребенка кормят сцеженным молоком.

Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику в данной ситуации.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 1

1. Проблемы роженицы.

Действительные проблемы:

боли в молочной железе, трещины сосков; лактостаз, затруднение кормления ребенка вследствие трещин.

Потенциальные проблемы: риск развития мастита

2.Предположительный диагноз: Поздний послеродовой период. Лактостаз. Трещины сосков.

Обоснование: равномерное нагрубание и болезненность молочных желез, затруднение сцеживания, трещины сосков

3. Фельдшер должен:

объяснить родильнице причины её состояния, объяснить родильнице, как правильно кормить ребенка и ухаживать за молочными железами, научить уходу за сосками, дать рекомендации по лечению трещин (УФО, дарсонвализация, мази), дать рекомендации по борьбе с лактостазом (кормление, сцеживание, ультразвук, окситоцин для облегчения сцеживания), напомнить родильнице о преимуществах грудного вскармливания, рекомендовать взять академический отпуск, поставить в известность врача

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера ФАПа вызвали к пациентке 25 лет, которая неделю назад выписалась из родильного отделения. Предъявляет жалобы на боли и нагрубание в правой молочной железе, появившиеся еще в родильном доме. Дома состояние ухудшилось, особенно после того, когда из-за болей перестала прикладывать к этой грудной железе ребенка и сцеживать молоко. Температура тела 38,2⁰С.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение. Подмышечные лимфатические узлы увеличены, плотные, подвижные, болезненные при пальпации.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 2

1. Постановка диагноза.

Предположительный диагноз. Острый лактогенный мастит правой молочной железы в стадии абсцедирования, осложненный катаральным подмышечным лимфаденитом

2. Обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1. данных анамнеза:

пациентка – кормящая мать;

боли в области правой железы и ее уплотнение появились еще в родительном доме, что свидетельствует о запущенности процесса; после выписки из стационара перестала кормить ребенка правой грудью и сцеживать из нее молоко;

2. жалоб на боли и нагрубание в правой молочной железе;

3. данных объективного обследования: правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована; при пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение, что свидетельствует о скоплении гноя в тканях (сформировался абсцесс); увеличение регионарных лимфатических узлов; температура тела 38,20 С

3. Тактика ведения пациентки.

Пациентка должен быть госпитализирована в гнойное хирургическое отделение для проведения хирургического лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП вызван к женщине на 5-ые сутки после срочных родов, осложнившихся гипотоническим кровотечением. Производилось ручное обследование полости матки. Кровопотеря составила 500 мл, гемотрансфузии не было. Дома у родильницы температура повысилась до 38⁰С. Пульс 106 уд./мин., ритмичный. Язык чистый, влажный. Молочные железы мягкие, безболезненные.

Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Дно матки на 4 см ниже пупка. Лохии серозно-кровянистые, мутные, с запахом. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено. Анализ крови: Нв 96 г/л, L - 11,5 x 10⁹/л, формула со сдвигом влево. Анализ мочи – без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику акушерки в данном случае.
3. Перечислите факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.
4. Назовите принципы противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 3

1. Предположительный диагноз: Послеродовый период 5 сутки. Эндомиометрит. Анемия 1 степени.

Обоснование: явные признаки воспаления (Т 38,00 С, мутные с запахом лохии, большая матка, воспалительная кровь). В родах кровотечение и ручное обследование полости матки

2. Тактика фельдшера: срочная госпитализация родильницы в гинекологическое отделение

3. Факторы риска послеродовых воспалительных заболеваний (ГВЗ): нарушение правил гигиены, пролонгирование беременности при мёртвом плоде, задержка частей плаценты в полости матки, предшествующая анемия и расстройство питания, затяжные роды, длительный безводный период, частые влагалищные исследования, кесарево сечение и другие оперативные роды, предшествующие ЗППП, послеродовые кровотечения, повторные аборты.

4. Принципы противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах:

Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки – дезинфицирующих средств. Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживают;

После уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха применяют ультрафиолетовое облучение с последующим проветриванием помещения; При уборке по типу заключительной дезинфекции ультрафиолетовое облучение проводят дважды: первый раз – после обработки всех объектов и помещения дезинфицирующим средством, второй раз – после протирания их ветошью, смоченной в водопроводной воде (при повышении влажности воздуха эффективность ультрафиолетового облучения возрастает). Затем помещение проветривают;

Использованные при осмотре, обработке женщин и проведении манипуляций инструменты и другие изделия медицинского назначения подвергаются обработке по общепринятой схеме;

Перед и после каждой манипуляции, медицинский персонал тщательно моет руки. Используются стерильные перчатки

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

У родильницы на 3-ий день после кесарева сечения поднялась температура до 38,7⁰С., трижды была рвота застойным содержимым. Язык суховат, обложен белым налетом.

