КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

# ПО АКУШЕРСТВУ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

# СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

## КУРСК. 2002

### УДК 618.2/7:618.1 (075.8)

ББК 57.1

М 54

Методические рекомендации по акушерству для самоподготовки студентов 4 курса лечебного факультета., Курск, 2002. - 44 с.

Методические рекомендации составлены на основании типовой «Программы по аушерству и гинекологии » для студентов ВУЗов (Москва, 1994), утвержденной Начальником УУЗ Минздравмедпрома РФ от 20.06.1994, а также государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 040 100 «Лечебное дело», утвержденного 23.01.94 г., и рабочей программой КГМУ, утвержденной в 01.09.2001 г.

Коллектив авторов: проф. М.Г.Газазян, доценты Н.А.Пономарева, Т.С.Иванова, А.С.Лебедев, И.С.Лунева, Е.Н.Ангалева, ассистенты, к.м.н. Л.В. Якунина, И.Н.Поляков, В.Н.Рыбников, Т.А.Миронова, А.Б. Хурасева,

ассистенты О.Ю. Иванова, С.В.Духов, О.С.Хуцишвили.

Рецензенты:

* д.м.н., проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПО КГМУ Б.Ф.ХУРАСЕВ
* к.м.н., доц. кафедры акушерства и гинекологии Орловского мед.института ОГУ С.П.ПАХОМОВ

ISBN

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО АКУШЕРСТВУ**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ IV КУРСА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование практических навыков | Их обязательное выполнение в количестве не менее |
| 1. | Наружное обследование беременных и рожениц (определение позднего срока беременности, измерение таза, приемы Леопольда, выслушивание сердцебиения плода и т.д.) | 5 |
| 2. | Бимануальное внутреннее исследование рожениц | 2 |
| 3. | Ассистенция при приеме нормальных родов | 3 |
| 4. | Прием нормальных родов | 1 |
| 5. | Осмотр родовых путей с помощью зеркал | 1 |
| 6. | Первичный туалет новорожденного | 1 |
| 7. | Осмотр последа | 3 |
| 8. | Вскрытие плодного пузыря в родах | 1 |
| 9. | Ассистенция при зашивании разрывов шейки матки, промежности | 2 |
| 10. | Ассистенция при проведении акушерских операций (наложение акушерских щипцов, кесарево сечение и др.) | 1 |
| 11. | Участие в ведении родов в тазовом предлежании | 1 |
| 12. | Участие в проведении мероприятий по борьбе с маточными кровотечениями в родах | 2 |
| 13. | Участие в реанимационных мероприятиях новорожденного | 2 |
| 14. | Проведение туалета родильниц | 2 |
| 15. | Определение ранних сроков беременности | 3 |
| 16. | Ассистенция при операции искусственного прерывания беременности ранних сроков | 2 |

**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЕ**

**В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**1. Сердечно-сосудистые средства.**

1. дигоксин
2. строфантин
3. коргликон
4. норадреналин
5. адреналин
6. допамин
7. сульфокамфокаин
8. кордиамин
9. ксантинола-никотинат
10. лидокаин
11. трентал, агапурин
12. магния сульфат
13. апрессин
14. дибазол
15. пентамин
16. нитроглицерин
17. нитронг
18. пропранолол
19. гемитон клофелин
20. допегит
21. капотен (каптоприл)
22. эналаприл
23. новокаинамид
24. компламин

**2. Диуретики.**

1. Фуросемид (лазикс)
2. Гипотиазид
3. Спиронолактон (альдактон, верошпирон)
4. триампур

**3. Желудочно-кишечные средства.**

1. Атропин
2. Платифиллин
3. Метацин
4. Церукал
5. Альмагель, маалокс
6. Ранитидин
7. Висмута субцитрат (де-нол)
8. Фестал, мезим-форте
9. Имодиум (лоперамид)
10. Дисакодил
11. Эссенциале
12. Глутаминовая кислота
13. Гордокс, трасилол
14. **Бронхолоитические, муколитические.**
15. эуфиллин
16. теофедрин
17. теофиллин (ретафил)
18. сальбутамол
19. фенотерол (беротек)
20. бромгексин
21. калия йодид
22. трава термопсиса

**6. Антимикробные, противогрибковые, противовирусные средства.**

1. Ьензилпенициллин
2. Ампиокс
3. доксициклин
4. Гентамицин
5. Канамицин
6. амикацин
7. Стрептомицин
8. Рифампицин
9. Эритромицин
10. Спирамицин (ровамицин)
11. тетрациклин
12. Линкомицин
13. олететрин
14. Цефазолин (кефзол…)
15. Цефотаксим (клафоран)
16. Ципрофлоксацин (сифлокс)
17. Норфлоксацин
18. Имипенем
19. Ванкомицин
20. сульбактам
21. Диоксидин
22. Фталазол
23. Нитроксолин
24. Метронидазол
25. клиндамицин
26. Бисептол
27. Нистатин
28. Леворин
29. Хлорфиллипт
30. Флуконазол
31. миконазол
32. Пимафуцин (натамицин)
33. Амфотерицин
34. Ацикловир

**7. Нестероидные противовоспалительные, аналгетики**

1. аспирин
2. диклофенак (вольтарен)
3. индометацин (метиндол)
4. анальгин
5. промедол
6. морфин
7. фентанил
8. дроперидол
9. сомбревин
10. калипсол
11. кетамин
12. новокаин
13. кетопрофен
14. **Глюкокортикостероиды, анаболические стероиды, гормоны,**

**утеротоники, токолитики.**

1. Гидрокортизон
2. Преднизолон
3. дексаметазон
4. Триамцинолон (полькортолон)
5. Бекотид
6. Ретаболил
7. Гонадотропин хорионический
8. Фолликулин
9. Эстрадиола бензонат
10. Синестрол
11. Прогестерон
12. Окситоцин
13. анаприлин
14. Метилэргометрин
15. Энзапрост
16. Партусистент
17. Алупент
18. Гинипрал
19. Этанол
20. Лекоптин (феноптин)
21. Простенон
22. Трава пастушьей сумки
23. Оксипрогестерон капронат
24. Дюфастон
25. Фемоден (фемостон)
26. Регулон
27. Логест
28. Триквилар
29. Диане-35

**9. Средства, влияющие на гемостаз.**

1. Гепарин
2. Фенилин
3. Аминокапроновая кислота
4. Кальция хлорид
5. Троксевазин (венорутон)
6. Аспирин
7. Тиклопедин (тиклид)
8. Курантил
9. Протамина сульфат
10. Гордокс
11. Контрикал
12. Этамзилат (дицинон)

**10. Десенсебилизирующие, иммуномодуляторы.**

1. Супрастин
2. Димедрол
3. Пипольфен
4. Тавегил
5. Фенкорол
6. Диазолин
7. Кетотифен
8. Т-активин
9. Азатиоприн

**11. Средства, влияющие на ЦНС, обмен веществ, витамины**

1. диазепам (сибазон,реланиум,седуксен)
2. аминазан
3. дроперидол
4. амитриптилин
5. циннаризин (стугерон)
6. кавинтон (винпоцетин)
7. пирацетам (ноотропил)
8. церебролизин
9. аскорбиновая к-та
10. цианокобаламин
11. аллопуринол
12. рибоксин
13. ферроплекс (ферроградумент)
14. феррум-лек (ферковен)
15. калия оротат
16. карбутамид (букарбан,оранил)
17. гликлазид (предиан, диабетон)
18. глибенкламинд (манинил)
19. инсулин

**12. Плазмозамещающие, дезинтоксикационные.**

1. Реополиглюкин
2. Полиглюкин
3. Альбумин
4. Желатиноль
5. Плазма нативная
6. Гемодез
7. Р-р Рингера
8. Р-р глюкозы
9. Натрия гидрокарбонат
10. трисамин

**13. Список «А»**

1. морфин
2. промедол
3. фентанил
4. прозерин
5. атропин
6. метацин
7. платифиллин
8. теофедрин
9. стрихнин
10. пилокарпин
11. фенилин
12. дигоксин
13. строфантин
14. изоланид

**СХЕМА ИСТОРИИ РОДОВ**

**I. Паспортная часть**

1. Наименование учреждения.

2. Фамилия, имя, отчество роженицы.

3. Возраст.

4. Национальность.

5. Образование.

6. Профессия и место работы.

7. Адрес.

8. Семейное положение.

9. Дата и время поступления в роддом.

**II. Жалобы с детализацией** (время появления жалоб): выясняется причина поступления женщины в роддом (схватки, боли, излитие околоплодных вод и др. осложнения беременности или родов или по направлению врача женской консультации).

**III. Анамнез.**

1.Общий: а) заболевания, перенесенные в детстве (рахит, скарлатина, дифтерия и др.) и в дальнейшем (заболевания сердца, почек, болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания);

б) заболевания в семье (сифилис, туберкулез, алкоголизм, психические, опухоли и др.);

в) здоровье мужа, заболевания мужа (венерические, психические, алкоголизм).

2. Акушерско-гинекологический: а) с какого возраста менструальная функция? Установилась сразу, не сразу, по сколько дней, через сколько дней, скудные, умеренные, обильные, болезненные, безболезненные;

б) дата последней менструации;

в) половая жизнь с какого возраста? Какой по счету брак?

г) гинекологические заболевания;

д) течение предыдущих беременностей, родов (каков исход, масса детей, состояние их здоровья, особенности и осложнения родов, течение послеабортного и послеродового периода);

е) течение настоящей беременности (в первой половине ранний токсикоз, угрожающей выкидыш, кровотечение и др., дата первого шевеления плода; во второй половине - гестоз, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и т.п., лечилась амбулаторно или стационарно, сколько раз посетила женскую консультацию, прошла ли психопрофилактическую подготовку к родам. Прибавка в весе за беременность).

**IV. Общий статус.**

Общее состояние беременной (роженицы), головная боль, ясность зрения, телосложение. Рост в см, масса в кг. Наружный осмотр: костный скелет; цвет кожи и видимых слизистых; молочные железы, степень их развития, форма сосков; брюшная стенка (пигментация, пупок); подкожная клетчатка; отеки, их локализация и выраженность. Органы кровообращения: осмотр, пальпация, пульс, АД на правой и на левой руках, аускультация (ясность тонов, наличие шумов и др.). Органы дыхания (осмотр, перкуторные данные, аускультация). Органы пищеварения: состояние слизистой рта, влажность языка, десен, зубов, зева; живот мягкий, при пальпации болезненный или нет, симптомы раздражения брюшины; печень, селезенка). Мочевыделительная система (симптом поколачивания; частота мочеиспускания, болезненное или нет, цвет мочи; анализ мочи на белок). Нервная система (спокойная или беспокойная, уравновешена, легко возбудима и т.п.).

**V. Лабораторные данные (на момент курации).**

Группа крови, резус-принадлежность (если резус отрицательный - титр антител), анализ крови и мочи из обменной карты.

**VI. Акушерское исследование.**

1) Размеры таза: distantia spinarum, distantia cristarum, distatia trochanterica, conjugata externa (см). Четыре пары косых размеров (соотношение левых и правых). Ромб Михаэлиса: длинник (размер Тридандани), поперечник (размер Литцмана). Размер Франка. Индекс Соловьева.

Окружность живота (см),. Высота дна матки над лоном (см0. Лонно-затылочный размер головки плода (см).

2) Положение плода (продольное, косое, поперечное), позиция (I, II), вид (передний, задний). Предлежащая часть (головка, ягодички, отсутствует) и отношение ее к тазу роженицы (над входом, прижата ко входу, малым или большим сегментом во входе в малый таз, в полости (широкой, узкой части) малого таза, в выходе таза).

Сердцебиение плода (где выслушивается, количество в одну минуту, ясное, приглушено, глухое, ритмичное, аритмичное, шум сосудов пуповины).

Родовая деятельность (боли, схватки, когда начались, регулярность, частота схваток, продолжительность, сила, болезненность). Выделения из влагалища (выделения слизистые, подтекают светлые околоплодные воды, когда точно начали подтекать воды, кровянистые, сукровичные и т.д.).

3) Влагалищное исследование (число месяц, час, минута). Состояние наружных половых органов, цвет слизистой входа во влагалище, характер выделений. Состояние влагалища: емкость его, складчатое, рубцовые изменения. Функциональная оценка степени зрелости шейки матки (укорочена, сглажена), отношение ее к проводной оси таза (по центру, эксцентрична), открытие шейки матки в см, края зева матки (мягкие, плотные, растяжимые, нерастяжимые, ригидные, во время схваток плотнеют или нет). Плодный пузырь (цел, во время схваток наливается или плоский, отсутствует).

Характер предлежащей части, в какой плоскости малого таза находится, расположение по отношению к симфизу, крестцу, синклитизм, асинклитизм.

Направление стреловидного шва, месторасположение малого и большого родничков.

Тщательная оценка костей малого таза (размер диагональной конъюгаты, выраженность крестцовой впадины, ширина ее, наличие костных экзостозов, опухолей, высота лона, лонный угол, поперечный размер плоскости выхода малого таза).

Характер влагалищных выделений).

**VII. Предполагаемый срок родов:**

- по менструации;

- по первому шевелению плода;

- по первой явке в женскую консультацию;

- по выдаче декретного отпуска;

- по формуле Жорданиа;

- по формуле Скульского

**VIII. Предполагаемая масса плода:**

- по формуле Жорданиа;

- по формуле Якубова

-по формуле Джонсона

**IX. Допустимая кровопотеря (по Константинову):**

- физиологическая - 0,25-0,3% массы тела женщины;

- предельно допустимая - 0,5% массы тела женщины.

**X. Диагноз и его обоснование.**

Диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза, признаков беременности, данных наружного и внутреннего исследования.

В диагнозе указывается срок беременности, предлежание, период родов на момент курации, оценка таза, размеры плода, затем выставляются возможные осложнения со стороны матери (таз, излитие вод, аномалии родовой деятельности и т.п.) и плода (крупный плод, асфиксия), экстрагенитальная патология и т.д.

**XI. Предполагаемый план ведения данных родов.**

Течение и исход родов зависит от размеров таза, головки плода и способности ее к конфигурации, характера родовой деятельности, осложнений в родах и общего состояния роженицы.

Описать все моменты предполагаемого механизма данных родов. Затем составьте подробный план ведения родов по периодам у данной роженицы, учитывая ее состояние и акушерскую ситуацию.

**XII. Клиническое течение родов.**

Клиническое течение родов должно быть описано согласно наблюдениям куратора за данной роженицей.

В первом периоде родов куратор пишет дневник наблюдения (через каждые 2 часа), в котором отмечает следующее: дата, время, общее состояние роженицы, жалобы, пульс, АД, родовая деятельность, где находится предлежащая часть плода, состояние плода, физиологические отправления, выделения из половых путей. После каждого дневника в истории родов пишутся назначения по ведению данных родов и куратор ставит свою подпись.

По мере необходимости в I периоде родов производится влагалищное исследование (план записи смотрите выше), после которого ставится диагноз и делаются назначения (данные о темпе родов вносятся в партограмму).

