

АКУШЕРСТВО

проблемно-ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

Пациентка Е. Н. 22 лет, обратилась на ФАП к фельдшеру 3 июля

Жалобы на отсутствие менструации, тошноту по утрам, отвращение к запахам.

Анамнез: Последняя менструация была 8 мая. Менструации с 12 лет регулярные, через 27 - 28 дней, по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное АД -110\80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. При осмотре влагалищными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексию-версию, увеличена до размеров гусиного яйца, мягкой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы диагностики беременности.
4. Определите срок беременности и предполагаемый срок родов.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику осмотра половых органов в зеркалах и технику бимануального исследования.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы.

- отвращение к запахам.
- отсутствие менструации,
- тошнота.

Потенциальные проблемы: сохранение и донашивание беременности.

2. Диагноз: беременность 8 недель. Устанавливается на основании сомнительных и вероятных признаков беременности: отвращение к запахам, тошнота, отсутствие менструации, синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки, увеличение тела матки. Срок беременности устанавливается на основании бимануального обследования и даты последней менструации: матка увеличена до размеров гусиного яйца, последняя менструация 8 недель назад.

3. Дополнительные методы диагностики беременности:

- определение ХГЧ гормона (хорионического гонадотропина) в сыворотке крови и моче;
- ультразвуковое исследование матки.

4. Определение срока беременности осуществляют:

- по дате последней менструации (к первому дню последней менструации прибавляют 2 недели) = 8 недель.

-по величине тела матки - 8 недель (небеременная матка имеет размер - с крупную сливу, при 8 неделях беременности размер с гусиное яйцо, при 12 неделях с головку новорожденного).

Предполагаемый срок родов определяется по дате последней менструации - 15 февраля (от первого дня последней менструации отнимают три месяца и прибавляют 7 дней. Или к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, 39 - 40 недель).

5. Техника осмотра шейки матки в зеркалах:

- укладывают женщину на гинекологическое кресло,
- одевают перчатки, готовят створчатое зеркало,
- левой рукой раздвигают малые половые губы, а в правой руке держат зеркало Куско, которое вводят во влагалище створками продольно. При введении одновременно поворачивают зеркало замком кверху, далее выводят шейку матки и фиксируют створки.

Бимануальное (двуручное) исследование проводят после осмотра в зеркалах.левой рукой раздвигают наружные половые органы. Два пальца (указательный и средний) правой руки вводят во влагалище, оценивая состояние влагалища, затем оценивают состояние шейки матки и сводов влагалища. Пальцы правой руки переводят в передний свод, левую руку кладут на переднюю стенку живота и придвигают матку к правой руке. Сближая обе руки, находят тело матки и определяют ее величину, форму и консистенцию. Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию придатков матки. Для этого пальцы внутренней и наружной руки постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза. В норме придатки не пальпируются, выделения в норме слизистые, бесцветные.

ЗАДАЧА № 2

Беременная И.А, 24 лет обратилась на ФАП к фельдшеру 11 декабря.

Анамнез: последняя менструация 3 апреля, первое шевеление плода 21 августа.

Объективно: живот овоидной формы, дно матки на уровне мечевидного отростка. Окружность живота 100 см. высота стояния дна матки 35 см. При пальпации живота в области дна матки пальпируется крупная, мягкая, малоподвижная часть плода. В левой боковой стороне матки прощупывается гладкая, широкая поверхность мода, в правой мелкие подвижные бугорки. Предлежащая часть пальпируется в виде крупной, плотной, баллотирующей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд./ мин., слева ниже пупка.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Перечислите сроки беременности по высоте стояния дна матки.
4. Определите положение, позицию и предлежащую часть плода.
5. Продемонстрируйте технику наружного акушерского исследования (приемы Леопольда).

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- встать на учет по поводу беременности,
- определить срок беременности,
- определить предполагаемый срок родов.

Потенциальные проблемы.

- провести полное обследование,
- выявить группу риска,
- доносить беременность

2. Диагноз: беременность 36 недель, положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание.

3. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности:

16 недель - дно матки находится на середине между пупком и верхним краем симфиза.

20 недель - дно матки находится на два поперечных пальца ниже пупка

24 недели - дно матки находится на уровне пупка.

28 недель - дно матки находится на два поперечных пальца выше пупка.

32 недели - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

36 недель - дно матки находится на уровне мечевидного отростка

40 недель - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

4. При наружном акушерском исследовании определяется - продольное положение, первая позиция плода. Предлежащей части является головка плода.

5. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда). При пальпации живота у беременной применяют последовательно 4 приема наружного акушерского исследования.

Первый прием позволяет определить высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится у дна матки. С этой целью ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают и определяют уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную у дна матки.

Второй прием служит для определения положения плода, позиции и ее вида. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки и пальпацию частей плода проводят поочередно то одной, то другой рукой. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка, а с противоположной мелкие части его - ручки и ножки.

Третий прием применяется для определения предлежащей части плода. Для этого правой рукой, расположенной над симфизом, охватывают предлежащую часть. Головка определяется в виде плотной круглой части. Отчетливо ощупывается ее "баллотирование", если она подвижна над входом в малый таз. При тазовом предлежании над симфизом прощупывается объемистая мягковатая часть, не имеющая округлой формы и четких контуров.

Четвертый прием дополняет третий и уточняет уровень стояния предлежащей части. Исследующий становится лицом к ногам беременной и, углубляя пальцы над симфизом, устанавливает отношение предлежащей части к входу в малый таз.

ЗАДАЧА №3

В машине скорой помощи, роженица после очередной потуги родила доношенную девочку.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД -120\80 мм рт. ст. Пульс 80 уд мин. Через 10 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря приблизительно – 100 – 150 мл. Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется, при надавливании ребром ладони над симфизом не втягивается во влагалище.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз
3. Перечислите признаки отделения плаценты от стенок матки у данной роженицы.
4. Определите тактику ведения третьего периода родов.
5. Продемонстрируйте технику приема последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:

-боли,

-беспокойство за исход родов и за состояние ребенка.

2. Потенциальные проблемы:

-риск нарушения отделения и рождения последа

-разрывы родовых путей

-кровотечение в раннем послеродовом периоде.

2. Диагноз: роды срочные, третий период родов.

3. Признаки отделения плаценты от стенок матки:

-лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется - признак Альфельда

-при надавливании ребром ладони над симфизом пуповина не втягивается во влагалище - признак Кюстнера-Чукалова

4. Тактика ведения третьего периода родов:

-опорожнить мочевой пузырь катетером,

-следить за АД пульсом, общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов, признаками отделения плаценты, за кровопотерей.

5. При наличии признаков отделения плаценты роженица должна потужиться. Фельдшер придерживает пуповину с лигатурой и одновременно подтягивает, перемещая ее кзади и по родовой оси таза слегка кпереди. При рождении плаценты фельдшер захватывает ее обеими руками и медленно вращает в одном направлении, при этом происходит скручивание оболочек, что способствует постепенному их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва. Чтобы убедиться в целостности последа, его тщательно осматривают. Вначале осматривают плодовую и материнскую поверхности плаценты, а затем околоплодные оболочки.

ЗАДАЧА №4

Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад.

Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 54 кг. АД 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.
3. Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки. Назовите различия в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящей и повторнородящей.
4. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.
5. Продемонстрируйте технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа

1. **Диагноз:** беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. Первый период родов. II позиция плода, головное предлежание.

2. **При наружном акушерском исследовании определяются:**

- продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой - мелкие подвижные бугорки. II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа.

- предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка.

3. В раскрытии шейки матки участвуют: родовые схватки, околоплодные воды, плодный пузырь.

Различия в сглаживании и раскрытии канала шейки матки заключаются в следующем: у первородящих - вначале идет раскрытие внутреннего зева, далее шейка укорачивается и полностью сглаживается, и раскрывается наружный зев.

У повторнородящих - наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки.