Пульс – 110 уд./мин. Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика очень вялая. Повязка сухая. Выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом. Стимуляция кишечника без эффекта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите факторы риска развития послеродового перитонита.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 4

1. Предположительный диагноз: Послеродовый послеоперационный перитонит после кесарева сечения, третьи сутки. Послеродовый эндометрит

2. Обоснование диагноза:

после кесарева сечения поднялась температура до 38,7⁰С, рвота застойным содержимым, язык суховат, обложен белым налетом, пульс – 110 уд. в мин., живот вздут, резко болезненный при пальпации, слабо выраженные симптомы раздражения брюшины, перистальтика кишечника очень вялая, выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом, стимуляция кишечника без эффекта

3. Факторы риска развития послеродового перитонита:

дооперационное инфицирование полости матки, длительный безводный период, массивная кровопотеря, наличие остатков плацентарной ткани, погрешности оперативной техники, несостоятельность швов на матке

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На 5-ые сутки после родов при снятии швов у роженицы обнаружено полное расхождение швов промежности и плотный инфильтрат с гнойным отделяемым вокруг раны. Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель, нерегулярно. Во время беременности был выявлен кольпит, должное обследование и санация не проводились. В родах произошёл разрыв промежности 2 степени с последующим зашиванием разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Вопросы:

1. Выделите проблемы роженицы.
2. Перечислите причины, способствующие расхождению швов.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 5

1. Проблемы роженицы.

Настоящие проблемы:

полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями, отказ роженицы от лечения.

Потенциальные проблемы:

нарушение топографии промежности, опущение матки, влагалища, распространение инфекции

2. Причины расхождения швов:

инфекция, особенно кольпит, нарушение трофики тканей, неправильный уход за швами, нарушение режима, гигиены, питания, нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, проблемы с шовным материалом

3. Тактика: успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерке наблюдательного отделения вечером на обходе роженица 23 лет пожаловалась на чувство жара, озноб, головную боль и боли внизу живота. В анамнезе половая жизнь с 16 лет, 2 искусственных аборта, хронический аднексит, трихомониаз. Брак не зарегистрирован. Женскую консультацию посетила несколько раз, обследована не полностью. Три дня назад произошли

первые срочные роды живым доношенным мальчиком массой 3600. В родах – преждевременное излитие околоплодных вод. Безводный период составил 20 часов. Первичная и вторичная родовая слабость. Проводилась родостимуляция окситоцином. От назначения антибиотиков отказалась.

Акушерка измерила температура тела – 38,6⁰ С, пульс – 96 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Матка на 2 см ниже пупка, болезненная, мягковатой консистенции. Лохии – бурого цвета, с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Выявите проблемы пациентки, их причины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 6

1. Проблемы родильницы.

Настоящие проблемы: лихорадка; головная боль; боль внизу живота.

Потенциальные проблемы: риск развития более тяжелой степени инфекционно-септического процесса. Причина – в изначальном инфицировании женщины, недостаточном обследовании и санации перед родами, осложнении в родах (слабость родовой деятельности и длительный безводный период), субинволюция матки, отказ от лечения

2. Предположительный диагноз: послеродовой эндометрит после первых срочных родов. Осложнённый акушерско-гинекологический анамнез.

Обоснование:

повышение температуры, озноб, головная боль, боль внизу живота, болезненность матки, выделения, характерные для эндометрита (бурого цвета, с неприятным запахом), затяжные роды, длительный безводный период

3. Тактика:

сообщить дежурному врачу акушеру-гинекологу, положить пузырь со льдом на низ живота, приготовить родильницу и новорожденного к переводу в отдельную наблюдательную палату для дальнейшего лечения, успокоить родильницу и вселить уверенность в благополучном исходе при её сотрудничестве, с диагностической целью во время озноба необходимо взять кровь на посев, до введения антибиотиков необходимо взять мазки на гонококки и на посев из влагалища, измерение температуры каждые 2-3 часа,

дальнейшие назначения акушерка выполняет под руководством врача (антибактериальная терапия, сокращающие средства)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В послеродовом отделении фельдшер осматривает родильницу. Вторые роды прошли три дня назад, крупным плодом (4200 г) без осложнений. Жалоб не предъявляет.

Объективно: кожные покровы нормальной окраски. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 76 уд./мин., температура тела – 36,8⁰С. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания, безболезненные. Соски чистые, живот мягкий, безболезненный. Матка плотная, безболезненная, дно её на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии скудные, кровянистые. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было. Отеков нет.

Вопросы:

1. Выявите проблемы родильницы.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте план наблюдения за родильницами.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 7

1. Проблемы родильницы.

Действительные проблемы:

субинволюция матки.

Потенциальные проблемы:

риск развития эндометрита, риск возникновения позднего послеродового кровотечения

2. Предположительный диагноз: третьи сутки послеродового периода. Субинволюция матки.

Обоснование:

Из условия задачи следует, что 3 дня назад у женщины прошли роды, значит, в настоящее время у нее третьи сутки послеродового периода, ВДМ на 3 сутки в норме должна быть на 3 поперечных пальца ниже пупка, значит у родильницы замедлено сокращение матки, чему способствует перерастяжение матки во время беременности крупным плодом.

3. Тактика фельдшера:

- сообщить дежурному врачу,
- положить холод на низ живота и объяснить родильнице, как с ним обращаться дальше,

- приготовить лекарственные средства, сокращающие матку, и ввести их, по назначению врача,

- для профилактики осложнений проводить наблюдение за состоянием родильницы по общепринятой схеме

4. План наблюдения родильниц средним мед. персоналом:

- выяснение жалоб родильницы,
- измерение АД 2 р. в сутки,
- термометрия 2 р. в сутки,
- определение характеристик пульса (частота, ритм, наполнение),
- осмотр и пальпация молочных желёз,
- контроль сокращения матки (ВДМ, размер поперечника матки, УЗИ матки),
- проведение туалета наружных половых органов,
- контроль физиологических отправления (мочеиспускание, стул)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера ФАП вызвала родильница Б., 23 года, с жалобами на повышение температуры тела до $38,9^{\circ}\text{C}$, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота. Роды вторые, своевременные 10 дней назад, осложнились родовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Женщина выписана из родильного дома на пятые сутки после родов в удовлетворительном состоянии.