Второй период родов описывается более подробно (дневники наблюдения пишутся каждые 10-15 мин). Отмечают общее состояние, пульс, АД, характер потуг, где находится головка, состояние плода (сердцебиение оценивается после каждой потуги).

Подробно описывается техника и принцип защиты промежности. Подробно описывается рождение плода (время, дата, вид предлежания), пол масса, рост, оценка по шкале Апгар, меры борьбы с асфиксией (отсасывание слизи и т.д.), перевязка пуповины. Подробно описать порядок обработки пуповины, первичный туалет новорожденного, профилактику гонобленореи. При недоношенности указать признаки таковой. Паспортизация новорожденного.

Третий период - последовый. Необходимо перечислить и описать признаки отделения плаценты (Альфельда, Шредера, Клейна, Микулича, Довженко, Штрассмана, Малиновского, Кюстнера-Чукалова) и методы ее выделения (Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича, Эпштейна). Описать механизмы отделения плаценты (по Шультце, Дункану).

После рождения последа описывают его размеры, массу, целостность долек и оболочек, длину пуповины, наличие гематом, инфарктов, петрификатов и т.д.

Затем описывают общее состояние родильницы: пульс, АД, состояние матки (высота стояния дна, плотность), выделения из влагалища, общую кровопотерю.

Подробно описывается подготовка и сама операция осмотра шейки матки в зеркалах и наружных половых органов. В случае нарушения их целостности - наложение швов.

В последующем ведется тщательное наблюдение за родильницей в первые 2 часа после родов, записывается дневник: общее состояние, температура, пульс, АД, уровень стояния дна матки, плотность, болезненность, характер лохий, их количество.

После этого родильница переводится в послеродовое отделение.

**XIII. Течение послеродового периода.**

На данном этапе куратор ежедневно проводит осмотр родильницы и запись дневника с обязательным указанием следующих данных: жалобы, общее состояние родильницы, сон, аппетит, кожа и видимые слизистые, пульс, АД, температура. Состояние молочных желез и сосков (нагрубание, болезненность, гиперемия, трещины). Лактация. Высота стояния дна матки (после опорожнения мочевого пузыря), консистенция ее, болезненность при пальпации. Характер лохий (кровянистые, сукровичные, серозные, слизистые, гнойные и др.). Стул. Мочеиспускание. Состояние промежности (швы и т.д.).

Подпись куратора.

**XIV. Резюме родов (эпикриз).**

Роженица К., перво- (повторнородящая), возраст, поступила в роддом с диагнозом "Беременность... и т.д.", а затем описываются характерные особенности родов: начало родов, время излития околоплодных вод, динамика родовой деятельности, состояние плода, роженицы, осложнения, пособия в родах. Исход родов. Длительность I-II-III периодов родов. Общая продолжительность родов. Общая кровопотеря в родах. Течение послеродового периода и периода новорожденности. Осложнения при родах, их анализ.

В каком состоянии (общее состояние, пульс, АД, кожа и видимые слизистые, температура, молочные железы и соски, сердце, легкие, живот, высота стояния дна матки, консистенция матки, лохии, стул, диурез), родильница выписывается домой под наблюдение врача женской консультации. Указывается конкретно продолжительность послеродового отпуска на основании течения данной беременности и родов.

**XV. Окончательный диагноз** (выносится на лицевую сторону истории)

**XV1. Советы родильнице при выписке.**

В послеродовом периоде в организме женщины происходят сложные физиологические процессы обратного развития. В это время могут возникнуть различные заболевания воспалительного характера. Чаще всего это зависит от нарушения санитарно-гигиенического режима самой женщины. Поэтому родильнице перед выпиской необходимо дать некоторые советы: как мыть тело, как часто принимать душ, когда можно посещать баню, как производить туалет наружных половых органов, продолжительность сна, объем физических нагрузок, физические упражнения, когда можно возобновить половую жизнь, методы контрацепции, вопросы гигиены питания, когда явиться к врачу женской консультации, как проводить туалет ребенку, когда можно его купать, режим кормления, как организовать прогулки с ребенком, уголок ребенка и другие рекомендации о режиме и уходе за ребенком.

Подпись куратора.

Резюме и оценка ассистента.

**ЗАНЯТИЕ № 1-2**

**ТЕМА: Физиология беременности. Ведение беременности**.

**Методы обследования беременных.**

**1. ВВЕДЕНИЕ.** Беременность ⎯ физиологическое состояние. Важно, чтобы будущие врачи были знакомы с физиологическими изменениями, возникающими в организме женщины в период нормально протекающей беременности. Знание основ физиологической адаптации к беременности позволяет своевременно и правильно оценить нарушения гомеостаза, выявить и предупредить патологические нарушения.Врач, проводящий дородовое наблюдение должен владеть методами обследования беременных с целью профилактики, раннего выявления болезней матери и плода.

**2. Цель самоподготовки.** В результате изучения темы студент должен з**нать:** особенности физиологической адаптации к беременности и родам, принципы ведения беременных женщин в современных условиях. **Уметь:** определять по клиническим и лабораторным данным основные показатели адаптации к беременности, выслушать беременную женщину, дать ей необходимые и обоснованные советы по питанию, физической активности, сексуальной жизни, помочь отказаться от вредных привычек, создать доверительные отношения между женщиной и врачом при первой консультации, диагностировать беременность и определять ее срок на основании предположительных, вероятных, достоверных признаков беременности, оценивать лабораторные методы диагностики беременности, данные общего и акушерско-гинекологического анамнеза, произвести физикальное исследование ⎯рост, вес, исследование по органам и системам, акушерское обследование беременной.

**3. Исходный уровень знаний.** Для лучшего освоения занятия студентунеобходимызнанияанатомии, физиологии, пропедевтики.

**4. План изучения темы.**

1) Определение понятия «норма беременности».Факторы адаптации в системе крови и кровообращения, в почечном и печеночном кровотоке, дыхательной системе. Масса тела во время беременности. Питание беременной. Физическая активность во время беременности. Образ жизни и сексуальное поведение беременной женщины.

2)Диагностика беременности и определение ее срока. Предполагаемая дата родов и предполагаемый вес плода. Оценка общего и акушерско-гинекологиче-ского анамнеза. Гинекологическое исследование. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда). Определение срока беременности по величине матки. Измерение таза.

**5. Рекомендуемые источники информации.**

1) Айламазян Э. К. «Акушерство» М., 1999.

2) Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. Под редакцией К. Нисвандера, А. Эванса. –2000.

3) Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Т. 3.—Петрозаводск.—1997.

4) Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. М., 1997.

5. Лекция. Физиология беременности. Ведение беременных.

**6. Задания, обязательные при самоподготовке:**

1) Выделить основные факторы адаптации во время беременности. Дать советы, в которых нуждается беременная женщина: по рациональному питанию, физической нагрузке, здоровому образу жизни, сексуальной культуре.

Выделить основные признаки беременности. Запомнить способы подсчета предполагаемой даты родов, предполагаемого веса плода.

На фантоме овладеть приемами Леопольда, и наружного измерения таза.

**7. Вопросы для самоподготовки.**

1) Дайте определение понятию норма беременности.

2) С какого срока беременности начинает возрастать объем циркулирующей крови (ОЦК).

3) Укажите средние цифры увеличения ОЦК.

4) Как изменяются показатели Ht, Эр, Hb во время беременности?

5) Что вы знаете о фетальном гемоглобине во время беременности?

6) Какие показатели лейкоцитоза во время физиологической беременности?

7) Укажите особенности свертывающей системы при физиологической беременности.

8) Назовите основные показатели производительной работы сердца при не

осложненном течение беременности.

9) Как изменяется печеночный, почечный кровоток во время физиологической беременности?

10) Назовите основные параметры адаптации дыхательной системы во время беременности и родов.

11) Сколько килограмм должна прибавить женщина к концу беременности?

12) Сколько ккал./сутки должна употреблять беременная ?

13) Употребление, каких пищевых добавок научно обосновано во время физиологической беременности?

14) Чем опасно во время беременности употребление алкоголя, наркотиков, курения?

15) Назовите предположительные, вероятные, достоверные признаки беременности.

16) Предложите формулы подсчета предполагаемой даты родов.

17) Предложите методы подсчета предполагаемого веса плода.

18) Как определяется срок беременности по величине матки?

19) Назовите размеры наружного измерения таза

20) Перечислите лабораторные и инструментальные исследования, которые следует выполнить при первом обращении беременной.

21) Сколько раз за время беременности необходимо произвести УЗИ скрининг (по рекомендации МЗ РФ), и на каких сроках?

22) Как часто беременная женщина должна посещать врача?

23) На какие показатели общего состояния должен обращать внимание врач при амбулаторном наблюдении за беременной?

**8. Ситуационные задачи.**

Задача 1. У женщины при посещении врача 12 июня 2001 года. Тест на беременность положительный. У нее регулярный 30 – дневный цикл, последняя менструация была с 1 по 4 апреля 2001г. Укажите предполагаемый срок родов:

А) 1 января 2002 г.

Б) 8 января 2002 г.

В) 15 января 2002 г.

Г) 22 января 2002 г.

Д) 29 января 2002 г.

Задача 2.

У женщины при наружном акушерском исследовании врач диагностировал доношенную беременность. Рост пациентки 164 см., вес – 80 кг., окружность живота 100 см.(ОЖ), высота стояния дна матки – 34 см. Подсчитайте предполагаемую массу плода по нескольким известным вам формулам.

Задача 3.

Укажите правильное соответствие:

1. Шевеление плода у повторнородящих появляется А) 20 недель

2. Шевеление плода у первородящих появляется Б)18 недель

**ЗАНЯТИЕ № 3**

**ТЕМА: Структура и организация работы женской**

**консультации. Медико-генетическое**

**консультирование.**

1. **Введение**: В соответствии с принципом профилактической направленности отечественного здравоохранения ведущим звеном в структуре органов родовспоможения являются женские консультации. Поэтому овладение навыками ведения беременности в амбулаторных условиях составляет одну из основ подготовки квалифицированных молодых специалистов.
2. **Цель самоподготовки**: В результате самоподготовки студент должен **знать** структуру женской консультации, принципы ее работы, методы обследования и ведения беременных в женской консультации, оформление основной учетной документации (индивидуальная карта беременной, диспансерная книжка беременной), **уметь** собрать и оценить жалобы и анамнез, проводить наружное и внутреннее акушерское обследование, диагностировать различные сроки беременности, определять срок дородового декретного отпуска и предполагаемый срок родов, оформлять медицинскую документацию.
3. **Исходный уровень знаний**: Студент должен уметь собирать и оценивать соматический и акушерско-гинекологический анамнез, проводить объективное обследование по системам органов, наружное и внутреннее акушерское обследование.
4. **План изучения темы.**

1. Роль женской консультации в оказания акушерско-гинекологической помощи. Ее структура, оснащение, задачи.

2. Особенности обследования и наблюдения в женской консультации беременных с нормальным течением беременности и групп повышенного риска.

3. Основные пути профилактики акушерской патологии.

Рекомендуемые практические навыки: Сбор и оценка жалоб и анамнеза. Объективное обследование беременных.

**6. Рекомендуемые источники информации** (литература):

1. «Акушерство и гинекология» под редакцией Савельевой Г.М., М., 2001
2. «Руководство по безопасному метеринству» Кулаков В.И., М., 1998
3. Энкин Мэррей «руководство по эффективно помощи при беременности и родах». Пер. с англ. С-Пб., 1999.
4. Кафедральные лекции.

**7. Вопросы для самоподготовки.**

1. Дайте определение понятию "женская консультация".

2. Структура женской консультации.

3. Задачи женской консультации.

4. Принципы работы женской консультации.

5. Какая явка беременной в женскую консультацию считается ранней?

6. Объем обследования беременных женщин при 1-й явке в женскую консультацию.

7. Динамика посещения женской консультации беременными женщинами.

8. На каком сроке беременности выдается дородовой декретный отпуск?

9. Продолжительность дородового декретного отпуска.

10. В чем заключается лечебно-профилактическая помощь беременным женщинам в женской консультации.

11. Что такое медико-генетическое консультирование.

12. Задачи медико-генетического консультирования.

13. Какой контингент женщин подлежит медико-генетическому консультированию.

14. Задачи врача женской консультации на производстве.

15. Что такое патронажное наблюдение?

16. Что такое физиопсихотерапевтическая подготовка беременных женщин к родам?

17. Что такое участковый принцип в работе женской консультации?

18. Что такое специализированные приемы в женской консультации?

19. Формы санитарно-просветительной работы в женской консультации.

20. В чем заключается социально-правовая помощь в женской консультации?

21. Каковы группы беременных женщин, подлежащих диспансерному наблюдению в женской консультации?

22. Перечислите основную документацию женской консультации.

23. Как по группам классифицируются признаки беременности?

24. Как определяется предполагаемый срок родов по дате последней менструации?

25. Как определяется предполагаемый срок родов и дата первого ощущения плода?

26. Перечислите основные качественные показатели работы женской консультации.

1. **Ситуационные задачи**

Задача №1.

К участковому врачу женской консультации обратилась женщина с жалобами на задержку менструации (последняя была 7 недель назад), тошноту и иногда рвоту по утрам. В анамнезе 3 родов и 4 медицинских аборта. Соматически здорова. Гинекологические и венерические заболевания отрицают. Выражен цианоз слизистой влагалища. При влагалищном исследовании установлено: шейка охранена, наружный зев закрыт. Тело матки в гиперантефлексии, мягковатое, но при пальпации плотнеет, увеличена до 7 недель беременности. Выделения серозные.

Диагноз? Определить тактику.

Задача **№2**.

Повторно беременная пришла к участковому акушеру на очередную явку. Жалоб не предъявляет. Консультацию посещает регулярно. Соматически здорова. Беременность протекала без осложнений. При обследовании обнаружено: еженедельная прибавка массы тела составила 300 г, АД - 120/80 мм рт. ст. - на обеих руках. Отеков нет. По данным анамнеза и объективным матка соответствует 30-недельному сроку беременности. Поставить диагноз. Определить тактику ведения.

Задача **№3**.

В женскую консультацию обратилась повторно беременная 30 лет с жалобами на задержку менструации, тошноту, иногда рвоту, незначительные тянущие боли внизу живота. Последняя менструация 10 недель тому назад. Настоящая беременность 3-я. Первые 2 беременности закончились самопроизвольными выкидышами на сроке 9 и 11 недель. В прошлом медико-генетическое консультирование, обследования и реабилитация не проводились. Соматически здорова. Гинекологические и венерические заболевания отрицают.

При объективном обследовании выявлено: выражен цианоз влагалища, увеличение матки до 10 недель беременности. Тело ее мягковато, слегка асимметрично. Выделения из влагалища серозные.

Диагноз? Тактика ведения.

