

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ, ЭКОЛОГИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

**Методические указания по организации и выполнению практических занятий и
самостоятельной работы ординаторов по дисциплине «Акушерство и гинекология»
по специальности 31.08.01-Акушерство и гинекология**

Ульяновск 2019

Методические указания по организации и выполнению практических занятий и самостоятельной работы ординаторов по дисциплине «Акушерство и гинекология» по специальности 31.08.01-Акушерство и гинекология, Ульяновск, УлГУ, 2019 – 178с.

Утверждено на заседании Ученого совета ИМЭиФК «__19__» июня____2019 г., протокол №_10/210_____

Автор:

Кан Нина Ивановна – заведующий кафедрой Последипломного образования и семейной медицины, доктор медицинских наук, профессор.

Давидян Лиана Юрьевна – профессор кафедры Последипломного образования и семейной медицины, доктор медицинских наук, профессор

Рецензент:

Богдасаров Азат Юрьевич – профессор кафедры Акушерства и гинекологии, доктор медицинских наук.

Методическое пособие предназначены для ординаторов, обучающихся, по специальности 31.08.01 – Акушерство и гинекология, как руководство для организации работы по теоретическому обучению, самостоятельной работе, подготовке и выполнению практических работ, написанию рефератов, подготовке презентаций, подготовке к текущей, промежуточной аттестациям при прохождении производственной практики.

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Цели и задачи освоения дисциплины	3
2	Место дисциплины в структуре ОПОП	3
3.	Общая трудоемкость дисциплины	3
4	Организация практических занятий	4
4.1	Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к те- кущей, промежуточной аттестации	7
4.2	Организация и выполнение рефератов	9
4.3	Организация подготовки и создания презентаций	11
5	Разделы практических занятий	13
Раздел 1	Физиологическое акушерство	13
Раздел 2	Патологическое акушерство	23
Раздел 3	Оперативное акушерство	61
Раздел 4	Экстаргенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии	73
Раздел 5	Кровотечения в акушерстве. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии	91
Раздел 6	Токсикозы беременных	100
Раздел 7	Травматизм в акушерстве и гинекологии	104
Раздел 8	Эндокринология в акушерстве и гинекологии	109
Раздел 9	Воспалительные заболевания и септические инфекции в акушерстве и гинекологии	115
Раздел 10	Оперативная гинекология	123
Раздел 11	Новообразования женских половых органов и молочных желез	139
Раздел 12	Острый живот в гинекологии	149
Раздел 13	Эндометриоз	155
Раздел 14	Бесплодие	158
6.	Перечень вопросов к дифференциальному зачету	165
7.	Учебно методическое и информационное обеспечение дисциплины	171
8.	Материально – техническое обеспечение дисциплины	173
9.	Специальные условия для обучающихся с ограниченными возможностями	174
<i>ПРИЛОЖЕНИЯ</i>		175

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Цели освоения дисциплины: качественная подготовка врачей акушеров-гинекологов в соответствии с ФГОС и квалификационной характеристикой для формирования у выпускников компетенций, позволяющих оказывать пациентам квалифицированную помощь; формирование готовности и способности к профессиональному, личностному и культурному самосовершенствованию, стремления к постоянному повышению своей квалификации, внедрению в практику здравоохранения инновационных технологий, а также воспитания у молодых специалистов личностных качеств интеллигента и гуманиста, позволяющих осуществлять социальное служение людям, обществу в целом.

Задачи освоения дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача и способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни женщин, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
5. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП:

Дисциплина «Акушерство и гинекология» относится к Блоку 1 «Дисциплины (модули)» (базовая часть) ОПОП ВО Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.01-Акушерство и гинекология. Дисциплины, для которых данная дисциплина является предшествующей:

1. Перинатология,
2. Урогинекология,
3. Онкогинекология,
4. Подростковая гинекология.

3. ОБЩАЯ ТРУДОЕМКОСТЬ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. Объем дисциплины в зачетных единицах (всего) _____ 28 _____ ед.

3.2. Объем дисциплины по видам учебной работы (в часах) – 1008 ч.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ (число ординаторов в группе 4-5)

Хронокарта проведения практических занятий:

9.00-9.15 - Программированный контроль (письменно) знаний ординаторов, приобретенных при самостоятельной подготовке.

9.15-10.20 Курация, осмотр и клинический разбор пациенток, проведение диагностических манипуляций.

10.20-10.30 (перерыв).

10.30-11.55 Работа в женской консультации (стационаре).

11.55-12.20 Контроль итогового уровня знаний (собеседование)

Собеседование проводится для определения уровня понимания и усвоения материала. Ординаторам задаются вопросы, на которые они отвечают друг за другом по цепочке, начиная с того, на кого укажет преподаватель. Если ординатор затрудняется ответить или не знает ответа, то отвечает рядом сидящий ординатор. Тем ординаторам, которые были активны во время опроса, дополняли и исправляли ответы, общий балл повышается. Проводится разбор ошибок, их обсуждение. Время на обдумывание минимальное. Время на ответ не более 2 минут.

Критерии оценки

«5» – ответ ординатора полный, правильный, аргументированный

«4» – ответ ординатора в целом полный, правильный, но имеет 1 – 2 недочёта или нуждается в уточнениях

«3» – ответ ординатора невозможен без наводящих вопросов преподавателя

«2» – ответ ординатора неправильный

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и ординатора, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по общекультурным, универсальным, общепро-

фессиональным и профессиональным компетенциям;

- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу ординаторов, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану, который преподаватель составляет перед началом семестра и вывешивает на доску объявления на кафедре и на сайте кафедры.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задания и перечень задач, которые ординаторы самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению одной-двух компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности ординаторов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности акушера гинеколога.

Требования к ответам ординаторов – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1. знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2. умение связывать теорию с практикой;
3. умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4. умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач и симуляционных заданий.

Второй этап – самостоятельное выполнение практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет

право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. Уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки и компетенции), демонстрируемый обучающимся:
 - хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
 - адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для самостоятельной работы;
 - умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления). Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 1).

Таблица 1- Шкала оценивания практического занятия

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося трем вышеуказанным критериям. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.),	Отлично

Работа обучающегося содержит неполное соответствие по второму заявленному критерию. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знания к решению ситуационных задач (число выполненных заданий на практическом/лабораторном занятии оставляет не менее 75%).	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие по второму заявленному критерию. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал неполное знание учебного материала, фрагментарное умение применять полученные теоретические знания к решению ситуационных задач (число выполненных заданий на практическом/лабораторном занятии оставляет менее 75%).	Удовлетворительно
Ответ не соответствует любым двум заявленным критериям	Неудовлетворительно

Третий этап – заключительный. Преподаватель:

- дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого ординатора на занятии;
- озвучивает оценки каждому ординатору с их обоснованием.

4.1. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения ординаторами материалом при изучении каждой темы в заявленном в рабочей программе разделе дисциплины.

В течение семестра в соответствии с рабочей программой проводятся текущие аттестации, число и дата которых определяются календарным планом практик. Форма проведения текущей аттестации (письменное /устное собеседование, тестирование, и др.) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.

Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по темам дисциплины профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплины, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.

Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности ординатора и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам акушерства и гинекологии, систематизировать их и отразить в комплексе.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современных представлениях об акушерстве и гинекологии. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплины, применять их для решения профессиональных задач в области акушерства и гинекологии.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития. Ему предоставляется возможность работать в симуляционном центре, клинических базах кафедр Ульяновского государственного университета, иметь доступ к интернет-ресурсам и электронной почте, использовать имеющиеся ресурсы научной библиотеки УлГУ, в том числе электронно-библиотечные системы.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

- информационно-коммуникационные технологии (возможность получать консультации преподавателей кафедры дистанционно посредством электронной почты);
- информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе до-

ступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);

– информационно-коммуникационные технологии – платформа Moodle (электронная информационно-образовательная среда университета с представлением материалов лекций, тестов по практическим занятиям и самостоятельной работы по дисциплине).

Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.

Форма проведения текущей/промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:

оценка «отлично» - 5 баллов оценка «хорошо» - 4 балла

оценка «удовлетворительно» - 3 балла оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.

При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:

«зачтено» - 3-5 баллов, «не зачтено» - 2 балла.

4.2. Организация и выполнение рефератов

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплин, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научно-исследовательская работа, где ординатор раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата. Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.

Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц. Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.

Текст реферата должен содержать следующие разделы:

- титульный лист реферата (приложение 1);
- введение, актуальность темы.
- основной раздел.
- заключение (анализ результатов литературного поиска); выводы.

- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; примеры оформления представлены в приложении 2.

Список литературных источников должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.

Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:

- отступ сверху – 2 см; отступ слева – 3 см; отступ справа – 1,5 см; отступ снизу – 2,5 см;
- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5; нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.

Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.

Критерии оценки реферата:

- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала;
- правильность и полнота разработки темы;
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- соответствие оформления реферата стандарту;
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.

Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:

Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (возможно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.

Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Каждый обучающийся получает оценочный лист от преподавателя с перечнем ФИО обучающихся и в соответствии с оценочной шкалой оценивает представленные доклады.

Таблица 2 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Оценка	Критерии оценки
«Отлично»	Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. Ординатор активно участвует в обсуждении докладов других ординаторов из группы
«Хорошо»	Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. Ординатор участвует в обсуждении докладов других ординаторов из группы
«Удовлетворительно»	Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. Ординатор пассивен при обсуждении докладов других ординаторов из группы
«Неудовлетворительно»	Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. Ординатор не участвует в обсуждении докладов.

4.3. Организация подготовки и создания презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у ординаторов навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся ординатором в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

- изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;
- установить логическую связь между элементами темы;
- представить характеристику элементов в краткой форме;
 - выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

- оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 3), разместить ее в электронной информационно-образовательной образованной среде университета, на платформе Moodle к установленному сроку либо представить на практическое занятие.

Таблица 3 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Стиль	Соблюдайте единый стиль оформления. Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. Вспомогательная информация не должна преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
Использование цвета	На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).
Текст/представление информации	Используйте короткие слова и предложения. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. Заголовки должны привлекать внимание аудитории. Предпочтительно горизонтальное расположение информации. Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
Шрифты	Для заголовков - не менее 24. Для информации - не менее 18. Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одной презентации. Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умеренно, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

- соответствие содержания теме;
- правильная структурированность информации;
- наличие логической связи изложенной информации;
- эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
- презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Таблица 4 — Шкала оценки презентации

Оценка	Критерии оценки
«Отлично»	Презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме исследования. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается ординатором самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.
«Хорошо»	Презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.
«Удовлетворительно»	Презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые ординатором разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада преимущественно зачитывается, ординатором допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
«Неудовлетворительно»	Оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Ординатор представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

РАЗДЕЛЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

РАЗДЕЛ 1 «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО»

Тема 1. Физиологическое течение беременности

Цель занятия: дать представление о физиологическом течении беременности, методах ее диагностики и состоянии плода

Место занятия: учебная комната, кабинет в женской консультации, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, акушерский стетоскоп, тонометр, фонендоскоп, гинекологическое кресло, гинекологические зеркала, Индивидуальная карта беременной, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки,

индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия: Эмбриогенез человека. Оплодотворение. Ранний эмбриогенез. Экстраэмбриональные структуры. Плацентация. Развитие и функции плаценты. Околоплодные структуры: пупочный канатик и околоплодные воды. Диагностика беременности. Изменения в организме женщины во время беременности. Плод. Физиология плода. Плод в отдельные периоды внутриутробного развития. Плод как объект родов. Обследование беременной и плода. Опрос. Объективное обследование. Определение срока беременности. Дополнительные методы исследования. Исследование гормонального профиля. Биохимическое исследование (АФП, β -ХГЧ, РАРР) и его значение в диагностике хромосомных аномалий и ВПР плода. Кольпоцитологическое исследование. Кардиотокография. Ультразвуковое исследование. Понятие о 1-ом, 2-ом и 3-ем скринингах. Допплерометрическое исследование системы мать-плацента-плод. Определение биофизического профиля плода. Методы исследования околоплодных вод. Ведение беременности. Режим и личная гигиена беременных. Рациональное питание беременных.

Контрольные вопросы к теме:

1. Какова продолжительность беременности человека (в днях, неделях, акушерских месяцах)?
2. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании соприкасаются в области перешейка вследствие размягчения беременной матки. Это признак...
3. При двуручном исследовании под влиянием механического раздражения размягченная беременная матка сокращается, уменьшаясь в размере и уплотняясь.
4. Куполообразное выпячивание одного угла матки, соответствующего месту имплантации плодного яйца, выявляемое при двуручном влагалищном исследовании. Это признак.
5. Какому сроку беременности соответствует величина матки с головку новорожденного?
6. Какому сроку беременности соответствует высота дна матки на уровне пупка (22 – 24 см выше лона)?
7. Отношение крупной части плода к плоскости входа в малый таз – это...
8. Наличие какого гормона выявляют иммунологические реакции на беременность?
9. Признак беременности, обнаруживаемый при осмотре стенок влагалища и шейки матки с помощью влагалищных зеркал –
10. С какого срока ощущают шевеление плода: первородящие и повторнородящие?
11. Как определить длину плода в разные сроки беременности, используя формулу Гааза?
12. Как определить предполагаемый срок родов по последней менструации?
13. Как высчитать срок родов, зная дату первого шевеления плода: у первородящих; у повторнородящих?
14. Виды положений плода в полости матки?
15. Сколько приемов наружного акушерского исследования по Леопольду?
16. Что определяем I-м приемом Леопольда?
17. Что определяем II приемом Леопольда?
18. Что определяем III приемом Леопольда?
19. Самый распространенный аппаратный метод исследования, позволяющий диагностировать беременность и аномалии у плода – это...
20. С какого срока беременности можно выслушивать сердцебиение плода акушерским стетоскопом?

Ответы на контрольные вопросы:

1. 280 дней, 40 недель, или 10 акушерских месяцев.

2. Признак Горвица-Гегара.
3. Признак Снегирева.
4. Признак Пискачека.
5. 12 недель беременности.
6. 24 недели беременности.
7. Предлежание плода.
8. Хориогонический гонадотрапин.
9. Цианоз слизистой.
10. Первородящие с 20 недель; повторнородящие - с 18 недель.
11. Длина плода равна: до 5-го месяца - количество месяцев беременности, возведенное в квадрат; после 5 месяца - количество месяцев беременности, умноженное на 5.
12. От первого дня последней менструации отсчитать назад три месяца и прибавить 7 дней.
13. К дате первого шевеления плода прибавить 20 недель у первобеременной и 22 недели у повторнобеременной.
14. Продольное, поперечное и косое.
15. Четыре.
16. Высоту стояния дна матки и часть плода, располагающуюся в дне матки.
17. II приемом Леопольда определяется положение, позиция и вид плода.
18. III приемом Леопольда определяется предлежащая часть плода, ее подвижность.
19. УЗИ.
20. После 20-21 недели беременности.

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у беременной;
- диагностировать беременность и определить ее сроки;
- произвести влагалищное исследование и определить размеры матки;
- измерять окружность живота (ОЖ) и высоту стояния дна матки (ВДМ);
- проводить наружное акушерское исследование с целью определения расположения плода в полости матки (приемы Леопольда –Левицкого);
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять срок беременности, предполагаемую дату родов различными способами;
- заполнить индивидуальную карту беременной.

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- физиологические изменения в организме женщины в связи с беременностью;
- методы диагностики беременности;
- признаки беременности: предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности;
- методы обследования беременных: общие и специальные методы;
- методы определения срока беременности и предполагаемой даты родов;
- дополнительные методы исследования беременных.

Вопросы для контроля итогового уровня знаний:

1. . Какие изменения происходят со стороны нервной системы у беременной?
2. Какие изменения происходят со стороны сердечно-сосудистой системы беременной?
3. Какие изменения происходят в кровяном русле и составе крови при беременности?
4. Какие изменения происходят со стороны органов дыхания при беременности?
5. Какие изменения происходят со стороны органов пищеварительной системы?

6. Какие изменения происходят со стороны органов мочевыделительной системы беременной?
7. Какие изменения происходят со стороны эндокринной и иммунной систем при беременности?
8. Какие изменения происходят в половых органах женщины во время беременности?
9. Сколько прибавляет женщина в весе при нормальной беременности чем обусловлена прибавка веса при беременности?
10. Какие существуют методы диагностики беременности?
11. Что такое «золотой стандарт» диагностики беременности?

Примерные ответы на контрольные вопросы собеседования:

1. Изменения со стороны нервной системы.

В ранние сроки беременности наблюдается снижение возбудимости коры головного мозга, повышение рефлекторной деятельности подкорковых центров и спинного мозга. Этим объясняются повышенная раздражительность, утомляемость, сонливость, быстрая смена настроения, снижение внимания. В конце беременности, незадолго до родов, возбудимость коры головного мозга вновь снижается. В результате растормаживаются нижележащие отделы нервной системы, и это является одним из факторов наступления родовой деятельности.

2. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы беременной

Причины:

- появление дополнительного плацентарного круга кровообращения;
- значительное увеличение сети кровеносных сосудов матки;
- увеличение объема крови;
- смещение сердца диафрагмой.

В матке значительно увеличивается количество сосудов, появляется новое (маточно-плацентарное) кровообращение. Это приводит к усиленной работе сердца, вследствие чего стенка сердечной мышцы немного утолщается, возрастает сила сердечных сокращений. Объем циркулирующей крови начинает возрастать еще в I триместре. Во II триместре беременности прирост ОЦК максимальный. В конце III триместра ОЦК в 1,4–1,5 раза превышает исходный.

Высокое стояние дна матки, ограничение подвижности диафрагмы приводят к изменению положения сердца. На верхушке сердца может выслушиваться систолический шум (относительная недостаточность клапанов).

Артериальное давление: во 2 триместре происходит снижение на 5 - 15 мм.рт.ст. начиная с 24 нед., самое низкое на 28 нед., затем происходит увеличение и достигает уровня до беременности.

Частота сердечных сокращений: наблюдается тахикардия, частота возрастает по мере возрастания срока беременности (на 15 уд в мин), максимально к III триместру (80 - 90 уд в мин). Происходит сдавление маткой нижней полой вены. У некоторых женщин нарушение венозного оттока и уменьшение МОС вызывает обморок, который исчезает при перемене положения тела. Это так называемый «синдром нижней полой вены». Следует избегать находиться на спине.

3. Изменения в кровяном русле и составе крови при беременности.

Объем крови: происходит увеличение объема циркулирующей крови, преимущественно за счет плазмы. Объем плазмы увеличивается с 10 нед. и нарастает до 34 нед. (45 - 55%), оставаясь стабильным до родов. Несмотря на усиленный эритропоэз, увеличение объема эритроцитов нарастает, но в меньшей степени (20 - 30%). Преобладание плазмы над эритроцитами приводит к развитию гемодилюции, а клинически к физиологической

анемии беременных, максимально уровень гемоглобина снижается к 30 - 32 нед., затем увеличивается. Норма гемоглобина в 34 нед. - 105 - 110 г/л.

Благодаря гемодинамическим изменениям в сердечно-сосудистой системе обеспечиваются оптимально комфортные условия для жизнедеятельности матери и плода. В системе свертывания крови происходит увеличение концентрации плазменных факторов свертывания крови, т. е. подготовка организма женщины к кровопотери в родах.

4. Изменения со стороны органов дыхания.

Дыхательная система находится в состоянии функционального напряжения, так как потребление кислорода к концу беременности возрастает на 30-40%, а во время схваток и родов до 150-250%.

Компенсаторные реакции:

- учащение дыхания на 10%
- увеличение дыхательного объема к концу беременности на 30-40%
- вследствие высокого стояния диафрагмы снижаются общая емкость легких, увеличивается работа дыхательных мышц (увеличивается потребность в кислороде).
- содержание кислорода в артериальной крови снижается.

5. Изменения со стороны органов пищеварительной системы.

Прогестерон вызывает расслабление гладких мышц особенно желудка:

- повышенная регургитация содержимого желудка в пищевод, за счет снижения тонуса пищевода и повышения внутрибрюшного давления (клиника: изжога);
- изменение положения органов.

Возрастает нагрузка на печень. С ростом матки происходит смещение петель кишечника кверху, возможно некоторое затрудненное выведение желчи. Значительно повышается функция печени, т.к. она участвует в регуляции всех видов обмена веществ, обезвреживает токсические продукты обмена плода. Увеличивается образование белков связывающих гормоны. Снижается уровень альбумина. Нарушения могут проявляться в виде зуда или желтухи. Толстая кишка: изменяется функциональная активность, замедляется эвакуация содержимого.

Причины: понижение тонуса, снижение перистальтики, сдавление растущей маткой и плодом.