21 января дома у родильницы к вечеру поднялась температура тела до $38,3^{\circ}\text{C}$, был озноб, обильное потоотделение, слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища, с неприятным запахом. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина.

При осмотре: температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные. Зев чистый. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 уд./мин., ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца – без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки пальпируется на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровяно-гнойные с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите возможные осложнения в данной ситуации.
4. Определите тактику акушерки.
5. Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний на этапе амбулаторного наблюдения в женской консультации:

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ 8

1. Предварительный диагноз. Послеродовый эндомиометрит
2. Обоснование:

Об этом говорит начало заболевания на 8-9 сутки послеродового периода с характерными симптомами: повышение температуры, озноб, обильное потоотделение, боли внизу живота, лохии кровянистые с неприятным запахом, симптомы интоксикации – слабость, головная боль, плохой сон, наличие субинволюции матки и болезненность ее при пальпации.

3. Возможные осложнения в данной ситуации: распространение инфекции вплоть до развития сепсиса.

4. Тактика:

Срочно госпитализировать родильницу в гинекологическое отделение, где ей будет проведена интенсивная комплексная терапия.

До госпитализации фельдшер должен:

успокоить родильницу и ее родственников, помочь решить вопрос о вскармливании ребенка, с целью снятия болевого симптома и предупреждения распространения инфекции, положить на низ живота пузырь со льдом, бережно транспортировать родильницу в гинекологическое отделение ЦРБ, после взятия мазков из влагалища

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

Фельдшера ФАП вызвали к родильнице, выписанной из родильного дома 5 дней назад. Жалобы на повышение температуры до 39 градусов, озноб, боль в правой молочной железе.

Анамнез: болеет шестой день, вначале появились трещины на сосках, затем боль в области молочной железы и повышение температуры.

Объективно: температура 39,2, правая молочная железа увеличена, напряжена, горячая на ощупь. Кожа в верхнем наружном квадранте отечная, гиперемированная, при пальпации определяется плотный инфильтрат с

размягчением в центре. Подмышечные лимфоузлы справа увеличенные, болезненные при пальпации.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 9.

1. Диагноз: послеродовой период (10 сутки), правосторонний инфильтративно- гнойный мастит. Правосторонний инфильтративно-гнойный мастит установлен на основании анамнеза: роды 10 дней назад, трещины на сосках, что является входными воротами для инфекции. Инфильтративно-гнойная форма мастита подтверждается наличием клинических симптомов: температуры, боли и напряжения в правой молочной железе. Кожа в наружно-верхнем квадранте отечная, гиперемированная, при пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат с размягчением в центре и все эти симптомы характерны для гнойно - инфильтративного мастита.

2. Алгоритм действий фельдшера:

Срочно госпитализировать в хирургическое отделение для оперативного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

К фельдшеру ФАПа обратилась родильница Б., 23 года, с жалобами на повышение температуры тела до 38,9° С, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота.

Роды II, своевременные, осложнились дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Выписана из роддома на 5-тые сутки после родов, в удовлетворительном состоянии.

Дома у родильницы к вечеру поднялась температура тела до 38,3° С, был озноб, обильное потоотделение, беспокоит слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища, их отличает неприятный запах. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина.

При осмотре: температура 38,8° С. Кожные покровы бледные. Зев не гиперемирован. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочится свободно. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки пальпируется

на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровянисто-гнойные с неприятным запахом.

Задания:

1. Диагноз, возможные осложнения в данной ситуации.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ 10

1. Диагноз: послеродовой метроэндометрит. На основании анамнеза, истории настоящего заболевания и данных объективного исследования, можно предположить наличие у родильницы послеродового осложнения, а именно: послеродового метроэндометрита, о чем говорит начало заболевания на 8-9 сутки послеродового периода с характерными симптомами: повышение температуры, озноб, обильное потоотделение, боли внизу живота, лохии кровянистые с неприятным запахом, симптомы интоксикации - слабость, головная боль, плохой сон, наличие субъинволюции матки и болезненность ее при пальпации.

2. Целью действий фельдшера в данной ситуации является не допустить ухудшения состояния родильницы и предупредить дальнейшее распространение инфекции. Для этого нужно как можно быстрее госпитализировать родильницу в гинекологическое отделение, где ей будет проведена комплексная интенсивная терапия.

До госпитализации фельдшер обязан:

- успокоить родильницу и ее родственников;
- помочь решить вопрос вскармливания ребенка;
- с целью снятия болевого симптома и предупреждения распространения инфекции положить на низ живота пузырь со льдом;
- бережно транспортировать родильницу в гинекологическое отделение.

