|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮГлавный врачУЗ «2-я центральная районная поликлиника Фрунзенского района г.Минска»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.А.Трубчик«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г |

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

для присвоения (подтверждения) квалификационной категории по профилю специальности основного образования «Лечебное дело» (Акушерка)

**ЗАДАЧА 1**

Первобеременная, 22 года, преподаватель колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных  на 3 месяца. Месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке.  Отмечает повышенную сонливость и тошноту.  Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111/у, назначить обследование и выписать направления на анализы.

**Задания**

* Выделить проблемы  беременной, помочь в их решении.
* Перечислить основные этапы сбора анамнеза и  общего осмотра при взятии беременной на учет.
* Перечислить методы обследования при взятии на учет.
* Перечислить  признаки беременности.

**Эталоны ответов**

1. Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью.

Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию.

1. Акушерка должна выяснить наследственные факторы, профессиональные вредности (в данном случае это не актуально), вредные привычки, перенесенные заболевания, отдельно выявить инфекционные заболевания и контакты (особенно гепатит и туберкулез), оперативные вмешательства. Выяснить особенности менструальной функции, половой анамнез, гинекологические и венерические заболевания. Предыдущие беременности и их исход, течении данной беременности. Оценка телосложения, питания (кроме того, взвешивание и измерение роста). Осмотр кожных покровов, видимых слизистых, оценка состояния клетчатки, лимфоузлов. Осмотр молочных желез. Измерение АД. Пульса. Выслушивание сердечных тонов и легких. Пальпация живота, поколачивание по пояснице. Выяснение характера физиологических отправлений.
2. Осмотр наружных половых органов, на зеркалах, бимануальное исследование, пельвиометрия, При маленьких сроках остальные методы исследования не проводятся.
3. Перечислить признаки беременности, разделив их на достоверные, вероятные и сомнительные.

**ЗАДАЧА 2**

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием  в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови 1(0), резус-фактор отрицательный. Раньше обследования на группу и резус не проводились.

**Задания**

* Выделите проблемы беременной, их причины.
* План по контролю над создавшимися проблемами.
* Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом  приеме в 1-й половине беременности.
* Рассказать о резус-конфликте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.

**Эталоны ответов**

1. Потенциальная проблема: возникновение резус-конфликта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортом в прошлом. Ошибочным было не определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конфликта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе, следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет

2. Акушерка должна объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего, надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.

3. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отправлений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.

4. Рассказать о причинах резус-конфликта, методах профилактики, диагностики, лечения.

**ЗАДАЧА 3**

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением  общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18  мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

**Задания**

* Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
* Дать рекомендации  для данной беременной.
* Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
* Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

**Эталоны ответов**

1. Настоящая проблема: снижение гемоглобина.

Для беременных это можно считать умеренной анемией, остальные показатели допустимы во время беременности. Потенциальной проблемой может стать более выраженная анемия, гипоксия плода, повышенная кровопотеря в родах и т.д. Женщина – против госпитализации.

1. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилюции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства.  Так как беременная  против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобится госпитализация.
2. Рассказать о причинах анемии у беременных. Главные – это дефицит железа и белковой пищи, большая потребность в железе у матери и плода. Белковая диета - перечислить продукты. Продукты с повышенным содержанием железа - перечислить. Дать рекомендации по приготовлению и приему пищи. Методы обследования.
3. Примерный вариант: ферроплекс, сорбифер дурулес, фенюльс,  фолиевая кислота для приема внутрь, при необходимости, для парентерального применения феррум-лек, витамин В12. Убедить женщину в безопасности для плода при применении этих средств.

**ЗАДАЧА 4**

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу  первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая. В 5 недель беременности  встала на учет, в 6-8 недель была профилактическая госпитализация и  лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная  категорически отказывалась из опасения  вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка.

В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе  и патологических выделений нет.  Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг.

Матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. Ф = 18 см, окружность 90.  Отеков нет, физиологические отправления в норме.

**Задания**

* Выделить проблемы  беременной и пути их решения.
* Оценка акушерского статуса на день осмотра и тактика акушерки.
* Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.
* Провести беседу о необходимости проведения УЗИ.
* Выполнение манипуляции “Измерение высоты стояния дна матки во время беременности”.

**Эталоны ответов**

1. В настоящий момент самочувствие беременной и её моральное состояние хорошее, однако она относится к группе очень высокого риска по невынашиванию и  вытекающим из этого осложнениям беременности и родов, о которых она не подозревает. Поэтому она недооценивает значение систематического наблюдения в ЖК и профилактического обследования и лечения. Акушерка должна внимательнее относиться к наблюдению данной беременной, своевременно проводить патронаж, следить за посещением ЖК, выполнением анализов, госпитализацией. Эту беременную должен наблюдать врач, консультировать специалист по невынашиванию. Беременной нужно объяснить, что благополучный исход беременности может гарантировать только очень бережное к ней отношение, просить ее не уезжать, посещать ЖК, выполнять рекомендации специалистов,
2. По данным предыдущих осмотров и мнению женщины, беременность 14 недель, но, по данным наружного осмотра, соответствует 16 неделям, что может быть при многоплодии. Имеются факторы, предрасполагающие к многоплодию в анамнезе: методы стимуляции овуляции.