6. Изменения происходят со стороны органов мочевыделительной системы беременной.

Почки испытывают максимальную нагрузку по выведению продуктов обмена матери и плода. Мочеточники во время беременности находятся в состоянии гипотонии и гипокинезии, что приводит к замедлению оттока мочи, расширению мочеточников и почечных лоханок. Почечный кровоток во время беременности возрастает. В результате наблюдается некоторое увеличение размеров почек, расширение чашечек и увеличение клубочковой фильтрации в 1,5 раза. Создаются условия для инфицирования. Могут быть частые позывы на мочеиспускание.

7. Изменения со стороны эндокринной и иммунной системы при беременности.

С началом развития беременности появляются изменения во всех железах внутренней секреции. Начинает функционировать новая железа внутренней секреции – желтое тело. Оно существует в яичнике в течение первых 3–4-х месяцев беременности. Желтое тело беременности выделяет гормон прогестерон, который создает в матке необходимые условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки, снижает ее возбудимость и тем самым благоприятствует развитию зародыша. Появление в организме женщины новой мощной железы внутренней секреции – плаценты приводит к выделению в материнский кровоток комплекса гормонов: эстрогенов, прогестерона, хориального гонадотропина, плацентарного лактогена и многих других. В гипофизе, щитовидной железе и надпочечниках также происходят большие изменения. Передняя доля гипофиза выделяет

гормоны, стимулирующие функцию желтого тела, а в послеродовом периоде – функцию молочных желез.

- Повышается активность надпочечников.

- Щитовидная железа в первый месяц подвергается гиперплазии и увеличивается, повышение функции; к концу беременности - снижение функции.

- Паращитовидные железы. Потребность в кальции возрастает. Нарушение кальциевого обмена приводит к судорогам в икроножных мышцах.

- В корковом слое надпочечников увеличивается количество стероидных гормонов (минералокортикоидов, глюкокортикоидов): пигментные пятна на лице, вокруг сосков, по белой линии живота, полосы беременности (*stria gravidarum*) - после беременности не исчезают, становятся бледнее.

- Происходит угнетение иммунной системы.

8. Изменения в половых органах женщины во время беременности.

Наружные половые органы, влагалище, шейка матки разрыхляются, становятся сочными, легко растяжимыми, приобретают синеватую окраску. Особенно сильно размягчается и растягивается перешеек матки, который на 4-м месяце беременности вместе с частью нижнего отдела матки превращается в нижний маточный сегмент. Масса матки к концу беременности увеличивается с 50–100 г до 1000–2000г. Объем полости матки увеличивается, превышая в 520–550 раз ее объем вне беременности. Длина небеременной матки составляет 7–9 см, а к концу беременности достигает 37–38 см. Увеличение массы матки в основном связано с гипертрофией и гиперплазией ее мышечных волокон. Сочленения малого таза размягчаются, что создает благоприятные условия для рождения плода. Связочный аппарат подвергается значительному утолщению и удлинению. Из-за застойных явлений шейка матки становится отечной, синюшной. Шеечный канал заполнен густой слизью (слизистая пробка).

Возбудимость матки в первые месяцы беременности снижается. По мере прогрессирования беременности она возрастает, достигая максимума к концу беременности. Маточные трубы утолщаются. По мере прогрессирования беременности меняется положение маточных труб: они опускаются вниз вдоль боковых поверхностей матки.

Яичники несколько увеличиваются в размерах. С ростом срока беременности они перемещаются из малого таза в брюшную полость. Циклические изменения в яичниках прекращаются.

Влагалище удлиняется, расширяется. Слизистая оболочка становится синюшной. Реакция влагалищной среды кислая, в содержимом влагалища преобладают палочки Дедерлейна (I–II степень чистоты).

Наружные половые органы во время беременности разрыхляются. Слизистая оболочка входа во влагалище становится цианотичной.

9. Сколько прибавляет женщина в весе при нормальной беременности?

В первую половину беременности женщина прибавляет в весе медленно, но после двадцати недель масса тела нарастает быстрее. В первую очередь, прибавка веса обусловлена объемом околоплодных вод, который быстро увеличивается с десятой недели беременности. Также в увеличении массы тела играет роль растущая матка. В первую половину беременности вес матки увеличивается за счет роста мышечных волокон, а во вторую половину в результате растяжения волокон. Кроме того, вес беременной увеличивается за счет растущей плаценты и жировых отложений. Количество жировой ткани увеличивается в области передней брюшной стенки, бедер и ягодиц. Молочные

железы во время беременности также увеличиваются в размерах (частично из-за разрастания железистой ткани, частично из-за увеличения жировой ткани).
Наиболее благоприятной прибавкой веса в период беременности является восемь-двенадцать килограмм.

10. Методы диагностики беременности.

- выявление вероятных и достоверных признаков беременности;
- проведение теста на беременность;
- определение уровня ХГЧ;
- УЗИ

11. «Золотой стандарт диагностики беременности.

«Золотым стандартом» диагностики беременности любой локализации считают сочетание двух методов: определения b-субъединицы ХГЧ, УЗИ с использованием трансвагинального датчика.

Тема 2. Физиология родов

Цель занятия: дать представление о физиологическом течении родов, методах диагностики этапов и состоянии плода

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, акушерский стетоскоп, тонометр, фонендоскоп, гинекологическое кресло, гинекологические зеркала, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролируемый материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Предвестники родов. Причины наступления родов. Физиология сократительной деятельности матки.

Периоды родов. Клиническое течение и ведение родов.

Период раскрытия шейки матки. Период изгнания. Последовый период

Варианты нормального биомеханизма родов. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.

Контрольные вопросы к теме:

1. Что такое роды?
2. Каковы причины наступления родов?
3. Как называются периоды родов?
4. Какова продолжительность первого, второго, третьего периодов у повторнородящих?
5. Какова продолжительность первого, второго, третьего периода родов у первородящих?
6. Что такое сокращение мышечных волокон?
7. Что такое релаксация мышечных волокон?
8. Что такое дистракция?
9. Каковы особенности раскрытия шейки матки у первородящих?
10. Каковы особенности раскрытия шейки матки у повторнородящих?

Ответы на контрольные вопросы:

1. Сложный физиологический процесс, при котором происходит изгнание из матки через родовые пути плода с его добавочными эмбриональными образованиями (плацента, оболочки, околоплодные воды) под действием изгоняющих сил.
2. Повышение возбудимости мышечных волокон матки под влиянием сложных нейроэндокринных и биохимических изменений, происходящих в конце беременности.
3. а) период раскрытия; б) период изгнания; в) последовый период.
4. Первый период - 6-8 часов, второй - до 30 мин, третий - 15-30 минут.
5. Первый период - 8-12 часов, второй - до 1 часа, третий - 15-30 минут,

6. Сокращение мышечных волокон.
7. Смещение мышечных волокон относительно друг друга.
8. Растяжение циркулярных мышечных волокон шейки матки и нижнего маточного сегмента.
9. Раскрытию наружного зева предшествует раскрытие внутреннего зева и сглаживание шейки матки.
10. Раскрытие наружного зева и сглаживание шейки матки происходит одновременно.

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы, определить сроки начала родовой деятельности;
- произвести влагалищное исследование и определить этап родов, предлежащую часть;
- проводить наружное акушерское исследование с целью определения расположения плода в полости матки (приемы Леопольда –Левицкого);
- определять предполагаемую массу плода;
- Определять кровопотерю в родах
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов.
- уметь принять физиологические роды
- осмотреть родовые пути после родов
- обработать новорожденного
- определить целостность последа

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- физиологические изменения в организме женщины в связи с родами;
- методы определения этапа родов;
- признаки отделения и выделения последа
- методы обработки новорожденных, этапы его реанимации
- методы обследования родильниц общие и специальные методы;
- дополнительные методы обследования (КТГ плода).

Вопросы для контроля итогового уровня знаний:

1. Какой из указанных параметров партограммы помогает диагностировать гипоксию плода:
 - а) динамика открытия шейки матки
 - б) характер схваток
 - в) цвет околоплодных вод
 - г) конфигурация головки плода
 - д) продвижение головки плода
2. Роженица К., 23 лет, поступила в роддом через 6 часов от начала схваток. Объективно схватки через 3-4 минут по 45 секунд. Р.В.: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Через 4 часа повторно осмотрена Р.В.: открытие шейки матки 6 см. Оцените темп открытия шейки матки:
 - а) монотонный
 - б) быстрый
 - в) умеренный
 - г) недостаточный
 - д) достаточный

3. При влагалищном исследовании определяют, что крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются. Укажите место нахождения головки плода.

- а) головка на тазовом дне
- б) головка над входом в малый таз
- в) головка прижата ко входу в таз
- г) головка в узкой части полости малого таза
- д) головка в широкой части полости малого таза

4. Во втором периоде родов сердцебиение плода выслушивают:

- а) после каждой потуги
- б) каждые 5 минут
- в) каждые 10 минут
- г) каждые 15 минут
- д) каждые 30 минут

4. При активном ведении последового периода акушерка должна:

- а) ввести 10 ЕД окситоцина в/в, держать пуповину в натянутом состоянии, препятствовать вывороту матки
- б) проводить наружный массаж матки, ввести 10 ЕД окситоцина в в/в, держать пуповину в натянутом состоянии
- в) проводить наружный массаж матки, ввести 10 ЕД окситоцина в в/м, проводить тракции за пуповину каждые 10 минут
- г) проводить наружный массаж матки, держать пуповину в натянутом состоянии, препятствовать вывороту матки
- д) ввести 10 ЕД окситоцина в/м, держать пуповину в натянутом состоянии, препятствовать вывороту матки

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

- 1.в
- 2.г
- 3.а
- 4.а

Тема 3. Физиология послеродового периода

Цель занятия: дать представление о физиологическом течении послеродового периода

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: тонометр, фонендоскоп, родильный стол, гинекологические зеркала, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Изменения в организме родильницы. Состояние гормонального гомеостаза
Состояние сердечно-сосудистой системы. Изменения в мочевыделительной системе после родов. Состояние органов пищеварения. Изменения в половых органах и молочных железах. Становление лактации. Ведение послеродового периода

Контрольные вопросы к теме:

- 1. Какова продолжительность послеродового периода?
А) 7 дней
Б) 14 дней
В) 21 день
Г) 42 дня

- Д) 49 дней
2. Характер лохий на 10 день:
- А) кровянистые
 - Б) серозно-сукровичные
 - В) серозные
 - Г) гнойные
 - Д) водянистые
3. Высота стояния дна матки на 1-е сутки после родов:
- А) на уровне пупка
 - Б) на 2 пальца выше пупка
 - В) на 2 пальца ниже пупка
 - Г) на середине расстояния между пупком и лоном
 - Д) на 1 палец ниже пупка
4. Цервикальный канал на 10-е сутки после родов:
- А) проходим для одного пальца
 - Б) проходим для 2-х пальцев
 - В) закрыт
 - Г) проходим до области внутреннего зева
 - Д) проходим для кисти руки
5. Форма шейки матки после родов:
- А) коническая
 - Б) цилиндрическая
 - В) сферическая
 - Г) треугольная
 - Д) бочкообразная
6. Эпителизация плацентарной площадки заканчивается к концу:
- А) 1-й недели
 - Б) 2-й недели
 - В) 3-й недели
 - Г) 4-й недели
 - Д) 6-й недели
7. Colostrum – это:
- А) первая менструация
 - Б) переходное молоко
 - В) зрелое молоко
 - Г) молозиво
 - Д) пушковый волос
8. Механизм действия метода лактационной аменореи:
- А) усиление перистальтики маточных труб
 - Б) инактивирование сперматозоидов
 - В) подавление овуляции
 - Г) предотвращение попадания эякулята в женские половые пути
 - Д) изменение содержания ферментов в эндометрии
9. Одно из преимуществ метода лактационной аменореи:
- А) кратковременность
 - Б) отсутствие защиты от ЗППП
 - В) профилактика послеродового кровотечения
 - Г) необходимость следования правилам грудного вскармливания
 - Д) низкая контрацептивная эффективность
10. Секрцию пролактина стимулирует:

- А) прием мини-пили
- Б) прием комбинированных оральных контрацептивов
- В) наружный массаж матки после родов
- Г) частое мочеиспускание
- Д) акт сосания молочных желез ребенком

Ответы на контрольные вопросы

- 1. Г
- 2. В
- 3. Д
- 4. Г
- 5. Б
- 6. В
- 7. Г
- 8. В
- 9. В
- 10. Д

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- произвести осмотр половых путей после родов;
- провести наружный массаж матки
- определить кровопотерю в родах
- определить целостность последа
- произвести перинеотомию, перинеорафию
- произвести эпизиотомию, эпизиорафию
- установить мочевого катетер

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- физиологические изменения в организме женщины в послеродовом периоде;
- - признаки отделения и выделения последа
- - методы обследования родильниц общие и специальные методы;

Контрольные итоговые вопросы:

- 1. Первая беременность 39-40 недель. Регулярная родовая деятельность продолжается в течение 2 часов. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное до 145 ударов в мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть головки – прижата ко входу в малый таз. Вопросы: 1. Диагноз. 2. План ведения.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

- 1. Беременность 1, 39-40 нед. Головное предлежание. 1 период родов. Активная фаза.
- 2. Спазмолитическая терапия, профилактика гипоксии плода в родах.

РАЗДЕЛ 2 «ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО»

Тема 1. Невынашивание беременности

Цель занятия: дать представление о невынашивании беременности, методах диагностики, лечении и профилактике невынашивания.

Место занятия: учебная комната, женская консультация, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, акушерский стетоскоп, тонометр, фонендоскоп, гинекологическое кресло, гинекологические зеркала, кардиотокограф, медицинская карта амбулаторного больного (025/у), Индивидуальная карта беременной (111/у), карта стационарного больного (форма 003/у), бланки для лабораторных

исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Факторы риска. Классификация

Ранний самопроизвольный выкидыш. Поздний самопроизвольный выкидыш

Преждевременные роды. Привычное невынашивание. Этиология. Генетические причины и их диагностика. Анатомические причины. Диагностика. Лечение

Истмико-цервикальная недостаточность. Диагностика и коррекция ИЦН

Эндокринные причины невынашивания. Диагностика. Лечение

Инфекционные причины невынашивания. Диагностика. Лечение

Иммунологические причины невынашивания. Диагностика. Лечение. Клинические проявления

Угрожающий аборт. Начавшийся аборт. Аборт в ходу (полный и неполный)

Неразвивающаяся беременность. Лечение в зависимости от клинической стадии. Профилактика и реабилитация.

Контрольные вопросы к теме:

Невынашивание – это:

1. 1. это прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель
2. 2. включает все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода
3. 3. чаще наблюдается во II триместре беременности
4. 4. может быть показанием для пересадки аллогенной кожи
5. 5. не требует лечения вне беременности

2. Наиболее частой причиной прерывания беременности является:

1. гипотиреоз
2. гормональная недостаточность яичников и плаценты
3. истмико-цервикальная недостаточность
4. генитальный инфантилизм

5. иммунологический конфликт

3. Патогенетически не обосновано и не может быть использовано для лечения угрозы прерывания беременности назначение

- 1. дексаметазона
- 2. сернокислой магнезии
- 3. партусистена
- 4. седуксена
- 5. регулона

4. Противопоказанием к хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности не считается

- 1. кровотечение
- 2. аномалия развития плода
- 3. повышенная возбудимость матки
- 4. пролабирование плодного пузыря
- 5. IV степень чистоты влагалища

5. Операции В.Широдкара, Б.Сценди, Л.И.Любимовой и Н.М.Мамедалиевой применяются для лечения невынашивания, связанного

- 1. с пороком развития матки
- 2. с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью
- 3. с органической истмико-цервикальной недостаточностью
- 4. с внутриматочными синехиями
- 5. с инфантилизмом

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 2
3. 5
4. 4
5. 3

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- произвести сбор анамнеза, оформить медицинскую документацию (форма 25/у, форма 003/у);
- произвести общий и гинекологический осмотр
- интерпретировать результаты обследований
- наложить шов на шейку матки
- произвести выскабливание полости матки;
- принять преждевременные роды
- оказать первичную медицинскую помощь глубоко недоношенному новорожденному
- провести профилактику дыхательной недостаточности новорожденного при преждевременных родах

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- физиологические изменения в организме женщины в период беременности;
- признаки угрозы прерывания беременности в различные сроки;
- фармакологические методы сохранения беременности в различные сроки;
- протоколы ведения женщин с преждевременными родами
- особенности оценки состояния глубоконедошенного новорожденного

Контрольные итоговые вопросы:

1. Пациентка 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. П/м—07.08. Дата поступления — 21.10. Настоящая беременность протекала с тошнотой и рвотой. 10.10. без видимой причины появились кровянистые выделения из влагалища, продолжались один день. 16 и 20.10 они повторились и были более обильными. Вмешательства, направленные на прерывание беременности, отрицает. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые несколько бледные, t- нормальная. PS — 80 удар/мин., Арт-Давл — 140/90 — 150/90 мм.Нг. Сердце и легкие без патологии. При осмотре в зеркалах — слизистая шейки матки цианотичная. При бимануальном исследовании — цервикальный канал закрыт, матка соответствует 10 нед. беременности, своды свободны, придатки с обеих сторон не определяются. Диагноз. Тактика врача.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

1. Беременность 10 недель. Начавшийся аборт. Сохраняющая терапия. Нужно проведение УЗИ (соответствие сроку гестации, с/б эмбриона, участок отслойки плодного яйца) При отсутствии с/б эмбриона выскабливание матки.

Тема 2. Ведение беременности после экстракорпорального оплодотворения

Цель занятия: дать представление об особенностях ведения беременных после ПЭ.

Место занятия: учебная комната, женская консультация, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: гинекологическое кресло, гинекологические зеркала, кардиотокограф, медицинская карта амбулаторного больного (025/у), Индивидуальная карта беременной (111/у), карта стационарного больного (форма 003/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка,

контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия: Особенности обследования. Особенности течения беременности. Направления ведения беременности. Принципы терапии

Контрольные вопросы к теме:

1. Бесплодие у женщин, живущих регулярной половой жизнью без предохранения, и не имевших ни одной беременности в анамнезе, называется:
А) первичное
Б) вторичное
В) абсолютное
Г) временное (физиологическое)
Д) врожденное
2. Бесплодие - отсутствие беременности у женщины детородного возраста при регулярной половой жизни без применения контрацептивов в течение:
А) 3 месяцев
Б) 6 месяцев
В) 9 месяцев
Г) 12 месяцев
Д) 24 месяцев
3. Какой вид ВРТ необходимо применить для получения генетически своего ребенка для женщин с отсутствующей маткой или с выраженной экстрагенитальной патологией, когда вынашивание беременности невозможно или противопоказано
А) искусственная инсеминация
Б) экстракорпоральное оплодотворение
В) интрациоплазматическая инъекция сперматозоидов - ИКСИ (ICSI)
Г) криоконсервация ооцитов и эмбрионов
Д) «суррогатное» материнство
4. К осложнениям процедуры ЭКО относится:
А) синдром поликистозных яичников
Б) синдром истощенных яичников
В) синдром гиперстимуляции яичников
Г) синдром резистентных яичников
Д) синдром Ашермана
5. Какой вид ВРТ необходимо применить для получения потомства мужчинам с тяжелыми формами бесплодия (олиго, астено, тератозооспермиями тяжелых степеней)
А) искусственная инсеминация
Б) экстракорпоральное оплодотворение
В) интрациоплазматическая инъекция сперматозоидов - ИКСИ (ICSI)
Г) криоконсервация ооцитов и эмбрионов
Д) «суррогатное» материнство
6. Для подтверждения/исключения какого вида бесплодия применяют посткоитальный тест:
А) эндокринного
Б) трубного
В) перитонеального
Г) иммунологического
Д) психогенного
7. Укажите процент мужского бесплодия:
А) 2%

- Б) 10%
 В) 40%
 Г) 65%
 Д) 80%
8. Обследование женщин с эндокринным бесплодием в сочетании с клиническими признаками гиперандрогенемии дополняют определением содержания в плазме крови:
 А) эстрогенов
 Б) пролактина
 В) ФСГ, ЛГ
 Г) Т₃, Т₄, ТТГ
 Д) тестостерона
9. Обследование женщин с эндокринным бесплодием в сочетании с клиническими признаками галактореи дополняют определением содержания в плазме крови:
 А) эстрогенов
 Б) пролактина
 В) ФСГ, ЛГ
 Г) Т₃, Т₄, ТТГ
 Д) тестостерона
10. Общее количество сперматозоидов в эякуляте в нормальной спермограмме по критериям ВОЗ:
 А) 1×10^6 /мл
 Б) 5×10^6 /мл
 В) 10×10^6 /мл
 Г) 15×10^6 /мл
 Д) 20×10^6 /мл

Ответы на контрольные вопросы

- | | |
|-----|------|
| 1. | Б |
| 2. | Г |
| 3. | Д |
| 4. | В |
| 5. | В |
| 6. | Г |
| 7. | В |
| 8. | Д |
| 9. | Б |
| 10. | 10.Д |

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у беременной;
- диагностировать беременность и определить ее сроки;
- произвести влагалищное исследование и определить размеры матки;
- измерять окружность живота (ОЖ) и высоту стояния дна матки (ВДМ);
- проводить наружное акушерское исследование с целью определения расположения плода в полости матки (приемы Леопольда –Левицкого);
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять срок беременности, предполагаемую дату родов различными способами;
- заполнить индивидуальную карту беременной.