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Республики Дагестан «Дербентский медицинский колледж
имени Г.А. Илизарова»

**РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ
ПО ПРЕДМЕТУ «ПРОПЕДЕВТИКА В АКУШЕРСТВЕ И В
ГИНЕКОЛОГИИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»
НА ТЕМУ:
«ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ.
ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»**

ФИО студента _____
Курс _____
Преподаватель _____

Дербент 2024

1. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Параметрит _____

Пельвиоперитонит _____

Лохии _____

Сепсис _____

Децидуальная оболочка _____

Лактостаз _____

Субинволюция _____

2. Выполните тестовые задания (обведите кружком правильные ответы):

1. Послеродовой метроэндометрит (метрит) относится к этапу распространения септической инфекции

1. 2-ой этап – инфекция ограничивается в основном полостью малого таза
2. 1-ый этап – инфекция ограничена областью раны
3. 3-ий этап – инфекция по клиническим проявлениям сходна с генерализованной инфекцией
4. 4-ый этап – генерализованные формы общей септической инфекции

2. Послеродовой эндометрит относится к этапу распространения септического процесса

1. 2-ой этап – инфекция ограничивается в основном полостью малого таза
2. 1-ый этап – инфекция ограничена областью раны
3. 3-ий этап – инфекция по клиническим проявлениям сходна с генерализованной
4. 4-ый этап – генерализованные формы общей септической инфекции

3. Клинические проявления параметрита начинаются после родов

1. на 3-4 сутки
2. на 5-6 сутки
3. на 10-12 сутки
4. на 1-2 сутки

4. Из осложнений параметрита исключается

1. гнойный инфильтрат
2. свищ
3. сепсис
4. хорионэпителиома

5. К генерализованной септической инфекции относится

1. параметрит
2. септицемия
3. послеродовая язва
4. пельвеоперитонит

6. При разлитом перитоните положителен симптом

1. Кюстнера-Чукалова
2. Гентера-Гегара
3. Щеткина-Блюмберга
4. Креде-Лазаревича

7. В течение первых 10 - 12 дней после родов дно матки опускается ежедневно на:

1. 1 см
2. 0,5 см
3. 11,5 см
4. 1,5 - 2,0 см
5. 2 - 3 см

8. Родильница с гнойным маститом переводится

1. в родильный дом с отделением обсервации
2. в гинекологическое отделение
3. в хирургическое отделение
4. в отделение патологии

9. В обсервационное отделение нужно перевести родильницу

1. с умеренной анемией
2. после родов в приемном отделении
3. с миокардиодистрофией
4. после планового кесарева сечения

10. Послеродовый период – это период продолжающийся:

1. Первые 2 часа после рождения последа
2. 5 - 6 дней пребывания родильницы в роддоме
3. 1 месяц после родов
4. 56 дней при неосложненных и 70 дней после осложненных родов
5. 6 - 8 недель после родов

1-	2-	3-	4-	5-
6-	7-	8-	9-	10-

3. Решите ситуационную задачу:

К фельдшеру ФАПа обратилась родильница Б., 23 года, с жалобами на повышение температуры тела до 38,9° С, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота.

Роды II, своевременные, осложнились дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Выписана из роддома на 5-тые сутки после родов, в удовлетворительном состоянии.

Дома у роженицы к вечеру поднялась температура тела до 38,3° С, был озноб, обильное потоотделение, беспокоит слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища, их отличает неприятный запах. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина.

При осмотре: температура 38,8° С. Кожные покровы бледные. Зев не гиперемирован. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочится свободно. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки пальпируется на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровянисто-гнойные с неприятным запахом.

Задания:

1. Диагноз, возможные осложнения в данной ситуации.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.

4. Укажите последовательность распространения послеродовых септических заболеваний по классификации С. В. Сазонова и А. В. Бартельса
1.
2.
3.
4.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов, Санкт – Петербург СпецЛит 2020г.
2. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н. Акушерство, М., Медицина,2021. стр. 297–317.
3. Савельева Г.Н. Акушерство / Учебник для медицинских вузов, 2022г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр./В.В. Абрамченко.-СПб.:Спец. лит., 2021.-664 с.
2. Акушерство и гинекология: Учебник/Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др./Пер. с англ.-М.:Мед. лит.,2023.-548 с.
3. Айламазян, Э.К. – Акушерство: Учебник для мед.вузов / авт.текста Э. К. Айламазян. – 5-е изд., доп. – Санкт-Петербург: Спец.лит., 2022. – 527 с.: ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)
4. Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство:Учебник.-Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис»,2021.- 463 с.
5. Жиляев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс/Н.И. Жиляев, Н. Жиляев, В. Сопель. -Киев: Книга плюс, 2023.- 236 с.
6. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие / ред. А.И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева ; Ред. А. Н. Стрижаков. – Москва: Медицина, 2020. – 621 с.
7. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : Учебное пособие / Ред. Г.М. Савельева. – Москва: ООО "Мед.информ.агентство", 2022. – 720 с.

ГЛОССАРИЙ

Субинволюция матки – замедление инволюции (обратного развития) матки в послеродовой период.

Эпизиоррафия – акушерская операция: хирургическое восстановление целостности промежности при ее разрыве путем наложения швов.

Эпизиотомия – рассечение промежности сбоку (2 см от средней линии) в пределах задней трети большой половой губы по направлению к седалищному бугру.