Диагноз: беременность 14 недель. Подозрение на многоплодие. Отягощенный гинекологический анамнез. Первобеременная 30 лет. Женщину непременно должен проконсультировать врач. Если сегодня это невозможно, надо рекомендовать УЗИ для уточнения вопроса о многоплодии, направить беременную в кабинет по невынашиванию. Дать рекомендации по гигиене, профилактике  факторов риска по невынашиванию. Поскольку многоплодие является дополнительным фактором риска по невынашиванию, можно будет рекомендовать профилактическую госпитализацию для проведения обследования  в условиях стационара.

1. Рассказать о причинах многоплодия, методах диагностики, особенностях течения и ведения беременности и родах, развитии плодов, осложнениях для матери и методах профилактики.
2. Рассказать о значении ультразвукового исследовании, кратности проведения, подготовке, роли акушерки.

**ЗАДАЧА 5**

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней  составляет 1 200 г. АD=120/80 и 120/75 мм рт.ст. РS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны  внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода  ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней.  В анализе мочи белок не обнаружен.

**Задания**

* Выявить проблемы женщины.
* Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
* Тактика акушерки в данной ситуации.
* Рассказать о классификации гестозов  второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени,  особенностях ухода и лечения.
* Выполнить манипуляции “Контроль веса и выявление скрытых отеков”.

**Эталоны ответов**

1. Действительные проблемы:
* отеки, боли в конечностях; патологическая прибавка веса;
* беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

* риск развития тяжелой стадии гестоза;
* риск развития гипоксии плода.
1. Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: беременность 34 недели, гестоз II половины. Отеки беременной.

Обоснование диагноза:

Наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок беременности указан в условии задачи. Появление отеков  при нормальном АD, отсутствие белка в моче, патологическая прибавка массы тела за десять дней указывает на развитие водянки беременной. Распространение отеков на нижних конечностях и передней брюшной стенке позволяет выставить диагноз.

1. Акушерке необходимо:
* направить беременную на госпитализацию в родильный дом;
* написать направление в отделение патологии беременных;
* провести беседу с беременной о необходимости лечения данного осложнения;
* проконтролировать на следующий день факт госпитализации.

4. Рассказать о классификации гестозов, клинических проявлениях позднего гестоза, методах диагностики и лечения, особенно об отеках. Рассказать об особенностях ухода и лечения в дородовом отделении, привести примеры лекарственных средств.

**ЗАДАЧА 6**

В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, по поводу повышенного артериального давления, патологической прибавки массы тела.

Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 3 года назад; 2-я беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 7-8 недель, без осложнений. 3-я беременность, настоящая, протекала  без осложнений. В течение последних двух недель отмечалась патологическая прибавка массы тела.

Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Брак 1-й.

Объективно: рост = 168 см; вес = 80 кг, за неделю прибавка массы тела составила 700 г. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД=140/90, 145/95 мм рт.ст. PS=78 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. мин. Отмечаются отеки нижних конечностей. Белок в моче - 0,033 г/л.

**Задания**

* Выявить проблемы женщины.
* Оценить состояние женщины, поставить диагноз и его обоснование.
* Тактика акушерки по наблюдению и осуществлению ухода в отделении патологии беременности.
* Рассказать о методах лечения данной патологии.

**Эталоны ответа**

1. Действительные проблемы: самочувствие нормальное, проблемы связаны с вынужденной госпитализацией.

Потенциальные:

* риск развития тяжелых форм гестоза;
* риск развития гипоксии  плода;
* риск возникновения отслойки плаценты;
* риск возникновения ДВС-синдрома;
* риск возникновения кровотечения в родах.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: беременность 36 недель. Гестоз II половины беременности, преэклампсия легкой степени (или нефропатия I степени). ОАА.

Обоснование диагноза: наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок указан в условии задачи. Наличие триады симптомов: гипертензия, отеки, протеинурия, патологическая прибавка массы тела указывают на нефропатию. Цифры АД, количество белка позволяют определить I степень. Акушерский анамнез отягощен медицинским абортом.