4. Допустимая кровопотеря составляет 0,5 % от массы роженицы - 320мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см ($100 \times 34 = 3400$ г).

5. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

Перед оказанием пособия:

-проводят обработку роженицы;

-готовят инструменты для осмотра мягких тканей родовых путей матери;

-готовят набор инструментов и перевязочного материала для обработки новорожденного;

-акушерка готовится как к полостной операции.

Акушерка встает справа от роженицы и начинает оказывать пособие с момента прорезывания головки.

1 *момент.* Кисть левой руки располагают на лобке, а кончиками пальцев растягивают дополнительно ткани вульварного кольца. При этом головка дополнительно сгибается: сдерживается чрезмерно быстрое продвижение головки и предупреждается преждевременное разгибание ее. Головка медленно продвигается вниз и прорезывается.

2 *момент.* Когда затылок родится и область подзатылочной ямки упирается в нижний край симфиза, роженице запрещают тужиться с этого момента и до выведения всей головки. Акушерка захватывает всей левой рукой головку и постепенно, осторожно ее разгибает, в этот момент правой рукой сводят с головки ткани промежности. Над промежностью рождается лоб, личико и подбородок.

3 *момент.* С очередной потугой головка поворачивается личиком к левому или правому бедру матери. Одной рукой придерживают головку плода, а указательный палец другой руки, со стороны спинки плода вводят в подмышечную впадину переднего плечика и делают тракцию кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лобковую дугу. После этого освобождают заднее плечико. Для этого: одной рукой головку приподнимают кпереди, указательный палец другой руки вводят в подмышечную впадину заднего плечика и делают тракцию кпереди, освобождается заднее плечико. Затем обеими руками обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кпереди, рождение нижней части туловища проходит без затруднений. Ребенка укладывают на заранее подготовленное место. И в первую очередь очищают верхние дыхательные пути от слизи, чтобы он мог сделать первый вдох.

ЗАДАЧА № 5

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Е.Н. 26 лет.

Жалобы на схватки, начавшиеся 4 часа тому назад, и усиление шевеления плода.

Анамнез: беременность доношенная, но протекала с осложнениями (по УЗИ выявлены кальцинаты на плаценте).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120\80 мм. рт. ст. Пульс - 74 уд в мин. Живот овоидной формы,

Положение плода продольное, предлежит головка. Схватки по 25-30 секунд через 6-7 минут. При аускультации - сердцебиение плода приглушено, частота 100 уд. / мин.

Задания

1. Выявите проблемы женщины
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации
4. Перечислите признаки оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.
5. Продемонстрируйте первичный туалет новорожденного (обработка пуповины).

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- схваткообразные боли в животе,
- усиление шевеления плода.

Потенциальные проблемы.

- риск осложненного течения родов,
- гипоксия, асфиксия и травмы плода,
- гибель плода.

2. Диагноз: срочные роды, первый период родов. Внутриутробная гипоксия плода.

Внутриутробная гипоксия плода диагностируется на основании:

- жалоб на усиленное шевеление плода.
- аускультации - сердцебиение приглушено с частотой 100 ударов \ мин.

Тактика фельдшера:

- срочная госпитализация в родильное отделение
- дача кислорода

-внутривенно ввести 40% раствор глюкозы 20мл. 5% раствор аскорбиновой кислоты 5 мл, 1% раствор сибегина 1мл. 4.

Определение состояния новорожденного производится по шкале Апгар.

Учитываются следующие клинические признаки по баллам (от 0 до 2):

- сердцебиение плода: отсутствует 0, меньше - 100 (1) больше - 100 (2)
- дыхание: отсутствует - 0, отдельные вздохи (1) регулярные (2)
- цвет кожи: бледность или цианоз (0), акроцианоз (1) розовый (2)
- мышечный тонус: отсутствует (0), полусогнутые конечности (1), поза флексии (2)
- рефлекторная возбудимость: реакция на отсасывание слизи, отсутствует (0), гримаса (1), крик, кашель (2)

5. Первичный туалет новорожденного в родильном зале включает:

- отсасывание слизи изо рта и из носа,
- двухмоментную обработку пуповины,
- профилактику гонобленореи,
- антропометрию,
- пеленание,
- регистрацию
- повторную профилактику гонобленореи.

Первый момент:

- на расстоянии 10 см. от пупочного кольца накладывается зажим Кохера через 1-1,5 минуты после прекращения пульсации пуповины;
- отрезается пуповина ножницами от зажима Кохера на 0,5 см в материнскую сторону;
- срез пуповины обрабатывается 70% спиртом с добавками (хлоргексидин);
- материнский конец опускается в почкообразный тазик для сбора плацентарной крови;

Второй момент:

- повторная обработка рук, одеваются стерильные перчатки;
- акушерка держит пуповину зажимом Кохера и на расстоянии 23 см вверх от пупочного кольца обрабатывает ее 70⁰ спиртом с добавками от пупочного кольца на расстоянии 0,1-1 см накладывается скобка Роговина;
- от скобки вверх на расстоянии 0,5 см стерильными ножницами пуповина отрезается;
- срез пуповины обрабатывается 70⁰ спиртом с добавками; культя остается открытой.

При закрытом способе на срез накладывается стерильная салфетка, затем сверху салфетки накладывается повязка, концы которой завязываются со стороны угла косынки.

Профилактика гонобленореи:

- с наружного угла к внутреннему каждый глаз новорожденного протирается отдельным шариком;
- держа пипетку горизонтально над глазом, стягивая нижнее веко. на слизистую конъюнктив на расстоянии 2 см от глаза закапывают 1-2 капли 30% раствор сульфацила натрия. Если родилась девочка, то 3 - 4 капли закапывается в половую щель.

ЗАДАЧА № 6

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы: на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние женщины.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

Эталон ответа:

Приоритетные проблемы:

- потеря аппетита,
- рвота
- задержка менструации,
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

- снижение массы тела,
- ухудшение состояния,
- обезвоживание организма,
- нарушение внутриутробного развития плода.

2. Диагноз: *Беременность 12 недель. Ранний гестоз, умеренная рвота.*

Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища, и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена - все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает диагноз ранний гестоз, а рвота 10 раз в сутки умеренную рвоту.

3. Состояние женщины средней тяжести.

4. Тактика фельдшера заключается в следующем.

- взятие на диспансерный учет по беременности,
- госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения
- раннего гестоза.

5. Измерение таза проводят тазомером. Фельдшер встает справа от женщины, которая лежит на спине. Измеряют обязательные размеры:

-дистанция спинарум - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей (25 - 26 см) Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. .

-дистанция кристарум - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28 - 29 см) Пуговицы передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определят наибольшее расстояние.

-дистанция трохантерика - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31 - 32 см.) Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговицы.

- наружная конъюгата - прямой размер таза - это расстояние от надкрестцовой ямки до верхнего края симфиза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговицу одной ветви устанавливают на верхненаружном крае симфиза, пуговицу другой прижимают к надкрестцовой ямке (20 см.)

- истинная конъюгата (акушерская) - это расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающейся точки на внутренней поверхности симфиза, определяется путем вычитания от наружной конъюгаты 9 см. (20- 9 = 11).

- диагональная конъюгата - это расстояние от мыса крестца до нижнего края симфиза. Определяется при влагалищном исследовании (13 см).

ЗАДАЧА № 7

На ФАП к фельдшеру на очередной осмотр приглашена беременная женщина 19 лет, срок беременности 32 недели. При сборе субъективной информации выявлено, что у беременной появились жажда, уменьшение количества мочи, и отеки на ногах.

Объективно: рост 158 см. масса тела 62 кг, за неделю прибавка массы тела составила 450 грамм. АД 130\80, 125 \75 мм. рт.ст., пульс 80 в мин. Со стороны внутренних органов без патологии. На стопах и голени отеки. Окружность живота 75см. Высота дна матки 30 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежит головка, баллотирует над входом в малый таз, сердцебиение плода 130 уд./ мин. При проведении пробы с сульфасалициловой кислотой в моче обнаружен белок.