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем;

ОАА – отягощенный акушерский анамнез;

Лохиометра- скопление лохий в матке, вследствие закупорки внутреннего зева

Эндометрит-воспаление слизистой оболочки матки

Экзогенная инфекция- инфекция которая попадает в организм женщины из внешней среды

Пути распространения инфекции по организму: гематогенный, лимфатический, восходящий, нисходящий, каналикулярный, перинеуральный

Послеродовая язва - инфицированное повреждение трофического характера кожи, слизистой влагалища, ш/м, промежности

Бакпосев-это метод исследования позволяющий определить возбудитель и чувствительность к антибиотику.

Раствор марганца, хлоргексидина, самаровка, алмадез, медехельд-антисептик

Гематома нагноившаяся- скопление крови в подкожножировой клетчатке с проникновением инфекции

Эндогенная инфекция- инфекция, которая находится внутри организма (хронический пиелонефрит, гайморит, эндометрит, кариес и т.д.)

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

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

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

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

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

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

Цервикальный канал - шейный канал матки.

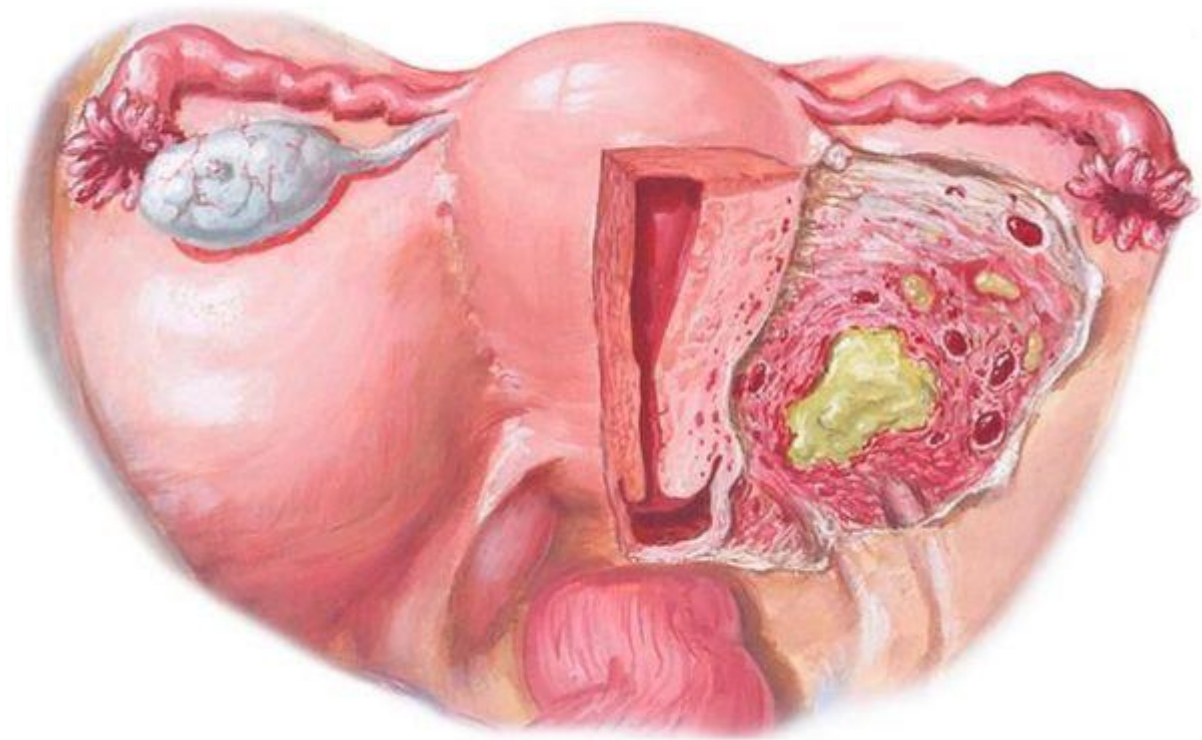
Шейка матки - нижняя часть матки, находящаяся в глубине влагалища.

Эндометрий - слизистая оболочка матки.