3. Акушерке необходимо:

* провести беседу с беременной о режиме, назначенном ей  (палатный, лечебно-охранительный);
* провести беседу с беременной о диете (ограничение соли, жидкости);
* контролировать АД через 4 часа, суточный диурез, массу тела, проинструктировать беременную о подготовке к клиническим и  биохимическим обследованиям, УЗИ, КТТ;
* начать медикаментозную терапию, по назначению врача (седативная, гипотензивная, защитная терапия плода,  укрепление сосудистой стенки, улучшение маточно-плацентарного кровообращения, улучшение реологических свойств крови;
* вызвать для консультации терапевта, окулиста, по назначению  врача.

4. Рассказать о методах лечения данной патологии, привести примеры гипотензивных, мочегонных средств, средств для улучшения микроциркуляции и т.д.

**ЗАДАЧА 7**

На очередной прием в женскую консультацию пришла беременная 25 лет. Жалоб не предъявляет, шевеление плода ощущает. Масса тела 76 кг (+500,0 за 10 дней), АД - 120/80, 110/70 мм рт.ст. Отеков нет. Беременность первая, желанная. Муж здоров. Менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Наследственность благоприятная. Аллергии не было.

При наружном акушерском исследовании установлено: окружность живота 85 см, ВДМ - 30 см. В дне матки прощупывается широкая крупная часть плода, над входом в малый таз - баллотирующая, округлой формы крупная часть, справа по ребру матки - широкая плоская часть плода, а слева  - мелкие части. Отчетливо прослушивается сердцебиение плода справа ниже пупка - 138 ударов в минуту.

При предыдущей явке 10 дней назад срок беременности был 28-29 недель. Пациентку интересует - когда ей будет предоставлен дородовый отпуск? Учитывая нормальное течение беременности, хочет до родов уехать к матери в деревню.

**Задания**

* Оценить состояние пациентки. Выявить проблемы.
* Определить срок беременности.
* Тактика акушерки.
* Рассказать о необходимости диспансеризации беременной и подготовке её к родам. Задачи женской консультации по охране здоровья матери и плода, роль акушерки в обслуживании беременной.

**Эталоны ответов**

1. Состояние пациентки удовлетворительное. Настоящие проблемы: необходимость узнать дату выдачи ДО и срок родов.

Потенциальные проблемы: факторов риска не выявлено. Однако, если женщина уедет в деревню, перестанет посещать ЖК, могут быть не оценены новые изменения, не проведены необходимые исследования.

1. Беременность 30 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, вторая позиция, передний вид. Диагноз поставлен на основании наружного акушерского исследования с помощью приемов Леопольда-Левицкого,  измерения высоты стояния дна матки. Расчета.
2. Тактика акушерки: рекомендовать не уезжать надолго, дать совет о режиме питания, отдыха и диете; рекомендовать регулярно, не реже 2-х раз в месяц, посещать женскую консультацию. Посещать занятия по современной психопрофилактической подготовке к родам; разъяснить пациентке, что, согласно законодательству, ей может быть предоставлен с сегодняшнего дня дородовый отпуск.
3. Рассказать о необходимости продолжить посещение ЖК, готовиться к родам.

Рассказать о структуре и задачах ЖК по охране здоровья матери и плода. Выделить роль акушерки.

**ЗАДАЧА 8**

Вечером акушерка отделения патологии беременности вызвана в палату к повторнобеременной женщине 30 лет, которая поступила накануне днем плановом порядке с подозрением на предлежание плаценты в сроке 30 недель. Женщина жалуется на появление темных мажущих выделений из влагалища. Дежурный врач занят в операционной и может освободиться не раньше чем через час, операционная также занята, он поручил акушерке разобраться в ситуации и оказать неотложную помощь.

**Задания**

* Выделить проблемы пациентки и помочь в их решении.
* Оценить состояние женщины. Что для этого нужно сделать.
* Акушерская тактика в случае удовлетворительного состояния женщины.
* Рассказать о возможных осложнениях и мерах профилактики.

**Эталоны ответов**

1. Настоящая проблема – кровомазанье, вызванное низкой плацентацией.

Беспокойство женщины. Занят врач и операционная.

Потенциальные проблемы:

* кровотечение, страдание плода и ухудшение состояния женщины, ДВС и его осложнения, необходимость операции, рождение недоношенного ребенка и пр.
1. Успокоить женщину, не волновать её организационными проблемами, привлечь на помощь свободную акушерку, младший персонал.

Проводить наблюдение, терапию по сохранению беременности, профилактику гипоксии плода, готовить женщину к переводу в родильное отделение или операционную, готовить к операции, не кормить.

1. Оценка самочувствия, АД, пульса, частоты дыхания, кожных покровов, учет кровопотери.

Взять кровь на отстой для определения свертываемости и, возможно, для проб на  группу крови и совместимость. Контроль диуреза.

1. Для снятия повышенного тонуса дают токолитики, например магнезию.