Задания

1. Выявите проблемы беременной.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Изложите принципы лечения данной патологии.
5. Продемонстрируйте на фантоме осмотр и оценку последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы.

- жажда,
- снижение диуреза,
- отеки,

Потенциальные проблемы,

- переход в более тяжелую форму гестоза,
- преждевременная отслойка плаценты,
- кровотечение, ДВС синдром и коагулопатия в родах,
- задержка внутриутробного развития плода.
- гипотрофия, гипоксия плода.

*2. **Диагноз:** беременность 32 - 33 недели, юная первобеременная. ОПГ - гестоз, легкая степень.*

Из условия задачи следует, что у беременной состоящей на диспансерном учете у фельдшера, появились жажда, отеки на ногах, незначительное повышение АД, белок в моче, и прибавка массы тела за неделю 450,0 (норма до 300,0), что характерно для ОПГ - гестоза легкой степени.

*3. **Алгоритм действий фельдшера:***

- измерить АД, пульс;
- прослушать сердцебиение плода;
- срочная госпитализация в отделение ОПБ в ЦРБ.

*4. **При лечении ОПГ - гестоза легкой степени необходимы:***

- лечение в стационаре,
- постельный режим,
- физический и психологический покой,
- ограничение жидкости до 800 мл,
- диета с исключением соленых, острых и жареных блюд,
- фитотерапия мочегонным чаем,
- седативные препараты,
- спазмолитики,
- десенсибилизирующие,
- витамиотерапия,
- антиагреганты,
- улучшение микроциркуляции,

При отсутствии результата лечения в течение 12-14 дней ставят вопрос о родоразрешении.

5. После рождения последа проводится тщательный его осмотр.

Вначале осматривают плодовую сторону плаценты, обращая внимание на ход плацентарных сосудов, место прикрепления пуповины, затем выворачивают послед и осматривают материнскую сторону плаценты, оценивая целостность долек. В последнюю очередь осматривают целостность оболочек плодного яйца.

ЗАДАЧА № 8

Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.

Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту.

Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, в начале протекала без осложнений.

В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85, 135/80, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов в минуту. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть – головка, сердцебиение плода 140 ударов в минуту.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние беременной женщины.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- головная боль;
- ухудшение зрения;
- боль в эпигастральной области, рвота;
- беспокойство за свое здоровье.

Потенциальные проблемы:

- переход в более тяжелую форму гестоза;
- преждевременная отслойка плаценты;
- кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде;
- ДВС синдром, коагулопатия;
- гипотрофия и гипоксия плода.

2. Диагноз: беременность 36 недель. Возрастная первородящая. ОПГ - гестоз - преэклампсия.

Обоснование диагноза:

- срок беременности 36 недель подтверждается данными обменной карты;
- тяжелую форму ОПГ - гестоза, преэклампсию подтверждают:
- жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области;
- АД 170/100 - 180/110, расширение зрачков, цианоз кончика носа и верхней губы.

3. Состояние беременной женщины - тяжелое.

4. Учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку - эклампсии, необходимо:

- предотвратить приступ судорог;
- дать наркоз с закисью азота;
- внутривенно ввести 0,25% р-р дроперидола 4-6 мл и 2,5% р-р седуксена 2мл;
- ганглиоблокаторы (пентамин, гироний);
- немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.

5. Для измерения окружности живота и высоты стояния дна матки фельдшер встает справа и располагает ленту вокруг живота таким образом, что она находится на уровне пупка. Для измерения высоты дна матки, левой рукой конец ленты прикладывает к верхнему краю симфиза, а правой рукой второй конец ленты укладывает на дно матки, удерживая ребром ладони.

ЗАДАЧА № 9

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Л.И., 23 лет.

Жалобы: на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Анамнез: Беременность 20 недель. Начиная с 16 недель периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 120/80, 115\ 75 мм. рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Сердце и легкие без патологии. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Живот увеличен за счет беременности, положение плода неустойчивое.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Перечислите профилактические мероприятия данного осложнения.
4. Определите дальнейшую тактику фельдшера.
5. Объясните правила сбора мочи по Нечипоренко у беременной. Выпишите направление на обследование мочи.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- боль в поясничной области,
- высокая температура тела с ознобом,
- частое, болезненное мочеиспускание.

Потенциальные проблемы:

- угроза преждевременного прерывания беременности,
- гипоксия плода,
- внутриутробное инфицирование плода,
- поздний гестоз.

2. Диагноз: Беременность 20 недель. Острый правосторонний пиелонефрит.

Беременность и пиелонефрит устанавливаются на основании анамнеза, жалоб и клинических признаков.

Клинические признаки, указывающие на пиелонефрит:

- появление болей в поясничной области с 16 недель беременности.
- озноб и повышение температуры тела,
- частое болезненное мочеиспускание,
- положительный симптом Пастернацкого.

3. Профилактические мероприятия:

- взятие на учет в группу риска,
- провести обследование - общий анализ мочи, крови, УЗИ почек, биохимический анализ крови, проба по Нечипоренко. Консультация специалистов (терапевта, нефролога, уролога)
- дородовая госпитализация за 10 дней до предполагаемого срока родов в наблюдательный родильный дом,
- срочная госпитализация при обострении на любом сроке.
- оздоровительные мероприятия - почечные травы, санация очагов инфекции, антибактериальные препараты, уросептики.

4. Дальнейшая тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в наблюдательный родильный дом в отделение патологии беременности.

5. Правила сбора мочи по Нечипоренко у беременных:

- приготовить стерильную баночку,
- беременная должна подмыться с мылом, обсушить половые органы,
- во влагалище вставить ватный тампон,
- собрать среднюю порцию мочи.

В лабораторию направляется беременная Ф.И.О. _____

возраст _____

адрес _____

дата _____ подпись _____ на общий анализ мочи

ЗАДАЧА № 10

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 29 лет.

Жалобы: на кровянистые выделения темного цвета, с мелкими пузырьками.

Анамнез: женщина стоит на учете по поводу беременности. Срок беременности по последней менструации 20 недель.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот увеличен за счет беременности. Дно матки располагается на уровне пупка. Матка при пальпации тестовидной консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение плода не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику пробного выскабливания полости матки.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы

- кровянистые выделения
- отсутствие шевеления плода

Потенциальные проблемы

- кровотечение
- хориокарцинома
- поздний гестоз
- гибель плода

2. Диагноз: беременность 20 недель Пузырный занос.

Клинические признаки, подтверждающие диагноз: кровянистые выделения с пузырьками, значительное увеличение размеров матки, превышающее данный срок беременности (при сроке беременности 20 недель величина матки у данной женщины соответствует 24 недельному сроку), отсутствие достоверных признаков беременности (шевеления, сердцебиения, части плода не определяются).

3. Дополнительные - методы обследования.

- определение титра ХГЧ гормона;
- УЗИ.

4. Тактика фельдшера - госпитализация в гинекологический стационар.

5. Показания мя пробного выскабливания - это подозрение:

- на злокачественный процесс
- на задержку элементов плодного яйца.
- на туберкулезный процесс
- кровотечения неясной этиологии

Необходимый набор инструментов: зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, корнцанги, кюретки.

При данной операции:

- женщину укладывают на гинекологическое кресло;
- вводят ложкообразное зеркало и зеркало-подъемник;
- спиртом обрабатывают влагалище и шейку;
- пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки;
- маточным зондом через определяют состояние рельефа слизистой, положение и длину тела матки;
- расширителями Гегара раскрывают шейный канал;
- кюретками производят выскабливание стенок матки;
- полученную ткань заливают спиртом или раствором формалина, складывают в емкость и отправляют в гистологическую лабораторию. В направлении отмечают: Фамилию, имя, отчество больной, возраст, адрес, дату и клинический диагноз. Операция проводится с обезболиванием (ингаляционный, внутривенный наркоз, местное обезбоживание).