**ЗАНЯТИЕ № 4**

**ТЕМА:Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.**

1. **ВВЕДЕНИЕ.** Изучение размеров таза роженицы и размеров головки плода необходимо для суждения о течении родов, прогнозиро­вании возможных осложнении при них, о допустимости родов через естественные родовые пути при данном тазе.
2. **Цель самоподготовки.**

В результате подготовки и изучения темы студент должен:

**Знать:**

* мышцы, составляю­щие тазовое дно
* размеры нормального таза
* размеры головки плода
* признаки зрелости плода

Уметь:

* уметь определить на фантоме размеры женского таза (наружные и внутренние)
* определить различные варианты положения, позиции, вида и предлежания плода наружными методами акушерского исследования (приемы Леопольда)
* определить размеры и окружности головки плода на кукле
* на беременных женщинах провести основные и дополнительные изме­рения таза, определить рост и массу внутриутробного плода

1. **Исходный уровень знаний**

Для усвоения материала данной темы из предыдущих дисциплин и лекций по акушерству студенты должны знать:

1) Анатомическое строение костей таза, его сочленения и мышцы тазового дна

2) Топографи­ческую анатомию женских половых органов. Кровоснабжение и иннервацию малого таза

4) Развитие черепа в онтогенезе. Анатомию костей свода черепа.

1. **План изучения темы.**

Для успешного усвоения темы рекомендуется следующая последовательность ее изучения:

1) Основы анатомии и физиологии, жснскихполовых ор­ганов.

2) Строение родового канала (костный таз, мягкие тка­ни малого таза).

3) Плоскости и размеры малого таза, понятие о проводной оси таза и наклонении таза.

4) Признаки зрелости плода и особенности строения го­ловки зрелого плода.

**5. Рекомендуемая литература:**

1) Кафедральные леции.

2) Айламазян Э.К. Акушерство - Санкт-Петербург, 1998.

3) Акушерство и гинекология (перевод с английского, дополненный) под редакцией Савельевой Г.М. Москва, 1997.

4) Савельева Г.М. Акушерство - Москва, 2000

**6. Задания, обязательные при самоподготовке**

1) Схематически изобразить в тетради

плоскости и размеры малого таза

размеры головки плода

2) Составить таблицу данных наружной пельвиометрии.

**7. Вопросы для самоподготовки**

1. Перечислить кости, образующие таз.

2. Перечислить сочленения костей таза.

3. Перечислить плоскости малого таза.

4. Границы плоскости узкой части полости малого таза.

5. Что такое диагональная конъюгата?

6. Границы большого родничка на головке плода.

7. Где располагается и чему равен вертикальный размер головки?

8. Определение позиции плода.

9. Размеры плоскости широкой части полости таза.

10. Перечислить роднички и швы черепа плода.

11. Метод измерения индекса Соловьева, его значение?

1. Ситуационные задачи

Задача I.

При измерении основных размеров таза установлено, что межостный размер равен 26 см, межгребешковый - 28, межвертельный - 31, наружная конъюгата - 20 см. При внутреннем исследовании мыс достичь не удается. Имеются ли показания для дополнительного измерения таза?

Задача 2.

При измерении таза установлено, что наружная конъюгата со­ставляет 21 см. Окружность лучезапястного сустава равна 14 см. Чему равна истинная коньюгата?

Задача 3.

При измерении основных размеров таза установлено, что межостный размер равен 23 см, межгребешковый - 25, межвертельный - 29, наруж­ная конъюгата - 19 см. При внутреннем исследовании установлено, что диагональная конъюгата равна 11.5 см.

Имеются ли показания для дополнительного измерения таза?

**ЗАНЯТИЕ № 5-6**

**ТЕМА: Клиническое течение и**

**ведение родов. Биомеханизм нормальных родов.**

**1. ВВЕДЕНИЕ.** Роды – физиологический процесс, во время которого происходит изгнание их матки через родовые пути плода и последа. Нередко исход родов как для матери, так и для плода зависит от течения родов. Врач любой специальности обязан уметь принимать роды и оказывать помощь роженице на всех этапах родов.

**2. ЦЕЛЬ САМОПОДГОТОВКИ.** В результате подготовки и изучения темы студент должен

а) **знать:** классификацию родов по времени наступления, клиническому течению, продолжительности;

* биомеханизм нормальных родов;
* периоды родов и их ведение;
* признаки отделения и принцип выделения плаценты;
* величину физиологической и допустимой кровопотери в родах;

б) **уметь:** диагностировать различные периоды родов;

* показать на фантоме биомеханизм нормальных родов, технику защиты промежности, признаки отделения плаценты;
* составлять партограмму нормальных родов.

**3. ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ.** Для усвоения данной темы студенту необходимо знать: анатомию матки; гистологическое строение отделов матки (тело, перешеек, шейка); причины наступления родов; оболочки плодного яйца; строение плаценты; плоскости женского таза; строение головки плода; родовые пути и изгоняющие силы.

**4. ПЛАН ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ.** Для успешного усвоения темы рекомендуется следующая последовательность ее изучения:

1. классификация родов;
2. периоды родов и их продолжительность;
3. особенности течения родов по периодам;
4. роль плодного пузыря в родах;
5. биомеханизм нормальных родов;
6. ведение родов по периодам;
7. понятие о физиологической и патологической кровопотере.

**5. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ**

1) Кафедральные леции.

2) Айламазян Э.К. Акушерство - Санкт-Петербург, 1998.

3) Акушерство и гинекология (перевод с английского, дополненный) под редакцией Савельевой Г.М. Москва, 1997.

4) Савельева Г.М. Акушерство - Москва, 2000

5) Абрамченко В.В., Активное ведение родов. С-П., 1996.

**6. ЗАДАНИЯ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ**

1. Уметь составить классификацию родов по времени наступления, клиническому течению и продолжительности.
2. Составить схему продолжительности родов по периодам для перво- и повторнородящих.
3. Составить классификацию несвоевременного излития вод.
4. Начертить партограмму нормальных по продолжительности родов.
5. Составить клиническую задачу с использованием знаний течения родов.

**7. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ**

* 1. Назвать основные симптомы предвестников родов.
  2. Классификация родов по времени наступления.
  3. Классификация родов по клиническому течению.
  4. Классификация родов по продолжительности.
  5. Что такое контракционное кольцо?
  6. Что такое внутренний пояс прилегания? Что такое наружный пояс прилегания? Указать значение пояса прилегания.
  7. Дать понятие о схватке.
  8. Что такое потуга?
  9. Назвать периоды родов.
  10. Дать характеристику I периоду родов, фазы I периода.
  11. Перечислить причины раскрытия шейки матки.
  12. Указать особенности сглаживания и раскрытия шейки у первородящих.
  13. Указать особенности сглаживания и раскрытия шейки у повторнородящих.
  14. Понятие своевременного излития вод.
  15. Классификация несвоевременного излития околоплодных вод.
  16. Продолжительность II периода родов.
  17. Охарактеризовать II период родов.
  18. Что такое врезывание головки?
  19. Что такое прорезывание головки?
  20. Какова продолжительность III периода родов.
  21. Понятие о III периоде родов.
  22. Перечислить способы отделения плаценты от стенки матки.
  23. Назвать признаки отделения плаценты.
  24. Какова физиологическая кровопотеря в родах, допустимая кровопотеря ?
  25. Понятие о патологической кровопотере.
  26. Назвать контингент женщин, угрожаемых по кровотечению в родах.
  27. Что такое биомеханизм родов?
  28. Что такое ведущая точка?
  29. Моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания (классическое акушерство).
  30. Моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания (Niswander, M. D.)
  31. Моменты биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания.
  32. Каким размером рождается головка при переднем и заднем виде затылочного предлежания?
  33. Проводная точка при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

**8. Ситуационные задачи**

Задача № 1

Первородящая Б. поступила в роддом с жалобами на регулярные схватки с 2.00 часов, в 14.00 произошло излитие околоплодных вод и в 20.00 в переднем виде затылочного предлежания родился живой мальчик, вес 3300 г., длина 52 см., с оценкой по шкале Апгар 9 баллов. Кровопотеря в родах составила 200 мл.

Диагноз?

Задача № 2

Первородящая 19 лет в родах 15 часов, беременность доношена, соматически здорова. Пульс 80 уд./мин, ритмичный, АД 120\75 мм рт.ст., окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 34 см., размеры таза нормальные. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз. С/б плода ритмичное и ясное, 136 уд./мин, воды целы. Схватки приобретают потужной характер. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, умеренно напрягается при схватке. Головка плода стоит большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди (у лона). Мыс недостижим.

Диагноз? Тактика ведения родов.

Задача № 3.

Головка плода в плоскости входа в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади, большой – спереди, слева, ниже расположен малый родничок. Каково положение плода, позиция, вид и предлежащая часть?

Задача № 4

Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди и ниже, большой – справа сзади.

Каков вид, позиция и характер вставления головки?

**ЗАНЯТИЕ № 7**

**ТЕМА: ВАРИАНТЫ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ.**

1. **Введение.** К разгибательным предлежаниям головки относятся передне-головное, лобное и лицевое. Частота их составляет 5% и роды, как правило, имеют осложненное течение для матери и плода, являясь одним из ведущих показания для оперативного родоразрешения.
2. **Цель самоподготовки**. В результате подготовки и изучения темы студент должен:

**Знать**: Причины возникновения разгибательных предлежаний, методы диагностики и распознавания этих состояний.

**Уметь**: Диагностировать различные варианты разгибательных предлежаний и проводить дифференциальную диагностику между ними (переднеголовное, лобное и лицевое). Определять опознавательные точки при разгибательных предлежаниях; уметь воспроизвести механизм родов при разгибательных предлежаниях, производить дополнительные измерения таза матери и головки плода; уметь оказать правильное ручное пособие в родах.

1. **Исходный уровень знаний:**

- методы обследования беременных;

- плод как объект родов;

- женский таз в акушерском отношении;

- ведение родов по периодам;

-биомеханизм родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

1. **План изучения темы.** При подготовке к занятиям необходимо иметь достаточный уровень остаточных знаний тем, перечисленных в пункте 4. При возникновении трудностей во время подготовки к занятиям вернуться к освоению вышеперечисленных тем. На фантоме воспроизвести разгибательные предлежания, а затем усвоить биомеханизмы родов при различных вариантах разгибательных предлежаний.
2. **Рекомендуемые источники информации:**

1) Кафедральные лекции.

2) Акушерство и гинекология. Перевод с англ. дополненный. Под общей редакцией Савельевой Г.М. и Сичинава Л.Г. - Москва , 1997г., стр. 274 - 280.

3) Практический справочник акушера-гинеколога. Е.Ф. Кира и соавт. С.-Петербург, 1995г, стр. 35-36, 163-167, 197- 199.

4) В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. Практическое акушерство. – Москва, 1989г., стр. 420 - 476.

5) В.И. Кулаков, В.Н. Серов и соавт. Руководство по безопасному материнству. - Москва, 2000 г. С. 432-449.

1. **Задания, обязательные при самоподготовке:**

- Знать распознавание переднеголовного, лобного и лицевого предлежания по данным влагалищного исследования.

- Знать механизмы родов при различных вариантах разгибательных предлежаний.

- Знать особенности течения родов.

- Знать особенности ведения родов при различных вариантах разгибательных предлежаний.

**7. Вопросы для самоподготовки.**

1. Определение разгибательных предлежаний.

2. Причины возникновения разгибательных предлежаний.

3. Диагностика переднеголовного предлежания по данным влагалищного исследования.

4. Перечислите моменты биомеханизма родов при переднеголовном предлежании.

5. Особенности течения родов при переднеголовном предлежании.

6. Особенности ведения родов при переднеголовном предлежании.

7. Диагностика лобного предлежания по данным влагалищного исследования.

8. Перечислите моменты биомеханизма родов при лобном предлежании.

9. Особенности течения родов при лобном предлежании.

10. Особенности ведения родов при лобном предлежании.

11. Диагностика лицевого предлежания по данным влагалищного исследования.

12. Перечислите моменты биомеханизма родов при лицевом предлежании.

13. Особенности течения родов при лицевом предлежании.

14. Особенности ведения родов при лицевом предлежании.

**9. Ситуационные задачи.**

Задача №1.

Повторнобеременная, повторнородящая, 30 лет, в родах 10 часов.

По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева 7-8 см; боль-шой и малый роднички на одном уровне, емкость таза удовлетворительная. Пред-полагаемая масса плода 3000 г. В анамнезе роды затяжные, вес ребенка 2900 г.

Диагноз? Особенности течения родов при данной ситуации. Перечислите моменты биомеханизма родов. Что является проводной точкой при данном биомеханизме родов?

Задача №2.

Первобеременная, первородящая, в родах 20 часов. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено. 124 уд/мин. По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева почти полное, прощупываются нос, подбородок, обращенный к крестцу, надбровные дуги, лобный шов.

Диагноз? метод родоразрешения?

ЗАНЯТИЕ № 8

ТЕМА: Тазовые предлежания плода.

Неправильные положения плода

1. **Актуальность:** не смотря на относительно небольшую частоту тазовых предлежаний (2,7-5,4%) течение беременности и родов нередко сопровождается осложнениями. При тазовых предлежаниях значительно чаще применяют ручные пособия и хирургические вмешательства, что представляет определенную опасность как для женщины, так и для плода.
2. **Цель самоподготовки:** в результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:**
3. Причины возникновения тазовых предлежаний и неправильного положения плода, методы их диагностики и классификацию тазовых предлежаний;
4. Особенности течения беременности, родов и возможные осложнения их при тазовых предлежаниях и неправильных положениях плода
5. Особенности ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода и при неправильных положениях плода, биомеханизм родов при тазовом предлежании плода;
6. Методику проведения наружного поворота плода, ручных пособий при чисто ягодичных и ножных предлежаниях плода (Цовьянова Ι-ΙΙ), при запрокидывании ручек и затруднении рождения головки (Морисо-Левре-Лешапель);
7. Показания для оперативного родоразрешения при тазовых предлежаниях плода.

**Уметь:**

1. Диагностировать тазовые предлежания и неправильные положения плода при наружном и влагалищном исследовании беременных;
2. Оказывать на фантоме ручное пособие по методу Цовьянова Ι-ΙΙ при чисто ягодичных и ножных предлежаниях; оказывать классическое ручное пособие по выведению ручек при запрокидывании их и освобождать головку приемом Морисо-Левре-Лешапель (на фантоме)
3. **Исходный уровень знаний:** для изучения данной темы необходимы знания пропедевтики, анатомии и физиологии репродуктивной системы, основ физиологии беременности.
4. **План изучения темы:**
5. Изучение лекционного материала, основной и дополнительной учебной литературы.
6. С целью контроля усвоения материала решение вопросов для самоподготовки и ситуационных задач.
7. Составление граф-логических структур по классификации тазовых предлежаний, разработка тактики ведения беременности иродов при тазовых предлежаниях плода.
8. **Рекомендуемые источники информации:**
9. Лекционный материал;
10. Акушерство и гинекология под редакцией Савельевой Г.М. М.: Медицина, 2001;
11. Активное ведение родов. Руководство для врачей. Абрамченко В.В. СПб.: «Специальная литература», 1997;
12. Руководство по безопасному материнству Кулакова В.И. и соавт. М.: «Триада -Х», 1998;
13. Руководство по практическому акушерству. Серов В.Н. и соавт. М.: «Медицинское информационное агентство», 1997;
14. Энкин Мэррей и соавт. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах: Пер. с англ. СПб.: Нормед – Издат., 1999.