Установить контакт с веной. Начать инфузионную терапию. Женщину перенести на каталку и перевести  бережно в родильное отделение  или операционный блок. Консультироваться с врачом  через помощников.

**ЗАДАЧА 9**

К акушерке ЖК 12 октября на очередную явку пришла первобеременная 24 лет. Жалобы на периодические запоры. Беременная интересуется, когда ей выдадут дородовой декретный отпуск и когда у нее срок родов. Менструальная функция не нарушена. Последние месячные с 29 марта по 2 апреля. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Муж здоров. Соматически здорова. Беременность протекала без осложнений. 1 шевеление плода 14 августа.

Объективно: женщина правильного телосложения. Прибавка массы за 2 недели 650 грамм. АД - 110/70; 115/70 мм рт. ст.; PS - 72 уд. в мин. Размеры таза 25-28-31-20 см И.С. - 15 см. Живот овоидной формы. ОЖ - 88 см, ВДМ - 28 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в мин., слева ниже пупка.

**Задания**

* Выявить проблемы беременной, причины их, наметить план действий по решению проблем.
* Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
* Тактика акушерки в данной ситуации.
* Рассказать о физиологических изменениях в организме женщины во время беременности.

**Эталоны ответов**

1. Настоящие проблемы: женщина страдает от запора; не знает, когда ей предстоят дородовый отпуск и роды. Причиной этого является скорее всего недостаточная работа с женщиной. Необходимо уточнить дату выдачи дородового отпуска, который выдается в 30 недель беременности, и дату родов.

2. Состояние удовлетворительное. DS: беременность 27-28 недель.

Обоснование диагноза: срок беременности можно определить по последним месячным и первому шевелению плода по календарю. 1 шевеление первобеременная ощущает в 20 недель. Объективные данные (ОЖ и ВДМ) соответствуют сроку 27-28 недель.

3. Акушерка должна провести обследование по общепринятой схеме, дать рекомендации по диете, с целью нормализации стула. Привести примеры диеты, средств, регулирующих стул.

Определить дату выдачи дородового отпуска и предполагаемых родов.

Дату родов можно вычислить по формуле: от первого дня последних месячных отсчитать по календарю 3 месяца назад и прибавить 7 дней - 6 января. Дородовой отпуск выдается в 30 недель беременности на 70 дней. Дать направление на анализ мочи; назначить следующую явку через 2 недели.

4. Рассказать о физиологических изменениях во время беременности.

**ЗАДАЧА 10**

В дородовом отделении наблюдается беременная, получающая лечение и обследование  по поводу беременности сроком 32 недели. Пиелонефрит беременной. Выраженное многоводие. Беспокоит тяжесть в животе, боли в пояснице, учащенное мочеиспускание,  Назначено лечение: ампициллин, фурадонин, отвар толокнянки, витамин Е.

Беременная отказывается от введения и приема лекарственных средств, опасается осложнения для плода (возникновения уродства и т.п.). Отказывается от обследования (исследование мочи, исследование на выявление ИППП, УЗИ). Считает, что это может явиться причиной новых лекарственных назначений и повредить ребенку.

**Задания**

* Выделите проблемы беременной.
* Постарайтесь решить проблемы, а также выполнить назначения врача.
* Расскажите об особенностях течения и ведения беременности и родов у женщин с заболеваниями почек.
* Перечислите методы, которыми можно проконтролировать лечение многоводия.

**Эталоны ответов**

1. У беременной имеются осложнения беременных, вследствие которых её может беспокоить тяжесть в животе (вследствие многоводия), дизурические явления и боли в пояснице вследствие инфекции мочевыводящих путей. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода. Потенциальные проблемы – прерывание беременности, гипоксия плода, распространение инфекции и септические осложнения, отслойка плаценты, в родах – выпадение пуповины. Все это может быть при отказе от лечения.

2. Женщину не надо излишне тревожить. Но нужно заверить её, что в данном сроке назначенная антибактериальная терапия не может повредить плоду, а наоборот улучшит обмен вод и обмен веществ у плода. Объяснить необходимость и безвредность назначенных обследований.

3. Рассказать об особенностях течения и ведения беременности и родов при патологии почек. Рассказать о методах исследования функции почек: УЗИ, суточный и почасовой диурез, общий анализ мочи, посев мочи, проба Зимницкого, Нечипоренко и другие.

4. Приемы наружного акушерского исследования, аускультация, измерение окружности и высоты стояния дна матки, УЗИ, другие методы.

**ЗАДАЧА 11**

К акушерке женской консультации 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 в мин., температура тела–37,2 С, кожные покровы обычной окраски. Молочные железы – равномерное умеренное нагрубание, при пальпации умеренно болезненные. Соски с трещинами.  Живот мягкий, безболезненный. Матка за лобком, выделения серозные, скудные, физиологические отправления в норме. Женщина учится, днем ребенка кормят сцеженным молоком.