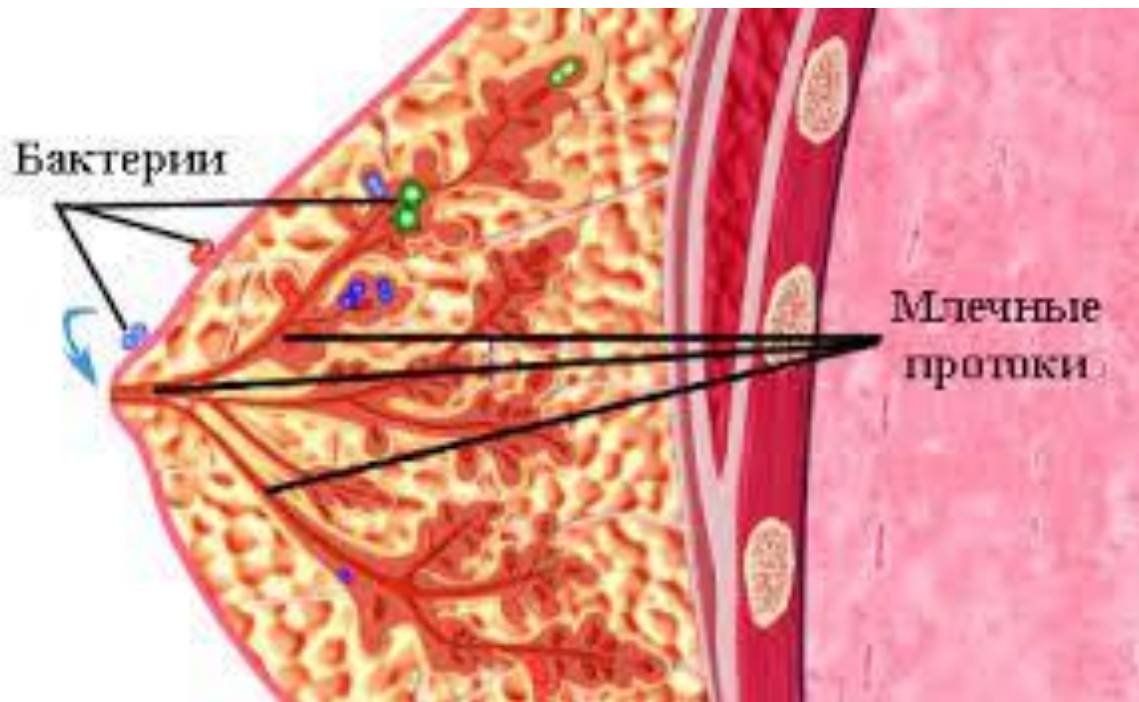
ПРИЛОЖЕНИЕ 1



ПРИЛОЖЕНИЕ 2



ПРИЛОЖЕНИЕ 3



АЛГОРИТМ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Цель: оценка состояния сердечно - сосудистой системы и общего состояния пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Подготовка пациента:

- психологическая подготовка пациента
- объяснить пациенту смысл манипуляции

Алгоритм действий:

1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния
2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца
3. Подложить валик или кулак под локоть пациента
4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец)
5. Найти пальпаторно на локтевой артерии пульсацию, приложить фонендоскоп
6. Соединить манжету с тонометром
7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того
8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки
9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление
10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.
11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках
12. Взять минимальное значение АД и записать данные в лист динамического наблюдения

Примечание

В норме у здоровых людей цифры АД зависят от возраста

В норме систолическое давление колеблется от 90 мм рт. столба до 140 мм рт. столба

Диастолическое давление от 60 мм рт. столба до 85 мм рт

Гипертензия - это повышенное АД

Гипотензия - это пониженное АД

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН МЯГКИМ КАТЕТЕРОМ.

Алгоритм выполнения процедуры:

1. Подложить под больную клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.
2. Попросить женщину принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.
3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.
4. Подготовиться к процедуре (тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть стерильные перчатки).
5. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть половые губы, чтобы обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала.
6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать им область между малыми половыми губами в направлении сверху вниз.
7. Нанести на конец («клюв») катетера стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и минимизации неприятных ощущений больной).
8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 7-8 см от его конца («клюва»).
9. Вновь раздвинуть левой рукой половые губы; правой рукой осторожно ввести катетер в мочеиспускательный канал на глубину 4-5 см до появления мочи.
10. Опустить свободный конец катетера в ёмкость для сбора мочи.
11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.
12. Поместить катетер (если использовался многоразовый набор для катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
13. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б», вымыть руки.

МАНИПУЛЯЦИЯ: ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1. Объяснить пациентке цель и методику манипуляции. Попросить опорожнить мочевой пузырь.
2. Вымыть и осушить руки, обработать одним из антисептиков, надеть перчатки.
3. На предварительно подготовленное кресло положить стерильную пеленку.
4. Предложить пациентке лечь на кресло.
5. Осмотреть визуально НПО (при осмотре обратить внимание на выраженность оволосения в области лобка и больших половых губ, возможные патологические изменения (отечность, гиперемия, опухоль, атрофия, пигментация, кондиломы, рубцы и др.), высоту и форму

промежности (высокая, низкая,), ее разрывы и их степень, состояние половой щели (сомкнута или зияет), опущение стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании).

6.Раздвинуть большим и указательным пальцами левой руки большие половые губы и осмотреть преддверие влагалища (обратить внимание на окраску слизистой оболочки вульвы, осмотреть состояние наружного отверстия уретры, выводных протоков больших желез, обратить внимание на характер влагалищного отделяемого. Установить состояние девственной плевы (ее целость, форма отверстия).

7.После осмотра наружных половых органов следует осмотреть анальную область (наличие трещин, геморроидальных узлов и др.)

8.Снять перчатки и скинуть в емкость с дезраствором.

9.Вымыть и осушить руки.

МАНИПУЛЯЦИЯ: ОСМОТР В ЗЕРКАЛАХ

При осмотре в зеркалах определяют **состояние слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки.**

1.Объяснить пациентке цель и методику манипуляции. Попросить опорожнить мочевого пузыря.

2.Вымыть и осушить руки, обработать одним из антисептиков, надеть перчатки.

3.На предварительно подготовленное кресло положить стерильную пленку.

4.Предложить пациентке лечь на гинекологическое кресло.

5.Обработать НПО антисептиком (1%йодонат, йодопирон и др.), в направлении сверху вниз двумя разными тампонами.

6.Взять зеркало Куско в правую руку.

7.Развести указательным и большим пальцами левой руки большие половые губы.

8.Зеркало ввести в прямом размере, сомкнутом виде в половую щель до середины влагалища.

9.Перевести зеркало в поперечный размер и постепенно открывая продвинуть до сводов, зафиксировать.

10.Провести осмотр шейки матки и боковых стенок влагалища.

ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛОЖКООБРАЗНОГО ЗЕРКАЛ

11.Взять его в правую руку и ввести позаднебоковой стенки влагалища до середины,затем опустить вниз и продвинуть до заднего свода.

12. Левой рукой ввести подъемник во влагалище по ложкообразному зеркалу до середины в прямом размере, затем перевести в поперечный размер.

13.Продвинуть подъемник до конца переднего свода влагалища, слегка надавливая на переднюю стенку влагалища.

14. Осмотреть стенки влагалища и шейку матки.

15.Извлечь зеркало в обратном порядке: сначала подъемник, затем ложкообразное зеркало.

16. При извлечении створчатого зеркала необходимо расслабить фиксатор, не смыкая створки отвести от шейки матки, затем вывести в обратной последовательности.

17. Использованный инструментарий, перчатки поместить в емкость с дезраствором.

18. Вымыть и осушить руки.

МАНИПУЛЯЦИЯ: БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При бимануальном исследовании определяют состояние матки и придатков; и форму, величину, подвижность, болезненность.

1. Объяснить женщине цель и методику манипуляции.

2. Попросить опорожнить мочевого пузыря.

3. Вымыть и осушить руки, обработать одним из антисептиков, надеть перчатки.

4. На предварительно подготовленное кресло положить стерильную пеленку.

5. Предложить пациентке лечь на кресло.

6. Обработать наружные половые органы антисептиком (1% йодонат, йодопирон и др.), в направлении сверху вниз двумя разными тампонами.

7. Развести указательным и большим пальцами левой руки большие и малые половые губы.

8. Привести пальцы правой руки в акушерское положение (большой палец отвести в сторону, безымянный и мизинец прижать к ладони, средний и указательный выпрямить и сомкнуть).

9. Ввести во влагалище средний и указательный пальцы правой руки, надавливая на промежность.

10. Расположить пальцы правой руки в переднем своде влагалища.

11. Положить левую руку немного выше лобкового сочленения на переднюю брюшную стенку.

12. Сблизить пальцы обеих рук, найти матку методом пальпации.

13. Определить положение, величину, форму, консистенцию, подвижность и чувствительность матки.

14. Переместить пальцы правой (внутренней) руки поочередно в боковые своды влагалища, а левой (наружной) – в соответствующие паховые области.

15. Определить состояние придатков.

16. Извлечь пальцы правой руки из влагалища.

17. Снять перчатки и положить в емкость с дезраствором.

18. Вымыть и осушить руки.

МАНИПУЛЯЦИЯ: САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ РОДИЛЬНИЦЫ СО ШВАМИ НА ПРОМЕЖНОСТИ.

Оснащение: стерильные: стол, халат и маска, подкладная пелёнка; корнцанг, ватные тампоны, дезраствор, 6% раствор калия перманганат.

Методика:

1. Надеть маску.
 2. Объяснить женщине цель и методику манипуляции.
 3. Обработать руки.
 4. Надеть стерильный халат и перчатки.
 5. Приготовить стерильный стол с инструментами.
 6. Положить на гинекологическое кресло продезинфицированную клеенку.
 7. Уложить роженицу.
 8. Обмыть теплым дезраствором раствором (перманганат калия 0,005%, фурацилин) половые органы.
 9. Осушить вторым корнцангом и сухим ватным тампоном половые органы.
- Взять третий корнцанг с ватным тампоном.
10. Смочить тампон 6% раствором калия перманганат
 11. .Обработать швы 6% раствором калия перманганата
 12. .Дать роженице стерильную подкладную пелёнку.

Обрабатывать швы после родов: антисептики и обезболивающие

Ухаживать за швами в послеоперационный период необходимо и после выписки из роддома. Обработка швов в домашних условиях осуществляется перекисью водорода и различными кремами: Бепантеном, Солкосерилом, Левомеколем. Шов на животе можно обработать зеленкой, нанося препарат вокруг раны в течение 3 недель.

ПРОВЕДЕНИЕ ТУАЛЕТА РОДИЛЬНИЦЫ

Оснащение стерильного столика: стерильный корнцанг, стерильный пинцет, стерильные перчатки, стерильный перевязочный материал, стерильная индивидуальная салфетка - 2 шт, стерильная пелёнка, раствор марганцовокислого калия 5%, раствор фурацилина 1: 5000.

Подготовка к манипуляции:

1. Спросить у пациентки разрешения на проведение манипуляции.
2. Информировать о ходе предстоящей манипуляции и ее целях.
3. Вымыть руки под краном с мылом 2-х кратным намыливанием, высушить салфеткой.
4. Надеть стерильные перчатки.

Выполнение манипуляции:

1. Расстелить на гинекологическом кресле индивидуальную салфетку.
2. Уложить роженицу на кресло.
3. Провести туалет наружных половых органов раствором фурацилина 1:5000 стерильным ватным шариком, взятым в корнцанг. под струёй дезинфицирующего раствора обмывают наружные половые органы, движениями от лобка к промежности, к внутренней поверхности бёдер, к области заднего прохода.
4. Просушить область швов и наружные гениталии ватным шариком.

5. Осмотреть состояние швов во влагалище и коже промежности.
6. Марлевым шариком с помощью пинцета обработать швы 5% раствором марганцовокислого калия.
7. Поменять подкладную салфетку.