**6. Задания, обязательные при самоподготовке:**

1. Составить граф-логические структуры по классификации тазовых предлежаний
2. Составить план ведения родов при тазовых предлежаниях плода
3. Разработать тактику ведения беременности и родов при косом положении плода

**7. Вопросы для самоподготовки:**

1. Причины, способствующие возникновению тазовых предлежаний плода
2. Как классифицируются тазовые предлежания плода
3. Какие методы позволяют диагностировать тазовые предлежания плода
4. Какие данные наружного акушерского исследования позволяют диагностировать тазовые предлежания плода
5. Перечислите основные диагностические признаки тазовых предлежаний при влагалищном исследовании
6. Возможные осложнения беременности при тазовых предлежаниях
7. Перечислите осложнения первого периода родов при тазовом предлежании
8. Перечислите осложнения второго периода родов при тазовом предлежании
9. Назовите основные моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании
10. Укажите особенности ведения первого периода родов при тазовом предлежании
11. Укажите особенности ведения первого периода родов при тазовом предлежании
12. Как оказывается пособие по методу Цовьянова-Ι при чисто ягодичных предлежаниях
13. Как оказывается пособие по методу Цовьянова -ΙΙ при ножных предлежаниях
14. С какой целью применяется классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях плода
15. Назовите показания для экстракции плода за тазовый конец
16. Назовите условия для проведения операции экстракции плода за тазовый конец
17. Назовите показания для проведения операции кесарево сечения при тазовых предлежаниях плода
18. Назовите методы диагностики неправильных положений плода
19. Возможные осложнения беременности и родов при неправильных положениях плода
20. Ведение беременности и родов при неправильных положениях плода

**8. Ситуационные задачи:**

Задача 1.

Первобеременная первородящая, 20 лет. В родах 14 часов. Безводный промежуток 1 час. Схватки через 2 минуты по 35-40 секунд. Положение плода продольное. Ягодички в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136-140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, раскрытие маточного зева – 8 см (2 поперечных пальца), плодного пузыря нет. Ягодички выполняют среднюю треть лонного сочленения и 2/3 крестцовой впадины. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец спереди.

Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов у этой пациентки.

Задача 2.

Повторнобеременная, первородящая, 35 лет. Две предыдущие беременности закончились медицинскими абортами по желанию женщины. Последние 6 лет лечилась по поводу бесплодия. Околоплодные воды излились за 2 часа до поступления в родильный дом. Схватки по 15-20 секунд через 7-8 минут. Положение плода продольное, ягодички плода подвижны над входом в малый таз. Окружность живота 100см, высота стояния дна матки – 39см. Размеры таза 23-25-27-19.При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки расположена по центру малого таза, укорочена до 1,5см, плотная, цервикальный канал с трудом пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь отсутствует. Ягодички подвижны над входом в малый таз. Подтекают зеленоватые околоплодные воды.

Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов.

**ЗАНЯТИЕ № 9**

**ТЕМА. НОРМАЛЬНЫЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД.**

1. **Введение**. Знание физиологии послеродового периода необходимо врачу как "широкого" профиля, так и "узкому" специалисту. Особенности течения пуерперия определяют здоровье матери и новорожденного на несколько последующих лет. Скорость инволюции матки, лактация, восстановление менструальной функции т время возобновления овуляции - важнейшие этапы послеродового периода, которые должен знать каждый студент-медик, считающий себя образованным и интеллигентным человеком.
2. **Цель самоподготовки**. В результате подготовки и изучения темы студент должен:

**Знать**:

1. Акушерскую терминологию: послед (secundinae), инволюция матки (involutio uteri), лохии (lochia), субинволюция матки (subinvolutio uteri), лохиометра (lochiometra), гипогалактия (hypogalactia).

2. Характеристику раннего послеродового периода и позднего послеродового периода, их особенности.

3. Особенности наступления лактации у перво- и повторнородящих женщин, состав молозива, преимущества раннего прикладывания к груди и совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме.

4. Инволюцию и субинволюцию матки.

5. Характер лохий по суткам послеродового периода, диагностику и лечение лохиометры.

6. Клинические аспекты лабораторных данных в раннем и позднем послеродовом периодах.

7. Время и особенности восстановления функций женского организма (менструальной, секреторной, репродуктивной).

**Уметь**: Оценивать варианты физиологического течения послеродового периода у перво- и повторнородящих, пальпировать молочные железы и живот, определять высоту стояния дна матки, характер лохий.

1. **Исходный уровень знаний**. Необходимо восстановить в памяти анатомию и физиологию женских половых органов, особенности женского организма во время беременности и его изменения в родах.
2. **План изучения темы.**

1. Физиологические изменения молочных желез и матки во время беременности.

2. Классификация послеродового периода.

3. Инволюция матки и послеродовые боли. Понятие о субинволюции.

4. Лохии и секреторная функция в позднем послеродовом периоде. Лохиометра.

5. Менструальная функция.

6. Лактация и лактостаз.

7. Лабораторные показатели.

1. **Рекомендуемые источники информации**.

1) Кафедральные лекции.

2) Акушерство и гинекология. Перевод с англ. дополненный. Под общей редакцией Савельевой Г.М. и Сичинава Л.Г. - Москва , 1997г., стр. 274 - 280.

3) Практический справочник акушера-гинеколога. Е.Ф. Кира и соавт. С.-Петербург, 1995г, стр. 35-36, 163-167, 197- 199.

4) В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. Практическое акушерство. – Москва, 1989г., стр. 420 - 476.

5) В.И. Кулаков, В.Н. Серов и соавт. Руководство по безопасному материнству. - Москва, 2000 г. С. 432-449.

1. **Задания, обязательные при самоподготовке.**

1. Составить алгоритм обследования родильницы.

2. Изобразить в виде схемы или графика скорость инволюции матки и становления лактации у перво- и повторнородящих.

1. **Вопросы для самоподготовки.**

1. Женщина в послеродовом периоде называется

А. беременной

Б. роженицей

В. больной

Г. родильницей

Д. женщиной

2. Послеродовой период продолжается

А. 24 часа

Б. 2 часа

В. 1-2 недели

Г. 2-4 недели

Д. 6-8 недели

3. Ранний послеродовой период продолжается

А. 24 часа

Б. 2 часа

В. 5-7 дней

Г. 1-2 недели

Д. 6-8 недель

4. Обратное развитие матки называют

А. Гипотрофией

Б. Субинволюцией

В. Инволюцией

Г. Гипоплазией

Д. Эндометрит

5. Послеродовые выделения с примесью крови в первые сутки называются

А. Lochia rubra

Б. Lochia serosa

В. Lochia alba

Г. Лохиометра

Д. Кольпит

6. Овуляция после родов у некормящих матерей наступает

А. сразу после родов

Б. через 1 неделю

В. через 2 недели

Г. через 2 месяца

Д. через 6 месяцев

7. Менструальная функция обычно восстанавливается

А. через год

Б. через 6-8 недель

В. через 6 месяцев

Г. через 24 часа

Д.сразу после родов

1. **Ситуационные задачи.**

Задача 1.

Преждевременные роды 3 дня назад. Ребенок умер на 2-е сутки. У родильницы поднялась температура тела. Молочные железы - набухшие, болезненные при пальпации, соски чистые. Дно матки на 9 см в/лона. Матка плотная, безболезненная. Лохии кровянистые, умеренные. Патологии со стороны внутренних органов нет. Диагноз? Что делать?

Задача 2.

Срочные роды 7 дней тому назад. Безводный период 10 часов.Ребенка приложили к груди на 2-е сутки. Женщину стали беспокоить боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из половых путей, повысилась температура тела до 38 градусов. Кожные покровы обычной окраски, язык влажный, обложен у корня белым налетом. Молочные железы мягкие, дно матки - на 12 см в/лона, отмечается болезненность при ее пальпации. Выделения кровянистые, умеренные с гнилостным запахом. Диагноз? План лечения?

Задача 3.

Врач осматривает родильницу на следующее утро после родов. Во время родов проводили эпидуральную анестезию. Родильница утверждает, что из-за сильной головной боли не может поднять голову с подушки. Эта головная боль может быть объяснена всеми следующими причинами, кроме:

1) вытекание спиномозговой жидкости из места укола;

2) растяжение мягкой и паутинной мозговых оболочек;

3) уменьшение объема спиномозговой жидкости;

4) коллапса позвоночного венозного сплетения;

5) уменьшения ОЦК.

**ЗАНЯТИЕ** **№ 10**

**ТЕМА: ДИАГНОСТИКА РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ.**

**АБОРТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ. СОВРЕМЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ.**

1. **ВВЕДЕНИЕ.** Частота прерываний беременности до 22 недель в Росси составляет 70%. Поэтому все проблемы, связанные с этой темой (самопроизвольное или искусственное прерывание беременности, причины, осложнения, вопросы «духовности» проблемы) весьма актуальны. Неотемлемой частью данной проблемы являются вопросы планирования семьи и современные методы контрацепции.
2. **ЦЕЛЬ САМОПОДГОТОВКИ.** В результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:** предположительные и достоверные признаки беременности, классификацию абортов, основные методы искусственного прерывания беременности; показания, условия, противопоказания, технику выполнения и осложнения при них, современные методы контрацепции. **Уметь**: определить сроки беременности, выявить осложнения аборта, собрать необходимый инструментарий для артифициального аборта, провести санпросвет беседу о вреде аборта, выписывать рецепты необходимых лекарственных препаратов.
3. **ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ.** Для успешного изучения темы необходимы знания по физиологии женского организма, физиологии беременности, асептики и антисептики, фармакологии.
4. **ПЛАН ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ.**
5. Повторить физиологию беременности (определение ранних сроков, признаки беременности). Изучить классификацию прерываний беременности (по причинам, по срокам, по клиническому течению).
6. Познакомиться с методами искусственного прерывания беременности.
7. Знать осложнения прерываний беременности.
8. Изучить современные методы контрацепции.
9. Рекомендуемые практические навыки: сбор и оценка жалоб и анамнеза, с акцентом на акушерско-гинекологический анамнез, проведение влагалищного и наружного акушерского исследования, уметь диагностировать беременность и определять сроки её, уметь выявлять показания, условия и противопоказания к различным методам искусственного прерывания беременности, уметь выписывать рецепты на лекарственные препараты по теме занятия

**V. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ.**

1. В.И.Бодяжина, К.Н.Жмакин, А.П.Кирющенков “Акушерство”, Москва - Медицина, 1986 г., с. 258-277 и 435-440
2. Г.М.Савельева “Акушерство”, Москва – Медицина, 2000 г., гл.25 с. 634-646
3. В.И.Бодяжина, А.И.Любимова, И.С.Розовский “Привычный выкидыш”, Москва – Медицина, 1973 г.
4. В.И.Кулаков, И.Р.Зак, Н.Н.Куликова “Аборт и его осложнения”, Москва – Медицина, 1987 г.
5. И.А.Мануилова “ Современные контрацептивные средства”, Москва, 1993 г.
6. В.И.Кулаков, В.Н.Серов, и др. “Руководство по планированию семьи”, 1997 г., с. 298

**6. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.**

1. Как классифицируются признаки для диагностики беременности?
2. Перечислите предположительные признаки беременности.
3. Перечислите вероятные признаки беременности.
4. Перечислите достоверные признаки беременности.
5. Перечислите современные методы диагностики беременности ранних сроков.
6. Что такое аборт (выкидыш)?
7. Классификация абортов.
8. Показания для мини-аборта.
9. Показания мед. аборта.
10. Преимущество метода мини-аборта (вакуум – аспирации) перед выскабливанием полости матки.
11. Сущность метода медикаментозного раннего аборта. Путем введения стероидного гормона RU-486.
12. Противопоказание к приему RU-486.
13. Противопоказания к искусственному прерыванию беременности.
14. Этапы операции медицинского аборта.
15. Перечислите инструментарий, необходимый для выполнения операции мед. аборта.
16. Методы обезболивания при операции мед. аборта.
17. Методы прерывания беременности поздних сроков.
18. Из какого расчета вводиться интраамниально гипертонический раствор с целью прерывания беременности поздних сроков ?
19. Кем устанавливаются медицинские показания к прерыванию беременности ?
20. Медицинские показания к прерыванию беременности.
21. Социальные показания к искусственному прерыванию беременности.
22. Перечислите возможные осложнения при искусственном прерывании беременности.
23. Тактика при самопроизвольном аборте.
24. Какие различают методы современной контрацепции ?
25. Виды гормональной контрацепции.
26. Особенности контрацепции у молодежи.
27. Условия для хирургической стерилизации.

ЗАНЯТИЕ № 11

ТЕМА: Узкий таз в акушерстве. Диагностика. Тактика ведения.

1. **Введение.**

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, так как узкий таз является одной из причин материнского и детского травматизма, а также причиной материнской и перинатальной смертности.

1. **Цель самоподготовки.** В результате подготовки и изучения темы студент должен:  **Знать**: Понятия анатомически узкого таза, клинически узкого таза, отличительные признаки, классификации, особенности биомеханизма родов при различных формах аномалий костного таза, симптомы клинического несоответствия. **Уметь**: Диагностировать различные формы аномалий костного таза, дать оценку признаков клинического соответствия в родах, формулировать диагноз, вырабатывать тактику ведения.

**3.Исходный уровень знаний**

Для усвоения темы студент должен владеть навыками тазоизмерения, трактовать полученные данные, иметь представление о плоскостях таза, четко определять их границы. Знать и трактовать партограмму, оценивать динамику родов у перво- и повторнородящих.

1. **План изучения темы:**
   * ознакомиться с классификациями узких тазов; их причины;
   * описать признаки клинического несоответствия;
   * составить алгоритм ведения родов при разных степенях клинического несоответствия.

5**.Рекомендуемые источники информации**.

1. Малиновский М.С. Оперативное акушерство.- М.,Медицина, 1974
2. Абрамченко В.В. Активное ведение родов.- С.-Петербург, 1997
3. Савельева Г.М. Акушерство.- М., Медицина, 2001
4. Акушерство (справочник калифорнийского университета)/ Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса – М.,1999
5. Материалы лекций.

**6.Задания, обязательные при самоподготовке**.

Составить партограммы родов при 1степени клинического несоответствия и при 3 степени.