**Задания**

* Выявить проблемы роженицы.
* Оценить состояние женщины, поставить  диагноз и обосновать его.
* Тактика акушерки в данной ситуации.
* Рассказать о причинах и стадиях мастита и мерах профилактики и лечения.
* Выполнить манипуляцию “Пальпация молочных желез”.

**Эталоны ответов**

1. Действительные проблемы:

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

Потенциальные проблемы: риск развития  мастита. Причины – неправильный режим кормления.

2. Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз:  послеродовый период. Лактостаз. Трещины сосков. О наличии лактостаза свидетельствуют равномерное нагрубание и болезненность молочных желез, затруднение сцеживания, может быть повышена температура. Имеются трещины, и боли могут быть вызваны трещинами.

3. Акушерка должна:

Объяснить родильнице причины её состояния;

* объяснить родильнице, как правильно кормить ребенка  и ухаживать за молочными железами, научить уходу за сосками и дать рекомендации по лечению трещин ( УФО, дарсонвализация, мази);
* дать рекомендации по борьбе с лактостазом: кормление, сцеживание, ультразвук, но-шпа и окситоцин для облегчения сцеживания.
* напомнить родильнице о преимуществах грудного вскармливания; рекомендовать взять академический отпуск. Поставить врача в известность.

4. Рассказать о причинах и стадиях мастита, мерах профилактики.

**ЗАДАЧА 12**

Беременная С., 23 года. Беременность первая, соматически здорова, наблюдается в женской консультации. Срок беременности 36 недель. В течение последней недели отмечала отеки голеней и лица. АД повышалось до 130/90. В моче следы белка. Дано направление в отделение патологии беременности роддома. В приемном отделении акушерка отказала женщине в приеме в связи с отсутствием мест, предложила приходить завтра.  Женщина поступила в родильный дом через 2 дня, узнав о наличии свободного места в дородовом отделении.

При поступлении жалуется на сильную головную боль, тошноту и боли в подложечной области, мелькание «мушек» в глазах. На голенях  отеки, лицо одутловатое. АД - 180/110; 200/120 мм рт.ст.

Живот мягкий, болезненный. Матка увеличена соответственно доношенной беременности. Положение плода продольное. Головка фиксирована малым сегментом на входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 132 удара в минуту. Родовой деятельности нет.

**Задания**

* О какой патологии идет речь; возможные осложнения в данной ситуации.
* Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.
* Рассказать о лекарственной терапии при данной патологии.
* Отметить ошибки при ведении женщины.

**Эталоны ответов**

1. У беременной при сроке 36 недель беременности имеется триада симптомов, характерных для нефропатии (гипертония, протеинурия, отеки). Однако позже  возникла сильная головная боль, тошнота, боли в подложечной области и нарушение зрения. Эти признаки характерны для преэклампсии. Возможны осложнения - приступ эклампсии, отслойка плаценты, отслойка сетчатки, гипоксия и асфиксия плода и др.
2. Беременная нуждается в оказании срочной помощи. Целью действий акушерки приемного отделения в данной ситуации является предотвращение приступа эклампсии:
* срочно вызвать дежурного акушера и анестезиолога-реаниматолога;
* уложить беременную, исключить звуковые, световые, тактильные раздражители, успокоить; выполнять назначения врача;
* если нет врача, дать наркоз (закисно-фторотановый) для создания лечебно-охранительного режима;
* подготовить медикаменты (дроперидол, седуксен, пипольфен, эуфиллин, сернокислую магнезию, 40% глюкозу, кокарбоксилазу и др.) для снятия повышенного АД, улучшения мозгового кровообращения;
* приготовить набор   для оказания помощи в случае приступа эклампсии;
* после оказания неотложной помощи на месте перевести в палату интенсивной терапии для проведения комплексной терапии. Женщина должна быть родоразрешена в течение ближайшего времени оперативным путем с обезболиванием
1. Перечислить лекарственные средства: гипотензивные, мочегонные, для улучшения микроциркуляции. Непременно рассказать о магнезиальной терапии, эуфиллине, клофилине и т.п.
2. Поздно были выявлены признаки позднего гестоза,  неправильно осуществлялась госпитализация и патронаж. Акушерка приемного отделения не имела права отказать женщине без осмотра врача.

**ЗАДАЧА 13**

У женщины 22 лет на 3-ий день после введения ВМС появились боли внизу живота, слабость, повышение t° до 38°С, в связи с чем обратилась к акушерке.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 90 уд./мин., АД 120/70, живот безболезненный.

В зеркалах: выделения темно-кровянистые с запахом, из цервикального канала свисает контрольная нить ВМС.