ЗАДАЧА № 11

Фельдшер ФАП вызван на дом к роженице 32 лет, срок беременности 33 недели. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и пояснице.

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Брак первый. Данная беременность третья. Первая беременность закончилась пять лет назад срочными родами, вторая беременность - два года назад искусственным абортom. Состоит на учете по поводу беременности у фельдшера с 12 недель. Беременность протекала без осложнений. Боли появились после физического напряжения (подъем тяжести).

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, АД 120/80 и 115/75 мм рт. ст., пульс 85 уд. в окружность живота 80 см., высота стояния дна матки 30 см., положение плода продольное, предлежит головка, которая располагается над входом в малый таз, подвижная. При аускультации выслушивается ясное сердцебиение плода, с частотой 130 ударов в минуту. При пальпации матка в тонусе, продолжительность схваток по 25 сек. через 10 мин. Во время объективного исследования половых путей начали подтекать светлые околоплодные воды в умеренном количестве.

Задания

1. Выявите проблемы женщины
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Перечислите возможные осложнения
5. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:

- схваткообразные боли внизу живота и пояснице
- беспокойство за исход родов

Потенциальные проблемы:

- развитие слабости родовой деятельности
- кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде
- риск инфицирования родовых путей и плода
- риск родовой травмы плода, асфиксии новорожденного
- риск гибели недоношенного новорожденного.

2. **Диагноз:** беременность 33 недели. Преждевременные роды. 1 период родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

Срок беременности установлен по данным обменной карты и объективным данным. Окружность живота - 80 см, высота матки - 30 см, предполагаемая масса плода по формуле Жордания - 2 400 г. У Женщины после физического напряжения началась родовая деятельность. Околоплодные воды отошли до начала раскрытия шейки матки. Это указывает на преждевременное отхождение околоплодных вод.

3. Фельдшер обязан немедленно госпитализировать роженицу в специализированный родильный дом, в положении лежа, на боку. С целью профилактики гипоксии недоношенного, незрелого плода необходимо в / в ввести 1 % р-р сигетина 2 мл. в 40% р-ре глюкозы 20мл.+ 2,4% р-ра эуфиллина 10 мл, 5% р-р аскорбиновой кислоты - 5 мл. .

4. При течении преждевременных родов возможны следующие осложнения:

- родовые травмы плода, ткани плода незрелые, хрупкие, поэтому легко травмируются;
- аномалия родовой деятельности: первичная или вторичная слабость родовой деятельности; дискоординированная родовая деятельность; чрезмерно бурная родовая деятельность;
- затяжные или стремительные роды;
- кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

5. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания - это сумма движений плода, которые он совершает при прохождении через родовые пути, с целью приспособления к размерам малого таза.

Различают четыре момента биомеханизма родов.

1 момент. Сгибание головки - головка во входе в малый таз делает сгибание, в результате чего первой опускается в полость малого таза затылочная кость, проводная точка - малый родничок, стреловидный шов расположен в поперечном или слегка косом размере.

2 момент. Внутренний поворот головки: начинается во входе и заканчивается в выходе из малого таза. Одновременно головка совершает поступательное движение. Личико плода и большой родничок поворачиваются кзади, затылок и малый родничок - кпереди. Стреловидный шов из поперечного размера во входе в малый таз постепенно переходит в прямой размер выхода из малого таза, в полости малого таза он находится в одном из косых размеров.

3 момент. Разгибание головки. При этом подзатылочная ямка прижимается к нижнему краю симфиза и вокруг нее головки разгибается: постепенно рождаются затылок, теменные бугры, лобик и в последнюю очередь личико и подбородок.

4 момент. В полость малого таза опускается плечевой пояс плода. Плечики опускаются до тазового дна межплечевой линией поперечном размере, но родиться через поперечный размер выхода в таком положении они не могут. Поэтому с целью приспособления к прямому размеру выхода (он увеличивается в родах до 11,5 -12 см.) плечики совершают внутренний поворот и межплечевая, линия устанавливается в прямом размере выхода. Головка делает наружный поворот затылком в сторону позиции, т.к. спинка возвращается обязательно в прежнюю сторону. Далее под нижний край симфиза подходит переднее плечико и фиксируется, рождается заднее плечико, затем переднее плечико и окончательно все туловище. Головка рождается малым косым размером - 9,5 см.

ЗАДАЧА № 12

Фельдшера вызвали на дом к роженице 22 лет. В обменной карте указан диагноз: многоплодная беременность. Роды протекали стремительно, и к моменту прибытия фельдшера после рождения первого плода прошел час.

Жалобы: на кровотечение из родовых путей, боли.

Анамнез: половая жизнь с 21 года. Данная беременность первая. Срок беременности 35.36 недель. Роды начались неожиданно.

Объективно: общее состояние роженицы удовлетворительное. Р-82 удара в минуту, ритмичный АД 120\80. 110\ 70 мм. рт. ст.

Второй плод в продольном положении, тазовом предлежании. Сердцебиение прослушивается глухо, 100 ударов в одну минуту. Из родовых путей умеренное кровотечение.

Задания

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Назовите причину преждевременных родов и кровотечения.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте на фантоме механизм родов при тазовом предлежании.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы женщины:

-боли

-кровотечение

-беспокойство за исход родов и за жизнь второго ребенка

Потенциальные проблемы:

-риск кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

-риск гибели недоношенных новорожденных

-риск родового травматизма второго плода, который находится в тазовом предлежании.

2. Диагноз: беременность 35-36 недель. Преждевременные роды. Многоплодная беременность. Тазовое предлежание второго плода. Преждевременная отслойка плаценты второго плода. Угроза гипоксии плода.

Из условий задачи следует, что у женщины первая беременность, на сроке 35-36 недель, и в домашних условиях протекают роды двойней. Вторым плодом в тазовом предлежании. По состоянию сердцебиения плода (глухое и всего 100 ударов в минуту), по наружному кровотечению можно поставить диагноз: преждевременная отслойка плаценты 2 плода, а в следствии этого, наступила угроза гипоксии плода.

3. Причины наступления преждевременных родов связана с многоплодием и значительным перерастяжением стенок матки. При многоплодии почти в 50% случаев, беременность не вынашивается и роды наступают преждевременно. После рождения первого плода у него начинается третий последовый период, и поэтому с началом отделения плаценты первого плода синхронно может начаться отделение плаценты второго плода, и второй плод при преждевременной отслойке плаценты может погибнуть.

4. Фельдшер обязан срочно произвести акушерскую операцию «экстракцию плода за тазовый конец» и только после этой операции можно остановить кровотечение и спасти жизнь второму плоду. В конце операции необходимо ввести сокращающий препарат. После срочного родоразрешения родильницу из дома фельдшер переправляет в родильное отделение. Дети недоношенные, поэтому транспортировка должна быть очень щадящая.

5. Механизм родов при тазовом предлежании.

Ориентиром является межвертельная линия. Проводной точкой передняя ягодичка.

I движение. Вступление ягодичек в полость малого таза - ягодички вступают во входе в малый таз., межвертельная линия расположена в одном из косых размеров таза, первой опускается передняя ягодичка, она является проводной точкой, и на ней расположена родовая опухоль.

II движение. Внутренний поворот ягодичек - совершается при переходе из широкой части малого таза в узкую, и межвертельная линия устанавливается в прямом размере выхода малого таза. Передняя ягодичка подходит к симфизу, задняя - к крестцу.

III движение. Врезывание и прорезывание ягодичек - сначала рождается передняя ягодичка, подвздошная кость прижимается к нижнему краю симфиза, образуя точку фиксации, вокруг которой происходит боковое сгибание туловища, и над промежностью рождается задняя ягодичка.

IV движение. Рождается туловище до пупочного кольца. В этот момент в полость малого таза начинает опускаться головка, которая ущемляет пуповину, поэтому необходимо закончить роды в течение 5 минут.

V движение. Плод рождается до нижнего угла лопаток.