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- физиологические изменения в организме женщины в связи с беременностью;
- фармакологическую поддержку ранних сроков беременности после ПЭ;
- методы диагностики беременности;
- признаки беременности: предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности;
- методы обследования беременных: общие и специальные методы;
- методы определения срока беременности и предполагаемой даты родов;
- дополнительные методы исследования беременных.

:

Вопросы для контроля итогового уровня знаний:

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая, путем проведения ЭКО и ПЭ. В 5 недель беременности встала на учет, в 6- 8 недель была профилактическая госпитализация и лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная категорически отказывалась из опасения вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка. В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе и патологических выделений нет. Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг. Матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. Ф = 18 см, окружность 90. Отеков нет, физиологические отправления в норме.

1. Выделить проблемы беременной и пути их решения.
2. Оценка акушерского статуса на день осмотра и тактика акушерки.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Беременная относится к группе очень высокого риска по невынашиванию и вытекающим из этого осложнениям беременности и родов. Женщина недооценивает значение систематического наблюдения в ЖК и профилактического обследования и лечения. Необходима консультация по невынашиванию.
2. По данным предыдущих осмотров и мнению женщины, беременность 14 недель, но, по данным наружного осмотра, соответствует 16 неделям, что может быть при многоплодии. Имеются факторы, предрасполагающие к многоплодию в анамнезе: методы стимуляции овуляции.
3. Диагноз: беременность 14 недель. Подозрение на многоплодие. Отягощенный гинекологический анамнез. Первобеременная 30 лет.

Тема 3. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведения женщин с изосерологической несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору.

Место занятия: учебная комната, женская консультация, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, Индивидуальная карта беременной (111/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Этиология. Патогенез. Клиника и диагностика

Диагностика резус-сенсibilизации

Диагностика гемолитической болезни плода

Диагностика гемолитической болезни новорожденного.

Лечение и профилактика

Изосерологическая несовместимость крови матери и плода по АВ0-системе.

Определение. Этиология. Патогенез. Клиника и диагностика

Диагностика

Контрольные вопросы к теме:

1. Резус-сенсibilизация женщин происходит в случае.....

- а) при беременности резус-положительным плодом;
- б) при беременности резус-отрицательным плодом;
- в) при переливании женщине крови резус-положительного донора;
- г) при переливании женщине крови резус-отрицательного донора.

2. Перечислите основные клинические проявления желтушной формы гемолитической болезни новорожденных:

- а) анемия;
- б) желтуха;
- в) бледность кожных покровов;
- г) отек кожи и п/к клетчатки;
- д) билирубин выше 0,02 - 0,03 г/л
- е) желтушное окрашивание о/вод.

3. Нормальные показатели Hb у новорожденных.....

- а) 140-150 г/л;
- б) не ниже 150 г/л;
- в) 160 г/л;
- г) не ниже 130 г/л.

4. Нормальные показатели билирубина у новорожденных...

- а) не выше 0,02-0,03 г/л;
- б) не выше 0,04-0,05 г/л;
- в) 0,04 г/л;
- г) 0,01 г/л.

Ответы на контрольные вопросы:

1. в

2. а, б, д, е

3. б

4. а

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у беременной;
- диагностировать беременность и определить ее сроки;
- произвести влагалищное исследование и определить размеры матки;
- измерять окружность живота (ОЖ) и высоту стояния дна матки (ВДМ);
- проводить наружное акушерское исследование с целью определения расположения плода в полости матки (приемы Леопольда –Левицкого);
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять срок беременности, предполагаемую дату родов различными способами;
- заполнить индивидуальную карту беременной.

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- физиологические изменения в организме женщины в связи с беременностью;
- определять группу крови, резус -фактор ;
- методы диагностики беременности;

- признаки беременности: предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности;
- методы обследования беременных с резус-отрицательной кровью
- дополнительные методы исследования беременных.

Контрольные итоговые вопросы:

Беременная К., 25 лет, обратилась в женскую консультацию 30 марта по поводу беременности. Из анамнеза. Менархе с 13 лет, установились сразу, регулярные, по 5 дней, через 23 дня. Последняя менструация 24-28 декабря, Половая жизнь с 19 лет. Первая и вторая беременности закончились родами, дети погибли антенатально от гемолитической болезни плода. Данная беременность третья, желанная, в зарегистрированном браке, наступила через один год после предыдущей. У мужа (отца) группа крови А (II) Rh (+). Из перенесенных заболеваний - частые ОРВИ, острая дизентерия, острый бронхит. В детстве травма нижних конечностей, гемотрансфузия без учета Rh-фактора. Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. АД 120/80 мм рт. ст. на обеих руках. Ps. 80 в минуту. Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Размеры таза: 26-29-31-20 см. Влагалищное исследование. При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Per speculum: шейка матки конической формы, наружный зев щелевидной формы, чистая. Выделения слизистые, умеренные.

Per vaginam: шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев сомкнут. Костный таз без патологии. Мыс не достижим. Лабораторные методы исследования: общий анализ крови: Эр 3,2х10¹²/л, Нв 105 г/л, Нт 30%, Тц 225х10⁹/л, СОЭ 20 мм/час. Анализ крови на сывороточное железо: 8 мкмоль/л (норма 8,9-28,6 мкмоль/л). Кровь на группу крови, резус-фактор и титр антител: группа крови А (II) Rh (-), титр антител 1:4.

1. Диагноз?
2. План ведения беременности?
3. Техника пересадки кожного лоскута отца (одна из модификаций).
4. Возможно ли рождение здорового ребенка (отсутствие резус-конфликта) у резус-отрицательной матери и резус-положительного отца при II-III беременности?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Диагноз основной: Беременность 14-15 недель. Осложнения: Изосерологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору. Анемия легкой степени тяжести. Сопутствующий: ОАА.

2. План ведения беременности: .Анализ крови на титр антител не реже одного раза в месяц. Проводить антенатальную диагностику гемолитической болезни плода (КТГ, УЗИ плода и плаценты, доплерометрия, амниоцентез в 24-32 недели для определения оптической плотности билирубина в околоплодных водах, амниоскопия после 37 недель). Лечение:- ГБО, УФО общее, плазмозферез;- десенсибилизирующая терапия: димедрол по 0,05 1-2 раза в день (супрастин 0,025 2 раза в день), тавегил 1 мг 2 раза в день, фенкарал 0,025 1-2 раза в день);- винный спирт 70% по 10 капель 3 раза в день, чередовать через 2 недели по 2 недели до родов;- после 16-20 недель преднизолон по 5 мг в день до родов, во время родов, с отменой через 7 дней после родов;- внутривенная инфузия декстранов (реополиглюкин, желатиноль, гемодез и др.);- профилактика и лечение гипоксии плода, плацентарной недостаточности.- антианемическая терапия - сорбифер по 1 таблетке 3 раза в день, назначается по 1-2-3 таблетки в день в течение всей беременности (под контролем анализа крови) и всего периода кормления ребенка.- учитывая сугубо отягощенный анамнез, межгестационный период менее 2-х лет, гемотрансфузию несовместимой по резус-фактору крови показана аллотрансплантация кожного лоскута отца с последующим облучением его гелий-неоновым лазером;

3. Аллотрансплантация кожного лоскута отца проводится в условиях операционной, под местной анестезией в 5-м межреберье по средней аксиллярной линии у обоих супругов проводится иссечение овальных лоскутов размерами 2х3 см и толщиной около 3 мм. Кожный лоскут отца фиксируется в ложе лоскута матери отдельными шелковыми швами. Для увеличения продолжительности "жизни" трансплантата проводится облучение его гелий-неоновым лазером. Отторжение лоскута/проходит по типу сухой корочки.
4. Да, если ребенок 1 или 2-й унаследует резус-отрицательную кровь.

Тема 4. Внутриутробная инфекция (ВУИ)

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведения женщин с внутриутробным инфицированием плода.

Место занятия: учебная комната, женская консультация, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, Индивидуальная карта беременной (111/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Понятие внутриутробного инфицирования и внутриутробной инфекции. Этиология и патогенез. Зависимость характера нарушений от времени инфицирования. Диагностика.

Значение лабораторных и инструментальных методов исследования.

Ведение беременности по триместрам. Терапевтические мероприятия, проводимые в зависимости от срока беременности. Сроки и методы родоразрешения.

Контрольные вопросы

Контрольные вопросы к теме:

1. При ЦМВИ к внутриутробному инфицированию приводит в 50% случаев:
 - а) реактивация латентной ЦМВИ
 - б) реинфекция новым штаммом ЦМВИ
 - в) первичная ЦМВИ, развившаяся у беременной
2. Исход токсоплазмоза в ранний период фетального развития:
 - а) выкидыш
 - б) гидроцефалия
 - в) хориоретинит
3. Каждый из приведенных возбудителей может вызвать врожденную инфекцию, кроме:
 - а) токсоплазма
 - б) вирус краснухи
 - в) цитомегаловирус
 - г) вирус простого герпеса
 - д) ротавирус
4. Наиболее типичные симптомокомплексы клиники врожденной цитомегалии:
 - а) тромбоцитопеническая пурпура
 - б) желтуха
 - в) гепатоспленомегалия
 - г) микроцефалия
 - д) гипотрофия
5. Поздняя фетопатия при токсоплазмозе клинически проявляется:
 - а) лихорадкой, лимфаденитом
 - б) гепатоспленомегалией
 - в) желтухой
 - г) судорогами
 - д) анемией

6. При врожденном сифилисе пузырчатка на ладонях и стопах встречается:
- а) во всех случаях
 - б) не во всех случаях
 - в) не встречается
7. Маркеры активной репликации цитомегаловируса:
- а) анти-ЦМВИ-АТ-ИГ- G
 - б) вирусемия
 - в) ДНК-емия
 - г) АГ-емия
8. Показания для обследования на токсоплазмоз:
- а) затянувшаяся желтуха
 - б) гепатоспленомегалия
 - в) судороги, гидроцефалия
 - г) микрофтальм, хориоретинит
9. При врожденной герпетической инфекции развитие менингоэнцефалита:
- а) характерно
 - б) не характерно
10. Клинические показания для обследования новорожденных на ЦМВИ:
- а) поражение ЦНС (микроцефалия, гидроцефалия, неврологическая симптоматика)
 - б) прямая гипербилирубинемия, гепатоспленомегалия, увеличение АЛТ и АСТ
 - в) тромбоцитопения

Ответы на контрольные вопросы:

- 1. в
- 2. а, б
- 3. д
- 4. а, б, в, г, д
- 5. а, б, в, г, д
- 6. б
- 7. б, в, г
- 8. а, б, в, г
- 9. а
- 10. а, б, в

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у беременной;
- провести акушерское обследование беременной;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять срок беременности, предполагаемую дату родов различными способами;
- заполнить индивидуальную карту беременной
- обследование беременной на инфекции (забор бакпосевов, техника амниоцентеза, трактовка результатов УЗИ)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- клинические признаки внутриутробного инфицирования
- дополнительные методы исследования беременных;
- протоколы лечения женщин с внутриутробным инфицированием;
- рассчитать перинатальные и материнские риски в родах.

Контрольные итоговые вопросы:

Ребенок П., родился на сроке гестации 37 недель. Беременность 1. В период беременности у матери – рецидивирующий герпес labialis. Обследована серологически. Выявлены Ig G к ВПГ 2 типа в титре 1:800, положительные IgM. При рождении у ребенка отмечается микроцефалия, микрофтальмия. На коже туловища, слизистой ротовой полости – везикулярные высыпания (локализуются группами). При проведении нейросонографии – порэнцефалические кисты, церебральные кальцификаты. Ваш предварительный диагноз?

Вопросы: предварительный диагноз; Этиотропная терапия.

- **Вопросы:** предварительный диагноз, профилактика

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Врожденный неонатальный герпес, генерализованная форма. Врожденные пороки развития нервной системы. Этиотропная терапия – ацикловир перорально 60 мг/кг/сут (энтеральное применение ацикловира неэффективно!).

Тема 5. Плацентарная недостаточность (ПН)

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведения женщин с ПН, Профилактика ПН.

Место занятия: учебная комната, женская консультация, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, Индивидуальная карта беременной (111/у), История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Классификация по времени возникновения, степени и клиническому течению. Этиология и патогенез ПН. Диагностика. Значение инструментальных методов для диагностики плацентарной недостаточности. Комплексная патогенетическая терапия и профилактика. Сроки и методы родоразрешения

Контрольные вопросы к теме:

1. К развитию фетоплацентарной недостаточности чаще приводят:
 - 1. гестоз;
 - 2. заболевания почек;
 - 3. гипертоническая болезнь;
 - 4. анемия беременных;
2. Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерны:
 - 1. боли в животе;
 - 2. геморрагический шок;
 - 3. изменение сердцебиения плода;
 - 4. изменение формы матки;
 - 5. все вышеперечисленное.
 - 5. ожирение.
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:
 - 1. формированием матки Кювельера;
 - 2. интранатальной гибелью плода;
 - 3. развитием ДВС-синдрома;
 - 4. геморрагическим шоком;
 - 5. всем вышеперечисленным.
4. Клиническим признаком тяжелой острой гипоксии плода является:
 - 1. сердцебиение плода 100-110 уд./мин;

- 2. аритмия;
 - 3. глухость тонов сердца плода;
 - 4. сердцебиение плода 150-160 уд./мин;
 - 5. сердцебиение плода 120-140 уд./мин.
5. Для оценки состояния плода применяется:
- 1. аускультация;
 - 2. кардиотокография;
 - 3. ультразвуковое исследование;
 - 4. все вышеперечисленное.

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1
2. 5
3. 5
4. 2
5. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у беременной;
- провести акушерское обследование беременной;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять срок беременности, предполагаемую дату родов различными способами;
- заполнить индивидуальную карту беременной
- провести оценку внутриутробного состояния плода (проведение КТГ, трактовка результатов УЗИ)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- клинические признаки острой и хронической плацентарной недостаточности
- дополнительные методы исследования беременных;
- протоколы лечения женщин с ПН;
- рассчитать перинатальные и материнские риски в период беременности и в родах.

Контрольные итоговые вопросы

1. Беременность 36-37 недель. Умеренные кровяные выделения из половых путей (общая кровопотеря за 8 часов в пределах 100-150 мл). Матка ясно контурируется, умеренно возбудима, расслабляется, безболезненна. Положение плода продольное. Головка плода над входом в малый таз. Патологических изменений со стороны шейки матки и влагалища не выявлено. Шейка укорочена, наружный зев закрыт. В правом своде пастозность. Диагноз? Тактика ведения?
2. У беременной с длительно текущим гестозом в 36 недель при ультразвуковом исследовании выявлено: размеры головки и бедра плода соответствуют 36 неделям беременности, размеры живота плода – 34 неделям. Плацента на задней стенке матки, III степени зрелости, с множественными петрификатами, 2,5 см толщиной. Выявляется снижение количества околоплодных вод. Сердцебиение определяется. Оценка КТГ – 8 баллов. Кровоток в системе мать-плацента-плод в пределах нормы. Диагноз? Тактика ведения?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Беременность 36-37 недель, предлежание плаценты (пастозность). Для уточнения диагноза УЗИ. Кесарево сечение [не срочное] (далее КС). Протокол исследования – 1. Анамнез. 2. Пальпация матки и выслушивание сердечных ритмов плода. 3. Осмотр

наружных половых органов и определение характера кровяных выделений. 4.УЗИ. 5. Осмотр шейки матки с помощью подогретых зеркал. 6. Влагалищное исследование – только в конце беременности и родах, бережно, при развернутой операционной.

2. Беременность 36 нед. Преэклампсия. Фето-плацентарная недостаточность (петрификаты, толщина плацента не соответствует сроку, уменьшение количества околоплодных вод). Внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП), асимметричная форма. Показана: госпитализация, лечение гестоза, динамическое наблюдение. Оценка маточно-плацентарного кровотока методом доплерометрии. При удовлетворительном состоянии плода – роды через естественные родовые пути (укорочение II пер родов с укорочением потужного периода). Если ухудшение состояния плода или терапия неэффективна – оперативное родоразрешение путем проведения кесарева сечения.

Лечение преэклампсии: 1) лечебно-охранительный режим (медикаментозный сон, закисно-кислородный наркоз, в/в введение магнезии). 2) гипотензивная терапия (эуфиллин, дибазол, папаверин, клофелин), 3) инфузионная терапия (крахмал, кристаллоиды) нормализация реологических свойств крови (трентал, курантил, гепарины – клексан, фраксипарин). 5) антиоксидантная терапия (кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота).

Тема 6. Задержка роста плода (ЗРП)

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведения беременных с ЗРП.

Место занятия: учебная комната, женская консультация, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, Индивидуальная карта беременной (111/у), История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия: Определение. Этиология. Факторы риска развития ЗРП. Формы синдрома ЗРП. Симметричная форма. Асимметричная форма. Смешанная форма. Клиническая картина. Степени тяжести ЗРП. Диагностика. Значение ультразвукового и доплерометрического методов исследования в диагностике и определении формы и степени тяжести ЗРП. Лечение. Показания к досрочному родоразрешению. Профилактика.

Контрольные вопросы по теме:

1. Маленький для гестационного возраста плод включает:
 - 1) гетерогенную группу плодов, которые не достигли своего потенциального роста (задержка внутриутробного развития плода) и плоды, которые имеют конституционально маленький размер;
 - 2) плод, который не достиг своего потенциального роста (задержка внутриутробного развития плода);
 - 3) плод, который имеет конституционально маленький размер;
 - 4) здоровый ребенок, но маленький по конституции;
 - 5) плод, который не достиг определенного порога антропометрических показателей, характеризуется высоким уровнем заболеваемости и смертности.
2. Цель наблюдения за состоянием плода во время беременности и родов:
 - 1) предупредить антенатальную гибель плода;
 - 2) предупредить интранатальную гибель плода;
 - 3) предупредить раннюю неонатальную смертность;
 - 4) предупредить ante- и интранатальную гибель плода и последствия после родов;
 - 5) предупредить последствия после родов.
3. В соответствии с современными критериями ВОЗ, маленький вес при рождении – это:
 - 1) вес плода менее 2500,0 грамм или ниже 10-й перцентили;

- 2) вес плода соответствует 50-й перцентили;
- 3) вес плода 2500,0 грамм или соответствует 10-й перцентили;
- 4) вес плода менее 500,0 грамм;
- 5) вес плода соответствует 90-й перцентили;
4. Задержка внутриутробного развития плода – это подгруппа маленького для гестационного возраста плода (МГВП) и составляет:
 - 1) 30-50% МГВП;
 - 2) 50-70% МГВП;
 - 3) 20-30% МГВП;
 - 4) 70-80% МГВП;
 - 5) 10-20% МГВП.
5. Классификация синдрома задержки развития плода по времени возникновения:
 - 1) ранняя, поздняя форма;
 - 2) поздняя форма;
 - 3) первичная;
 - 4) вторичная;
 - 5) ранняя форма.
6. Классификация синдрома задержки развития плода по типу развития:
 - 1) симметричная, асимметричная форма;
 - 2) симметричная форма;
 - 3) асимметричная форма;
 - 4) смешанная форма;
 - 5) симметричная, асимметричная и смешанная форма.
7. При асимметричной форме задержки внутриутробного развития плода:
 - 1) уменьшается окружность живота плода, окружность головки и размер трубчатых костей в норме;
 - 2) уменьшается окружность головки плода, окружность живота и размер трубчатых костей в норме;
 - 3) уменьшается размер трубчатых костей плода, окружность головки и окружность живота плода в норме;
 - 4) уменьшается окружность живота и окружность головки плода, размер трубчатых костей в норме;
 - 5) уменьшается размер трубчатых костей плода, окружность живота и окружность головки плода в норме;
8. Динамическое измерение высоты стояния дна матки и заполнение гравидограммы начинают:
 - 1) с 20 недель беременности;
 - 2) с 22 недель беременности;
 - 3) с 24 недель беременности;
 - 4) с 26 недель беременности;
 - 5) с 28 недель беременности.
9. К биометрическим методам диагностики задержки внутриутробного развития плода относятся:
 - 1) наружное акушерское исследование, заполнение гравидограммы, ультразвуковая биометрия;
 - 2) наружное акушерское исследование;
 - 3) наружное акушерское исследование, заполнение гравидограммы;
 - 4) ультразвуковая биометрия;
 - 5) заполнение гравидограммы.