При бимануальном исследовании: матка нормальной величины, подвижна, болезненна при смещении, придатки не увеличены, безболезненны, своды свободны.

**Задания**

* Выявить проблемы женщины.
* Поставить диагноз.
* Оценить состояние пациентки.
* Тактика акушерки, доврачебная помощь.

**Эталоны ответов:**

1. Настоящие проблемы: повышение t°, признаки воспаления, боли.

Потенциальные проблемы: септические осложнения.

2. Диагноз: эндометрит на фоне ВМС.

3. Состояние пациентки удовлетворительное.

4. Нуждается в госпитализации в гинекологическое отделение. Доврачебная помощь – лед на живот. Предстоит антибактериальная терапия. Решение вопроса об удалении ВМС – компетенция врача.

**ЗАДАЧА 14**

 В поликлинику обратилась  женщина 27 лет, беременная. При  обследовании   выявлены жалобы: на кашель со слизисто-гнойной мокротой, снижение аппетита,  повышение температуры тела до 37,80С.

Объективно: температуры тела 37,40С, состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз, ЧДД 24 в минуту, пульс 84 в минуту удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт.ст.

Женщина направлена в женскую консультацию к акушеру-гинекологу для определения срока беременности и  лечения бронхита. Пациентка проявляет беспокойство по поводу влияния заболевания на плод.

**Задания**

* Выделите проблемы пациентки.
* Определите цели и составьте план сестринского вмешательства  по приоритетной проблеме.
* Расскажите пациентке о технике принятия  дренажного положения.

**Эталон  ответа**

1. Проблемы  пациентки:

Настоящие:

* кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты;
* снижение аппетита;
* субфебрильная температура;
* акроцианоз;
* беспокойство о влиянии заболевания на плод.

Потенциальные:

* высокий риск развития эмфиземы легких, дыхательной недостаточности;
* нарушение развития плода;
* гипоксия плода.

 Приоритетные проблемы:

* кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты;
* беспокойство о влиянии заболевания на плод.

2. Краткосрочная цель:  к концу недели  пациентка отметит улучшение отхождения мокроты и будет проинформирована о влиянии заболевания на развитие плода.

 Долгосрочная:  к моменту выписки кашель не будет беспокоить, пациентка будет спокойна за состояние будущего ребенка.

Планирование:

* Объяснить суть заболевания, методы диагностики, лечения и профилактики осложнений, рассказать об отсутствии влияния заболевания на плод. Ответить на  интересующие вопросы.
* Обеспечить соблюдение режима, назначенного врачом.
* Рекомендовать прием обильного щелочного питья.
* Обеспечить пациентке позиционный дренаж по 20 мин. в день.
* Обучить пациентку дыхательной гимнастике и контролировать  в дальнейшем ее выполнение   ежедневно.
* Проводить перкуссионный массаж грудной клетки ежедневно по 10 минут в течение недели для  улучшения  кровообращения легких и улучшения отхождения мокроты.
* Осуществлять динамическое наблюдение за общим состоянием пациентки и плода.
* Выполнять назначения врача.

3. Техника принятия дренажного положения:

Цель: Нормализовать дренажную функцию бронхов.

Подготовка:

* Объяснить суть создания дренажного положения в постели.
* Получить согласие на процедуру.
* Приготовить плевательницу заполненную дезраствором.

Положение Квинке:

* Поднять ножной конец кровати на 20-30 см. выше уровня пола, используя устойчивые подставки.
* При усилении кашля с отхождением  мокроты воспользоваться плевательницей.
* Повторить процедуру несколько раз с перерывами 10-15 минут.

Повороты вокруг своей оси:

* Пациентка поворачивается вокруг своей оси на 45 градусов, делая глубокий вдох и форсированный выдох.
* Повторить процедуру несколько раз с перерывами 10-15 минут.

Положение "ищу туфель под кроватью":

* Уложить пациентку на правый бок.
* Опустить голову ниже уровня кровати, свесив руку через голову.
* Повторить процедуру с положением на левом боку.

Колено - локтевое положение:

* Предложить принять пациентке колено - локтевое положение.
* Наблюдать за состоянием  пациентки при отхождении мокроты.

**ЗАДАЧА  15**

Женщина 25 лет, беременность 24 недели, направлена акушером-гинекологом к терапевту женской консультации с диагнозом - гипертоническая болезнь 2 ст. При субъективном обследовании получены следующие данные: жалобы на сильную головную боль в затылочной области, слабость, плохой сон. Болеет около 3 лет, ухудшение последние 2 месяца  после стрессовой ситуации. Лекарства не принимала, т. к. боялась навредить плоду. Диету не соблюдала, злоупотребляла острой пищей.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, избыточного питания. ЧДД 20 в мин., пульс 80 в мин., ритмичный, напряжен, АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременности.