VI движение. Рождение плечиков - плечики поперечным размером устанавливаются в косом размере входа в малый таз, в полости малого таза совершают внутренний поворот и в выходе малого таза устанавливаются в прямом размере. Переднее плечико фиксируется к нижнему краю симфиза, образуя точку фиксации, вокруг которой туловище делает боковое сгибание, и над промежностью рождается заднее плечико.

VII движение. В полость малого таза окончательно опускается головка плода. Головка опускается стреловидным швом в косом размере. Совершает внутренний поворот, стреловидный шов в выходе устанавливается в прямом размере. Подзатылочная ямка головки прижимается к нижнему краю симфиза, и вокруг этой точки головка разгибается и рождается. Головка проходит полость малого таза малым косым размером - 9,5 см.

ЗАДАЧА № 13

3 января к фельдшеру ФАП обратилась беременная 30 лет.

Жалобы: на подтекание околоплодных вод в течение 3 часов, незначительные боли в пояснице и в нижних отделах живота.

Анамнез: Менструация с 17 лет, обильные, болезненные через 30-33 дня, по 5-6 дней. Половая жизнь с 28 лет. Беременность первая. Последние менструации 1 марта. В первой половине беременности были явления угрозы прерывания беременности, по поводу чего лечилась в стационаре. Беременность была сохранена.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 110/70 - 115/75 мм рт. ст. Температура -36,9, пульс - 82 уд./мин. Окружность живота 108 см. Высота стояния дна матки 34 см., части плода плохо прощупываются. Небольшая головка баллотирует над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 132 удара в минуту, слева, ниже пупка. Выраженной родовой деятельности нет, схватки слабой силы, по 10-15 секунд, регулярные. Подтекают светлые околоплодные воды.

Задания

1. Выявите основные проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите причины данного осложнения.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. продемонстрируйте на фантоме влагалища исследование у роженицы.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:

- незначительные боли внизу живота;
- слабые, короткие схватки;
- подтекание околоплодных вод;
- отсутствие выраженной родовой деятельности.

Потенциальные проблемы:

- прогрессирование слабости родовой деятельности;
- инфицирование родовых путей, полости матки, плода;
- гипоксия плода;
- кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

2. **Диагноз:** беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Многоводие. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

Срок беременности - 38-40 недель, определяется по дате последней менструации и размерам матки: окружность живота 108 см, высота дна матки - 34 см, предполагаемая масса плода - 3700 грамм. Подтверждением слабости родовой деятельности являются: незначительные боли в нижних отделах живота, пояснице и слабые, короткие, редкие схватки. На многоводие указывают: окружность живота 104 см и преждевременное отхождение околоплодных вод. Околоплодные воды в норме изливаются в конце 1 периода, в данном случае начали подтекать до начала родовой деятельности, в результате многоводия.

3. Причины первичной слабости родовой деятельности:

- инфантилизм половых органов у данной роженицы. Признаки инфантилизма: позднее наступление менструального цикла с 17 лет, обильные и болезненные, продолжительные менструации, продолжительность менструального цикла 30-33 дня.
- угроза невынашивания на ранних сроках беременности.
- перерастяжение стенки матки при многоводии.

4. Тактика фельдшера:

- срочная госпитализация роженицы в родильный дом. Транспортировка должна быть бережной.
- следить за сердцебиением плода;
- провести профилактику гипоксии плода (дать кислород, в/в ввести 1 % р-р сипетина 1 мл в 5% р-ре глюкозы, 5% р-р аскорбиновой кислоты - 5 мл).
- 5. Влагалищное исследование проводится при строгом соблюдении асептики и антисептики. У роженицы тщательно обрабатывают наружные половые органы раствором фурацилина. Тщательно обрабатываются руки исследующего, одеваются стерильные перчатки.левой рукой разводят малые половые губы, указательный и средний пальцы правой руки вводят во влагалище и определяют:
 - состояние стенок и полости влагалища;
 - состояние шейки матки и степень ее раскрытия;
 - целостность оболочек и околоплодных вод, в каком отделе малого таза находится предлежащая часть плода;
 - уточняют предлежащую часть плода;
 - при головном предлежании, по расположению швов и родничков определяют разновидность предлежания и вид позиции; - при возможности измеряют диагональную конъюгату;
 - проводят санацию влагалища раствором фурацилина.

ЗАДАЧА № 14

Беременная 26 лет обратилась к фельдшеру ФАП на сроке беременности 38 недель.

Жалобы: на слизистые обильные выделения из половых путей, которые беспокоят женщину в течение 2-3 дней, боли в области поясницы.

Анамнез: менструации с 13 лет, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Беременность и роды вторые. Первые роды продолжались более суток и закончились рождением мертвого плода. Масса плода 3100,0. Настоящая беременность протекала без осложнений

Объективно: общее состояние, удовлетворительное, АД 110/60 - 115 / 70 мм рт. ст., пульс - 68 ударов в минуту, ритмичный.

Окружность живота 98 см. Высота дна матки 34 см. Размеры таза: 24-26-29-18 см..

Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. Воды не отходили.

Задания

1. Выявите проблемы беременной женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите возможные осложнения для матери и плода.
4. Тактика фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте особенности акушерского пособия при узком тазе.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы беременной:

- боли в пояснице;
- слизистые выделения из половых путей;
- тревога за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- родовая травма и гибель плода;
- родовой травматизм у матери;
- вторичная слабость родовой деятельности;
- кровотечение в последовом и послеродовом периодах.

Диагноз: беременность 38-39 недель. Общеравномерносуженный таз, 1 степень сужения. Отягощенный акушерский анамнез. Предвестники родов.

Диагноз подтверждается следующими сведениями:

- размеры таза уменьшены на 2 см;
- в анамнезе первые роды закончились рождением мертвого плода, массой в 3100 гр.
- в настоящий момент у беременной из шеечного канала отходит слизистая пробка и появились боли в пояснице - это предвестники родов.

3. При родоразрешении возможны следующие осложнения:

- тяжелые родовые травмы у плода и матери;
- вторичная слабость родовой деятельности;
- инфицирование родовых путей, полости матки, плода;
- клинически узкий таз.

4. Тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в отделение патологии беременных ЦРБ.

5. Студент демонстрирует на фантоме особенности акушерского пособия при узком тазе:

- рассечение тканей промежности - эпизиотомия, перинеотомия.
- акушерское пособие оказывается в соответствии с требованиями Гос. стандарта.

ЗАДАЧА № 15

28 ноября фельдшер скорой помощи вызван к роженице 25 лет.

Жалобы: на сильные схваткообразные боли внизу живота, которые начались два часа назад, одновременно отошли околоплодные воды.

Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные. Половая жизнь с 24 лет. Беременность первая. Последняя менструация 28 января. На учёте в женской консультации не состояла.

Объективно: правильного телосложения, температура - 36,5, АД 120\70 - 115-75 мм рт. ст. пульс - 76 ударов в 1 минуту, ритмичный. Окружность живота - 102 см. Высота стояния дна матки 36 см, предполагаемая масса плода - 3700 г. Размеры таза: 25,28,31,18. Положение плода продольное. Головка плода подвижная, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 160 ударов в 1 минуту, слева ниже пупка. Схватки частые по 45-55 секунд, через 1-2 минуты. Воды светлые, подтекают в течение 2 часов.

Задания

1. Выявите основные проблемы роженицы.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите возможные осложнения для плода и матери.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте технику определения признаков Вастена на фантоме.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы у роженицы:

1. Сильные схваткообразные боли внизу живота
2. Преждевременное отхождение околоплодных вод

Потенциальные проблемы:

- разрыв тела матки
- травмы плода
- травмы родовых путей
- гипоксия плода
- вторичная слабость родовой деятельности
- инфицирование родовых путей
- кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

2. **Диагноз:** беременность 42-43 недели. Переносимая беременность. 1 период родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Плоско-рахитический таз. I степень сужения. Угроза гипоксии плода. Клинически узкий таз.