**7.Вопросы для самоподготовки**.

1. Дайте определения понятия анатомически и клинически узкого таза.
2. Как классифицируется анатомически узкий таз?
3. Какие формы сужения таза относятся к часто и какие к редко встречающимся ?
4. Этиология узкого таза.
5. Охарактеризуйте общеравномерносуженный, простой плоский, плоскорахитический, поперечносуженный, общесуженный плоский тазы.
6. Как классифицируются тазы по степени сужения?
7. Прогноз родов для матери и плода, врачебная тактика при различных степенях сужения таза.
8. На чем основана диагностика узкого таза.
9. Какие дополнительные методы диагностики могут быть использованы при подозрении на наличие узкого таза?
10. Какие осложнения осложнения во время беременности могут быть при узком тазе?
11. Перечислите особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе, простом плоском, плоскорахитическом, поперечносуженном, при общесуженном плоском тазе.
12. Какие осложнения в родах могут быть при узком тазе.
13. Врачебная тактика во время беременности при узком тазе.
14. Особенности ведения родов при узком тазе.
15. По каким признакам можно судить о клинически узком тазе.
16. Какими клиническими признаками характеризуется 1 степень клинически узкого таза. Тактика врача. Прогноз ведения родов.
17. Какими клиническими признаками характеризуется 2 степень клинически узкого таза. Тактика врача. Прогноз ведения родов.
18. Какими клиническими признаками характеризуется 3 степень клинически узкого таза. Тактика врача. Прогноз ведения родов
19. Показания для операции кесарева сечения при узких тазах ( плановые и экстренные).
20. Показания и противопоказания для других методов оперативного родоразрешения.
21. **Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

Первородящая 20 лет, срок беременности 40 недель. Поступила в роддом со схватками, воды целы. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Вес 63 кг. рост 157 см. Живот остроконечной формы. Окружность живота 93 см. высота стояния дна матки над лоном 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобно-затылочный размер головки 11,5 см. Размеры таза 24-26-28-18, индекс Соловьева 1 см. Схватки через 5-6 мин. По 20-25 сек. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сглажена, открытие 2,5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Диагональная коньюгата 11см.

Диагноз? Тактика?

**Задача№2.**

Первородящая 19 лет, срок беременности 40 недель. Поступила в роддом с указанием на отхождение около плодных вод. Схватки начались через 3 часа после отхождения вод. Правильного телосложения удовлетворительного питания. Вес 58 кг. , рост 152 см . Окружность живота 90 см. , высота стояния дна матки над лоном 33 см. Положение плода продольное предлежит головка , прижата ко входу в малый таз. Лобно затылочный размер головки 11см. Размеры таза 26-29-31-18. Индекс Соловьева 12,5 см. Схватки через 6-7 мин. , по 20 сек. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка мтаки сглажена, открытие 2 см. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Диагональная коньюгата 11,5 см.

Диагноз? Тактика?

**ЗАНИТЕ № 12**

**ТЕМА: Аномалии родовой деятельности.**

1. **ВВЕДЕНИЕ.** Частота аномалий родовой деятельности составляет около 22-25%. Своевременная диагностика и оценка различных видов нарушений сократительной деятельности матки определяют рациональное родоразрешение, направленное на перинатальную охрану плода, снижение акушерского травматизма, кровотечений и осложнений в послеродовом периоде.
2. **Цель** **самоподготовки**. После самостоятельного изучения материала студент должен **знать**:

* Этиологию, патогенез, группы риска и классификацию различных форм аномалий родовой деятельности. Дифференциальную диагностику их.
* Тактику ведения родов и комплексное лечение различных видов аномалий родовой деятельности, их профилактику.
* Осложнения при аномалиях родовой деятельности

1. **Исходный** **уровень** **знаний**.

Для усвоения материала данной темы надо знать: морфо-функциональные изменения миометрия в подготовительный период и с началом родовой деятельности, характеристику и оценку эффективности родовой деятельности.

1. **План изучения темы.**

* Усвоить различные виды нарушений сократительной деятельности матки, классифицировть их, знать причины различных форм аномалий родовой деятельности матки, патогенетические звенья процесса. Изучить клинические формы различных видов аномалий сократительной деятельности матки.
* Знать принципы ведения родов при аномалиях родовой деятельности

**5. Рекомендуемые источники информации.**

1.И.С.Сидорова, В.Н.Оноприенко Профилактика и лечение дискоординированной деятельности матки. М., 1987

2.В.В.Абрамченко Активное ведение родов. С.П., 1996.

3.К.В.Воронин, В.А.Потапов, А.Н.Правосудович Акушерское обследование М.,2001.

4.Г.М.Савельева. Акушерство. М. 2000.

5. Е.А.Чернуха. Родовой блок. М., 2001.

1. **Задания на самоподготовку.**

* Представить классификацию аномалий родовой деятельности в виде схемы.
* Составить ситуационную задачу с использованием знаний по теме «Аномалии родовой деятельности»
* Знать рецептуру следующих лекарственных средств: окситоцин синестрол, партусистен, гинипрал, энзапрост, динопрост, препидил, прозерин, сигетин

1. **Вопросы** **для** **самоподготовки**.
2. Причины развития аномалий родовой деятельности

2) Классификация аномалий родовой деятельности

3) Перечислить параметры родовых схваток

1. Основные клинические признаки прелиминарного периода, патологического прелиминарного периода
2. Метод оценки эффективности схваток
3. Понятие о маточной активности (ЕМ)
4. Перечислить клинические признаки вторичной слабости родовой деятельности
5. Назвать основные причины, приводящие к вторичной слабости родовой деятельности
6. Назовите объективные методы регистрации сократительной деятельности матки
7. Назвать причины патологического прелиминарного периода, способы его лечения
8. Показания для применения медикаментозного сна
9. Перечислить гормональные препараты, применяемые для создания эстрогенного фона перед медикаментозным родовозбуждением
10. Механизмы действия эстрогенных гормонов на беременную и рожающую матку
11. Перечислить гормональные препараты задней доли гипофиза и их синтетические аналоги, применяемые для лечения слабости родовой деятельности
12. Перечислить препараты, угнетающие активность холиноэстеразы или стимулирующие действие ацетилхолина
13. Перечислить биологически активные вещества, применяемые для лечения слабости родовой деятельности
14. Перечислить тесты определения готовности организма беременной к родам
15. Методика окситоцинового теста
16. Перечислить характерные признаки влагалищного мазка за 1-3 дня до родов
17. Перечислить признаки «незрелой» шейки матки
18. Перечислить признаки «зрелой» шейки матки
19. Указать клинические признаки дискоординированной родовой деятельности

23) Принципы лечения дискоординированной родовой деятельности

1. Назвать причины быстрых и стремительных родов
2. Клиническая характеристика бурной родовой деятельности
3. Перечислить основные осложнения при бурной родовой деятельности
4. Перечислить противопоказания к проведению родостимуляции

8. Ситуационные задачи.

Задача 1

Первородящая 35 лет, в родах 10 часов, отмечает усталость. Срок беременности 41-42 недели. Предполагаемая масса плода – 3800±200 г. Сердцебиение плода 162 удара в минуту. Вагинальное исследование: шейка матки сглажена, открытие 5 см. Плодный пузырь цел, плоский. Головка прижата ко входу в малый таз. Емкость таза удовлетворительная. Предложить рациональный метод родоразрешения

Задача 2

Повторнобеременная, первородящая, 30 лет имеет в анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах 13 часов. Открытие шейки матки около 2 см. Тазовое предлежание. Предполагаемая масса плода 3600 г. Безводный промежуток 10 часов. Диагностирована внутриутробная гипоксия плода. Схватки короткие, не ритмичные, без тенденции к усилению. Какова акушерская тактика?

**ЗАНЯТИЕ № 13-14**

**ТЕМА: ГЕСТОЗЫ.**

1. **Актуальность.**  Гестозы – общепринятое (с 1997 г. в России) объединенное понятие токсикозов второй половины беременности, частота которых составляет 18-28%, занимают 1-2 место среди причин материнской смертности и в 50-60% являются причиной перинатальных потерь. Знание ранних симптомов, своевременное обследование и квалифицированное лечение гестозов позволяет избегать тяжелых осложнений для матери и плода.
2. **Цель самоподготовки**. В результате подготовки и изучения темы студент должен: **Знать:**

* Группу риска по развитию гестоза. Ранние, лабораторные признаки и особенности современного течения гестозов.
* Классификацию гестозов, шкалы по определению их степени тяжести.
* Этиологию и патогенез развития гестозов.
* Принципы терапии и оказания экстренной помощи.
* Осложнения гестозов и оказание экстренной помощи.
* Возможности профилактики гестозов и реабилитация после родоразрешения.
* Приоретет Российской акушерской науки в терапии гестозов. Схема магнезиальной терапии Д.П. Бровкина (1948) и В.Н. Серова (1977), принципы терапии эклампсии В.В.Строганова (1928).

**Уметь:**

* Диагностировать гестоз на ранних стадиях его развития.
* Определить степень тяжести. Провести дифференциальную диагностику с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, заболевания почек, эндокринная патология и др.)
* Выбрать обоснованную тактику ведения беременности и патогенетическую терапию в зависимости от степени тяжести гестоза.
* Оказать экстренную помощь при приступе эклампсии.

1. **Исходный уровень знаний.**

При изучении темы необходимо повторить: физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе и почках при беременности. Из курса патанатомии вспомнить изменения в органах при гестозе. Объем обследования и тактику ведения беременных в женской консультации.

1. **План изучения материала.**
2. Патогенез гестоза представить в виде граф-логической схемы.
3. Исходя из патогенеза изучить клинические симптомы гестоза.
4. Ранние лабораторные признаки гестоза.
5. Классификация гестозов. Степени тяжести.
6. Объем обследования и дифференциальная диагностика.
7. Тактика ведения беременности и принципы комплексной патогенетически обоснованной терапии в зависимости от степени тяжести и типа гемодинамики.
8. Принципы родоразрешения беременных с гестозом.
9. Осложнения гестозов.
10. Последовательность экстренной помощи при тяжелых гестозах. Принципы терапии эклампсии Строганова.
11. Возможности профилактики гестозов.
12. **Рекомендуемая литература.**
13. Г.М. Савельева «Акушерство» учебник для ст. ВУЗов, М.,2001
14. В.Н.Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. «Руководство по практическому акушерству», М., 1997
15. «Акушерство» Справочник Калифорнийского университета, под ред. К.Нис-вандера, А. Эванса, М., 1999
16. «Организация экстренной мед.помощи в акушерско-гинекологической практике». О.И.Линева, Самара, 1997
17. Лекционный материал кафедры.
18. **Задания, обязательные при самоподготовке**
19. Составить граф-логическую схему патогенеза гестоза.
20. Составить классификацию гестозов по степени тяжести.
21. Составить в виде таблицы дифференциально-диагностические признаки гестоза и экстрагенитальной патологии.
22. Представить схему экстренной помощи при эклампсии.
23. **Вопросы для самоподготовки.**
24. Дайте современное понятие «Гестоз».
25. Сущность этиопатогенеза гестоза.
26. Особенности современного течения гестозов.
27. История развития учения о токсикозах второй половины беременности.
28. Претоксикоз – это еще физиология или разгар заболевания?
29. Перечислите женщин, входящих в группу риска по развитию гестоза.
30. Какие ранние симптомы отечного синдрома? Как высчитывается долженствующая прибавка в весе за беременность? за неделю? (по Школьнику).
31. Методы определения лабильность и дезадаптации сердечно-сосудистой системы.
32. Ранние признаки протеинурии. Качественное определение протеинурии.
33. Какие симптомы учитываются при оценке степени тяжести по шкале Виттлингера, Ващилко, Гоека ?
34. Объем и результаты лабораторного обследования при гестозе.
35. Как высчитать среднее АД?
36. Перечислите возможные изменения глазного дна при гестозе.
37. Патогенетические принципы терапии гестозов.
38. Можно ли и когда возможно применение мочегонных при гестозе?
39. Объем инфузионной терапии при гестозе. С чего начать? Назовите основные принципы инфузионной терапии. Какой контроль инфузионной терапии?
40. Какие гипотензивные препараты применяются при гестозе?
41. Фамакологические свойства сернокислой магнезии. Назовите токсические симптомы сернокислой магнезии. Какова суточная и курсовая доза магнезии в схеме Бровкина? В зависимости от чего подбирается доза сернокислой магнезии в схеме Серова?
42. Как и когда проводится управляемая относительная гипотония?
43. Клинические симптомы пре- и эклампсии. Почему они развиваются?
44. Осложнения пре- и эклампсии.
45. Тактика при выявлении симптомов пре- и эклампсии на до госпитальном этапе.
46. Тактика при выявлении пре- и эклампсии в стационаре.
47. Последовательность экстренных мероприятий при эклампсии.
48. Причины материнской смерти при пре- и эклампсии.
49. Перечислите характерные патолого анатомические изменения при пре- и эклампсии в плаценте, матке, почках, печени, легких, мозгу.
50. Назовите показания к экстренному кесареву сечению при пре- и эклампсии.
51. Показания для досрочного родоразрешения при гестозе.
52. Реабилитация женщин после родоразрешения по поводу гестоза.
53. **Ситуационные задачи.**

# Задача 1

Первородящая доставлена в родильный дом после приступа судорог,

который произошел дома.Беременность 37-38 нед,контакту доступна,но

сознание заторможено.Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм.рт. ст., пульс 98 в 1 мин.

1. СОСТАВЬТЕ ОТВЕТ !

(выберите из "библиотеки" нужные слова или фразы)

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: @

@

| @преждевременные роды@ @беременность 37-38 недель@

| @1 период родов@ @преждевременное излитие вод@

| @головное предлежание плода@ @тяжелый гестоз@

| @нефропатия средней степени тяжести@ @эклампсия@

| @гипоксия плода@ @кома тяжелой степени@

2. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩЕЕ СЛОВО!

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННОЙ МОЖНО РАСЦЕНИТЬ,

КАК 1@ @.

3. ЗАПОЛНИТЕ СХЕМУ !

(вставьте в квадраты номера нужных фраз в логической последовательности)

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ

В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:

1[ ] >2[ ] >3[ ] >4[ ] >5[ ]

|@1~начать комплексную инфузионную терапию

|@2~провести вагинальное исследование

|@3~ввести нейролептические и седативные средства

|@4~применить гипотензивные средства

|@5~создать лечебно охранительный режим

4. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ!

НЕОБХОДИМО ИЗБРАТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ТАКТИКУ:

|@1~проведение комплексной интенсивной терапии в течении 2-3 ч с пос-

ледующим выбором акушерской тактики;

|@2~пролонгирование беременности,проведение комплексной

патогенетически обоснованной терапии гестоза;

|@3~Родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке

|@4~кесарево сечение после комплексной интенсивной терапии

в течении 20-30 ч.

# Задача 2

В родильный дом доставлена беременная, с жалобами на головную

боль,боли в эпигастральной области и в нижних отделах живота. Пульс

110 в 1 мин,АД 170/100 мм рт.ст.,отёки лица живота,ног. Величина матки

соответствует сроку доношенной беременности,она напряжена,ассиметрична

и резко болезненна при пальпации,сердцебиение плода глухое,до 100 уд.в

мин.Выделения из влагалища слизистые.

1. СОСТАВЬТЕ ОТВЕТ !

(выберите из "библиотеки" нужные слова или фразы)

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: @

@

| @1 период родов@ @преэклампсия@ @в/у гипоксия плода@

| @беременность 39 недель@ @гестоз средней степени@

| @возрастная первородящая@ @тяжелый гестоз@ @миома матки@

| @многоплодие@ @преждевременная отслойка плаценты@

| @многоводие@ @предлежание плаценты@

2. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩЕЕ СЛОВО!