Ответы на контрольные вопросы:

- 1.1
- 2.4
- 3.1
- 4.1
- 5.1
- 6.1
- 7.1
- 8.1
- 9.1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у беременной;
- провести акушерское обследование беременной;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять срок беременности, предполагаемую дату родов различными способами;
- заполнить индивидуальную карту беременной
- провести оценку внутриутробного состояния плода (проведение КТГ, трактовка результатов УЗИ)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- клинические признаки хронической плацентарной недостаточности
- дополнительные методы исследования беременных;
- протоколы лечения женщин с ЗРП;
- рассчитать перинатальные и материнские риски в период беременности и в родах.

Контрольные итоговые вопросы

У пациентки 36 недель беременности. Течение беременности осложнено длительной угрозой прерывания. При ультразвуковом исследовании выявлено: размеры головки и бедра плода соответствуют 36 неделям гестации, размеры живота плода – 32-34 неделям. Плацента расположена на задней стенке матки, III степени зрелости, с множественными петрификатами, 2,5 см толщиной. Выявлено снижение количества околоплодных вод. Сердцебиение определяется. Оценка биофизического профиля плода составляет 9 баллов. Показатели доплерометрии в системе мать-плацента-плод в норме. Диагноз? Тактика ведения?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Беременность 36 нед. Фето-плацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП), асимметричная форма. Показана госпитализация, пролонгирование беременности до 37 нед (плод чувствует себя нормально), динамическое наблюдение. При удовлетворительном состоянии плода – роды через естественные родовые пути. Если ухудшение состояния плода – КС. Биофизический профиль плода – 1. Дых движения 2. Двигательная активность 3. Мышечный тонус 4. Количество околоплодных вод 5. Нестрессовый тест при кардиотокаграфии 6. Степень зрелости плаценты по Grannum – 3.

Тема 7. Аномалии родовой деятельности

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при развитии аномалий родовой деятельности.

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Патологический прелиминарный период. Клиника. Диагностика. Лечение

Первичная слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Лечение. Определение тактики ведения родов

Вторичная слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Лечение. Определение тактики ведения родов

Чрезмерно сильная родовая деятельность. Клиника. Диагностика. Лечение. Определение тактики ведения родов

Дискоординированная родовая деятельность. Клиника. Диагностика. Лечение. Определение тактики ведения родов

Профилактика аномалий родовой деятельности

Контрольные вопросы к теме:

1. Объективные критерии эффективности родовой деятельности не включают:

- а) характер схваток
- б) динамику раскрытия маточного зева
- в) время излития околоплодных вод
- г) продвижение плода по родовому каналу
- д) нет правильного ответа

2. Короткие и слабые регулярные схватки характерны для:

- а) прелиминарного периода
- б) патологического прелиминарного периода
- в) слабости родовой деятельности
- г) дискоординированной родовой деятельности
- д) нет правильного ответа

3. Сильные и длительные с короткими интервалами схватки характерны для:

- а) прелиминарного периода
- б) патологического прелиминарного периода
- в) слабости родовой деятельности
- г) дискоординированной родовой деятельности
- д) чрезмерной родовой деятельности

4. Для патологического прелиминарного периода характерны схватки:

- а) нерегулярные, слабые, малоболезненные
- б) нерегулярные, слабые, безболезненные
- в) регулярные, слабые, болезненные
- г) нерегулярные, слабые, болезненные в течение 1–6 ч
- д) нерегулярные, болезненные в течение более 6 ч

5. Лечение первичной слабости родовой деятельности обязательно включает:

- а) предоставление медикаментозного сна-отдыха
- б) амниотомию
- в) введение окситоцина
- г) создание гормонально-энергетического фона
- д) введение простагландинов

6. При лечении дискоординированной родовой деятельности наиболее эффективно:

- а) введение спазмолитиков (но-шпа, баралгин)
- б) предоставление медикаментозного сна-отдыха
- в) создание гормонально-энергетического фона

г) применение бета-адреномиметиков

д) введение лидазы в шейку матки

7. При лечении чрезмерной родовой деятельности наиболее целесообразно применение:

а) спазмолитиков

б) перидуральной анестезии

в) бета-адреномиметиков

г) обезболивания

д) медикаментозного сна

8. Группу риска по развитию аномалии родовой деятельности составляют беременные с:

а) отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом

б) многоводием и многоплодием

в) крупным плодом

г) пороками развития матки

д) всеми перечисленными осложнениями

9. При отсутствии усталости у роженицы с первичной слабостью родовой деятельности и целым плодным пузырем необходимо:

а) ввести окситоцин

б) ввести энзапрост

в) выполнить амниотомию

г) выполнить амниотомию с последующим введением утеротоников

д) сделать операцию кесарева сечения

Ответы на контрольные вопросы:

1.в

2.в

3.д

4.в

5.г

6.г

7.в

8.д

9.в

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;

- провести акушерское обследование роженицы;

- определять предполагаемую массу плода;

- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;

- заполнить историю родов;

- провести оценку родовой деятельности, внутриутробного состояния плода (проведение КТГ)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- клинические признаки аномалий родовой деятельности

- дополнительные методы исследования рожениц;

- протоколы ведения женщин при развитии различных форм аномалий родовой деятельности.

Контрольные итоговые вопросы:

Беременная 32 лет поступила в стационар по поводу излития о/вод 4 часа тому назад.

Срок беременности 39 недель. Беременность и роды - 2. В предыдущих родах отмечалась слабость родовой деятельности, эндометрит в родах, гипоксия плода. Наложены полостные щипцы, извлечен мальчик массой 3200, длиной 50 см. Оценка по шкале Апгар 2 бал-

ла. Через 74 часа ребенок умер. В настоящее время родовая деятельность отсутствует. Подтекают светлые о/воды. Предполагаемая масса плода 3800. Положение плода продольное, предлежит головка, сердечные тоны плода 136 уд. в мин. Шейка незрелая.

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?
3. Возможная причина слабости родовой деятельности?
4. Почему нельзя проводить родостимуляцию?
5. Чем опасно длительное стояние головки в одной плоскости?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Диагноз: Беременность 39 недель. Дородовое излитие о/вод. Отсутствие родовой деятельности. ОАА.
2. Тактика: Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.
3. Возраст беременной?
4. В виду отягощенного акушерского анамнеза (наличие гибели ребенка)
5. Формированием свищей

Тема 8. Анатомически узкий таз

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при анатомически узком тазе

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Классификация по форме и степени сужения.

Этиология различных форм сужения таза. Наиболее часто встречающиеся формы

Диагностика различных форм и степеней сужения таза. Течение и ведение беременности при анатомически узком тазе. Особенности биомеханизма родов при различных формах анатомически узкого таза. Особенности ведения родов

Характерные осложнения родового акта. Выбор тактики родоразрешения в зависимости от формы и степени сужения таза.

Контрольные вопросы к теме:

1. Наиболее часто встречающаяся форма анатомически узкого таза:
 - а) простой плоский
 - б) поперечносуженный
 - в) общеравномерносуженный
 - г) плоскорихитический
 - д) нет правильного ответа
2. Наиболее важный признак плоскорихитического таза:
 - а) мыс крестца вдается в полость таза
 - б) крылья подвздошных костей развернуты
 - в) крестец укорочен и утончен
 - г) крестец уплощен и уширен
 - д) нет правильного ответа
3. Наиболее важный признак поперечносуженного таза:
 - а) крутое стояние крыльев подвздошных костей
 - б) узкая лонная дуга

- в) уменьшение поперечных размеров таза
 - г) уменьшение горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса
 - д) нет правильного ответа
4. Осложнения в первом периоде родов при узком тазе включают:
- а) слабость родовой деятельности
 - б) раннее излитие околоплодных вод
 - в) выпадение пуповины
 - г) внутриутробную гипоксию плода
 - д) все перечисленные осложнения
5. Осложнения во втором периоде родов при узком тазе включают:
- а) вторичную слабость родовой деятельности
 - б) разрыв промежности
 - в) внутричерепную родовую травму
 - г) клинически узкий таз
 - д) все перечисленные осложнения
6. Особенностью биомеханизма родов при поперечносуженном тазе является:
- а) сильное сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма
 - б) сильное сгибание головки, высокое прямое стояние стреловидного шва, отсутствие внутреннего поворота головки
 - в) разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, асинклитическое вставление, «штурмовые» роды
 - г) разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, «низкое поперечное стояние головки»
 - д) сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма
7. Особенностью биомеханизма родов при простом плоском тазе является:
- а) сильное сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма
 - б) сильное сгибание головки, высокое прямое стояние стреловидного шва, отсутствие внутреннего поворота головки
 - в) разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, асинклитическое вставление, «штурмовые» роды
 - г) разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, «низкое поперечное стояние головки»
 - д) нет правильного ответа
8. Наиболее часто встречающееся осложнение беременности при узком тазе:
- а) многоводие
 - б) поперечное положение плода
 - в) преждевременное излитие околоплодных вод
 - г) гестоз
 - д) нет правильного ответа
9. Развитие клинически узкого таза может привести к:
- а) разрыву матки
 - б) образованию урогенитальных свищей
 - в) разрыву лонного сочленения
 - г) гибели плода
 - д) всем перечисленным осложнениям
10. К признакам клинически узкого таза относятся:
- а) потуги при прижатой головке плода
 - б) положительный симптом Вастена
 - в) отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии маточного зева и хоро-

- шей родовой деятельности
г) отек наружных гениталий
д) все перечисленные признаки

Ответы на контрольные вопросы

- 1.б
2.а
3.в
4.д
5.д
6.б
7.г
8.в
9.д
10.д

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода, определить форму и степень сужения таза

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при различных формах узкого таза
- признаки несоответствия размеров таза и плода.
- протоколы ведения родов у женщин с различными формами узкого таза.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях несоответствия размеров таза и плода.

Контрольные итоговые вопросы:

Роженица Ф., 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 9 ч назад.

Данные анамнеза наследственность неотягощена. Детство прошло в тяжелых материально-бытовых условиях. Менструация началась с 15 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 30 дней. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая — мертворожденного ребенка массой 2900 г. Первые и вторые роды длительные.

Данные анамнез: в детстве была болезненным ребенком, ходить начала с 2 лет, взрослой перенесла пневмонию и грипп.

Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Половая жизнь с 20 лет. Муж здоров. От первой беременности на втором году замужества родилась девочка массой 2700 г. Две последующие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. Четвертая беременность 3 года назад закончилась самостоятельными срочными родами, которые длились 23 ч. Новорожденный массой 2850 г умер на вторые сутки после рождения. Настоящая беременность пятая, женскую консультацию посещала регулярно, осложнений не было.

Объективно: Рост-150 см, масса тела — 54 кг, голова большая, четырехугольной формы. Зубы редкие с поперечными желобками. Грудь впалая, реберные четки, нижние конечности укорочены, искривлены в виде Х. Отеков нет. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая. АД -120/80-120/85 мм рт. ст., пульс-76 в 1 мин, удовлетворительного наполнения

и напряжения. Температура тела 36,7 °С. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы не обнаружено. Мочится самостоятельно.

Данные акушерского исследования: Окружность живота — 104 см, высота стояния дна матки над лобком — 38 см. Размеры таза: 26-26-31-18 см. Положение плода продольное, спина — справа, мелкие части — слева. Предлежащая часть — голова малым сегментом во входе в малый таз. Признак Вастена — голова вровень с симфизом. Сердцебиение плода 140 в минуту. Ориентировочная масса плода — 3950 г.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет (10 часов), подтекают воды в небольшом количестве с примесью мекония. Голова -малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов — в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 11,5 см.

Дополнительные измерения: индекс Соловьева-14 см; высота лобкового симфиза — 4 см; размеры выхода малого таза — поперечный- 11 см, прямой-10,5 см; лобковый угол тупой; ромб Михаэлиса значительно деформирован, почти треугольной формы за счет уменьшения верхней половины ромба.

Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

1. *Диагноз.*
2. *Клинические признаки, подтверждающие диагноз.*
3. *План ведения этих родов.*
4. *Особенности биомеханизма родов при диагностируемой форме таза.*

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Беременность 5, 3 срочные роды, второй период. Плоскорахитический таз (I степень сужения). Асинклитическое вставление головы плода (передний асинклитизм Негеле). Преждевременное излитие вод (безводный промежуток 10 ч). Отягощенный акушерский анамнез.

2. Плоскорахитический таз установлен на основании наружного тазоизмерения, при котором обнаружено, что размер между передневерхними остями подвздошных костей (26 см) равен размеру между гребнями этих костей, что характерно для плоскорахитического таза, у которого крылья подвздошных костей бывают сильно развернутыми, приближая эти размеры друг к другу.

Для плоскорахитического таза характерно также уменьшение прямого размера входа в малый таз и увеличение размеров выхода, что имеет место у роженицы Ф. У нее сужены наружная (18 см против 20 см в норме) и диагональная (11,5 см против 12,5-13 см в норме) конъюгаты, а прямой размер выхода (10,5 см против 9,5 в норме) увеличен. Косвенно диагноз подтверждается данными анамнеза (в детстве была болезненным ребенком, ходить начала с 2 лет) и общего обследования, дающими сведения о перенесенном рахите (голова большая, четырехугольная, зубы редкие, с поперечными желобками, грудь впалая, реберные четки, нижние конечности укорочены, искривлены в форме буквы X).

I степень сужения таза установлена на основании размера истинной конъюгаты, которая вычислена с учетом индекса Соловьева ($18-9=9$ см) и по диагональной конъюгате с учетом высоты лобкового симфиза ($11,5-1,5=10$ см). При истинной конъюгате, равной 9-10 см, степень сужения I. Асинклитическое вставление определено при влагалищном исследовании: стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца, т. е. во вход в малый таз вставляется передняя теменная кость (отсюда и название: передний асинклитизм). Диагноз преждевременное излитие вод- установлен из данных обследования, отягощенный акушерский анамнез — на основании рассказа женщины о последних

родах 3 года назад, которые, хотя и закончились самопроизвольно, но длились 23 ч и ребенок умер на вторые сутки, по-видимому, из-за родовой травмы.

3. На данном этапе, учитывая сомнительный признак Вастена, преждевременное излитие вод, отягощенный анамнез (ребёнок 2850 умер на 2 -е сутки предположительно от травмы), достаточно крупные размеры данного плода 3950, узкий таз 1 степени сужения предпочтительней закончить данные роды операцией кесарева сечения.

4. У роженицы Ф диагностирован плоскорахитический таз. Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе: а) продолжительное высокое стояние головы плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, наступившее из-за чрезвычайно суженного прямого размера входа в малый таз, препятствующего быстрому опусканию головы; б) небольшое разгибание головы при вступлении ее во вход в малый таз, способствующее вставлению головы в суженный прямой размер входа в малый таз бипариетальным поперечным размером; в) асиндетическое вставление головы (передний асинклитизм), возникающее чаще в связи с наличием отвислого живота; г) «штурмовые» роды, завершающиеся очень быстрым изгнанием плода после длительного вставления головы во вход в малый таз. Это создает опасность глубокого разрыва промежности и внутричерепного кровоизлияния у плода.

Тема 9. Клинически узкий таз

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при клинически узком тазе

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Причины формирования клинически узкого таза. Диагностика клинически узкого таза. Осложнения родового акта. Тактика ведения родов

Контрольные вопросы к теме:

1. Диагноз анатомически суженного таза ставится на основании
 - 1. результатов измерения наружных размеров большого таза
 - 2. результатов измерения диагональной конъюгаты
 - 3. результатов измерения ромба Михаэлиса
 - 4. исследования внутренних поверхностей всех стенок таза
- 5. Рентгенопельвиометрии
2. При анатомически суженном тазе чаще встречается
 - 1. длительное высокое стояние головки плода над входом в малый таз
 - 2. многоводие
 - 3. тазовое предлежание
 - 4. неправильное положение плода
- 5. неправильное вставление головки плода
3. Беременные с анатомически суженным тазом должны быть
 - 1. госпитализированы в акушерский стационар за две недели до родов
 - 2. направлены на ультразвуковое исследование
 - 3. родоразрешены только операцией кесарева сечения
 - 4. под наблюдением в женской консультации до начала родов
- 5. направлены на прерывание беременности в ранние сроки
4. При ведении родов у женщин с анатомически суженным тазом необходимо

- 1. определить форму и степень сужения таза
 - 2. определить индекс Соловьева
 - 3. определить предполагаемую массу плода
 - 4. прибегнуть к ранней амниотомии
-
- 5. оценить признак Вастена
5. Осложнением для плода в родах при анатомически суженном тазе может быть развитие
- 1. кефалогематомы
 - 2. патологической конфигурации головки
 - 3. гипоксии
 - 4. внутричерепной травмы
-
- 5. синдрома дыхательных расстройств (СДР)
6. Для функциональной оценки таза, кроме данных его измерения, большое значение имеет
- 1. анализ анамнестических данных
 - 2. оценка размеров плода
 - 3. оценка роста роженицы
 - 4. оценка формы живота
-
- 5. оценка положения плода

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3,4,5
2. 2
3. 3,4,5
4. 4
5. 5
6. 5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при клинически узком тазе
- признаки несоответствия размеров таза и плода.
- протоколы ведения родов у женщин с клинически узким тазе.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях несоответствия размеров таза и плода.

Контрольные итоговые вопросы:

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу затянувшихся (до 23 ч) срочных родов. Воды излились 2 ч назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее. Данные анамнеза: в детстве перенесла корь и скарлатину, будучи взрослой ничем не болела. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, продолжительностью 3-4 дня через 28 дней. Замужем с 23 лет, муж здоров.

Беременность четвертая. Первая на втором году замужества закончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая — медицинским абортom без осложнений, третья — 3 года назад срочными родами, продолжающимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г. Начиная с 12 недель настоящей беременности находилась под наблюдением в женской консультации. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С. Рост-162 см, масса тела — 79 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс-78 в 1 мин, правильный, АД - 120/80- 125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота-114 см, высота стояния дна матки над лобком- 36 см.

Матка овоидной формы. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части плода- справа. Предлежащая часть — голова, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода- 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочится самостоятельно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Индекс Соловьева — 15 см; лобковый угол — 100°; размеры выхода таза: поперечный — 11,5 см, прямой — 10,5 см; крестцовый ромб имеет правильную форму, продольный размер — 11 см, поперечный- 10 см: прямой размер головы — 12 см; длина полуовала плода, измеренная тазоммером, равна 26 см (ориентировочная длина плода — 52-54 см); размер Цангемейстера — 21 см; признак Генкеля — Вастена сомнительный.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа. Стреловидный шов слегка отклонен к мысу крестца, немного ниже опущена правая теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет. Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Значение размера Цангемейстера и признака Генкеля-Вастена. Какие нужны условия для их определения? Значение этих симптомов для прогноза родов Н.
4. Клинически и анатомически узкий таз,
5. План дальнейшего ведения этих родов.

Примерные ответы на итоговые вопросы:

1. Беременность 4, 3 срочные роды. Крупный плод. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Клинически (функционально) узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности.
 2. Диагноз асинклитического вставления головы плода установлен на основании влагалищного исследования, при котором обнаружено внеостевое стояние стреловидного шва. Стреловидный шов отклонен ближе к мысу крестца (в норме стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от мыса и симфиза, т. е. лежит по оси таза — синклитически). Диагноз передний асинклитизм (Негиле) поставлен из-за стояния стреловидного шва ближе к мысу и более низкого опущения передней теменной кости.
- Клинически узкий таз предполагается в связи с наличием крупного плода (масса -4100 г, длина — 52-54 см, прямой размер головы- 12 см), затяжные (до 23 ч) роды у повторнородящей женщины, неправильное (асинклитическое) вставление головы плода, отсутствие продвижения головы при полном раскрытии маточного зева и своевременном излитии

околоплодных вод, сомнительный признак Вастена и Цангеймейстера. Вторичная слабость родовой деятельности подтверждается затяжным течением родов с преимущественным ослаблением родовых сил во втором периоде родов.