Диагноз подтверждается следующими данными:

-срок срочных родов у данной роженицы по дате последней менструации 5 ноября, а родовая деятельность у неё наступила только 28 \ XI. Перенашивание составляет 3 недели.

-у таза уменьшен прямой размер, что соответствует плоско - рахитическому тазу. Наружная конъюгата уменьшена на 2 см, что соответствует 1 степени сужения.

-ориентировочная масса плода соответствует 3700 - 3800 гр. поэтому таз в родах будет клинически узким, при переносимости у плода будет нарушена конфигурация головки

-околоплодные воды в норме отходят при полном раскрытии шейечного канала, а у роженицы они отошли с первыми схватками

-угроза гипоксии плода подтверждается нарушением сердцебиения плода, оно приглушено и учащено до 160 ударов в минуту.

3. Возможные осложнения со стороны матери и плода:

- разрыв тела матки, травмы лонного сочленения. разрывы промежности
- травмы плода
- развитие вторичной слабости родовой деятельности
- развитие гипоксии плода
- кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

4. Тактика фельдшера - срочная госпитализация в родильное отделение

5. Признак Вастена учитывается в конце 1 периода родов, при полном открытии шейки матки и отошедших околоплодных водах. Роженица лежит на спине. Мочевой пузырь освобожден. ладонь руки укладывается на лонное сочленение и учитывается Отношение головки плода к симфизу:

Признак Вастена положительный - головка выступает над лонным сочленением - это значит, что имеется значительное несоответствие между размерами головки и таза; роды через естественные родовые пути невозможны.

Признак Вастена вровень - головка и лонное сочленение находятся на одной плоскости - это значит, что несоответствие между головкой плода и малым тазом очень незначительное. Поэтому если во 2 периоде родов родовая деятельность будет энергичной головка будет хорошо конфигурироваться, роды заканчиваются самопроизвольно; при отсутствии этих условий роды не возможны.

Признак Вастена отрицательный - головка находится ниже уровня лонного сочленения - это значит, что имеется полное соответствие между размерами головки и малого таза и роды через естественные родовые пути возможны.

ЗАДАЧА № 16

Фельдшера ФАП вызвали к роженице 35 лет, 30 ноября.

Жалобы: на подтекание околоплодных вод, в течение двух часов и схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез: половая жизнь с 28 лет. Две первые беременности закончились искусственными медицинскими абортами, которые со слов самой женщины, протекали без осложнений. После второго аборта в течение 5 лет беременность не наступала. Настоящая беременность - третья. Последняя менструация 22 февраля. На учете в женской консультации не состояла.

Объективно: правильного телосложения, температура - 36,70, пульс - 76 ударов в минуту. АД 115/70-120/75 мм. рт. ст. Живот отвислый, окружность - 110 см. Высота дна матки - 28 см, предполагаемая масса плода - 3 000 грамм. Размеры таза: 25-28-31-20. Головка плода определяется слева, тазовый конец - справа, предлежащая часть отсутствует.

Сердцебиение плода 148 ударов в минуту ритмичное, ясное, слева на уровне пупка. Схватки по 25-30 секунд, через 6-8 минут. Подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Задания

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Перечислите возможные осложнения в родах.
4. Перечислите профилактические мероприятия в период беременности, необходимые для предупреждения данной патологии.
5. Продемонстрируйте приёмы наружного акушерского исследования. Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы роженицы:

- боли внизу живота
- подтекание околоплодных вод

Потенциальные проблемы:

- беспокойство за исход родов;
- риск послеоперационных осложнений.

2. Диагноз: беременность 39-40 недель. Роды срочные, первые. Первый период родов. Поперечное положение плода. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Отягощенный акушерский анамнез.

Диагноз подтверждается следующими данными из условий задачи:

- датой последней менструации и объективными показателями величины матки (окружность живота 110 см ВДМ - 28см), то есть беременность доношенная;
- приемами Леопольда слева определяется головка, а справа - тазовый конец, предлежащая часть отсутствует;
- околоплодные воды подтекают с началом родовой деятельности., а в норме они изливаются только в конце первого периода родов.
- до настоящих родов женщина перенесла два искусственных аборта, и в течение 5 лет у неё было вторичное бесплодие.

3. Осложнения в родах:

- преждевременное отхождение околоплодных вод;
- запущенное поперечное положение плода;
- разрыв матки;
- геморрагический шок;
- гибель плода;
- гибель матери.

4. Профилактические мероприятия:

- взять на учет в группу риска по разрыву тела матки
- до 35-36 недель беременности можно попытаться исправить поперечное положение плода на продольное следующими методами, -упражнения по Дикани
- занятия по лечебной гимнастике в женской консультации с инструктором по гимнастике или с акушеркой;
- в 35-36 недель - госпитализация в отделение патологии беременности, где можно попытаться произвести операцию «наружный акушерский профилактический поворот»,
- при отсутствии результатов от проведенных мероприятий беременная остается в стационаре до родов и самый рациональный метод родоразрешения - кесарево сечение.

Тактика фельдшера - срочная госпитализация на носилках, в положении лежа, в родильный дом.

5. Приемы наружного акушерского исследования применяются при объективном исследовании беременных на поздних срок и при исследовании рожениц.

Беременная лежит на спине, акушерка становится справа.

Первый прием Леопольда: ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают, пальпируют и определяют: уровень стояния дна матки, а также определяют часть плода, расположенную в дне матки.

Второй прием. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят поочередно сначала одной, потом другой рукой. Таким образом вторым приемом определяют положение плода (при продольном положении с одной стороны определяют спинку, а с другой - мелкие части). Вторым приемом по положению спинки определяют позицию и вид позиции.

Третий прием. Определяют предлежащую часть плода. Правую руку кладут выше лонного сочленения и захватывают предлежащую часть плода, которая находится над входом малого таза. Эта часть плода рождается первой.

Четвертый прием. Акушерка встает спиной к лицу женщины. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева концами пальцев определяют предлежащую часть и высоту стояния этой предлежащей части по отношению к полости малого таза.

ЗАДАЧА № 17

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к роженице 34 лет, срок беременности 37 недель.

Жалобы на схваткообразные боли в низу живота, слабость, головокружение, незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез: менструация без особенностей. Беременность вторая, первая закончилась родами два года назад. Данная беременность протекала без осложнений. В течение двух последних недель появились отеки, белок в моче, повысилось АД до 140/85 мм. рт. ст. 150/90 при исходном 110/70 мм рт. ст. Лечение не проводилось

Объективно: кожа и слизистые бледные, АД 140/85, 150/90 мм, рт. ст., пульс 96 уд./мин. Окружность живота 90 см, высота дна матки 35 см. Матка асимметричной формы, плотная, болезненная, не расслабляется в паузу, части плода определить не удается из-за плотности матки. Сердцебиение не прослушивается. Из влагалища выделяется темная кровь со сгустками.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние беременной.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте на фантоме тактику ведения последового периода. Определите признаки отделения плаценты.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:

- схваткообразные боли в животе,
- слабость, головокружение,
- кровянистые выделения из половых путей.

Потенциальные проблемы:

- преждевременные роды,
- массивное внутреннее кровотечение,
- формирование матки Кувелера,
- ДВС синдром,
- гибель плода.

2. **Диагноз:** Беременность вторая, 37 недель, ОПГ - гестоз, средней тяжести. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Срок беременности фельдшер установил согласно обменной карте при обследовании: окружность живота. 90 см, ВДМ -35 см, что соответствует 37 неделям. Предполагаемая масса плода определена по формуле Жордания ОЖ х ВДМ 3150,0гр. Беременность осложнилась возникновением ОПГ - гестоза, о его наличии указывает триада симптомов Цангемейстера: гипертония, отеки, протеинурия. Длительность гестоза составляет две недели, это говорит о развившемся гестозе. На фоне развившегося гестоза возникло тяжелое осложнение, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что сопровождается массивным внутренним кровотечением. Все признаки кровопотери присутствуют у данной беременной: слабость, головокружение, снижение АД, тахикардия; о полной отслойке плаценты говорит отсутствие сердцебиения плода.