Завершение манипуляции:

1. Сообщить пациентке о завершении манипуляции.
2. Дезинфекция многоразового оснащения: зеркало, подъемным корнцангом по ОСТу в 3 этапа (дезинфекции, предстерилизационная очистка, стерилизация). Дезинфекция использованных перчаток: (О цикл - промыть, I цикл – погрузить на 60') с последующей утилизацией класс «Б» - мешки желтые.
3. Дезинфекция использованного перевязочного материала с последующей утилизацией согласно СанПиН 2.1.7. – 2790-10
4. Обработать гинекологическое кресло ветошью смоченной в дез. растворе дважды с интервалом 15 мин.
5. Вымыть руки обычным способом и осушить. Обработать увлажняющим кремом.
6. Помочь пациентке подняться с кресла.

МАНИПУЛЯЦИЯ: ВЗЯТИЕ МАЗКА НА БАКПОСЕВ

Посев мазка или **бактериологический посев (бакпосев) мазка** – это лабораторное исследование, при котором содержимое влагалища помещают в питательную среду и создают оптимальные условия для роста бактерий.

Цели исследования:

- определить возбудителя инфекции половых органов;
- установить степень обсемененности – количество бактерий во влагалище;
- контролировать состояние микрофлоры после длительного лечения антибиотиками, цитостатическими препаратами. Проводится через 7-10 дней после отмены препарата

Показания:

- постановке на учет;
- при воспалительных процессах в половых органах;
- в мазке обнаружены грамотрицательные диплококки – для подтверждения гонококковой инфекции (гонореи);
- при вульвовагините рецидивирующем или хроническом.

Оснащение:

Для выполнения данной манипуляции необходимо: двусторчатое зеркало Куско, стерильный материал, корнцанг, стерильные пробирки с петлей, перчатки, антисептики, два контейнера с дезинфицирующим раствором для использованного материала и инструментария.

Алгоритм действий:

1. Объяснить женщине цель и методику манипуляции. Предупредить не опорожнять мочевой пузырь за 2-3 часа до исследования.

2. Вымыть и осушить руки, обработать одним из антисептиков, надеть перчатки.
3. На предварительно подготовленное кресло положить стерильную пеленку.
3. Предложить пациентке лечь на кресло.
5. Обработать наружные половые органы антисептиком (1% йодонат, йодопирон и др.), в направлении сверху вниз двумя разными тампонами.
6. Ввести по боковой стенке ложкообразное зеркало, а по нему ввести подъемник.
7. Стерильной петлей взять материал из цервикального канала или заднего свода влагалища
8. Материал поместить в стерильную пробирку
9. Вывести зеркала.
10. Снять перчатки
11. Перчатки и инструменты поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
12. Вымыть и осушить руки.
13. Выписать направление в лабораторию.
14. Необходимо направить в лабораторию в течении 2-х часов.

МАНИПУЛЯЦИЯ: ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ, ВИДЫ ЛИХОРАДОК.

Температуру измеряют 2 раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19 часов). По назначению врача - чаще, по мере необходимости.

1. Получить у пациентки информационное согласие.
2. Извлечь термометр из футляра, исключить наличие его повреждений.
3. Убедиться в том, что показание столбика ртути не превышает 35С. В противном случае его встряхнуть до отметки 35С
4. Осмотреть подмышечную область. Кожа должна быть сухой. При необходимости протереть чистой марлевой салфеткой.
5. Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом.
6. Удалить термометр из подмышечной впадины через 10 мин и определить его показания.
7. Сообщить пациентке результат термометрии.
8. Записать полученный результат в температурный лист.
9. Погрузить термометр в емкость с дезраствором.
10. Вымыть руки.
11. Промыть термометр под холодной проточной водой после необходимой дезинфекционной выдержки, вытереть насухо, убрать в футляр.
12. Вымыть руки.

ВИДЫ ЛИХОРАДОК

По степени подъема температуры различают:

- субфебрильную лихорадку (37-38 градусов).
- умеренную лихорадку (38-39 градусов).
- высокую или пиретическую лихорадку (39-41 градуса).
- чрезмерную или гиперпиретическую лихорадку (выше 41 градуса).

По длительности течения различают лихорадку:

- острую (продолжительностью до двух недель);
- подострую (продолжительностью до шести недель).

Основные типы лихорадки:

- 1) постоянная лихорадка (febris continua). Температура долго держится высокой
- 2) послабляющая (ремиттирующая) лихорадка (febris remittens). Температура высокая, суточные колебания температуры превышают 1- 2 °С,
- 3) истощающая (гектическая) лихорадка (febris hectica) характеризуется большими (3- 4 °С) суточными колебаниями температуры, которые чередуются с падением ее до нормы и ниже,
- 4) перемежающаяся (интермиттирующая) лихорадка (febris intermittens) - кратковременные повышения температуры до высоких цифр строго чередуются с периодами (1- 2 дня) нормальной температуры;
- 5) обратный тип лихорадки (febris inversus) - утренняя температура бывает выше вечерне

Подписано в печать 24.07.2024 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Гарнитура «Таймс». Бумага офсетная. Печать ризографная.
Усл. п. л. 3,4. Уч.-изд. л. 2,2. Тираж 100 экз.



Отпечатано в типографии АЛЕФ
367002, РД, г. Махачкала, ул. М. Гаджиева 64
Тел.: +7 (8722) 935-690, 599-690, +7 (988) 2000-164
www.alefgraf.ru, e-mail: alefgraf@mail.ru