3. Для выявления клинического несоответствия между головой плода и тазом роженицы пользуются признаком Генкеля — Вастена, размером Цангеймейстера и ультразвуковым исследованием. Условием для их определения является фиксированная голова плода во входе в малый таз, полное раскрытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, хорошая родовая деятельность.

Размер Цангеймейстера измеряется тазомером в положении роженицы стоя или лежа на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату и запоминают ее размер, затем, не сдвигая пуговку задней бранши тазомера, пуговку передней передвигают с лобкового симфиза на наиболее выдающуюся точку предлежащей головы плода. Это и будет размер Цангеймейстера. Если он меньше наружной конъюгаты на 3 см, прогноз родов хороший, если больше — прогноз плохой, если цифры одинаковые — прогноз родов сомнительный, свидетельствует о наличии незначительного несоответствия. Признак Генкеля — Вастена определяется в положении роженицы лежа на спине. Ладонь руки исследующий располагает на поверхности лобкового симфиза и скользит нею кверху по направлению к предлежащей голове. Если передняя поверхность головы находится выше плоскости симфиза, признак Генкеля — Вастена положительный, размеры головы плода не соответствуют размерам таза, прогноз родов неблагоприятный, роды самостоятельно закончиться не могут. Если передняя поверхность головы находится на одном уровне с симфизом, признак Генкеля — Вастена «вровень», исход родов сомнительный. Если передняя поверхность головы находится ниже плоскости симфиза, признак отрицательный, прогноз родов хороший, роды обычно заканчиваются самостоятельно.

У роженицы Н. размер Цангеймейстера равен 21 см, наружная конъюгата -20,5 см, т. е. — прогноз родов сомнительный. Признак Генкеля — Вастена у Н. сомнительный, т. е. роды могут закончиться самостоятельно при хорошей родовой деятельности, хорошей способности головки к конфигурации.

4. Анатомически узким тазом считается такой таз, в котором по сравнению с нормальным уменьшены все размеры, или некоторые размеры, или только один из главных размеров таза на 2 см или более.

Функционально, или клинически, узким тазом называют такой таз, который представляет затруднение и препятствие для рождения плода т.е. несоответствие размеров головки плода размерам таза. Функционально узкий таз может быть при анатомическом его сужении, при нормальных размерах таза и крупном плоде и при неправильном вставлении головы (разгибательное, асинклитическое и пр.). У роженицы Н. таз анатомически является нормальным, а клинически — узким (крупный плод, асинклитическое вставление головы).

Незначительно выраженный асинклитизм, наблюдающийся у Н., в большинстве случаев не препятствует, а способствует конфигурации головы и приспособлению ее к прохождению по родовому каналу. Под действием силы схваток и потуг голова, по-видимому, сможет в достаточной степени изменить свою форму и станет продвигаться. По мере опускания в полость малого таза асинклитизм, как правило, ликвидируется.

Лечение надо начать с усиления родовой деятельности, при этом следует усилить наблюдение за состоянием нижнего сегмента матки, мочеиспусканием и сердцебиением плода.

5. На данном этапе родов есть основания предполагать, что при наличии достаточной родовой деятельности возможно самостоятельное родоразрешение. Это предположение основывается на наличии признаков, указывающих на отсутствие явного клинического несоответствия между размерами головы и входа в малый таз: установление головы большим сегментом во вход в малый таз, сомнительный признак Генкеля — Вастена, размер Цангеймейстера на 0,5 см меньше размера наружной конъюгаты. Если в течение 2-3 ч

не разовьется хорошая родовая деятельность и не последует продвижение головы, следует ставить вопрос об оперативном родоразрешении: кесарево сечение. От врача и акушерки, ведущих роды с клинически узким тазом, требуются разумное терпение и внимательное наблюдение за роженицей для своевременного распознавания и лечения осложнений, возможных при родах с узким тазом (разрыв матки, образование пузырно-влагалищных свищей, внутриутробная гипоксия плода и т.д).

Тема 10. Крупный плод

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при крупном плоде

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Этиология. Клиника и диагностика. Особенности течения и ведения беременности. Особенности течения и ведения родов. Осложнения. Показания к оперативному родоразрешению.

Контрольные вопросы к теме:

1. Плод считается крупным при массе тела более
 1. 3000 г
 2. 3500 г
 3. 3800 г
 4. 4000 г
 5. 4500 г
2. Диагноз функционально узкого таза ставится на основании оценки
 1. размеров и формы таза
 2. величины головки плода
 3. положения плода
 4. вставления головки
 5. характера родовой деятельности
3. Родоразрешение операцией кесарева сечения проводится в плановом порядке при сочетании первой степени сужения таза
 1. с перенесенной беременностью
 2. с крупным плодом
 3. с юным возрастом первородящей
 4. с гипотрофией плода
 5. с тазовым предлежанием плода
4. Несоответствие головки плода размерам таза матери может возникнуть
 1. при крупном плоде
 2. при неправильном вставлении головки
 3. при предлежании плаценты
 4. при рубце на матке
 5. при гидроцефалии

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1,2,4,5

3. 1,2,5

4. 1,2,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при клинически узком тазе
- признаки несоответствия размеров таза и плода.
- протоколы ведения родов у женщин с клинически узким тазе.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях несоответствия размеров таза и плода.

Контрольные итоговые вопросы:

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу затянувшихся (до 23 ч) срочных родов. Воды излились 2 ч назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее. Данные анамнеза: в детстве перенесла корь и скарлатину, будучи взрослой ничем не болела. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, продолжительностью 3-4 дня через 28 дней. Замужем с 23 лет, муж здоров.

Беременность четвертая. Первая на втором году замужества закончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая — медицинским абортом без осложнений, третья — 3 года назад срочными родами, продолжающимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г. Начиная с 12 недель настоящей беременности находилась под наблюдением в женской консультации. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С. Рост-162 см, масса тела — 79 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс-78 в 1 мин, правильный, АД - 120/80- 125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота-114 см, высота стояния дна матки над лобком- 36 см.

Матка овоидной формы. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части плода- справа. Предлежащая часть — голова, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода- 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочится самостоятельно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Индекс Соловьева — 15 см; лобковый угол — 100°; размеры выхода таза: поперечный — 11,5 см, прямой — 10,5 см; крестцовый ромб имеет правильную форму, продольный размер — 11 см, поперечный- 10 см; прямой размер головы — 12 см; длина полуовала плода, измеренная тазомером, равна 26 см (ориентировочная длина плода — 52-54 см); размер Цангейстера — 21 см; признак Генкеля — Вастена сомнительный.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стре-

ловидный шов в поперечном размере входа. Стреловидный шов слегка отклонен к мысу крестца, немного ниже опущена правая теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет. Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

6. Диагноз.
7. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
8. Значение размера Цангемейстера и признака Генкеля-Вастена. Какие нужны условия для их определения? Значение этих симптомов для прогноза родов Н.
9. Клинически и анатомически узкий таз,
10. План дальнейшего ведения этих родов.

Примерные ответы на итоговые вопросы:

1. Беременность 4, 3 срочные роды. Крупный плод. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Клинически (функционально) узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности.

2. Диагноз асинклитического вставления головы плода установлен на основании влагалищного исследования, при котором обнаружено внеостевое стояние стреловидного шва. Стреловидный шов отклонен ближе к мысу крестца (в норме стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от мыса и симфиза, т. е. лежит по оси таза — синклитически). Диагноз передний асинклитизм (Негиле) поставлен из-за стояния стреловидного шва ближе к мысу и более низкого опущения передней теменной кости.

Клинически узкий таз предполагается в связи с наличием крупного плода (масса -4100 г, длина — 52-54 см, прямой размер головы- 12 см), затяжные (до 23 ч) роды у повторнородящей женщины, неправильное (асинклитическое) вставление головы плода, отсутствие продвижения головы при полном раскрытии маточного зева и своевременном излитии околоплодных вод, сомнительный признак Вастена и Цангеймейстера. Вторичная слабость родовой деятельности подтверждается затяжным течением родов с преимущественным ослаблением родовых сил во втором периоде родов.

3. Для выявления клинического несоответствия между головой плода и тазом роженицы пользуются признаком Генкеля — Вастена, размером Цангемейстера и ультразвуковым исследованием. Условием для их определения является фиксированная голова плода во входе в малый таз, полное раскрытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, хорошая родовая деятельность.

Размер Цангемейстера измеряется тазомером в положении роженицы стоя или лежа на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату и запоминают ее размер, затем, не сдвигая пуговку задней бранши тазомера, пуговку передней передвигают с лобкового симфиза на наиболее выдающуюся точку предлежащей головы плода. Это и будет размер Цангемейстера. Если он меньше наружной конъюгаты на 3 см, прогноз родов хороший, если больше -прогноз плохой, если цифры одинаковые — прогноз родов сомнительный, свидетельствует о наличии незначительного несоответствия. Признак Генкеля — Вастена определяется в положении роженицы лежа на спине. Ладонь руки исследующий располагает на поверхности лобкового симфиза и скользит нею кверху по направлению к предлежащей голове. Если передняя поверхность головы находится выше плоскости симфиза, признак Генкеля — Вастена положительный, размеры головы плода не соответствуют размерам таза, прогноз родов неблагоприятный, роды самостоятельно закончиться не могут. Если передняя поверхность головы находится на одном уровне с симфизом, признак Генкеля — Вастена «вровень», исход родов сомнительный. Если передняя поверхность головы находится ниже плоскости симфиза, признак отрицательный, прогноз родов хороший, роды обычно заканчиваются самостоятельно.

У роженицы Н. размер Цангемейстера равен 21 см, наружная конъюгата -20,5 см, т. е. прогноз родов сомнительный. Признак Генкеля — Вастена у Н. сомнительный, т. е. роды могут закончиться самостоятельно при хорошей родовой деятельности, хорошей способности головки к конфигурации.

4. Анатомически узким тазом считается такой таз, в котором по сравнению с нормальным уменьшены все размеры, или некоторые размеры, или только один из главных размеров таза на 2 см или более.

Функционально, или клинически, узким тазом называют такой таз, который представляет затруднение и препятствие для рождения плода т.е. несоответствие размеров головки плода размерам таза. Функционально узкий таз может быть при анатомическом его сужении, при нормальных размерах таза и крупном плоде и при неправильном вставлении головы (разгибательное, асинклитическое и пр.). У роженицы Н. таз анатомически является нормальным, а клинически — узким (крупный плод, асинклитическое вставление головы).

Незначительно выраженный асинклитизм, наблюдающийся у Н., в большинстве случаев не препятствует, а способствует конфигурации головы и приспособлению ее к прохождению по родовому каналу. Под действием силы схваток и потуг голова, по-видимому, сможет в достаточной степени изменить свою форму и станет продвигаться. По мере опускания в полость малого таза асинклитизм, как правило, ликвидируется.

Лечение надо начать с усиления родовой деятельности, при этом следует усилить наблюдение за состоянием нижнего сегмента матки, мочеиспусканием и сердцебиением плода.

5. На данном этапе родов есть основания предполагать, что при наличии достаточной родовой деятельности возможно самостоятельное родоразрешение. Это предположение основывается на наличии признаков, указывающих на отсутствие явного клинического несоответствия между размерами головы и входа в малый таз: установление головы большим сегментом во вход в малый таз, сомнительный признак Генкеля — Вастена, размер Цангемейстера на 0,5 см меньше размера наружной конъюгаты. Если в течение 2-3 ч не разовьется хорошая родовая деятельность и не последует продвижение головы, следует ставить вопрос об оперативном родоразрешении: кесарево сечение. От врача и акушерки, ведущих роды с клинически узким тазом, требуются разумное терпение и внимательное наблюдение за роженицей для своевременного распознавания и лечения осложнений, возможных при родах с узким тазом (разрыв матки, образование пузырно-влагалищных свищей, внутриутробная гипоксия плода и т.д.).

Тема 11. Неправильные положения плода

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при неправильном положении плода

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Классификация. Этиология. Диагностика

Особенности течения и ведения беременности. Особенности течения родов. Запущенное поперечное положение плода. Тактика и сроки родоразрешения

Контрольные вопросы к теме:

1. Причиной неправильного положения плода может быть
 - 1. узкий таз
 - 2. многоводие
 - 3. аномалии матки

- 4. многоплодие
- 5. предлежание плаценты
- 2. К признакам неправильного положения плода относятся
 - 1. высокое стояние дна матки
 - 2. высокое расположение предлежащей части
 - 3. отсутствие предлежащей части над входом в малый таз
 - 4. увеличение матки в поперечном размере
 - 5. обнаружение головки плода в дне матки
- 3. При неправильном положении плода
 - 1. часто происходит несвоевременное излитие околоплодных вод
 - 2. наблюдается высокая частота родовых травм у новорожденных
 - 3. возможен разрыв матки в родах
 - 4. роды следует закончить операцией кесарева сечения в плановом порядке
 - 5. показано родоразрешение через естественные родовые пути
- 4. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях
 - 1. не используется в современном акушерстве
 - 2. состоит из двух этапов: - освобождения ручек, - освобождения головки
 - 3. производится после рождения плода до нижнего угла передней лопатки, когда потуги не эффективны
 - 4. производится при прорезывании ягодиц
 - 5. производится только по показаниям со стороны матери
- 5. Метод Цовьянова при чистом ягодичном предлежании
 - 1. позволяет предотвратить рождение плода до полного раскрытия маточного зева
 - 2. способствует сохранению нормального членорасположения плода
 - 3. позволяет перевести чистое ягодичное предлежание в смешанное ягодичное или ножное
 - 4. не требует применения перинеотомии
 - 5. позволяет предотвратить запрокидывание ручек

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3,4,5
2. 3,4
3. 1,2,3,4
4. 2,3
5. 2,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при клинически узком тазе
- признаки несоответствия размеров таза и плода.
- протоколы ведения родов у женщин с клинически узким тазе.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях неправильного расположения плода.

Контрольные итоговые вопросы:

В родильном блоке находится первородящая 20 лет. Схватки начались 7 часов назад, через 4—5 минут по 35—40 сек. средней силы. Беременность протекала удовлетворительно. Роды в срок. Соматически здорова.

Объективно: рост 164 см, вес 67 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд. в мин. Размеры таза: 25—27, 5—31—20 см. ВДМ 36 см. окр. живота 96 см. Положение плода продольное, предлежат ягодичы, прижаты ко входу в таз. Сердцебиение ритмичное, 140 уд. в мин.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края ее эластичные, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Ягодицы во входе в таз. Межвертельная линия в левом косом размере таза. Мыс не достигается. Деформаций таза нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Какие осложнения возможны в периоде изгнания при тазовом предлежании?
4. Какие вы знаете разновидности тазовых предлежаний?
5. частота тазовых предлежаний?

Примерные ответы на итоговые вопросы:

- Срочные роды I, I период родов, тазовое предлежание. I слабость родовой деятельности.
2. Амниотомия, роды вести консервативно следить за состоянием плода, характером родовой деятельности. При наложении акушерской патологии экстренное родоразрешение операцией кесарево сечение
 3. (запрокидывание ручек; разгибание головки; затрудненное рождение плечевого пояса и головки; гипоксия плода, гибель
 4. (чистоягодичное, смешанное ягодичное, ножное, коленное)
 5. 3-5 %

Тема 12. Разгибательные предлежания плода

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при крупном плоде

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Классификация. Причины формирования

Передне-головное предлежание. Диагностика. Биомеханизм родов при передне-головном предлежании. Особенности клинического течения и ведения родового акта

Лобное предлежание. Диагностика. Биомеханизм родов при лобном предлежании

Особенности клинического течения и ведения родов. Выбор метода родоразрешения

Лицевое предлежание. Диагностика. Биомеханизм родов при лицевом предлежании. Особенности клинического течения и ведения родового акта. Выбор метода родоразрешения.

Контрольные вопросы к теме:

1. При переднеголовном вставлении
 - 1. во входе в малый таз головка совершает сгибание
 - 2. в полости таза головка поворачивается затылком кпереди
 - 3. головка прорезывается, совершая сгибание
 - 4. головка рождается прямым размером

- 5. родовая опухоль расположена в области лба
- 2. При переднеголовном вставлении
 - 1. ведущей точкой является область большого родничка
 - 2. роды возможны только в переднем виде
 - 3. роды через естественные родовые пути невозможны
 - 4. родовая опухоль формируется в области малого родничка
- 5. головка рождается большим косым размером
- 3. При лобном вставлении в выходе из таза головка совершает
 - 1. сгибание
 - 2. разгибание
 - 3. внутренний поворот
 - 4. сгибание и разгибание
- 5. максимальное разгибание
- 4. При лобном вставлении в выходе из таза головка совершает
 - 1. наружный поворот
 - 2. сгибание
 - 3. разгибание
 - 4. сгибание и разгибание
- 5. внутренний поворот
- 5. При лицевом вставлении
 - 1. головка прорезывается вертикальным размером
 - 2. головка прорезывается в разгибании
 - 3. ведущей точкой является надпереносье
 - 4. форма головки "молоткообразная"
 - 5. точкой фиксации является подбородок

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1
3. 4
4. 4
5. 1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода, выделить предлежащую часть и особенности ее вставления

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при крепном плоде
- признаки несоответствия размеров таза и плода.
- протоколы ведения родов у женщин с клинически узким тазе.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях несоответствия размеров таза и плода.

Контрольные итоговые вопросы:

После рождения ребенка обнаружено: родовая опухоль расположена на левой теменной кости между большим и малым родничками, форма головки приближается к долихоцефа-

лической. Определите механизм родов, при котором произошло рождение плода.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Тема 13. Варианты патологического вставления головки

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при патологическом вставлении головки

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Понятие о высоком прямом и низком поперечном стоянии стреловидного шва

Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Особенности механизма родов. Особенности течения и ведения родов. Осложнения и их профилактика

Асинклитические вставления головки. Классификация. Этиология. Клиническая картина.

Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Осложнения и их профилактика

Контрольные вопросы к теме:

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода

После изучения данной темы ординатор должен **знать:**

- особенности течения родов при клинически узком тазе
- признаки несоответствия размеров таза и плода.
- протоколы ведения родов у женщин с клинически узким тазе.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях патологического вставления головки.

Контрольные итоговые вопросы :

Машиной скорой помощи доставлена повторнородящая с доношенной беременностью. Данная беременность 4, роды предстоят 3. Родовая деятельность началась 5 часов назад, схватки регулярные, через 3-4 мин. по 35-40 сек. Рост пациентки 165 см, масса тела 82 см. Окружность живота – 100 см, высота стояния дна матки над лоном – 35 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Предполагаемая масса плода 3400 г. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, в момент исследования излилось 300 мл светлых околоплодных вод. Слева и сзади определяется лоб, справа и спереди определяется подбородок плода. Лицевая линия в левом косом раз- мере. Мыс не достигается. Диагноз. План ведения

Примерные ответы на контрольные вопросы:

Беременность 40 недель, лицевое предлежание 1-я позиция, задний вид, I период родов, НЖО. При заднем виде лицевого предлежания возможно ведение родов через естествен- ные родовые пути.

Тема 14. Тазовое предлежание плода

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при тазовом предлежании плода

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Этиология. Классификация. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности. Биомеханизм родов при тазовом предлежании. Особенности течения и ведения родов через естественные родовые пути.

Характерные осложнения родов и методы их профилактики.

Выбор метода родоразрешения при тазовых предлежаниях. Пособия, оказываемые в родах, при различных видах тазовых предлежаний. Техника их выполнения.

Акушерские операции, используемые при возникновении осложнений во время родов в тазовом предлежании.

Контрольные вопросы к теме:

1. При тазовых предлежаниях
 - 1. можно избежать прижатия пуповины
 - 2. положение плода неправильное
 - 3. роды считаются патологическими
 - 4. позиция плода определяется по малому родничку
- 5. наружный поворот туловища не является обязательным
2. Среди тазовых предлежаний наиболее благоприятным является
 - 1. смешанное ягодичное
 - 2. ножное предлежание передний вид
 - 3. чистое ягодичное предлежание передний вид
 - 4. ножное предлежание задний вид
- 5. чистое ягодичное предлежание задний вид
3. Наиболее неблагоприятным из тазовых предлежаний считается
 - 1. чистое ягодичное
 - 2. неполное ножное
 - 3. полное ножное
 - 4. смешанное ягодичное
- 5. коленное
4. Форма головки у новорожденных, родившихся в тазовых предлежаниях
 - 1. долихоцефалическая
 - 2. шаровидная
 - 3. брахицефалическая
 - 4. неправильная
- 5. башенная
5. Наружный поворот головки
 - 1. происходит по закону неравноплечного рычага
 - 2. заканчивается переходом плода в противоположную позицию
 - 3. сопровождается поворотом личика в сторону, противоположную первоначальной позиции плода

- 4. завершается переходом плечиков в поперечный размер плоскости выхода из малого таза
- 5. завершается переходом плечиков в один из косых размеров плоскости выхода из малого таза

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3
2. 3
3. 3
4. 2
5. 3

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при тазовом предлежании
- протоколы ведения родов у женщин с тазовым предлежанием плода.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях тазового предлежания плода.