Тяжесть общего состояния беременной не соответствует наружной кровопотере, что также указывает на преимущество внутреннего кровотечения.

3. Состояние беременной тяжелое.
4. Учитывая тяжесть состояния беременной, необходимо срочно госпитализировать ее в акушерский стационар на носилках в машине с сиреной. По рации сообщить в родильный дом о предстоящей операции.

Алгоритм оказания помощи:

- уложить на носилки.
- измерить АД, подсчитать частоту пульса.
- при транспортировке наладить инфузионную систему и начать введение плазмозамещающих растворов (желатиноль, лактосоль и др.).

5. Ведение последового периода требует внимательного и постоянного наблюдения за роженицей.

Последовый период ведется строго выжидательно.

Для правильного ведения последового периода необходимо знать признаки отделения плаценты от стенки матки:

-признак Шредера - отклонение дна матки вправо, выше пупка.

-признак Альфельда . удлинение наружного отрезка пуповины, зажим наложенный у половой щели опускается.

-признак Кюстера - Чукалова, если надавить ребром кисти на надлобковую область, то пуповина при отделившейся плаценте не втягивается во влагалище, при не отделившейся . втягивается.

-появление выпячивания над симфизом - отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент, и передняя стенка нижнего сегмента матки и брюшная стенка образуют выпячивание.

ЗАДАЧА №18

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к роженице 35 лет, срок беременности 39 - 40 недель.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и пояснице, которые появились 6 часов назад.

Анамнез: данная беременность пятая, четыре предыдущих закончились срочными, нормальными родами.

Объективно: - состояние роженицы удовлетворительное. АД 120/80, 115/75 мм рт. ст., пульс 80 уд. / мин. Окружность живота 100см, высота дна матки 35 см. Положение плода продольное, позиция первая, предлежит головка, большая ее часть находится в полости малого таза, сердцебиение плода 140 уд./ мин.. Родовая деятельность схватки по 45 секунд через 2-3 минуты, во время осмотра отошли околоплодные воды, светлые, в умеренном количестве. Роженица начала тужиться, и через 15 минут родился плод мужского пола.

Через 10 минут после рождения ребенка, появились схваткообразные боли и одновременно выделилось 300 мл крови, дно матки отклонилось вправо и поднялось выше пупка, свисающая из влагалища пуповина опустилась ниже, при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище. Кровотечение продолжается.

Задания.

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние роженицы.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте на фантоме наружные методы выделения последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:

- схваткообразные боли в животе;
- домашние роды;
- кровотечение из половых путей.

Потенциальные проблемы:

- травмы мягких родовых путей;
- травмы плода;
- кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде
- инфицирование родовых путей;
- инфицирование плода.

2. Диагноз: роды пятые, срочные, домашние Ущемление последа. Кровотечение

Обоснование диагноза: ущемление последа установлено на основании наличия признаков отделения плаценты и задержки рождения последа. Признаками отделения плаценты являются:

Признак Шредера - отклонение дна матки вправо и вверх;

Признак Альфельда - удлинение свисающей из влагалища пуповины на 8-10 см;

Признак Кюстера-Чукалова - при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище. Таким образом, плацента от стенки матки отделилась, а родиться послед не может, так как он ущемился.

3. Состояние роженицы удовлетворительное.

4. При наличии ущемления последа фельдшер должен способствовать срочному выделению последа, так как остановка кровотечения возможна только после полного опорожнения матки.

Алгоритм действия в данной ситуации:

- освободить мочевого пузырь;
- провести бережный наружный массаж матки;
- приступить к выполнению наружных приемов выделения ущемившегося последа;
- положить холод и груз на дно матки;
- после полной остановки кровотечения на носилках госпитализировать родильницу в акушерский стационар вместе с нр' денным и последом;

5. Наружные методы выделения последа применяют при ущемлении его.

Используют три способа:

а) Способ Абуладзе: опорожняют мочевого пузырь, матку приводят к средней линии, проводят легкий массаж. Затем обеими руками захватывают, переднюю стенку живота в продольную складку и предлагают роженице потужиться. Благодаря уменьшению объема брюшной полости и повышению внутрибрюшного давления послед обычно рождается.

б) Способ Гентера: после предварительного опорожнения мочевого пузыря и массажа матки, оказывающий пособие, лицом к ногам роженицы, кисти рук, сжатые в кулак, кладет на дно матки в области трубных углов и постепенно надавливает книзу - и послед рождается. Роженица не должна тужиться.

в) Способ Креде-Лазоревича: опорожняют мочевого пузырь и проводят легкий массаж матки. захватывают правой рукой дно матки таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, четыре пальца - на задней стенке матки, а ладонь - на дне матки и производят выжимание последа по направлению вниз вперед. Отделившийся послед выводят наружу. Роженица не должна тужиться.

ЗАДАЧА №19

Поступил вызов к роженице 32 лет. Фельдшер скорой помощи обнаружил, что у женщины произошли роды, родился плод мужского пола, соседка отделила новорожденного от матери.

Из анамнеза и обменной карты фельдшер выяснил, что беременность пятая, роды вторые. Три предыдущие беременности закончились медицинскими абортами. Схватки начались 2 часа назад, быстро присоединились потуги, и роженица осталась рожать дома.

Объективно: состояние роженицы удовлетворительное, АД 110/70, 115/75 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Из половой щели свисает пуповина, фельдшер предложил роженице потужиться, после чего выделился послед, был проведен наружный массаж матки. На носилках, в машине с сиреной, родильницу повезли в родильный дом. По дороге у родильницы возникло массивное маточное кровотечение. Матка при пальпации мягкая, дно ее находится на три поперечных пальца выше пупка. АД 80/50, пульс 100 уд./мин., кожные покровы бледные, появились: головокружение, слабость, шум в ушах.

Задания

1. Выявите проблемы родильницы
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его
3. Назовите ошибки, допущенные фельдшером
4. Составьте алгоритм действий фельдшера и акушерскую тактику в родильном доме
5. Продемонстрируйте на фантоме ручное обследование полости

матки Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы

- маточное кровотечение
- слабость, головокружение
- шум в ушах.

Потенциальные проблемы:

- гипотония, атония матки;
- геморрагический шок;
- инфицирование половых путей;
- гипогалактия;
- инфицирование плода;

2. **Диагноз:** роды вторые, срочные, стремительные, домашние. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок первой степени. Отягощенный акушерский анамнез. Роды срочные, стремительные - установлены на основании анамнеза, данных обменной карты и продолжительности родов. У данной роженицы продолжительность родов менее двух часов, это указывает на их стремительное течение. По классификации у первородящих стремительные роды длятся 1-4 часа, у повторнородящих 1-2 часа.

Гипотоническое кровотечение раннего послеродового периода установлено на основании обильного кровотечения из матки, после рождения последа, а также резко сниженной сократительной функции матки: матка мягкая, дряблая, плохо контурируется, дно матки расположено на три поперечных пальца, выше пупка. На геморрагический шок указывает большая потеря крови и ухудшение состояния родильницы: слабость, головокружение, шум в ушах, снижение АД, тахикардия, бледность кожных покровов.

Отягощенный акушерский анамнез подтверждается данными об исходах предыдущих беременностей: три последние закончились искусственными абортами.

3. При ведении последового и раннего послеродового периода фельдшером скорой помощи были допущены ошибки. Учитывая отягощенный акушерский анамнез, данная родильница является угрожаемой по кровотечению, поэтому после выделения последа необходимо было внутривенно ввести сокращающие матку средства окситоцин 5 ЕД или метилэргометрин 0,2%- 1,0 в 5% растворе глюкозы или физрастворе, опорожнить мочевого пузыря, на дно матки положить холод и груз.