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННОЙ МОЖНО РАСЦЕНИТЬ,

КАК 1@ @.

3. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!

У БЕРЕМЕННОЙ ГЕСТОЗ 1@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ СТЕПЕНИ

ОСЛОЖНИЛСЯ 2@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ И

3@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@

4. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩЕЕ СЛОВО!

В ИЗЛОЖЕННОЙ СИТУАЦИИ ИМЕЕТСЯ 1@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-@,

ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА

2@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ СТЕПЕНИ.

5. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩЕЕ СЛОВО!

ПРИЧИНА ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

6. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ!

НЕОБХОДИМО ИЗБРАТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ТАКТИКУ:

|@1~провести лечение острой гипоксии плода и начать комплексное

лечение гестоза

|@2~вскрыть плодный пузырь и начать вести роды через естествен-

ные родовые пути

|@3~Родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке

|@4~начать комплексную патогенетическую терапию гестоза,при от-

сутствии эффекта произвести кесарево сечение в плановом порядке

# Задача 3.

У роженицы 20 лет при полном открытии шейки матки и расположен-

ной в узкой части полости малого таза головке на фоне АД 130/100

мм.рт.ст.,произошел приступ судорог.

1. СОСТАВЬТЕ ОТВЕТ !

(выберите из "библиотеки" нужные слова или фразы)

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: @

@

| @1 период родов@ @эклампсия@ @в/у гипоксия плода@

| @беременность 39 недель@ @гестоз средней степени@

| @возрастная первородящая@ @тяжелый гестоз@

| @многоплодие@ @второй период родов@ @эпилепсия@

2. СОСТАВЬТЕ ОТВЕТ !

(выберите из "библиотеки" нужные слова или фразы)

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: @

@

| @внутричерепное кровоизлияние@ @отслойка плаценты@

| @в/у гипоксия плода@ @отек легких@ @острый ДВС-синдром@

| @острый канальцевый некроз@ @гипотрофия плода@

| @острый эндометрит@ @слабость родовой деятельности@

3. ЗАПОЛНИТЕ СХЕМУ !

(вставьте в квадраты номера нужных фраз в логической последовательности)

ПРИ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ НЕОБХОДИМЫ

МЕРОПРИЯТИЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:

1[ ] >2[ ]

|@1~начать комплексную инфузионную терапию

|@2~закончить роды путем кесарева сечения

|@3~ввести нейролептические и седативные средства

|@4~применить гипотензивные средства

|@5~создать лечебно охранительный режим

|@6~произвести вакуум-экстракцию плода

|@7~наложить акушерские щипцы

4. Выберете один, наиболее правильный ответ

НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ:

|@1~ Мертвом плоде

|@2~ Анатомическом и клинически узком тазе

|@3~ Неполном раскрытиии маточного зева

|@4~ Угрожающем разрыве матки

|@5~ Незавершенном внутреннем повороте головки

1. Возможные осложнения для матери и плода.

**ЗАНЯТИЕ № 15**

**Тема: Патология сердечно-сосудистой системы.**

**I. ВВЕДЕНИЕ.** Частота ревматизма, приобретенных и врожденных пороков сердца составляет до 0,8%, оставаясь стабильной в последние десятилетия. Гипертоническая болезнь встречается приблизительно в 1,2% - 1,5% беременных и в 10- 25% случаев гипертонии у беременных. Они отягощают течение беременности, нарушают состояние фето-плацентарного комплекса и страдание плода. Декомпенсируясь, данные заболевания вызывают угрозу жизни беременной, роженицы и родильницы. Поэтому в подготовке высококвалифицирванного врача важны своевременная диагностика, правильная тактика ведения беременности и родов, адекватная терапия, профилактика осложнений.

**II. Цель самоподготовки**. В результате подготовки и изучения темы студент должен: **Знать**:

1. Физиологические изменения при беременности в сердечно-сосудистой системе.

2. Классификацию ревматизма, приобретенных и врожденных пороков сердца, гипертонических состояний. Клинические симптомы обострения ревматизма, недостаточности кровообраще­ния, гипертонических кризов .

4. Тактику ведения беременных в женской консультации. Противопоказания для вынашивания беременности при сердечно-сосудистой патологии.

5. Препараты и методы оказания неотложной помаши.

**Уметь**: Выявить характерные жалобы больных с ревматизмом и пороками сердца. Находить признаки недостаточности кровообращения. Анализировать анамнестические, клинические, лабораторные данные и ре­зультаты дополнительных методов обследования. Выбрать и обосновать наиболее рациональную тактику ведения беременной, роженицы и родильницы.

**III. исходный уровень знаний**

Из предыдущих дисциплин студент должен владеть знаниями по пропедевтике, кардиологии, ревматологии, полученными в клиниках внутренних болезней.

**IV. ПЛАН ИЗУЧЕНИЯ теМЫ.**

1. Ревматизм. Этиопатогенез. Клинические варианты течения. Тактика ведения беременности и родов. Показания и сроки проведения этиотропной терапии. Препараты.

2. Пороки сердца. Частота. Клинико-физикальные данные. Тактика ведения беременности. Противопоказания для беременности. Показания для досрочного родоразрешения. Показания и противопоказания для кесарева сечения.

3. Этиопатогенез гипертонической болезни. Варианты течения гипертонической болезни. Симптомы обострения или кризы. Особенности ведения беременных в женской консультации, степени риска. Показания к прерыванию беременности. Ведение родов и этиотропная терапия в послеродовом периоде.

**V. рекомендуемые источники информации.**

1. Кафедральные лекции , лекции по пропедевтике и внутренним болезням.

2. М.М. Шехтман. Экстрагенитальная патология и беременность. Л., Медицина 1987г.

3. С.П. Линева, соавт. Организация экстренной медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике. Самара. 1997 г.

4. Г.М. Савельева, Л.Г. Сичинава. Акушерство и гинекология. М. Медицина, 1997 г.

5. Интернет.

**VI. задаНИЯ ДЛЯ самоподготовкИ.**

1. Составить план обследования беременной по триместрам при сердечно-сосудистой патологии.
2. Составить варианты планов родоразрешения беременных с изучаемой экстрагенитальной патологией.
3. Алгоритм ведения женщин в послеродовом периоде.
4. Подготовить таблицу дифференциально-диагностических признаков при данной патологии.

**VII. Вопросы для самоподготовки.**

1. Частота заболеваний пороками сердца среди беременных женщин.
2. Классификация пороков сердца.
3. При каких заболеваниях сердечно-сосудистой системы беременность противопоказана.
4. Осложнения у беременных с пороками сердца. Когда могут быть и какие.
5. Госпитализация беременных с пороками сердца. Когда и с какой целью.
6. Тактика, ведение родов и послеродового периодов при сердечно-сосудистой патологии.
7. Частота и классификация гипертензивных состояний при беременности.
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать гипертоническую болезнь у беременных.
9. Осложнения беременности и родов при сердечно-сосудистой патологии.
10. Показания для прерывания беременности.
11. Тактика акушера по ведении родов у женщин с гипертонической болезнью.

**VIII. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.**

Задача 1.

К., 26 лет обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструации в течение 2 месяцев. С 20 лет состоит на диспансерном учёте у терапевта по поводу ревматического порока сердца. Последние 6 месяцев отмечала появление одышки при ходьбе, физической нагрузке. Данная беременность первая по данным комплексного обследования соответствует 6 неделям. Врач-ревматолог консультировавший беременную дал следующее заключение: ревмокардит, активная фаза. Комбинированный митральиый порок сердца с преобладанием стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия. Недостаточность митрального клапана II Б степени.

1. Какой диагноз? 2. Тактика врача акушера-гинеколога.

Задача 2.

Н., 23 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельно­стью. начавшейся 4 часа назад. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм.рт.ст. на обеих руках, пульс 88 уд/мин, ритмичный. Схватки через 3 мин по 30-40 сек. Головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 138-140 в 1 мин. Отеков нет. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, раскрытие зева 3 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Емкость таза удовлетворительная. В анамнезе 2 медаборта. Роженица страдает неактивной фазой ревмокардита, недостаточностью митрального клапана.

1. Сформулируйте диагноз. 2.Составьте план ведения данных родов и тактику в послеродовом периоде.

Задача 3

Первобеременная Д., 28 лет поступила в роддом с доношенной беременностью и родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Схватки через 3-4 мин. по 40 сек., регулярные, средней силы. АД 130-140/90 мм рт.ст., Зрение четкое, головной боли, отёков нет. Белка в моче нет. Из анамнеза установлено то, что состоит на диспансерном учете у терапевта по поводу гипертонической болезни I Б степени. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, прижата. С/б плода ясное, ритм., 140 уд/мин. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, раскрытие зева 4 см. Плодный пузырь цел. Костных экзостозов в м/тазу не выявлено.

1 . Диагноз? 2. План ведения родов?

**ТЕМА. Заболевание почек и беременность.**

**I.ВВЕДЕНИЕ** Болезни почек у беременных встречаются часто и представляют серьёзную опасность для нормального развития гестационного процесса и плода, по­скольку патология этих органов ведёт к нарушению многих жизненно важ­ных функций организма, а беременность существенно увеличивает нагрузку на почки. Частота составляет от 0,1-0,2% (мочекаменная болезнь и гломерулонефрит) до 6-10% беременных женщин (пиелонефрит).

**II. Цель самоподготовки**. В результате подготовки и изучения темы студент должен **знать**: Физиологические изменения в мочевыделительной системе при беременности. Клинические симптомы различных заболеваний почек. Тактику ведения беременных в женской консультации. Противопоказания для сохранения беременности. Этиопатогенетическую терапию. **Уметь**: 1. Диагностировать заболевания почек у беременных женщин. 2. Составить план ведения беременности и родов. 3. Прогнозировать возможные осложнения и их профилактику.

**IV. ПЛАН ИЗУЧЕНИЯ теМЫ** (Материал, обязательней для усвоения темы).

1. Гломерулонефрит. Этиопатогенез. Формы. Степени риска. Акушерская тактика во время бе­ременности и при родоразрешении. Лечение.
2. Пиелонефрит. Причины, обуславливающие частоту заболевания. Этиология. Клиника. Классификация. Диагностика. Влияние на беременность и состояние внутри­утробного плода. Лечение во время беременности. Показания для прерывания беременности. Родоразрешение и ведение в послеродовом периоде.
3. Мочекаменная болезнь. Факторы, предрасполагающие в образованию камней. Влияние беремен­ности. Клиника. Особенности течения беременности. Осложнения для ма­тери и плода. Течение и ведение родов. Оказание экстренной помощи при почечной колике. Лечение, тактика при необходимости оперативной помощи.

**VII. Вопросы для самоподготовки.**

1. Основные формы заболевания почек? Клиническая характеристика и формы гломерулонефрита? Клинические формы хронического гломерулонефрита?
2. Характеристика гипертонической формы гломерулонефрита. Характеристика нефротической формы гломерулонефрита. Характеристика смешанной формы гломерулонефрита. Характеристика латентной формы гломерулонефрита.
3. Исход всех форм хронического гломерулонефрита?
4. Показания к досрочному прерыванию беременности при гломерулонефрите. Наиболее частые осложнения беременности при гломерулонефрите.
5. Частота пиелонефрита у беременных. Начальные симптомы пиелонефрита. Диагностика пиелонефрита. Показания к прерыванию беременности при пиелонефрите.
6. Родоразрешение при пиелонефрите.
7. Показано ли прерывание беременности при мочекаменной болезни.
8. Характеристика гидронефроза.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.**

Беременная И, 24 лет, доставлена в обсервационное отделение роддома с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0 0С, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Беременность первая. Состоит на учёте в женской консультации. Начиная с 1-х недель беременности, отмечала боль в поясничной области чаше справа.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Симптом поколачивания справа резко положительный АД-130/90 мм рт.ст., пульс - 106 уд. в 1 мин. Живот увеличен за счёт бе­ременной матки, которая легко возбудима, безболезненна при пальпации. Ок­ружность живота - 85 см. высота стояния дна матки- на 26 см выше лона. Положение плода неустойчивое, головка плода определяется над входом в м/таз. С/Б плода - 140 уд. в т мин., ритм.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы сформированы правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки чистая, сформирована, цервикальный канал закрыт. Костный таз без патологических изменений . Выделения из влагалища молочного цвета, скудные.

1. Диагноз. План обследования и лечения беременной.
2. Какие могут возникнуть осложнения у беременной и плода.
3. Меры профилактики данных осложнений.

**ЗАНЯТИЕ № 16**

**ТЕМА: Ведение беременности и родов при эндокринной патологии.**

**Беременность и туберкулез.**

**I. Введение.** Заболевание желез внутренней секреции нередко осложняет течение беременности и родов. Частота этих осложнений в последние годы имеет тенденцию к нарастанию. В связи с успехами репродуктивной эндокринологии, совершенствованием методов диагностики и лечения отдельных эндокринологических заболеваний, появился новый контингент беременных, у которых раньше наступление или пролонгирование беременности было невозможно. Все это требовало пересмотреть и определить наиболее рациональную тактику ведения беременности и родов у таких женщин.

**II. Цель самоподготовки**. В результате подготовки и изучения темы студент должен: ЗНАТЬ: 1)этиопатогенетические изменения в организме беременной и плода при патологии эндокринной системы у матери. 2)клинические симптомы при заболевании желез внутренней секреции у беременных. 3)современные методы диагностики состояния матери и плода. 4)осложнения беременности и родов, основные принципы их ведения. УМЕТЬ: 1)выявить характерные жалобы беременных при эндокринных заболеваниях. 2) диагностировать патологические изменения в эндокринной системе у беременных. 3) проанализировать анамнез, жалобы, данные объективного обследования и лабораторные показатели. 4)выбрать и обосновать рациональную тактику ведения беременности и родов, терапию и профилактику возможных осложнений.

**III. Исходный уровень знаний.** Из предыдущих дисциплин студент должен знать: 1)значение органов эндокринной системы в жизнедеятельности организма матери и плода; 2) методы диагностики функции эндокринных органов; 3) клиническую интерпретацию показателей лабораторного обследования.

**IV. План изучения темы.**

1. Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Методы диагностики. Особенности течения диабета у беременных. Осложнения для матери и плода. Признаки диабетической и гипогликемической комы. Дифференциальный диагноз этих состояний, неотложная помощь. Ведение беременности и родов. Медикаментозное лечение.
2. Заболевания щитовидной железы. Осложнения беременности. Сочетание беременности и диффузного токсического зоба. ( диагностика, клинические признаки, корригирующая терапия, тактика ведения беременности, родов). Развитие и течение беременности при гипотиреозе (состояние генеративной функции , осложнения беременности , принципы лечения и предупреждения возможных осложнений).