Контрольные итоговые вопросы:

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 24 лет со сроком беременности 41-42 недели. Из анамнеза: продолжительность менструального цикла 28 дней. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 170 см. Вес 73 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Предполагаемая масса плода 3500-3500 г. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки отклонена кзади, длиной 3,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом проходим для одного пальца. 24 Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3500-3500. Плацента с выраженными петрификатами. Маловодие. Показатели доплерметрии в норме. Данные кардиомониторного наблюдения – норма. Диагноз. План ведения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: беременность 41-42 недели. Чисто ягодичное предлежание. План ведения: Учитывая перенашивание, неподготовленность родовых путей при тазовом предлежании плода, показано родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Тема 15. Многоплодная беременность

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведении родов при многоплодной беременности

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований,

одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Классификация. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности

Специфические осложнения беременности. Синдром фето-фетальной гемотрансфузии.

Этиология. Диагностика. Варианты ведения беременности и лечения

Обратная артериальная перфузия. Этиология. Диагностика. Прогноз

Внутриутробная гибель одного плода при многоплодной беременности. Варианты ведения беременности

Сросшиеся близнецы. Типы срастания. Прогноз. Тактика

ВПР одного из плодов. Тактика ведения беременности

Хромосомная патология одного из плодов. Варианты ведения беременности

Выбор тактики и сроков родоразрешения. Особенности течения и ведения родов

Характерные осложнения и их профилактика. Особенности ведения послеродового периода

Контрольные вопросы к теме:

1. Факторами, способствующими многоплодной беременности, являются:

А. возраст более 35 лет

Б. наследственный фактор

В. беременность после отмены оральных контрацептивов

Г. беременность на фоне применения вспомогательных репродуктивных технологий

Д. все вышеперечисленное

2. Сколько хорионов (плацент) может формироваться при однойяйцевой двойне?

А. три

Б. две

В. Одна

3. Сколько хорионов (плацент) формируется при двуяйцевой двойне?

А. одна

Б. две

4. Ультразвуковыми признаками бихориальной двойни в I триместре являются:

А. два плодных яйца

Б. два эмбриона

В. толстая межплодовая перегородка

Г. λ-признак у основания межплодовой перегородки

Д. все вышеперечисленное

5. Что является ультразвуковым критерием монохориальной биамниотической двойни в I триместре?

А. один амнион

Б. два эмбриона

В. два желточных мешка

Г. тонкая межплодовая перегородка

Д. Т-признак у основания межплодовой перегородки

Ответы на контрольные вопросы:

1. Д

2. Б, В

3. Б

4. Д

5. Б, В, Г, Д

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;

- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую массу плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при многоплодной беременности
- протоколы ведения родов у женщин с многоплодной беременностью.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях многоплодной беременности.

Контрольные итоговые вопросы:

У пациентки при сроке беременности 34 недели при УЗИ определяется 2 плода, оба в головном предлежании. I плод соответствует 34-недельному сроку беременности, у II плода показатели фетометрии соответствуют 30 неделям. беременности. Плацента одна, расположена по передней стенке матки, II степени зрелости, межплодовая перегородка 1,2 мм, количество околоплодных вод в пределах нормы. Диагноз.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: Беременность 34 недели . МХБА двойня. Головное предлежание плодов. Задержка роста 2 плода 2 степени.

Тема 16. Перенашивание беременности

Цель занятия: дать представление о диагностике и тактике ведения родов при перенашивании беременности

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Определение. Понятие о пролонгированной беременности. Этиология. Диагностика. Схемы ведения беременных с тенденцией к перенашиванию. Место программированных родов при перенашивании. Показания и методы родовозбуждения. Показания к операции кесарево сечение. Характерные осложнения родов. Признаки перезрелости у новорожденного. Степени перезрелости по Клиффорду

Контрольные вопросы к теме:

1. Пролонгированная беременность характеризуется
 - 1. продолжительностью более 294 дня
 - 2. развитием фетоплацентарной недостаточности
 - 3. рождением ребенка с признаками незрелости
 - 4. многоводием
2. Для диагностики переносимости беременности используют
 - 1. определение срока беременности по данным анамнеза
 - 2. амниоскопию
 - 3. окситоциновый тест Смита
 - 4. УЗИ
 - 5. кольпоцитоскопию
3. Для переносимости беременности не характерно
 - 1. высокое стояние дна матки

- 2. нарастание массы тела беременной
 - 3. уменьшение окружности живота
 - 4. ограничение подвижности плода, маловодие
-
- 5. усиление или ослабление движений плода
4. Классический синдром переносимости новорожденного не включает
- 1. мацерацию кожи в области стоп и ладоней
 - 2. отсутствие казеозной смазки
 - 3. удлинение ногтей
 - 4. отек подкожной клетчатки
-
- 5. узор швов и родничков
5. Для запоздалых родов не характерна высокая частота
- 1. несвоевременного излития околоплодных вод
 - 2. клинически узкого таза
 - 3. бурной родовой деятельности
 - 4. гипоксии плода
-
- 5. травматизма матери

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1
2. 1,2,4,5
3. 2
4. 4
5. 3

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у роженицы;
- провести акушерское обследование роженицы;
- определять предполагаемую срок гестации и размер плода;
- выслушивать и подсчитывать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- заполнить историю родов;
- провести оценку соотношения размеров таза и плода

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- особенности течения родов при переносимой беременности
- протоколы ведения родов у женщин с переносимой беременностью.
- знать показания к оперативному родоразрешению в случаях переносимой беременности.

Контрольные итоговые вопросы:

В родовое отделение поступила первобеременная 24 лет. Срок беременности 42-43 недели. Встала на учет в женской консультации в сроке беременности 8—9 недель. Жалобы на нерегулярные ноющие боли в животе и пояснице в течение 10 дней, ухудшение шевеления плода.

Объективно: рост 164 см, вес 73 кг. А/Д 115/80, 120/80 мм рт. ст. Отеков нет. Размеры таза: 25—27—30—20 см. ВДМ 39 см, окр. живота 103 см. Положение плода продольное, предлежит головка, слегка прижата ко входу в таз. Подвижность плода ограничена. Сердцебиение приглушено, 132 уд. в минуту, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка в центре таза, длиной 2,5 см, наружный зев мягкий, пропускает палец, внутренний, плотный, закрыт. Плодный пузырь цел, головка плода слегка прижата ко входу в таз. Мыс не достигается. Крестцовая впадина емкая. Выделения слизистые.

1. Диагноз?.

2. Акушерская тактика?
3. состояние плаценты при переношенной беременности?
4. дайте определение понятию «запоздалые роды перезрелым плодом»?
5. признаки перезрелого плода?

Примерные ответы на итоговые вопросы:

1. беременность 42-43 недели. Патологический прелиминарный период. Незрелая шейка матки. Крупный плод (4000 гр). ХВГП, декомпенсация
2. госпитализация, родоразрешение посредством кесарева сечения.
3. Петрификаты, утончение плаценты, участки полости
4. Роды после 42 недель беременности плодом с признаками перезрелости
5. Сужение швов на черепе, уплотнение костей черепа, отсутствие сыровидной смазки, мацерация кожи, оволосенение.

РАЗДЕЛ 3 «ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО»

Тема 1. Искусственное прерывание беременности ранних сроков

Цель занятия: дать представление о диагностике и методах прерывания беременности

Место занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: Медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, зеркала, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Методы прерывания беременности на ранних сроках. Медикаментозный аборт. Сроки и условия выполнения. Противопоказания. Препараты, применяемые для медикаментозного аборта. Техника выполнения. Осложнения, их коррекция и профилактика

Хирургические методы прерывания беременности на ранних сроках. Вакуум-аспирация (мини-аборт). Сроки и условия выполнения. Кюретаж (механическое удаление плодного яйца из полости матки). Показания и противопоказания. Методы обезболивания. Техника выполнения операции.

Подготовка к прерыванию беременности. Осложнения и их профилактика. Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Аборт

- 1. это прерывание беременности в сроке до 29 недель
- 2. называется поздним, начиная с 18 недель
- 3. в поздних сроках может быть осуществлен путем экстрааминимального введения гипертонического раствора
- 4. может быть причиной невынашивания, бесплодия
- 5. абсолютно противопоказан при высоком риске сенсibilизации по резус-фактору

2. Мини-аборт

- 1. может быть выполнен в амбулаторных условиях
- 2. производится при задержке менструации до 30 дней
- 3. выполняется после расширения цервикального канала до 8 номера расширителей Гегара
- 4. производится с помощью кюретки N2
- 5. не имеет осложнений

3. Поздний аборт может быть выполнен

- 1. по желанию женщины старше 30 лет
- 2. по социальным показаниям

- 3. без согласия женщины при хромосомной патологии у плода
 - 4. женщине, имевшей контакт по краснухе в I триместре беременности
-
4. Врач может отказать в производстве искусственного аборта при выявлении
- 1. эрозии шейки матки
 - 2. миомы матки
 - 3. носительства вируса иммунодефицита
 - 4. гонококков в мазках из цервикального канала
-
- 5. хронической инфекции любой локализации
5. Выскабливание полости матки
- 1. является единственным способом искусственного аборта
 - 2. не требует общего обезболивания
 - 3. может быть начато только после влагалищного исследования, выполненного оператором
-
- 4. может быть выполнено без использования абортцанга
 - 5. должно заканчиваться обработкой полости матки антисептиком
-

Ответы на контрольные вопросы к теме:

1. 4
2. 1
3. 2,4
4. 4
5. 3,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести гинекологическое обследование;
- заполнить медицинскую карту стационарного больного;
- определить срок беременности

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- протоколы прерывания беременности в различные сроки.
- знать показания к медикаментозному и вакуумному прерыванию беременности.

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 25-ть лет, доставлена экстренно с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота. Боли появились через 5 часов после медицинского аборта, проведенного в дневном стационаре при сроке беременности 8-ь недель. Ранее было 2-е родов и 2-а искусственных аборта. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовл-ое, пульс 80-т удар. в мин., А/Д -120/80 мм ртут.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки не эрозирована, наружный зев закрыт, выделения кровянистые, мажущие.

Бимануально: Своды влагалища свободны. Матка увеличена до 12-и недель беременности, округлая, болезненная при пальпации, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

Предполагаемый диагноз, план обследования и лечения.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Гематометра после аборта. Расширение цервикального канала и опорожнение матки.

Тема 2. Современные методы прерывания беременности во 2 и 3 триместрах беременности

Цель занятия: дать представление о диагностике и методах прерывания беременности во 2 и 3 триместре.

Место занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: Медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, зеркала, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Показания и противопоказания. Подготовка беременной к прерыванию

Методы прерывания беременности. Инструментальное удаление плодного яйца, выскабливание стенок полости матки. Сроки выполнения. Методы обезболивания. Техника операции. Осложнения и их профилактика. Реабилитация

Гистеротомия (малое кесарево сечение). Показания и сроки выполнения. Техника операции. Осложнения и их профилактика

Прерывание беременности с помощью лекарственных препаратов. Прерывание беременности с использованием ЛС для индукции сократительной активности матки. Прерывание беременности с использованием гипертонических агентов

Операции, подготавливающие родовые пути

Амниотомия. Показания и противопоказания. Условия для проведения операции. Техника операции. Осложнения

Рассечение промежности. Разновидности – эпизио- и перинеотомия. Показание. Техника операции. Осложнения.

Контрольные вопросы к теме:

1. Поздний аборт может быть выполнен
 - 1. по желанию женщины старше 30 лет
 - 2. по социальным показаниям
 - 3. без согласия женщины при хромосомной патологии у плода
 - 4. женщине, имевшей контакт по краснухе в I триместре беременности
- 5. по поводу полного предлежания плаценты, обнаруженного при УЗИ
2. Врач может отказать в производстве искусственного аборта при выявлении
 - 1. эрозии шейки матки
 - 2. миомы матки
 - 3. носительства вируса иммунодефицита
 - 4. гонококков в мазках из цервикального канала
- 5. хронической инфекции любой локализации
3. Выскабливание полости матки
 - 1. является единственным способом искусственного аборта
 - 2. не требует общего обезболивания
 - 3. может быть начато только после влагалищного исследования, выполненного оператором
 - 4. может быть выполнено без использования абортцанга
 - 5. должно заканчиваться обработкой полости матки антисептиком

Ответы на контрольные вопросы:

1. 2,4
2. 4
3. 3,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести гинекологическое обследование;
- заполнить медицинскую карту стационарного больного;
- определить срок беременности

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- протоколы прерывания беременности в различные сроки.
- знать показания к медикаментозному и вакуумному прерыванию беременности.
- технику гистеротомии и методы стимуляции родов.

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 24 лет привезена в стационар бригадой СМП с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм ртут. ст., пульс 90 удар. в мин., температура 37° С. Последняя нормальная менструация 2 мес назад.

Гинекологический статус: влагалищная часть шейки матки не эрозирована, цианотичная, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6-и недель беременности, болезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Диагноз. Неотложная помощь.

Примерные ответы на итоговые вопросы:

Неполный внебольничный аборт. Инструментальное удаление остатков плодного яйца, утеротоническая терапия.

Тема 3. Операции и пособия, направленные на исправление положения или предлежания плода

Цель занятия: дать представление о методах исправления положения или предлежания плода.

Место занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Разновидности акушерского поворота

Наружный акушерский поворот. Сроки выполнения. Показания и противопоказания.

Условия выполнения. Техника выполнения. Осложнения

Классический акушерский поворот (комбинированный наружно-внутренний поворот при полном раскрытии маточного зева). Показания и противопоказания. Техника выполнения.

Осложнения, их профилактика и тактика при их возникновении

Поворот по Брекстон-Гиксу (наружно-внутренний акушерский поворот при неполном раскрытии маточного зева). Показания и противопоказания. Техника выполнения. Осложнения, их профилактика и тактика при их возникновении. Место акушерского поворота в современном акушерстве.

Контрольные вопросы по теме:

1. Профилактический наружный поворот плода из поперечного положения на головку проводится
 - 1. в 34-35 недель беременности
 - 2. в 32 недели беременности
 - 3. до 32 недель беременности

- 4. с началом родовой деятельности
- 5. при полном раскрытии маточного зева
- 2. Операция классического наружно-внутреннего поворота плода на ножку может быть выполнена при условии
 - 1. полного раскрытия маточного зева
 - 2. отсутствия плодного пузыря
 - 3. целого плодного пузыря
 - 4. подвижности плода
- 5. соответствия размеров плода размерам таза матери
- 3. Операция наружно-внутреннего поворота плода на ножку считается законченной
 - 1. если ножка плода выведена до коленного сустава
 - 2. если в дно матки смещена головка плода
 - 3. если выведена стопа плода
 - 4. если плод рожден до нижнего угла передней лопатки
 - 5. если плод рожден до пупка
- 4. Классический наружно-внутренний поворот плода на ножку
 - 1. производят при полном раскрытии маточного зева и целом плодном пузыре или при недавно отошедших водах
 - 2. производят только при живом плоде
 - 3. возможен только при сохраненной подвижности плода
 - 4. противопоказан при запущенном поперечном положении
 - 5. в современном акушерстве выполняется редко
- 5. Противопоказанием к профилактическому наружному повороту при поперечном положении плода следует считать
 - 1. многоводие
 - 2. маловодие
 - 3. преждевременное излитие околоплодных вод
 - 4. рубцы на матке
 - 5. поздний токсикоз беременных

Ответы на контрольные вопросы:

- 1. 1
- 2. 1,2,4,5
- 3. 1,2
- 4. 1,2,3,4,5
- 5. 1,2,3,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести акушерское обследование;
- заполнить Историю родов (096/у);
- определить срок беременности

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания к исправлению положения или предлежания плода
- знать технику наружного акушерского поворота. Сроки его выполнения. Показания и противопоказания. Условия выполнения. Техника выполнения. Возможные осложнения
- знать технику поворота по Брекстон-Гиксу. Сроки его выполнения. Показания и противопоказания. Условия выполнения. Техника выполнения. Возможные осложнения

Контрольные итоговые вопросы:

В родильный дом поступила пациентка с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью, схватки через 5 минут, по 25-30 секунд. При объективном исследовании обнаружено: рост пациентки 165см, масса тела 74кг, окружность живота на уровне пупка 98см, высота стояния матки – 30см. Вторым приемом наружного акушерского исследования выявлено – слева определяется крупная часть плода округлой формы, баллотирующая, справа также пальпируется крупная часть мягковатой консистенции. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие 3-4см, плодный пузырь цел, предлежащая часть плода не определяется. Диагноз. План ведения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Доношенная беременность, поперечное положение плода, 1 период родов. Поперечное положение плода, диагностированное в родах, является абсолютным показанием для операции кесарева сечения.

Тема 4. Родоразрешающие операции.

Цель занятия: дать представление о показаниях и методах родоразрешающих операций.

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Акушерские щипцы. Показания. Условия для наложения щипцов. Разновидности акушерских щипцов. Подготовка к операции. Принципы наложения щипцов. Тройные правила.

Обезболивание. Этапы операции. Осложнения и их профилактика

Вакуум-экстракция плода. Показания. Условия для вакуум-экстракции плода. Противопоказания. Методика операции. Осложнения

Извлечение плода за тазовый конец. Показания. Условия для выполнения операции Подготовка к операции. Обезболивание. Этапы операции. Разновидности операции. Извлечение плода за ножку. Извлечение плода за обе ножки. Извлечение плода за паховый сгиб. Инструментальное извлечение плода. Осложнения. Место операции извлечения плода за тазовый конец в современном акушерстве

Контрольные вопросы по теме:

1. В настоящее время в основном используются акушерские щипцы
 - 1. Чемберлена
 - 2. Лазаревича
 - 3. Негеле
 - 4. Симпсона-Феноменова
 - 5. Киллянда
2. Акушерские щипцы
 - 1. используются для окончания родов
 - 2. могут быть применены в конце первого периода родов
 - 3. позволяют исключить потуги
 - 4. используются для коррекции вставления головки плода
 - 5. позволяют изменить позицию и вид плода
3. Необходимым условием применения акушерских щипцов является наличие
 - 1. живого плода
 - 2. целого плодного пузыря
 - 3. головки плода, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
 - 4. полного раскрытия маточного зева

- 5. нормальных размеров таза
- 4. Показанием к проведению операции наложения акушерских щипцов может являться
 - 1. клинически узкий таз
 - 2. внутриутробная гипоксия плода
 - 3. вторичная слабость родовой деятельности
 - 4. преэклампсия

- 5. преждевременные роды
- 5. Подготовка к операции наложения акушерских щипцов включает
 - 1. влагалищное исследование
 - 2. общее обезболивание
 - 3. разрез промежности
 - 4. опорожнение мочевого пузыря

- 5. применение утеротонических средств

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1,3
3. 1,4,5
4. 2,3,4
5. 1,2,3,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести акушерское обследование;
- заполнить Историю родов (096/у);
- определить показания к проведению манипуляций

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и условия к наложению акушерских щипцов
- знать технику вакуум-экстракции плода. Сроки его выполнения. Показания и противопоказания. Условия выполнения. Возможные осложнения
- знать технику извлечения плода за тазовый конец. Условия выполнения. Возможные осложнения

Контрольные итоговые вопросы:

В родильное отделение поступила первородящая 28-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. Данная беременность - вторая. Первая закончилась медицинским абортom на сроке 8 недель беременности, без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, Родовой деятельности нет. АД 110/70, 110/70 мм рт. ст., рост 165 см, вес 71 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 15 см. Ромб Михаэлиса 11x11 см. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3500,0 -3600,0 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки отклонена несколько кзади, длиной 2,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом проходим для одного пальца. Плодного пузыря нет. Предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным УЗИ смешанное ягодичное предлежание, предполагаемая масса плода 3500- 3600г. Диагноз. План.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: Беременность 40 недель. Смешанное - ягодичное предлежание плода. План ведения: Учитывая срок гестации, смешанное ягодичное предлежание плода у первородящей, преждевременное излитие околоплодных вод родоразрешить путем операции кесарева се-

чения в экстренном порядке.

Тема 5. Кесарево сечение (КС)

Цель занятия: дать представление о показаниях и методах проведения кесаревого сечения.

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Классификация. Показания. Показания к плановому КС во время беременности. Показания к экстренному КС во время беременности. Показания к экстренному КС во время родов. Противопоказания. Условия для проведения операции КС.