4. В данной ситуации фельдшер должен ускорить госпитализацию:

- машина должна быть с включенной сиреной;
- сообщить по радию в акушерский стационар о прибытии родильницы с маточным кровотечением;
- провести наружный массаж матки;
- применить методы временной остановки кровотечения:
- прижатие аорты кулаком или валиком;
- метод Гентера - опустить головной конец носилок, нижний сегмент матки захватывают левой рукой

(большой палец с одной стороны, четыре пальца с другой) и прижимают к поясничным позвонкам, при этом правой рукой оттягивают матку кверху одновременно массируя ее.

-метод Пискачека - левой рукой захватывают и сжимают нижний сегмент, сжимая просвет маточных артерий, правой рукой массируют матку.

-внутривенно подключить капельницу и ввести р-р окситоцина 5ЕД, или 0,2% р-р метилэргометрина

- 1 мл, раствор хлористого кальция 10% - 10 мл;

-внутримышечно раствор викасола 1 % 1 мл.

Мероприятия в родильном доме:

-продолжается инфузионная терапия для восполнения ОЦК, борьба с геморрагическим шоком

-ручное обследование полости матки

-подготовка к проведению операции надвлагалищной ампутации или экстирпации матки.

5. *Показания:* задержка частей плаценты, гипотоническое и атоническое кровотечение.

Ручное обследование полости матки проводят при строгом соблюдении правил асептики и антисептики.

Техника:

-опорожняют мочевой пузырь. Обрабатывают наружные половые органы йодом или йодонатом

-руки тщательно моют, надевают стерильные перчатки и смазывают их стерильным вазелином.

Операция проходит под наркозом (калипсола или сомбревин)

-левой рукой разводят малые половые губы, конически сложенную правую руку (рука акушера) вводят во влагалище, тыльная поверхность кисти вначале обращена в сторону, а во влагалище к крестцу.

-при введении правой руки в матку, левую руку переносят на дно матки. Правой рукой, введенной в матку, тщательно ощупывают стенки матки, ее дно и трубные углы, удаляют сгустки крови, плаценты, если они есть, и проводят наружно - внутренний массажистки. (Руку, находящуюся внутри матки, сжимают в кулак, а левой рукой массируют дно матки через брюшную стенку).

ЗАДАЧА №20

На ФАП к фельдшеру обратилась беременная 32 лет. Срок беременности 36 недель.

Жалобы: на боль в области рубца на матке после операции кесарево сечение, проведенной 2 года назад.

Анамнез: данная беременность третья, первая закончилась искусственным абортom, вторая - родами, родоразрешение – путем операции кесарево сечение, в связи с центральным предлежанием плаценты. Данная беременность протекала без осложнений, состоит на учете, консультировалась у врача в ЦРБ, последняя консультация состоялась месяц назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски АД -120\80, 120\75 мм рт ст. пульс 80 ударов в минуту. Окружность живота 80 см, высота дна матки 36см. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода 130 уд. / мин.. Пальпация матки болезненна, по ходу послеоперационного рубца определяется истончение и локальная болезненность, матка в повышенном тонусе, из влагалища незначительные кровянистые выделения.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените тяжесть данной патологии.
4. Определите тактику фельдшера ФАП.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику ручного отделения плаценты.

Эталон ответа

1 Приоритетные проблемы:

- боль в области послеоперационного рубца,
- беспокойство за исход родов,

Потенциальные проблемы:

- расползание рубца.
- гистопатический разрыв матки,
- кровотечение,
- геморрагический шок,
- гипоксия и гибель плода.

2. Диагноз: беременность 36 недель, отягощенный акушерский анамнез. Начавшийся гистопатический разрыв матки. Беременность установлена на основании обменной карты и обследования: окружность живота 90 см, высота дна матки-36 см, предполагаемая масса плода (ОЖхВДМ) 3240,0 г, что соответствует сроку 36 недель. О начавшемся гистопатическом разрыве свидетельствуют симптомы, присутствующие у данной беременной:

- боль при пальпации матки,
- болезненность и истончение послеоперационного рубца на матке,
- повышение тонуса матки,
- незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Все эти симптомы говорят о несостоятельности рубца, расползании стенки матки в области рубца на матке после операции кесарево сечение.

3. В соответствии с возникшим осложнением состояние больной оценивается как среднетяжелое.

4. Данной беременной необходима срочная госпитализация в акушерский стационар для проведения оперативного родоразрешения.

Алгоритм действий фельдшера:

- уложить беременную,
- ввести спазмолитики и токолитики для снятия тонуса матки,
- вызвать сан. авиацию, если это невозможно госпитализировать
- на носилках в машине скорой помощи,
- сообщить по рации в акушерский стационар о предстоящей операции.

5. Показание - нарушение отделения плаценты.

Техника:

- освобождают мочевой пузырь. Наружные половые органы обрабатывают йодом или йодонатом. Руки тщательно моют, надевают стерильные перчатки;
- операция проводится под наркозом (калипсо, сомбревин);
- левой рукой разводят половую щель, а правую руку, сложенную в виде конуса (рука акушера), вводят во влагалище через прлл' размер выхода малого таза, затем тыл кисти поворачивают в полости малого таза кзади, к крестцу. Руку в матку вводят, придерживаясь пуповины, находят край плаценты и пилообразными движениями между плацентой и стенкой матки отделяют плаценту;
- после отделения плаценты левой рукой, потягивая за пуповину, извлекают послед. Не извлекая правую руку, проводят ручное обследование внутренней поверхности матки, наружно-внутренний массаж матки и выводят руку из полости матки.

ЗАДАЧА № 21

На ФАП к фельдшеру обратилась беременная 25 лет, срок беременности 37-38 недель.

Жалобы: на кровотечение из половых путей, которое появилось во время акта дефекации среди полного здоровья два часа назад.

Анамнез: беременность третья, две первые закончились медицинскими абортами.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 110\70 и 110\75 мм. рт. ст. Пульс 75 ударов в минуту. При пальпации матка овоидной формы, невозбуждена, безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз. При аускультации - сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное. Над симфизом выслушивается шум со стороны сосудов матки. Из половых путей выделяется алая, жидкая кровь.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных методах обследования для уточнения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения и их профилактику.
4. Определите тактику фельдшера при данной патологии.
5. Продемонстрируйте на фантоме влагалищное исследование.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 37-38 недель. Предлежание плаценты.

Предлежание плаценты подтверждается следующими клиническими симптомами: кровотечение, возникшее на поздних сроках беременности, на фоне полного здоровья, без болей. Кровь ярко-красного цвета без сгустков. При обследовании: матка овоидной формы, безболезненная, невозбуждена, предлежащая часть расположена высоко над входом в малый таз. При аускультации над симфизом выслушивается шум со стороны сосудов матки.

2. Для уточнения диагноза предлежания плаценты в условиях клиники применяются дополнительные методы исследования:

- УЗИ для определения расположения плаценты;
- амниоскопия;
- влагалищное исследование производят при развернутой операционной.

3. Возможные осложнения при данной патологии:

- массивное кровотечение.
- геморрагический шок.
- интимное прикрепление плаценты
- гипотония нижнего сегмента матки.
- послеродовые септические заболевания.
- гипоксия плода, асфиксия новорожденного.
- внутриутробная гибель плода.

4. Тактика фельдшера при данной патологии:

- немедленная бережная госпитализация в родильное отделение ЦРБ;
- контроль за АД и кровянистыми выделениями из половых путей;
- проведение профилактики кровотечения и гипоксии плода;

5. Проведение влагалищного исследования на фантоме.

Подготовить: фантом, перчатки, инструменты, раствор фурацилина, лоток, ватные шарики.

Влагалищное исследование проводится при развернутой операционной, обработав руки, надевают стерильные перчатки, обрабатывают наружные половые органы раствором фурацилина.

Указательным и большим пальцами левой руки разводят половые губы, два пальца правой руки указательный и средний вводят во влагалище. Оценивается состояние влагалища, шейки матки, степень ее раскрытия, целостность плодного пузыря, предлежащую часть. Измеряют диагональную конъюгату. После осмотра проводят санацию влагалища фурацилином.