**V. Рекомендуемые источники информации.**

1. Кафедральные лекции по акушерству, внутренним болезням, эндокринологии.
2. Шехман М.М. , Экстрагенитальная патология и беременность. Л. ,Медицина ,1987
3. Грязнова И.М. Второва В.Г. Сахарный диабет и беременность. М.Медицина.1989
4. Серов В.Н. , Стрижаков А.И. , Маркин С.А. Практическое акушерство. М. 1989.
5. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей и студентов под общей редакцией академика Г.М.Савельевой М. Медицина , 1997.
6. Линева О.И. и соавт. Организация экстренной медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике. Самара 1997.
7. Сайт интернета.

**VI. Задания, обязательные при самоподготовке.**

1.Наметить план обследования беременной с эндокринной патологией.

2.Составить план ведения женщины по триместрам беременности.

3.Определить и обосновать тактику при родоразрешении.

4. Рекомендовать лечение и реабилитационные мероприятия в послеродовом периоде.

**VII. Вопросы для самоподготовки.**

1.Частота родов при сахарном диабете.

2.Клиническая классификация диабета беременных.

3.На чем основана диагностика явного диабета у беременных.

4.Укажите степени тяжести диабета на основании лабораторных данных.

5.Клинические проявления сахарного диабета у беременных.

6.Течение диабета во время беременности.

7.Осложнения беременности родов и последового периода при сахарном диабете.

8.Особенности детей, рожденных с сахарным диабетом.

9.Врачебная тактика при ведении беременных с сахарным диабетом.

10.Противопоказания для продолжения беременности.

11.Сроки беременности и обоснование госпитализации женщин с сахарным диабетом.

12.Оптимальные сроки родоразрешения беременных с диабетом.

13.Методы родоразрешения и их обезболивание.

14.Осложнения беременности при нарушении функции щитовидной железы.

15.Патогенез диффузного токсического зоба.

16.Частота диффузного токсического зоба у беременных.

17.Течение диффузного токсического зоба во время беременности.

18.Роды у больных диффузным токсическим зобом.

19.Особенности послеродового периода у родильниц с тиреотоксикозом.

20.Состояние генеративной функции у больных с гипотиреозом.

21.Осложнения для матери и плода при гипотиреозе.

22.Особенность течения заболевания у беременных и основной принцип их ведения.

**VIII.Ситуационная задача.**

Беременная И, 27 лет при беременности 30 недель обратилась к врачу женской консультации и была направлена в стационар с жалобами на общую слабость, жажду, чувство ненасытного голода, кожный зуд, обильное мочеиспускание, употребление жидкости до 3-5 л / с. Беременная очень хочет сохранить беременность, но беспокоится по поводу того, что в прошлом году при таких же клинических проявлениях у неё при сроке беременности 28-29 недель произошли преждевременные роды мёртвым плодом массой 2800г.

Из анамнеза выяснено то, что менструации с 14 лет, установились сразу по 3 дня, регулярные через 28 дней, умеренные, безболезненные, половая жизнь с 26 лет, настоящая беременность вторая, на учёте в женской консультации не стоит. Считала себя здоровой. Наследственность не отягощена.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Температура тела 36,6\*С. АД – 110 \ 70 – 110 \ 75 мм. рт. ст. Пульс ритмичный, 82 уд.мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Живот овоидной формы, окружность 96 см, высота стояния дна матки-29 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, с/б плода ясное, ритмичное, 134 удара в 1 мин. Размеры таза 25-27-30-20.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сформирована, плотная, длиной 3 см, наружный зев закрыт. Через своды влагалища определяется головка плода. Изменений со стороны костного таза не выявлено.

Клинические показатели крови и мочи в пределах нормы. Уровень глюкозы в крови 10,2 ммоль / л, в моче – 5 ммоль / л. Реакция мочи на кетоновые тела отрицательная.

1. Диагноз. 2. Обоснование диагноза. 3. Какие возможны осложнения беременности в подобной ситуации. 4. Диета и лечение беременной. 5. Основные принципы ведения таких беременных.

**Тема: Туберкулёз и беременность.**

1. **Исходный уровень знаний.** При изучении данной темы студент должен воспользоваться знаниями, полученных на кафедрах фтизиатрии, пропедевтики внутренних болезней, фармакологии и фармакотерапии.

**2. Дополнительные источники информации**.

1. Лазаревич А. И. Беременность при туберкулёзе. М. Медицина. 1996.
2. Савельева Г. М., Сичинава Л. Г. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей и студентов. М. Медицина. 1997.

**3. Вопросы для самоподготовки.**

1. Частота туберкулёза во время беременности.
2. Влияние беременности на туберкулёзный процесс.
3. При каких условиях возможно прогрессирование заболевания при беременности.
4. При каких формах туберкулёза и каких условиях возможно сохранение беременности.
5. Показания для искусственного прерывания беременности.
6. Оптимальные сроки для прерывания беременности.
7. Лечение туберкулёза, лекарственные препараты.
8. Тактика ведения родов, послеродового периода. Прогноз для матери и новорожденного.

**Ситуационная задача.**

Беременная Я., 25 лет поступила на дородовую госпитализацию во 2 акушерское отделение с диагнозом: беременность 36 нед. Очаговый туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации.

Жалобы на общую слабость, утомляемость. Больна 8лет, состоит на учёте в тубдиспансере. При сроке беременности 17 недель после тяжёлого гриппа была активизация туберкулёзного процесса. После проведённого лечения противотуберкулёзными препаратами, при отрицательных результатах обследования на БК в мокроте, удовлетворительном общем состоянии была выписана с разрешением на пролонгирование беременности. Наследственность не отягощена. Перенесённые заболевания: в детстве грипп, ангина. Менструальная функция не нарушена. В браке. Половая жизнь с 24 лет, муж здоров. На учёте в ж. к. с 8 недель беременности. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,5\*С, пульс – 74 уд. В 1 мин, АД – 110 / 60 мм. рт. ст. Сердце без патологии. В лёгких выслушиваются единичные влажные хрипы. Размеры таза 25-28-32-21 см. Положение плода продольное, головное предлежание. С / б ясное ритмичное 140 уд / мин. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сформирована, длиной 3 см, цервикальный канал закрыт. Костных изменений в малом тазу не выявлено.

1.Диагноз. 2. Правильно ли поступили врачи разрешив пролангировать беременность. 3. Тактика ведения беременной. 4. Принципы лечения беременных с туберкулёзом лёгких.

**ЗАНЯТИЕ № 17**

**ТЕМА: КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО 2-Й ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ.**

1**.Актуальность**. Акушерские кровотечения во 2-й половине беременности всегда были основной причиной материнской летальности и перинатальной смертности ,поэтому знание этого осложнения беременности является обязательным для любого человека, имеющего лечебный диплом. Исход родов при этой патологии зависит от быстроты и квалифицированности оказанной помощи.

2.**Цель** **самоподготовки**. В результате подготовки и изучения темы студент должен **знать**:

1)Основные причины возникновения кровотечения во 2-й половине беременности:

2)Диагностические клинические признаки предлежания, отслойки плаценты

3)Тактику ведения беременности и последовательность оказания экстренной помощи при предлежании и ПОНРП в зависимости от степени тяжести выявленной патологии.

4)Основные осложнения, которые возникают после кровотечения на фоне предлежания и ПОНРП.

**Уметь**:

1)Оценить результаты ультразвукового исследования при уточнении степени тяжести ПОНРП.

2)Провести дифференциальную диагностику между предлежанием плаценты и ПОНРП.

3)Разработать последовательность мероприятий при оказании экстренной помощи при центральном или боковом предлежании плаценты, при ПОНРП 1-й,2-й и 3-й степени тяжести.

3.**Исходный** **уровень** **знаний**. Для лучшего усвоения темы необходимы знания: строение плаценты, фор-мирование маточно-плацентарного кровообращения, миграция плаценты во время беременности, диагностика степени тяжести геморрагического шока, ДВС – синдром, диагностика и лечение.

4.**План** **изучения** **темы**. Для усвоения материала по данной теме, рекомендуется следующая последовательность ее изучения:

1. Формирование плаценты и маточно-плацентарного кровотока;
2. Патогенез, основные причины и механизм кровотечения при ПОНРП и предлежании плаценты
3. Диагностика различных вариантов локализации плаценты. Понятие о низкой локализации и предлежании плаценты
4. Дифференциальная диагностика между предлежанием и ПОНРП
5. Клиническая классификация 3-х степеней тяжести ПОНРП; последовательность мероприятий при экстренной помощи и возможные осложнения
6. Прегравидарная подготовка как метод профилактики предлежания и ПОНРП плаценты.

5. **Рекомендуемые источники информации:**

Лекционный материал, учебники по акушерству

«Акушерство и гинекология». Руководство для врачей и студентов. Перевод с английского William W., Beck Y. Под общей редакцией Савельевой Г.М., Москва 1997г.

Организация экстренной медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике. О.И.Линева. Учебно-методическое пособие. Самара, 1997

Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. Мэррей Энкин, Марк Кейрс и соавт., Санкт –Петербург 1999г.

Руководство по практическому акушерству. СеровВ.Н. и соавт., М. 1997,

Интернет-сайт: -www: http://www.nycomed.com/, -www. medi. Ru, -www. rmj. Ru, -www. medlit. Ru,

-www. consilium-medicum. сom

**6.Задания, обязательные при самоподготовке:**

Составить последовательность мероприятий во время остановки кровотечения при ПОНРП и при центральном предлежании плаценты на разных сроках беременности (20-24 нед., 30-34нед.,36-38нед.)

Тактика ведения беременности и варианты родоразрешения при различной степени предлежания плаценты и ПОНРП.

Экстренная помощь и последовательность мероприятий при геморрагическом шоке и ДВС на фоне прдлежания плаценты и ПОНРП на сроке 35-37 нед.

**7. Вопросы для самоподготовки:**

1. Какие патологические состояния могут быть причиной кровотечения во второй половине беременности? ?
2. Перечислить возможные акушерские операции и методы родоразрешения при частичном предлжании плаценты
3. Дифференциальная диагностика предлежания плаценты, ПОНРП и разрывов матки
4. Дифференциальная диагностика степени тяжести ПОНРП по клиническим симптомам
5. Перечислите основные признаки и симптомы которые характерны для предлежания плаценты
6. Какие мероприятия следует провести в первую очередь, если у пациентки в 37 недель беременности возникло кровотечение из влагалища, не сопровождающееся болями ?
7. В каких случаях возможно проведение влагалищного исследования при подозрении на предлежание плаценты ?
8. Перечислите признаки и симптомы, характерные для предлежания плаценты
9. Перечислите основные признаки и симптомы, характерные для тяжелой формы отслойки плаценты
10. Тяжелая форма ПОНРП приведет к осложнениям:….

**8. Ситуационные задачи:**

Задача 1

Женщине с диагнозом полного предлежания плаценты провели родоразрешение путем кесарева сечения. После перевода в послеродовую палату появилось сильное кровотечение из влагалище. Укажите вероятные причины кровотечения. Поставьте диагноз.

Задача 2

Пациентка на сроке беременности 37 недель предъявляет жалобы на подтекание околоплодных вод и начавшееся кровотечение из половых путей без родовой деятельности. При обследовании выявлены снижение ЧСС до 90 в мин., и отсутствие вариабельности мгновенных осцилляций. Предположительный диагноз. Какие основные причины могут привести к данной патологии ?

Задача 3

Повторнородящая,32 лет.Беременность 10-я,роды 3-и.С началом схваток появились яркие кровянистые выделения в умеренном количестве.Общее состояние удовлетворительное,АД 120/УО мм рт.ст. Положение плода продольное,голоака подвижна над входом в малый таз.Сердцебиение плода ясное ритмичное,130 уд/мин. При внутреннем исследовании: открытие наружного зева 4 см, плодный пузырь цел,оболочки шероховатые,справа мягкая ткань по краю зева. Диагноз?Составить план ведения родов.

Задача 4

В конце беременности у повторнородящей женщины вне родовой деятельности внезапно появились яркие кровянистые выделения. Доставлена в роддом в состоянии средней тяжести с умеренно выраженной анемией. Обследовано: матка мягкая, безболезненная при пальпации: предлежат ягодицы, сердцебиение плода приглу­шенное,160 уд/мин.при развернутой операционной произведено влагалищное исследование, при котором наидено: шейка матки сохранена. цервикальный канал проходим для 1 п.п.,за внутренним зевом определяется плацентарная ткань .Диагноз? Пдан ведения родов?

Задача 5

Беременность 4-я,предстоя ли 1-е роды.В анамнезе 2 медаборта, один самопроизвольный выкидыш. Поступила по поводу обильного, внезапно начавшегося кровотечения из влагалища в сроке бере­менности 36 недель. Состояние средней тяжести. АД=90/50 мм рт. ст.,пульс 110 уд/мин.Бледность кожных покровов.Матка не напряжена,безболезненная. Положение плода поперечное, сердце­биение приглушенное ,60 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена.наружный зев закрыт.Через своды определяется пастозность. Диагноз? Тактика врача?

Задача 6

Повторнобеременная ,повторнородящая на сроке 37-38 недель поступила в родильны дом с жалобами на общую слабость, головокружение, постоянные боли по правому ребру матки подтекание околоплодных вод, окрашенных кровью в течение 1 часа. Родовой деятельности нет. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные 110 в мин. АД=80/40 мм рт. ст.Сердцебиение плода не выслушивается. Матка напряжена, ассиметрична, болезненна при пальпации, положение продольное, тазовое предлежание. Размеры таза 25-28-30-20. Диагноз? Тактика? Методы исследования для постановки диагноза.

**ЗАНЯТИЕ № 18**

ТЕМА: Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.

1. **Введение.** Проблема кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах является одной из самых актуальных в современном акушерстве в виду того, что частота их колеблется в широких пределах от 2,7-2,9% до 10-11%, не имеет тенденции к снижению и являются ведущей причиной материнской смертности.
2. **Цель самоподготовки:** в результате подготовки и изучения темы студент должен **знать:**
3. Характеристику физиологической, допустимой и патологической кровопотери. Признаки отделения последа. Методику осмотра последа и целостности родовых путей. Методику выделения отделившегося последа.
4. Причины возникновения кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. Дифференциально-диагностический ряд между различными видами кровотечений в последовом и раннем послеродовом периода.
5. Необходимые профилактические мероприятия, направленные на предотвращение кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.
6. Последовательность и методику выполнения мероприятий при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах.

**Уметь:**

1. Определять признаки отделения последа. Применять приемы выделения последа (на фантоме). Проводить осмотр последа. Оценивать целостность родовых путей (осмотр шейки матки, влагалища, тканей промежности) (на фантоме).
2. Проводить дифференциальный диагноз между гипотоническими, атоническим и коагулопатическими кровотечениями.

**3. Исходный уровень знаний:** для изучения данной темы необходимы знания пропедевтики, физиологии и патофизиологии, терапии, гематологии, хирургии, анестезиологии и реаниматологии, анатомии и физиологии репродуктивной системы, основ физиологии беременности.