Назначено:

* Анализ мочи по Зимницкому.
* Биохимический анализ крови.
* Госпитализация в отделение патологии беременных.

**Задания**

* Выделите проблемы пациентки.
* Определите цели и составьте план сестринского вмешательства  по приоритетной проблеме.
* Объясните пациентке правила сбора  мочи по методу Зимницкого.

**Эталон  ответа**

1.Проблемы пациентки:

 Настоящие:

* сильная головная боль в затылочной области, связанная с повышением АД;
* слабость;
* плохой сон;
* дефицит знаний о своем заболевании.

Потенциальные:

* риск развития гипертонического криза
* ухудшение состояния, связанное с развитием осложнений: поздние гестозы, быстрые роды, отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение в родах, внутриутробная гибель плода.

Приоритетная:

* головная боль в затылочной области, связанная с повышением АД.

2.  Краткосрочная цель: головная боль уменьшится при снижении АД.
    Долгосрочная цель:  пациентка не будет предъявлять жалобы на головную боль к моменту выписки.

Планирование:

* Провести беседу с пациенткой и родственниками о заболевании,  факторах    риска    (излишний    вес, не соблюдение диеты) и влиянии        гипертонии на исход беременности.
* Обеспечить соблюдение режима, назначенного врачом (палатный, до снижения АД).
* Обеспечить соблюдение диеты №10 с ограничением жидкости и соли.
* Провести беседу с родственниками о питании пациентки.
* Во время головной боли обеспечить   покой,  возвышенное положение в постели, доступ свежего воздуха.
* Обеспечить регулярное  проветривание палаты в течение дня и за 30 минут до сна.
* Обеспечить взвешивание  пациентки   и   контроль  суточного диуреза.
* Наблюдать за состоянием пациентки, внешним видом, измерять АД не реже 2 раз в день. Контролировать состояние плода.
* Выполнять врачебные назначения.
* Контролировать прием лекарственных препаратов, назначенных врачом.
1. Правила сбора мочи  по методу Зимницкого:

Цель: оценка функциональной способности почек.

Оснащение: 8 чистых сухих стеклянных банок емкостью 200-500 мл. с этикетками и указанием номера порции, 2-3 дополнительные стеклянные банки.

Подготовка и сбор мочи:

* Сбор мочи для пробы Зимницкого проводится в течение одних суток.  Во время сбора мочи необходимо питаться как обычно и принимать обычное для себя количество жидкости (желательно, не более 1,5-2 л жидкости в сутки).
* Одновременно со сбором мочи необходимо посчитать количество принимаемой жидкости (включая жидкую пищу), так как это имеет значение в расчете результатов анализа.
* Во время сбора мочи нельзя принимать диуретики.
* В 6.00 следует помочиться  в унитаз.
* Далее следует собирать мочу каждые 3 часа в отдельную баночку (6-9, 9-12, 12-15, 15-18, 18-21, 21-24, 24-3, 3-6 часов следующего дня).
* При отсутствии мочи за временной промежуток, соответствующая банка остается пустой и доставляется вместе с остальными в лабораторию. Дополнительные банки оформить после сбора мочи.
* Все баночки, а также данные о том, сколько жидкости было выпито в течение суток, направляют в лабораторию. Указывается и количество жидкости, принятой за сутки.
* Попросить пациента повторить  всю полученную информацию или обеспечить письменной информацией.

**ЗАДАЧА 16**

Пациентка 24 года, беременность 6 недель, обратилась в поликлинику к  эндокринологу с жалобами  на сухость во рту, жажду (выпивает до 10 л. в сутки), частые мочеиспускания, общую слабость. Был выставлен диагноз: сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный. Пациентка направлена в женскую консультацию для решения вопроса о сохранении беременности.

 Объективно: сознание ясное, состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие, пульс 88 уд в мин., удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм. рт. ст., ЧДД 18 в 1 мин., рост 168 см., вес 99 кг. Женщина тревожится  за состояние плода. Предложена госпитализация в эндокринологическое отделение с целью решения вопроса о вынашивании беременности, обследовании и лечении.

Назначена:

* Диета № 9.
* Гликемический профиль.

**Задания**

* Выделите проблемы пациента.
* Определите цели и составьте план сестринского вмешательства по приоритетной проблеме.

**Эталон  ответа**

1. Проблемы пациентки:

Настоящие:

* жажда;
* поллакиурия;
* слабость;
* избыточная масса тела;
* тревога за состояние плода;
* дефицит знаний о заболевании.

Потенциальные:

* риск развития пиелонефрита;
* риск развития гипо - гипергликемической ком;
* риск развития  микро и макроангиопатий;
* гестозы;
* крупный плод;
* родовой травматизм из-за клинически узкого таза;
* многоводие;
* недоразвитие легочной системы плода.