Предоперационная подготовка. Методы обезболивания.

Техника операции КС. Корпоральное КС. Истмико-корпоральное КС. КС в нижнем. сегменте матки поперечным разрезом. Осложнения и их профилактика.

Ведение послеоперационного периода. Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Наиболее часто в акушерской практике применяется
 - 1. корпоральное кесарево сечение
 - 2. кесарево сечение в нижнем сегменте матки
 - 3. влагалищное кесарево сечение
 - 4. экстраперитонеальное кесарево сечение
 - 5. малое кесарево сечение
2. К родоразрешающим операциям относится
 - 1. кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция
 - 2. перинеотомия
 - 3. наружно-внутренний поворот плода на ножку
 - 4. краниотомия
 - 5. амниотомия
3. Совершенствование техники кесарева сечения связано с именем
 - 1. В.И.Ельцова-Стрелкова
 - 2. Л.А.Гусакова
 - 3. И.Земмельвейса
 - 4. И.Ф.Эразмуса
 - 5. П.Чемберлена
4. Показанием к операции кесарева сечения является
 - 1. полное предлежание плаценты
 - 2. тазовое предлежание плода
 - 3. сужение таза третьей-четвертой степени
 - 4. внутриутробная гипоксия плода
 - 5. угрожающий разрыв матки
5. Кесарево сечение
 - 1. позволяет снизить перинатальную смертность
 - 2. повышает риск материнской смертности от 4 до 10 раз
 - 3. предпочтительнее выполнять по экстренным показаниям
 - 4. повышает риск гнойно-септических осложнений в 2 раза
 - 5. всегда сопровождается кровопотерей более 400 мл

6. Кесарево сечение
- 1. может быть выполнено во втором триместре беременности
 - 2. может быть выполнено влагалищным доступом
 - 3. может выполняться экстраперитонеальным доступом
 - 4. выполняется только при сроках беременности от 37 до 42 недель
 - 5. является одной из самых частых родоразрешающих операций современного акушерства

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести акушерское обследование;
- заполнить Историю родов (096/у);
- определить показания к проведению манипуляций

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и условия к кесаревому сечению
- знать технику проведения КС. Сроки его выполнения. Показания и противопоказания. Условия выполнения. Возможные осложнения

Контрольные итоговые вопросы:

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 24 лет со сроком беременности 41-42 недели. Из анамнеза: продолжительность менструального цикла 28 дней. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 170 см. Вес 73 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Предполагаемая масса плода 3500-3500 г. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки отклонена кзади, длиной 3,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом проходим для одного пальца. 24 Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3500-3500. Плацента с выраженными петрификатами. Маловодие. Показатели доплерметрии в норме. Данные кардиомониторного наблюдения – норма. Диагноз. План ведения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: беременность 41-42 недели. Чисто ягодичное предлежание. План ведения: Учитывая перенашивание, неподготовленность родовых путей при тазовом предлежании плода, показано родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Тема 6. Плдоразрушающие операции

Цель занятия: дать представление о показаниях и методах проведения плдоразрушающих операций

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: сантиметровая лента, тазомер, акушерский стетоскоп, кардиотокограф, История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Краниотомия. Определение. Показания, противопоказания и условия для выполнения операции. Обезболивание. Техника операции

Декапитация. Определение. Показания, противопоказания и условия для выполнения операции. Обезболивание. Техника операции

Клейдотомия. Определение. Показания, противопоказания и условия для выполнения операции. Обезболивание. Техника операции

Эвисцерация, эвентрация и экзентерация. Определение. Показания, противопоказания и условия для выполнения операции. Обезболивание. Техника операции.

Спондилотомия. Определение. Показания, противопоказания и условия для выполнения операции. Обезболивание. Техника операции

Контрольные вопросы к теме:

7. Показанием к операции декапитации является
 - 1. запущенное поперечное положение плода
 - 2. угрожающий разрыв матки при поперечном положении плода
 - 3. интранатальная гибель плода в тазовом предлежании
 - 4. гидроцефалия плода
- 5. антенатальная гибель плода в головном предлежании
8. Условием для производства краниотомии является
 - 1. фиксация головки
 - 2. целый плодный пузырь
 - 3. полное раскрытие маточного зева
 - 4. живой плод
- 5. общее обезболивание
9. Набор для производства плодоразрушающих операций должен включать
 - 1. влагалищные зеркала, пулевые щипцы
 - 2. щипцы Симпсона-Феноменова
 - 3. крючок Брауна, ножницы Феноменова
 - 4. перфоратор БЛО
- 5. краниокласт Брауна

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1
2. 1,3,5
3. 1,3,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести акушерское обследование;
- заполнить Историю родов (096/у);
- определить показания к проведению манипуляций

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и условия к плодоразрушающей операции
- знать технику проведения плодоразрушающей операции. Сроки ее выполнения. Показания и противопоказания. Условия выполнения. Возможные осложнения

Контрольные итоговые вопросы:

К роженице Л., 25 лет, по санавиации в поселок была вызвана на себя бригада в составе акушера-гинеколога и анестезиолога. Жалобы на усталость, частые болезненные схватки. Из анамнеза: наследственность неотягощена. Менструации с 12 лет, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, в браке зарегистрированном. Настоящая беременность первая, желанная, на учете в фельдшерско-акушерском пункте с 7-8 недель, посещала регулярно. Беременность осложнилась анемией легкой степени с 20 недель, получает сорбифер, эффект от лечения положительный. Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. АД 120/90 и 120/85 мм рт. ст., Ps 80 в мин. Отеков нет. Вес 62 кг. Рост 155 см. Status obstetricus. Размеры таза- 23-

24-28-18, индекс Соловьева 15,5 см. ОЖ110 см, ВДМ 40 см. Матка овальной формы, положение плода продольное. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз, спинка плода спереди и справа. Схватки паппаторно по 30-40 сек, через 1,5-2 мин Родовая деятельность в течение 19 часов, воды не изливались, в течение 2-х часов сердцебиение плода не выслушивается. Предполагаемый вес плода по Вольскому 4400 г. Признаки Цангемейстера и Вастена положительные. Мочеиспускание редкое, болезненное. Влаглищное исследование. При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно. Per speculum: слизистая влаглища и шейки матки цианотичные, отечные. Выделения слизисто-сукровичные. Per vaginam: шейка матки сглажена, края мягкие тонкие, открытие 12 см, плодный пузырь цел, вскрыт инструментально, излилось около 200 мл зеленых мутных околоплодных вод, стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз, мыс достижим, с. diagonalis 9 см. Крестцовая впадина выражена хорошо. Диагноз? Тактика?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз основной: Затяжные срочные роды I, головное предлежание, передний вид. Осложнения: Крупный плод. Клинически узкий таз, Интранатальная гибель плода. Сопутствующий: Общеравномерносуженный таз II степени. Название операций, и пособий: Амниотомия. Тактика :наркоз, плодоразрушающая операция (проводится в операционной). Обезболивание. Премедикация: Sol. Dimedroli 1% - 1,0ml внутривенно, Sol. Promedoli 1% - 2,0 ml внутривенно. Эндотрахеальный наркоз. Инструменты. Перфоратор Феноменова, ложка-катетер (эксцеребратор), краниокласт Брауна, широкие плоские влаглищные зеркала, подъемники, двузубцевые или пулевые щипцы, ножницы. Техника.

1. Фиксируют головку, накладывая две пары мощных двузубцевых щипцов, затем ножницами проводят разрез кожи головы на протяжении 2-3 см, затем - перфорацию перфоратором.

2. Эксцеребрация - удаление мозговой массы из черепной коробки.

3. Краниоклазия - при помощи краниокласта Брауна. Под контролем пальцев левой руки вводят внутреннюю ложку, рукоятку передают ассистенту. Затем, также под контролем левой руки, вводят наружную ложку. Замыкают замок. Краниокласт наложен, пробная тракция положительная. Гракции на колени, на грудь и вверх. Ложки сняты. Извлечен мертвый доношенный ребенок женского пола, весом 3600 г, длиной 50 см.

Как вести III период родов?

Провести ручное отделение плаценты и выделение последа. Послед цел, оболочки все, отправлен на гистологическое исследование. Матка сократилась, кровопотеря по Репиной $300 \times 2 = 600$ мл. Шейка матки и слизистая влаглища осмотрены в зеркалах, разрывов нет. Женщина проснулась через 10 минут. Состояние удовлетворительное, АД 125/80 и 120/80 мм рт. ст., ps 80 в мин. Живот мягкий, безболезненный, матка плотная, на уровне пупка. Моча по катетеру светло-желтая, 250 мл.— Санавиацией переведена в анестезиологическое отделение ОКБ. Окончательный диагноз? Диагноз основной: Затяжные срочные роды I, головное предлежание, передний вид. Осложнения: Клинически узкий таз. Интранатальная гибель плода. Сопутствующий: Общеравномерносуженный таз II степени. Название операций Амниотомия. Из пособий: Плодоразрушающая операция. Краниотомия.

Тема 7. Оперативные вмешательства в последовом и послеродовом периодах

Цель занятия: дать представление о показаниях и методах к оперативным вмешательствам в последовом и послеродовом периодах

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: История родов (096/у), медицинская карта стационарного больного (033/у), родовый стол, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки,

индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Операции в послеродовом периоде. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Показания. Обезболивание. Техника операции. Осложнения

Ручное обследование матки. Показания. Обезболивание. Техника операции

Операции в послеродовом периоде. Ушивание разрывов. Ушивание разрывов шейки матки. Ушивание разрывов влагалища. Восстановление целостности промежности. Вскрытие и дренирование гематомы вульвы и влагалища. Вправление матки

Контрольные вопросы к теме:

1. Разрывы промежности могут быть причиной
 - 1. обильного кровотечения
 - 2. послеродового сепсиса
 - 3. опущения и выпадения стенок влагалища и матки
 - 4. неправильного положения плода при последующих беременностях
 - 5. невынашивания
2. Разрывы промежности первой степени
 - 1. не требуют зашивания
 - 2. должны быть защищены отдельными кегутовыми и шелковыми швами
 - 3. являются основанием для предоставления 70-дневного послеродового отпуска
 - 4. являются показанием для задержки выписки из стационара
 - 5. не превышают 2 см по длине
3. При разрыве промежности второй степени
 - 1. наложение швов обычно производят под внутривенным наркозом
 - 2. родильнице предоставляют 70-дневный послеродовый отпуск
 - 3. проводят специальный комплекс мероприятий по профилактике гнойно-септических осложнений
 - 4. обычно повреждается наружный сфинктер прямой кишки
 - 5. зашивание раны начинают с наложения швов на кожу промежности
4. К разрыву промежности второй степени относятся повреждения, распространяющиеся
 - 1. только на заднюю спайку больших половых губ
 - 2. на слизистую влагалища, мышцы и кожу промежности
 - 3. на слизистую прямой кишки
 - 4. на наружный сфинктер прямой кишки
 - 5. в длину более чем на 3 см
5. К разрыву промежности третьей степени относятся разрывы, распространяющиеся
 - 1. по длине более чем на 3 см
 - 2. на слизистую влагалища, на кожу и мышцы промежности
 - 3. на слизистую прямой кишки
 - 4. на наружный сфинктер прямой кишки
 - 5. глубоко в паракольный
6. Разрыв промежности третьей степени
 - 1. обычно зашивается под местной анестезией
 - 2. начинают зашивать с наложения швов на слизистую оболочку прямой кишки
 - 3. является основанием для предоставления 70-дневного послеродового отпуска
 - 4. требует назначения антибиотиков в послеродовом периоде
 - 5. требует назначения особой диеты в послеродовом периоде

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3
2. 2
3. 3
4. 2
5. 3,4
6. 2,3,4,5
- 7.

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести акушерское обследование;
- заполнить Историю родов (096/у);
- определить показания к проведению манипуляций

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и условия у проведению операций в послеродовом периоде
- знать технику проведения ушивания промежности, вскрытия влагалищной гематомы, ушивание разрыва шейки матки, ручного обследования полости матки. Условия выполнения. Возможные осложнения

Контрольные итоговые вопросы:

При осмотре последа после его рождения обнаружено: на поверхности отсутствует долька размерами 3х3см, оболочки рваные. Матка плотная, сократившаяся. Выделения кровяные, умеренные. Диагноз. План ведения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: ранний послеродовый период, задержка частей последа в матке. План: ручное обследование матки для удаления задержавшихся в матке частей последа, контроль за сократительной деятельностью матки в послеродовом периоде (включая УЗ исследование) и за объемом послеродовых выделений. Профилактика гнойно-септических осложнений.

РАЗДЕЛ 4 «ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»

Тема 1. Беременность и заболевания сердечно - сосудистой системы

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне сердечно-сосудистых заболеваний

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Врожденные и приобретенные пороки сердца. Классификация. Особенности гемодинамики при отдельных пороках во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Общие принципы физикального, инструментального и лабораторного обследования. Оценка степени сердечной недостаточности. Оценка степени активности ревматического процесса. Прогноз. Особенности течения беременности, осложнения, их профилактика, сроки и показания к госпитализации. Показания к прерыванию беременности и досрочному родоразрешению. Показания к оперативному лечению во время беременности и его объем. Выбор тактики родоразрешения. Особенности ведения родов через естественные родовые пути и наблюдения в раннем послеродовом периоде. Ведение послеродового периода у

родильниц с пороками сердца

Нарушения регуляции сосудистого тонуса: артериальная гипертензия. Классификация. Необходимый объем физикального, лабораторного и инструментального обследования. Особенности течения беременности. Влияние на фетоплацентарную систему. Профилактика осложнений. Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Влияние гипотензивных препаратов различных фармакологических групп на плод. Особенности клинического течения и ведения родов. Характерные осложнения и их профилактика

Нарушения регуляции сосудистого тонуса: артериальная гипотензия. Определение понятия. Необходимый объем физикального, лабораторного и инструментального обследования. Особенности течения беременности. Влияние на фетоплацентарную систему. Профилактика осложнений. Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Влияние тонизирующих препаратов различных фармакологических групп на плод. Послеродовое наблюдение и реабилитация

Инфекционные эндо- и миокардиты. Этиология, классификация. Клиническая картина. Необходимый объем диагностических мероприятий. Особенности течения заболеваний во время беременности и в послеродовом периоде. Выбор лекарственной терапии

Контрольные вопросы к теме:

1. Беременность противопоказана
 - 1. больным гипертонической болезнью II-б степени
 - 2. больным гипертонической болезнью I степени
 - 3. больным I и II групп риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
 - 4. больным III группы риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
- 5. больным с гипертонической болезнью II-а степени при отсутствии гипертонических кризов и нарушений функций почек
2. Первая плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана
 - 1. в I триместре (до 12 недель)
 - 2. при ухудшении состояния
 - 3. при присоединении акушерской патологии
 - 4. в 28-32 недели
- 5. при появлении признаков недостаточности кровообращения
3. Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана
 - 1. при присоединении акушерской патологии
 - 2. в 37-38 недель
 - 3. при появлении признаков недостаточности кровообращения
 - 4. в 32-34 недели
- 5. при появлении признаков активности ревматического процесса
4. У беременных с гипертонической болезнью высок риск развития
 - 1. раннего токсикоза беременных
 - 2. позднего токсикоза беременных
 - 3. самопроизвольного прерывания беременности
 - 4. гипотрофии плода
- 5. аномалий прикрепления плаценты
5. Нарушения ритма сердечных сокращений у беременных
 - 1. чаще развиваются вторично как следствие дистрофических изменений миокарда или нарастания сердечной недостаточности

- 2. не являются показанием для прерывания беременности
- 3. наблюдаются при акушерской патологии
- 4. часто являются показанием для прерывания беременности
- 5. чаще развиваются первично

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,4
2. 1
3. 3
4. 2,3,4
5. 1,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести обследование;
- заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
- определить показания к госпитализации беременной с сердечно-сосудистыми заболеваниями

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и противопоказания к вынашиванию беременности у женщин с сердечно-сосудистой патологией.
- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными формами сердечно-сосудистой патологии

Контрольные итоговые вопросы:

Беременная В. 28 лет. Беременность по счету вторая, роды предстоят первые. Состоит на учете у кардиологов с ВПР НАП СН I-II. При поступлении беременность 34 недели, жалобы на одышку, слабость, боли за грудиной. АД 130/70-140/80 мм.рт.ст. Отеков нет, белка в моче нет. Родовой деятельности нет, сердечные тоны плода приглушены 158 в 1 минуту. Диагноз?

Тактика ведения?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: Беременность 36 недель

Врожденный порок сердца НАП СН I-II

Симптоматическая артериальная гипертензия

Гипоксия плода

Что делать? Нормализация гемодинамических показателей. Родоразрешение путем операции Кесарево сечение в плановом порядке. В последующем хирургическое лечение НАП.

Тема 2. Беременность и заболевания органов дыхания

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне сердечно-сосудистых заболеваний

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Бронхиальная астма (БА). Формы и классификация БА. Факторы, потенциально улучшающие или ухудшающие течение БА. Влияние БА на течение беременности и плод и влияние беременности на течение БА. Алгоритм обследования. Профилактика осложнений беременности при БА. Особенности лечения БА во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Диспансерное наблюдение беременной с БА

Туберкулёз лёгких. Формы туберкулёза лёгких. Группы риска и скрининг во время беременности. Особенности течения беременности и влияние на плод и новорождённого. Обследование беременных с туберкулёзом лёгких. Особенности лечения во время беременности, в послеродовом периоде

Хронические неспецифические заболевания лёгких (ХНЗЛ). Классификация. Особенности клиники, диагностики, во время беременности. Влияние на плод и новорождённого. Лечение и профилактика

Контрольные вопросы к теме

1. Какой из указанных методов обследования обязателен для установления диагноза пневмонии?
 1. рентгенологическое исследование легких
 2. спирография
 3. бронхоскопия
 4. ОАК
 5. посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам
2. Синдром острой дыхательной недостаточности характеризуется:
 1. появлением тахипноэ, патологических ритмов дыхания
 2. снижением, а затем повышением артериального давления
 3. брадикардией, а затем тахикардией
 4. цианозом кожи и слизистых
 5. все ответы правильные
3. Какой прибор необходимо иметь больному бронхиальной астмой для самоконтроля течения заболевания и коррекции доз принимаемых препаратов.
 1. спирограф
 2. пикфлоуметр
 3. секундомер (для подсчета частоты дыханий)
 4. стетофонедоскоп
4. . Укажите внешние факторы риска развития ХОБЛ
 1. курение
 2. алкоголизм
 3. трахео-бронхиальная дискинезия
 4. работа поваром в столовой
 5. все ответы верны

Ответы на контрольные вопросы:

- 1.1
- 2.1,4
3. 2
4. 1,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести обследование;
- заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
- определить показания к госпитализации беременной с заболеваниями дыхательной системы

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и противопоказания к вынашиванию беременности у женщин с заболеваниями дыхательной системы

- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными формами патологии дыхательной системы.

Контрольные итоговые вопросы:

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 8 лет, 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 пролонгировать беременность.

3. Тактика ведения беременной.

4. Принципы лечения беременных с туберкулёзом лёгких.

Примерные ответы на итоговые вопросы:

1. Беременность 36 недель. Головное предлежание. Очаговый туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации.
2. Врачи поступили правильно, разрешив женщине донашивать беременность, так как у нее с момента взятия на учет был затихший очаговый туберкулёз лёгких.
3. В плане ведения беременности необходимо обследовать женщину на активизацию туберкулёзного процесса с повторной рентгенографией лёгких и исследованием мокроты на БК в течение 3-х дней.
4. Лечение согласовать с фтизиатром учитывает эффективность лекарственных средств и их безвредность для плода.

Тема 3. Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне заболеваний ЖКТ

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Заболевания печени, желчевыводящих путей и беременность (гепатит, цирроз, холецистит, желчекаменная болезнь). Классификация и диагностика. Клиника. Особенности течения и ведения беременности. Показания к госпитализации. Показания к прерыванию беременности. Лечение, выбор лекарственной терапии. Ведение родов и послеродового периода. Реабилитация

Аппендицит и беременность. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциаль-

ная диагностика. Методы и объём оперативного вмешательства в различные сроки беременности. Ведение послеоперационного периода

Панкреатит и беременность. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Ведение беременности и родов. Показания к прерыванию беременности. Лечение. Реабилитация

Заболевания желудка и беременность (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, гастрит, язвенная болезнь) Клиника, диагностика Ведение беременности и родов Показания к прерыванию беременности Лечение, реабилитация

Заболевания кишечника и беременность (запоры, энтероколит). Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Ведение беременности и родов. Лечение, реабилитация

Пищевая токсикоинфекция и беременность. Клиника, диагностика. Ведение беременности и родов. Лечение, реабилитация. Кишечная непроходимость и беременность. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Ведение беременности и родов. Показания, объём операции и ведение послеоперационного периода. Выбор лекарственной терапии, реабилитация.