**4. План изучения темы:**

1. Изучение лекционного материала, основной и дополнительной учебной литературы
2. С целью контроля усвоения материала решение вопросов для самоподготовки и ситуационных задач
3. Составление граф-логических структур и схем этио-патогенеза кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах

**5. Рекомендуемые источники информации:**

1. Лекционный материал;
2. Акушерство и гинекология под редакцией Савельевой Г.М. М.: Медицина, 2001;
3. Активное ведение родов. Руководство для врачей. Абрамченко В.В. СПб.: «Специальная литература», 1997;
4. Руководство по безопасному материнству Кулакова В.И. и соавт. М.: «Триада -Х», 1998;
5. Руководство по практическому акушерству. Серов В.Н. и соавт. М.: «Медицинское информационное агентство», 1997;
6. Энкин Мэррей и соавт. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах: Пер. с англ. СПб.: Нормед – Издат., 1999.

**6. Задания, обязательные при самоподготовке:**

1. Составить схему патогенеза возникновения гипотонических кровотечений и коагулопатических кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах
2. Составить грф-логической структуры последовательности профилактических мероприятий, направленных на предотвращение кровотечений в третьем периоде родов и раннем послеродовом периодах

**7. Вопросы для самоподготовки:**

1. Назовите величину физиологической и допустимой кровопотери
2. Перечислите признаки отделения последа
3. Перечислите приемы выделения последа
4. Назовите причины кровотечений в последовом периоде
5. Назовите причины кровотечений в раннем послеродовом периоде
6. Перечислите меры профилактики кровотечений в родах
7. Перечислите основные симптомы гипотонического кровотечения
8. Перечислите основные симптомы коагулопатического кровотечения
9. Перечислите основные симптомы кровотечения при разрыве мягких тканей
10. Перечислите показания для проведения ручной ревизии полости матки
11. Назовите механические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде
12. Назовите хирургические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде
13. Назовите показания для чревосечения при послеродовых кровотечениях
14. Последовательность мероприятий при кровотечении, связанном с нарушением свертываемости крови
15. Перечислите последовательность реанимационных мероприятий при массивных послеродовых кровотечениях

**Ситуационная задача:**

Родильница 25 лет. Роды закончились час назад рождением мертвого плода. Послед выделился самостоятельно, через 25 минут, целый. Величина кровопотери с последом – 250мл. Матка плотная, но из влагалища имеются обильные кровянистые выделения без сгустков.

Поставьте диагноз и определите тактику ведения.

ЗАНЯТИ № 19

ТЕМА: Родоразрешающие операции. Акушерский травматизм.

**1.Введение**. Частота оперативных родов составляет в целом 13-14% по России (в основном за счет кесарева сечения). К родоразрешающим операциям относят: кесарево сечение (частота по России 12,5%), акушерские щипцы (частота до 1%), вакуум экстракция плода (частота менее 0,01%), плодоразрушающие операции (частота около 0,2%). Эти методы оперативного родоразрешения имеют особое значение для снижения материнской, детской, перинатальной заболеваемости, смертности и акушерского травматизма.

Частота родового травматизма матери и плода колеблется в широких пределах 40-60%, и является важной акушерской и неонатальной проблемой.

**2. Цель самоподготовки.**  В результате подготовки и изучения темы студент должен **знать**:

* абсолютные и относительные показания со стороны матери и плода к операции кесарева сечения; противопоказания к этой операции;
* разновидности операций, технику выполнения, основные этапы;
* возможные осложнения, условия выполнения;
* показания, противопоказания и условия для операции наложения акушерских щипцов; технику выполнения, осложнения;
* основные виды плодоразрушающих операций, показания, условия, технику;
* причины акушерского травматизма, методы профилактики и лечения.

**Уметь**:

* обосновать показания и противопоказания к операции кесарева сечения;
* на фантоме показать основные этапы операций;
* обосновать показания противопоказания к операции наложения акушерских щипцов и на фантоме выполнить ее;
* на фантоме провести осмотр родовых путей после родов, проыести ушивание разрыва шейки матки и промежности.

**4. Исходный уровень знаний:**

Необходимы знания из курса анатомии строения, топографии, кровообращения и иннервации органов малого таза.

**5. План изучения темы**.

1.Ознакомиться с методами оперативного родоразрешения, техникой выполнения.

2.Показания, противопоказания и условия выполнения при акушерских операциях.

3. Причины, возможности профилактики и принципы терапии материнского и плодового травматизма.

**6.Рекомендуемые источники информации**.

1. Малиновский М.С. Оперативное акушерство.- М.,Медицина, 1974
2. Абрамченко В.В. Активное ведение родов.- С.-Петербург, 1997
3. Савельева Г.М. Акушерство.- М., Медицина, 2001
4. Акушерство (справочник калифорнийского университета)/ Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса – М.,1999
5. Краснопольский В.И. Кесарево сечение.-М. Медицина, 1997
6. Материалы лекций.

**7.Задания обязательные при самоподготовке**.

1.Составить схему-алгоритм действий при выборе метода оперативного родоразрешения. 2. Составить таблицу, где отражены варианты акушерского травматизма, его причины и методы его предупреждения.

**8. Вопросы для самоподготовки**.

1.Что понимают под термином «кесарево сечение».

2.Что означает термин «малое кесарево сечение».

3.Перечислить абсолютные показания к операции кесарева сечения.

4.Назовите относительные показания к операции кесарево сечение.

5.Какие условия необходимы для проведения операции кесарева сечения.

6.Укажите противопоказания для абдоминального родоразрешения.

7.Перечислить показания к плановому кесареву сечению.

8.Назовите показания и противопоказания к экстраперитонеальному кесареву сечению.

9.Назначение щипцов как инструмента.

10.Перечислить модели акушерских щипцов.

11.Наиболее употребительные модели щипцов.

12.Показания для акушерских щипцов.

13.Противопоказания для наложения щипцов.

14.Условия для наложения акушерских щипцов.

15. Сущность трех тройных правил для наложения акушерских щипцов.

16.Чем отличаются выходные щипцы от полостных.

17.Какая ложка щипцов называется «блуждающей».

18. Осложнения для матери и плода при наложении акушерских щипцов.

19.Показания, противопоказания для вакуум-экстракции.

20.Виды родового травматизма.

21.Основные причины разрывов промежности.

22.Классификация разрывов шейки матки, промежности.

23.Профилактика разрывов, перинео-, эпизиотомия.

24.Классификация разрывов матки Л.С.Персианинова.

25.Бандлевский разрыв матки.

26.Разрыв матки по терии Иванова-Вербова.

27.Клиника угрожающего разрыва матки, врачебная тактика и мероприятия.

28.Клиника свершившегося разрва матки, врачебная тактика и мероприятия.

29.Моменты, способствующие разрыву лонного сочленения.

30.Лечение расхождения лонного сочленения.

**9.Ситуационные задачи.**

Задача №1.

Первородящая, 20 лет. Роды в срок. Таз 20-23-26-15.Схватка через 3-5 минут по 30-40 секунд. Головка подвижна над входом в малый таз. Лобно- затылочный размер 11 см. Раскрытие шейки матки 6см. Отошли воды.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача№2.

Повторнородящая, 38 лет. Беременность 32-34 недели. Поступила с жалобами на боли в животе, кровотечение из влагалища, появившееся после падения Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. Матка напряжена асимметрична, правый угол ее выбухает, резко болезненный. Шейка матки сформирована, зев закрыт, выделения из влагалища кровянистые обильные.

Задача№3.

Повторнородящая, 30 лет. Таз 25-28-30-20. Первые роды, два года тому назад, закончились выходными акушерскими щипцами. Новорожденный с массой тела 3100. Настоящие роды длятся 18 часов, потуги 40 минут, слабые, короткие. Головка плода в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере. Сердцебиение плода 180 ударов в минуту, аритмичное.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача№4.

Многорожавшая 45 лет. Поступила в роддом в тяжелом состоянии: поведение беспокойное, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный слабого наполнения, Артериальное давление 100\60 мм. рт. ст. Схватки отсутствуют. Постоянные боли в животе. Живот напряжен. Контуры матки и плод четко не определяются, с\б плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, предлежит вколоченное плечико. Из матки умеренные кровянистые выделения.

Диагноз? Тактика ведения?

**ЗАНЯТИЕ № 20**

**ТЕМА: ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

1. **Введение.** Проблема послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний непосредственно связана с инфицированием беременных и внутриутробных инфекций плода. Частота их составляет 40-60% и не имеет тенденции к снижению. Отрицательное антропогенное влияние на природу и условия жизни человека проявляется снижением иммунитета, изменениями состава нормальной микрофлоры кишечника, влагалища, кожи, преобразованием условно-патогенной микрофлоры в патогенную, возникновением новых видов вирусов (например, ВИЧ). Значительные изменения в биологических процессах вызывает бесконтрольное применение антибиотиков и антисептиков.
2. **Цель самоподготовки.** В результате подготовки и изучения темы студент должен **уметь** диагностировать различные формы послеродовых септических заболеваний. **Знать** клинику, классификацию, принципы дифференциальной диагностики, профилактику, комплексную терапию септических послеродовых заболеваний различных этапов.
3. **Исходный уровень знаний.** Для усвоения материала данной темы студенту необходимо знать:

1. Наиболее распространенную микрофлору (из курса микробиологии)

2. Взаимодействие микро- и макроорганизма (из курса патофизиологии)

3. Методы лабораторной диагностики, характеризующие как общее состояние организма, так и функциональное состояние важнейших органов и систем (из курса общей терапии и патофизиологии).

**4. План изучения темы.** Для успешного усвоения темы рекомендуется следующая последовательность ее изучения:

1. Этиология и патогенез послеродовых септических заболеваний.

2. Классификация. Объем обследования. Дифференциальная диагностика и диагнос-тика стертых форм.

3. Клиника послеродовых септических заболеваний.

4. Общие принципы терапии послеродовых септических заболеваний.

5. Общие принципы профилактики послеродовых септических заболеваний.

**5. Рекомендуемые источники информации**

1)Лекционный материал.

2) Акушерство под редакцией Г.М.Савельевой. М, 2000г.

3) В.Н.Серов,А.Н.Стрижаков.С.А.Маркин. «Руководство по практическому акушерству». Москва МИА 1997г.

4) Э.К.Айламазян «Акушерство». Санкт-Петербург СпецЛит 1999г.

5) «Акушерство и гинекология» перевод с английского под редакцией Г.М.Савельевой, Л.Г.Сичиновой. 1999г.

7) Мерей Энкин, Марк Кейре, Мери Рэнфрью, Джеймс Нейлсон. «Руководство по эффективной помощи при беременности и родах». Санкт-Петербург 1999г.

**6. Задания, обязательные при самоподготовке:**

1. Представить классификацию послеродовых септических заболеваний по этапам распространения инфекционного процесса.

2. Составить план обследования и комплексного лечения женщин с послеродовыми септическими заболеваниями различных этапов.

3. Подготовить клиническую акушерскую задачу, используя знания по данной теме.

**7. Вопросы для самоподготовки.**

1. Перечислите основных возбудителей гнойно-септических заболеваний у рожениц и родильниц.
2. Как следует вести роды с момента установления диагноза хориоамнионита.
3. Какие осложнения при хориоамнионите возникают в раннем послеродовом периоде .
4. Классификация послеродовых заболеваний( Г.М.Савельева 2000г.)
5. Что называется послеродовой язвой .
6. Какое лечение необходимо проводить у пациентки с послеродовой язвой .
7. Опишите клиническую картину и диагностику послеродового эндометрита (легкую форму).
8. Опишите клиническую картину эндометрита после кесарево сечения
9. Перечислите особенности течения на современном этапе послеродового мастита .
10. Опишите клиническую картину и диагностику послеродового мастита .
11. Классификация мастита .
12. Перечислите Ультразвуковые критерии инфильтративного мастита .
13. Опишите Ультразвуковые признаки гнойного мастита .
14. Перечислите показания к подавлению лактации у пациентов с маститом .
15. Какой препарат назначают с целью подавления лактации при лечении мастита .
16. Что называется септицемией.
17. Перечислите клинические признаки типичной формы септицемии .
18. Опишите клиническую картину и диагностику септикопиемии .
19. Что такое септический шок.
20. Сколько различают фаз в развитии септического шока .
21. Опишите клинически признаки ранней формы септического шока .
22. Опишите клинические признаки поздней формы септического шока .
23. Перечислите клинические признаки необратимой (финальной формы) .
24. Перечислите три возможных механизма инфицирования брюшной полости у больных перенесших кесарево сечения.

**8. Ситуационные задачи.**

Задача №1

У родильницы на 12 день появились боли а правой молочной железе. Пульс 120 уд. , температура 39˚С. В верхне-наружном квадранте правой молочной железы кожа гиперемирована при пальпации определяется болезненное уплотнение с размягчением в центре.

Диагноз? Врачебная тактика?

Задача №2

У повторнобеременной, повторнородящей женщины на 4-й день после родов отмечено повышение температуры тела до 38˚С, пульс 100 уд. в мин., удовлетворительных качеств. Общее состояние значительно ухудшилось, появился озноб, повторившийся на следующий день. На 6-й день после родов при влагалищном исследовании обнаружено: матка увеличена до 12-14 недель беременности, пастозная, неравномерно сокращена, чувствительная.

Наружний зев пропускает купол пальца. Инфильтратов в малом тазу не определяется. Придатки не увеличены. Выделения ихорозно-грязные, обильные. В анализе крови: умеренный лейкоцитоз, сдвиг с формулы белой крови влево, СОЭ 41 мм. Посев крови стерилен.

Диагноз? Что делать?

**Оглавление.**

Стр**.**

1. Практические навыки………………………………………………………………………….3
2. Лекарственные формы…………………………………………………………………………3
3. Схема истории родов…………………………………………………………………………..5
4. Занятие 1-2. Физиология беременности. Методы обследования……………………………9
5. Занятие 3. Структура и организация женской консультации………………………………10
6. Занятие 4. Таз с акушерской точки зрения. Плод, как объект родов………………………12
7. Занятие 5-6. Клиническое течение и ведение родов. Биомеханизм нормальных родов….13
8. Занятие 7. Разгибательные предлежания головки плода……………………………………15
9. Занятие 8. Тазовые предлежания. Неправильные положения плода………………………17
10. Занятие 9. Нормальный послеродовый период……………………………………………...19
11. Занятие 10. Диагностика ранних сроков беременности. Контрацепция. Аборт…………..21
12. Занятие 11. Узкий таз в акушерстве………………………………………………………….22
13. Занятие 12. Аномалии родовой деятельности……………………………………………….24
14. Занятие 13-14. Гестозы………………………………………………………………………..25
15. Занятие 15. Экстрагенитальная патология (сердечно-сосудистая, заболевания почек) и беременность…………………………………………………………………………………...30
16. Занятие 16. Экстрагенитальная патология (эндокринная, туберкулез) и беременность….33
17. Занятие 17. Кровотечения во второй половине беременности……………………………..36
18. Занятие 18. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде……………….38
19. Занятие 19. Акушерский травматизм. Оперативное акушерство…………………………..39
20. Занятие 20. Послеродовые септические заболевания……………………………………….41
21. Оглавление …………………………………………………………………………………….44