Приоритетные:

* жажда,
* тревога за состояние плода;

2.  Краткосрочная цель:  к концу недели жажда и тревога за состояние плода уменьшатся.  Пациентка получит полную информацию о возможных осложнениях при сохранении беременности и мерах их профилактики.

    Долгосрочная цель: к моменту выписки у пациентки исчезнет жажда. Пациентка будет спокойна за состояние плода.

Планирование:

* Обеспечить психологическую поддержку пациентки, провести беседу о заболевании, возможных осложнениях при сохранении беременности и мерах их профилактики. Адаптировать пациентку к новым условиям жизни.
* Объяснить необходимость госпитализации в эндокринологичсекое отделение.
* Объяснить суть и необходимость соблюдения назначенной диеты № 9.
* Контролировать строгое соблюдение диеты.
* Объяснить правила приема назначенных препаратов.  Контролировать их прием.
* Обучить   технике    введения инсулина.
* Выполнять назначения врача.
* Обучить пациентку  уходу за  полостью рта, кожей, стопами.
* Обучить пациентку правилам самоконтроля при данном заболевании.
* Обучить пациентку правилам самопомощи при развитии неотложных состояний (гипер- и гипогликемичсекая прекомы).
* Контролировать состояние пациентки и плода.

3. Характеристика диеты № 9:

Диета с содержанием белков выше физиологической нормы, умеренным ограничением жиров и углеводов; легко усвояемые углеводы исключают; в диету вводят вещества, оказывающие липотропное действие; пища содержит довольно много овощей; ограничивают соль и  продукты, богатые холестерином.

Режим питания: прием пищи 6 раз в день; углеводы распределяют на весь день, сразу после инъекции инсулина и через 2-2,5 часа после нее больной должен получать пищу, содержащую углеводы.

**ЗАДАЧА 17**

После инъекции инсулина пациентка, страдающая сахарным диабетом, пожаловался на резкую слабость, чувство голода, потливость, дрожь.

**Задания**

* Определите и обоснуйте состояние пациентки.
* Составьте алгоритм действий.
* Продемонстрируйте технику постановки подкожной инъекции.

**Эталоны ответов**

• У пациентки развилось гипогликемическое состояние после введения инсулина, возможно в результате передозировки инсулина или пропуска приема пищи после инъекции.

• Алгоритм действий:

• вызвать врача, так как состояние больной при гипогликемии может быстро и резко ухудшиться;

• срочно дать больной 2-3 кусочка сахара или сладкий чай, конфету для повышения уровня глюкозы в крови;

• при потере сознания по назначению врача срочно струйно ввести 40-80 мл 40% раствора глюкозы в/в;

• осуществлять контроль за сознанием, пульсом, АД, ЧДД;

• обеспечить сбор анализов для контроля уровня глюкозы в крови и в моче;

• выполнить назначения врача.

• Техника выполнения подкожной инъекции.

**ЗАДАЧА 18**

В женской консультации во время ожидания приема, пациентка 42 лет, страдающая бронхиальной астмой, пожаловалась на внезапный приступ удушья.

Больная сидит, опираясь руками о край кушетки, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, ЧДД 38 в 1 мин. Одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие свистящие хрипы.

**Задания**

* Определите и обоснуйте состояние пациента.
* Составьте алгоритм действий.
* Продемонстрируйте технику использования карманного ингалятора.

**Эталоны ответов**

1. У пациентки приступ бронхиальной астмы, о чём свидетельствуют характерное вынужденное положение, экспираторная одышка, ЧДД 38 в мин, дистанционные сухие свистящие хрипы.

2. Алгоритм действий:

* вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
* расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха;
* провести ингаляцию кислорода для улучшения оксигенации (по возможности);
* при наличии у пациентки карманного дозированного ингалятора организовать прием препарата (1-2 дозы) сальбутамола, беротека, новодрина, бекотида, беклометазона и др., для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов, с учётом предыдущих приёмов (не более 3-х доз за час и не более 8 раз в сутки);
* приготовить к приходу врача бронходилятаторы: 2,4% р-р эуфиллина, 0,1 % р-р эфедрина, 0,1% р-р адреналина, преднизолон, гидрокортизон;
* до прихода врача контролировать состояние пациентки (ЧДД, пульс, АД);
* выполнить назначения врача.

3. Техника использования карманного ингалятора.

* Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном.
* Интенсивно встряхнуть баллончик вверх-вниз.
* Сделать как можно более глубокий выдох. Плотно зажать губами мундштук. Голову слегка запрокинуть назад.
* Сделать глубокий вдох и одновременно плотно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля.
* Задержать дыхание на 5—10 секунд, затем вынуть мундштук баллончика изо рта и сделать медленный выдох.

После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок, и обязательно