Контрольные вопросы к теме:

1. Основная особенность акушерской тактики при вирусных гепатитах у беременных включает:
 - 1. Противовирусную терапию
 - 2. Применение кортикостероидных препаратов
 - 3. Прерывание беременности при установлении диагноза — вирусный гепатит
 - 4. Проведение систематических лечебных мероприятий для предупреждения поздних выкидышей и преждевременных родов
- 5. Применение гепатопротекторов
2. К поражениям печени, возникающим в связи с беременностью, относится все перечисленное, кроме:
 - 1. Холецистита
 - 2. Токсикозов беременных
 - 3. Холестатического гепатоза
 - 4. Острого жирового гепатоза
- 5. Абсцедирования печени
3. Основными клиническими особенностями острого жирового гепатоза беременных является все перечисленное, кроме:
 - 1. Носит рецидивирующий характер
 - 2. Клинически протекает как фульминантный гепатит
 - 3. Характерный признак раннего периода — интенсивная изжога
 - 4. Печень обычно не увеличена
- 5. Летальность составляет 80 - 85 %
4. Наиболее часто гепатит возникает при всех перечисленных вирусных заболеваниях, кроме:
 - 1. Герпетической инфекции
 - 2. Инфекционного мононуклеоза
 - 3. Гриппа
 - 4. Цитомегаловирусной инфекции
- 5. Энтеровирусной инфекции
5. Поражение печени характерно для всех перечисленных бактериальных инфекций, кроме:
 - 1. Лептоспироза
 - 2. Псевдотуберкулеза

- 3. Иерсиниоза
- 4. Дизентерии
- 5. Бруцеллеза

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1
3. 1
4. 3
5. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести обследование;
- заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
- определить показания к госпитализации беременной с ЖКТ

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и противопоказания к вынашиванию беременности у женщин с ЖКТ
- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными формами патологии ЖКТ

Контрольные итоговые вопросы:

У больной Д., 27 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации обнаружены общие антитела к вирусу гепатита С. Предъявляла жалобы на незначительную усталость, слабость. При осмотре: кожные покровы чистые, желтухи нет, печень не увеличена. В биохимическом анализе крови: повышение АлАТ в 2 раза. Из эпидемиологического анамнеза: 7 лет назад оперирована по поводу язвенной болезни желудка, операция сопровождалась переливанием плазмы.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика по ведению пациентки.
4. В какой период беременности необходимо провести количественную ПЦР- диагностику НС V-инфекции?
5. Противопоказано ли грудное вскармливание?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Хронический вирусный гепатит С, минимальная степень активности. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, переливание плазмы), слабо выраженной клинической симптоматики, минимальной гиперферментемии (повышение АлАТ в 2 раза), наличия общих антител к вирусному гепатиту С.
2. Маркеры к HCV: IgM и G, АТ к NS2, NS4, NS3, NS5; ПЦР-диагностика с целью выявления РНК HCV, определение генотипа вируса.
3. Наблюдение у инфекциониста по месту жительства, плановое биохимическое исследование крови (АлАТ, АсАТ, билирубин), в 3 триместре беременности количественное определение РНК HCV методом ПЦР для решения вопроса о родоразрешении. Противовирусная терапия беременным и кормящим не проводится. В лечении - хофитол внутрь до нормализации АлАТ.
4. В первом и третьем триместрах беременности.
5. Грудное вскармливание не противопоказано.

Тема 4. Беременность и заболевания органов мочевого выделения

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне заболеваний мочевыделительной системы

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Изменения мочевыделительной системы во время беременности

Бессимптомная бактериурия беременных. Диагностика. Лечение

Инфекции нижних мочевыводящих путей (уретрит, цистит). Факторы риска, классификация. Клинические проявления. Необходимый объем лабораторного и инструментального обследования при инфекциях нижних мочевых путей (ИНМП). Лечение. Оценка эффективности. Осложнения беременности при ИНМП их профилактика во время беременности и в послеродовом периоде

Инфекции верхних мочевыводящих путей (пиелонефрит). Факторы риска, классификация.

Клинические проявления. Необходимый объем лабораторного и инструментального обследования при инфекциях верхних мочевых путей (ИВМП). Лечение: принципы, продолжительность, состав, выбор антибактериального компонента, показания и способы нормализации пассажа мочи. Оценка эффективности терапии. Показания к прерыванию беременности при ИВМП и его методы. Показания к досрочному родоразрешению при ИВМП. Особенности ведения родов и послеродового периода при ИМП. Реабилитация пациенток. Профилактика ИМП в условиях женской консультации

Болезни почек неинфекционного генеза (гломерулонефрит, МКБ). Особенности течения беременности, лечение и профилактика осложнений со стороны матери и фетоплацентарного комплекса. Влияние средств медикаментозной терапии на плод. Критерии установления диагноза. Особенности ведения беременности и родов. Профилактика обострений во время беременности и в послеродовом периоде. Реабилитация

Почечная недостаточность. Причины, клинические проявления. Диагностика

Принципы терапии. Использование эфферентных методов лечения. Оценка эффективности терапии. Показания к прерыванию беременности и досрочному родоразрешению.

Контрольные вопросы к теме:

6. Гломерулонефрит у беременных
 - 1. чаще встречается в острой стадии
 - 2. считается одной из причин предлежания плаценты
 - 3. рано осложняется развитием гестоза
 - 4. при благоприятном течении является показанием к госпитализации за 3 недели до родов
 - 5. обычно не сопровождается гипотрофией плода
7. Изменения уродинамики у беременных не имеют зависимости
 - 1. от гормонального фона
 - 2. от размеров матки
 - 3. от положения на спине или на боку
 - 4. от состояния вен яичникового сплетения
 - 5. от увеличения минутного объема сердца
8. Пиелонефрит у беременных
 - 1. чаще встречается во второй половине беременности
 - 2. чаще левосторонний
 - 3. обычно стрептококковой этиологии

- 4. не оказывает влияния на эритропоэз
 - 5. может сопровождаться артериальной гипертензией
9. Острый пиелонефрит беременных
- 1. обычно не сопровождается выраженной интоксикацией
 - 2. не представляет сложностей в дифференциальной диагностике
 - 3. является противопоказанием к катетеризации мочеточников
 - 4. может осложняться развитием бактериально-токсического шока
 - 5. при безуспешной терапии является показанием к прерыванию беременности и последующей операции на почках
10. Пиелонефрит
- 1. при наличии частых обострений является показанием к прерыванию беременности
 - 2. повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений
 - 3. в I триместре беременности лучше лечить антибиотиками группы аминогликозидов
 - 4. характеризуется быстрым регрессом после прерывания беременности
 - 5. обычно обостряется на 4-6 и 12-14 день послеродового периода

Ответы на контрольные вопросы:

11. 3,4
12. 5,
13. 1,5
14. 4
15. 2,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести обследование;
- заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
- определить показания к госпитализации беременной с патологией почек

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и противопоказания к вынашиванию беременности у женщин с патологией почек
- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными формами патологии почек

Контрольные итоговые вопросы:

Первобеременная С. 19 лет. Срок беременности 8 недель. Жалобы на боли в поясничной области, $t=38,2^{\circ}$, рези при мочеиспускании, выражены отеки лица. В анализах крови: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ; мочи: выражена пиурия, гипоизостенурия, отрицательный диурез. При пальпации почек отмечаются увеличенные бугристые почки с обеих сторон. При экзоренографии диагностируется поликистоз обеих почек.

1. Диагноз?

2. Тактика ведения?

Примерные ответы на итоговые вопросы:

1. Диагноз: Беременность 8 недель. Врожденный поликистоз почек. Острый пиелонефрит.
2. Показано прерывание беременности по медицинским показаниям.

Тема 5. Эндокринная патология и беременность

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне заболеваний эндо-

кринной системы

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Сахарный диабет. Классификация (ВОЗ). Факторы риска. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика различных форм сахарного диабета. Определение степени тяжести. Показания к прерыванию беременности на ранних сроках. Осложнения гестационного процесса при сахарном диабете. Лечение и профилактика. Дифференциальная диагностика ком. Неотложная терапия

Особенности родоразрешения при сахарном диабете. Профилактика осложнений. Показания к кесареву сечению. Ведение послеродового периода. Реабилитация

Несахарный диабет. Клиника, диагностика, лечение. Течение беременности, родов и послеродового периода. Реабилитация

Гипотиреоз. Критерии диагностики. Нозологические формы. Течение беременности, родов и послеродового периода. Осложнения для матери и плода. Принципы терапии

Гипертиреоз. Критерии диагностики. Нозологические формы. Течение беременности, родов и послеродового периода. Осложнения для матери и плода. Принципы терапии. Показания к прерыванию беременности, досрочному родоразрешению и оперативному лечению во время беременности

Заболевания надпочечников (гипокортицизм, гиперкортицизм, опухоли надпочечников, ВНКН). Течение и осложнения беременности, родов и послеродового периода. Особенности лекарственной терапии во время беременности. Показания к прерыванию беременности. Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

16. При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и на КТГ - признаки гипоксии плода. Показано
 - 1. расширение консервативной терапии, сохранение беременности до доношенного срока
 - 2. начать подготовку к родовозбуждению
 - 3. родовозбуждение, при отсутствии эффекта - кесарево сечение
 - 4. родовозбуждение, при ухудшении состояния плода или матери - кесарево сечение
 - 5. кесарево сечение
17. К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным диабетом не относится
 - 1. преждевременное прерывание беременности
 - 2. раннее развитие позднего токсикоза
 - 3. маловодие
 - 4. ангиопатия сетчатки
 - 5. слабость родовой деятельности
18. Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна
 - 1. большая масса тела
 - 2. гипогликемия
 - 3. высокая частота респираторных расстройств
 - 4. высокая частота пороков развития
 - 5. гипокальцемия
19. При беременности больные сахарным диабетом могут получать

- 1. диетотерапию с ограничением углеводов и жиров
 - 2. инсулинотерапию
 - 3. сахаропонижающие препараты группы сульфанилмочевины
 - 4. бигуаниды
-
- 5. диетотерапию с ограничением белков
20. Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются
- 1. рождение крупного ребенка в анамнезе
 - 2. мертворождение в анамнезе
 - 3. наличие диабета у родителей
 - 4. ожирение
-
- 5. повышенный уровень глюкозы натощак

Ответы на контрольные вопросы к теме:

1. 5
2. 3
3. 1,2,3,4,5
4. 1,2
5. 1,2,3,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести обследование;
- заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
- определить показания к госпитализации беременной с эндокринной патологией

После изучения данной темы ординатор должен знать:

- показания и противопоказания к вынашиванию беременности у женщин с эндокринной патологией
- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными формами эндокринной патологии

Контрольные итоговые вопросы:

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 неотягощена.

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

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1.Беременность 30 недель. ОАГА. Сахарный диабет.

2.Характерные жалобы, анамнез, гипергликемия и глюкозурия.

3.Невынашивание беременности, гестоз, ФПН, многоводие, внутриутробная гипоксия плода, аномалии развития плода.

4.Тактика ведения беременной определяется совместно с врачом-эндокринологом. Диета должна быть физиологической по содержанию белков, жиров и углеводов, полноценной по содержанию витаминов и энергетически ценных пищевых веществ. Лечение: перорально бутагид по 0,5г 3 раза в день, или хлорпропамид по 0,5г 3 раза в день, или метформин по 0,5г 3 раза в день ежедневно; либо в/м инсулин по индивидуальной дозировке.

5.Постоянное наблюдение акушера и эндокринолога. Регулярное исследование глюкозы в крови и моче. Обязательно 3-кратная госпитализация : при 1 явке, по истечении 20-24 недель, в 32-36 недель беременности. В случае нарушения компенсации диабета или осложнениях беременности немедленное стационарное лечение в любые сроки.

Тема 6. Беременность и заболевания крови

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне заболеваний системы крови

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Анемии (железодефицитная, сидероахрестические, В₁₂-фолиево-дефицитная, гипопластическая, гемолитическая). Факторы и группы риска. Клинические проявления. Необходимый объем обследования для подтверждения диагноза. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Принципы, препараты медикаментозной терапии. Оценка эффективности . Характерные осложнения беременности и родов. Их профилактика. Прогноз для плода

Гемобластозы (лейкозы, лимфомы). Особенности обследования при постановки диагноза. Лечение. Показания к прерыванию беременности. Осложнения беременности при гемобластозах, тактика ведения. Наблюдение и ведение в послеродовом периоде

Наследственные нарушения гемостаза (болезнь фон Виллебранда, гемофилия А, гемофилия Б). Диагностика. Обследование. Медикаментозная терапия

Наиболее характерные осложнения беременности. Их профилактика и лечение

Характер наследования нарушений гемостаза. Риск передачи заболевания. Показания и объем пренатальной диагностики. Родоразрешение. Профилактика осложнений. Особенности ведения и наблюдения в послеродовом периоде.

Контрольные вопросы к теме:

1. Наиболее часто встречающаяся форма анемии у беременных:
 - а) мегалобластическая гиперхромная
 - б) железодефицитная гипохромная
 - в) гипопластическая
 - г) гемолитическая

- д) нет правильного ответа
2. Развитию анемии у беременных способствуют:
- а) профессиональные вредности
 - б) интервал между родами менее 2 лет
 - в) заболевания желудочно-кишечного тракта
 - г) гидремия
 - д) все перечисленные факторы
3. В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеет значение:
- а) нарушение всасывания железа при анацидном гастрите
 - б) нерациональное питание
 - в) повышенный расход железа в процессе развития плода
 - г) повышенный тканевый обмен при беременности
 - д) все перечисленное в п. «а»-«г»

Ответы на контрольные вопросы:

2. в
3. д
4. д

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести обследование;
- заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
- определить показания к госпитализации беременной с патологией крови

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- показания и противопоказания к вынашиванию беременности у женщин с заболеваниями крови
- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными формами заболеваний крови

Контрольные итоговые вопросы:

Беременная А., 32 лет, 26 недель беременности, жалуется на общую слабость, сердцебиение. При осмотре: кожа бледная. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс – 90 в мин. Печень и селезенка не увеличены.

Эритроциты – $2,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 100 г/л, цветовой показатель – 1,2, ретикулоциты – 0,1%, лейкоциты – $3,2 \cdot 10^9/л$, лейкоформула без патологии. Анизо-, пойкилоцитоз, макроцитоз, единичные мегалоциты.

Из анамнеза выяснено, что в течение 7 лет систематически употребляет алкогольные напитки.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Тактика акушера-гинеколога.
- 3.Рекомендации гематолога.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Беременность 28 недель. Фолиеводефицитная анемия беременности.
2. Срочная госпитализация в стационар, консультация гематолога, наблюдение терапевта.
3. Лечение: фолиевая кислота 1 мг 3 раза в день, рибоксин 0,2, по 1 таблетке 3 раза в день, пиридоксин по 1 мл ежедневно.

Тема 7. Беременность и инфекционные\паразитарные заболевания

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне вирусных и бактериальных инфекций

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Вирусные заболевания (грипп, краснуха, инфекционные вирусные гепатиты А и Е, сывороточные гепатиты В, С и D, ВИЧ, герпетическая инфекция, цитомегаловирусная инфекция). Клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Критические сроки заражения. Влияние на плод и новорожденного. Показания для прерывания беременности. Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода. Лечение

Токсоплазмоз и беременность. Этиология и патогенез. Клинические формы и диагностика. Влияние на плод и новорожденного. Особенности лечения во время беременности, реабилитация

Глистные инвазии и беременность. Клиника. Диагностика. Особенности лечения во время беременности

Малярия, бруцеллёз, листериоз и другие инфекционные заболевания и беременность.

Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Влияние на плод и ребёнка. Особенности ведения беременности, родов и послеродового периода. Реабилитация

ЗППП (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекции). Этиология и патогенез. Клиника, особенности течения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Ведение беременности, родов и послеродового периода. Влияние на плод и ребёнка. Реабилитация

Бактериальный вагиноз, вагинальный кандидоз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностические критерии. Показания к медикаментозной терапии. Принципы лечения

Контрольные вопросы к теме:

1. Цитомегаловирусам свойственно:
 - а) устойчивость к высоким температурам
 - б) тератогенность
 - в) иммуносупрессивное действие
 - г) термоллабильность
2. При внутриутробном инфицировании цитомегаловирусы могут приводить к:
 - а) недоношенности
 - б) мертворождению
 - в) генерализованной форме
 - г) нарушению органогенеза
3. Инфицирование цитомегаловирусами возможно при:
 - а) гемотрансфузиях
 - б) половых контактах
 - в) поцелуях
 - г) при вдыхании воздуха, контаминированного возбудителем
 - д) вертикальной передачи от матери к плоду
4. Цитомегаловирусной инфекции свойственно:
 - а) убиквитарное распространение
 - б) цикличность
 - в) сезонность

- г) отсутствие профессиональных особенностей в распределении сероконверсии
- д) зависимость частоты инфицирования от возраста
- 5. Реактивации латентной инфекции способствуют:
 - а) длительное применение глюкокортикоидов
 - б) снижение иммунитета
 - в) беременность
 - г) применение цитостатиков
 - д) переохлаждение

Ответы на контрольные вопросы:

1. б,в,г
2. а,бв,г
3. а,б,в,,д
4. а,г,д
5. а,б,в,г

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- провести обследование;
- заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
- назначить обследование для выявления инфекционных и паразитарных заболеваний у беременных

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными инфекционными и паразитарными заболеваниями
- протоколы лечения ЗППП у беременных

Контрольные итоговые вопросы:

К больной С., 20 лет, беременность 18 недель, вызвана скорая помощь для госпитализации пациентки в связи с резким ухудшением состояния. Участковый врач поставил диагноз "Менингококковая инфекция. Менингококцемия". Больна первые сутки. Заболела остро. Подъем температуры до 40 С, на коже нижних конечностей появилась сыпь, которая быстро нарастает в последнее время. Объективно: бледность кожных покровов, на конечностях, туловище обильная геморрагическая сыпь с элементами некротических участков, одышка, ЧД 36 в минуту, пульс 110 ударов в минуту, АД 50/20 мм. рт.ст, диурез снижен, менингеальных симптомов нет.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте план неотложной помощи.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. У больной развился инфекционно-токсический шок II степени (критерии оценки тяжести шока: частота пульса, величина АД, диурез, наличие геморрагической сыпи на бледном фоне кожи).
2. При инфекционно-токсическом шоке необходимо: госпитализация в ОРИТ в сопровождении фельдшера или врача, дать увлажненный кислород через носовой катетер, ввести внутримышечно левомецетин, преднизолонп, консультация инфекциониста в ОРИТ.

Тема 8. Беременность и заболевания других органов

Цель занятия: дать представление о течении беременности на фоне экстрагенитальных заболеваний

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), амбулаторная карта пациента (025/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Миопия. Особенности ведения беременности при миопии. Профилактика осложнений. Необходимый объем офтальмологического обследования для выбора тактики родоразрешения. Оптимальная тактика родоразрешения и методы анестезии и анальгезии родового акта у пациенток с миопией различной степени выраженности

Миастения. Ведение беременности, характерные осложнения гестационного процесса и родового акта. Лечение миастенического криза. Особенности ведения родов: методы обезболивания.

Эпилепсия. Осложнения беременности, обусловленные эпилепсией и приемом противосудорожных препаратов. Профилактика осложнений. Влияние противосудорожных препаратов на плод и новорожденного. Эпилептический статус: причины, клиника, осложнения. Неотложная помощь при эпилептическом статусе. Необходимый объем обследования беременной с эпилепсией. Особенности ведения родов. Профилактика осложнений. Наблюдение в послеродовом периоде. Рекомендации при выписке из родильного дома. Противосудорожная терапия и грудное вскармливание: влияние на новорожденного

Другие заболевания центральной и периферической нервной системы (опухоли головного мозга, нарушения мозгового кровообращения, внутричерепная гипертензия. Периферические невриты, нейропатии и т.д.). Клиническая картина. Диагностика. Необходимый объем обследования. Особенности ведения беременности. Лечение. Профилактика осложнений. Показания к прерыванию беременности. Выбор тактики родоразрешения. Особенности ведения родов и оказания анестезиологического пособия. Ведение послеродового периода и реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Лечение гипертонической болезни у беременных проводят с использованием всех препаратов, кроме:

- А. Антагонистов кальция;
- В. Спазмолитиков;
- С. Бета-адреноблокаторов;
- Д. Ганглиоблокаторов;
- Е. ингибиторов АПФ;
- Ф. Диуретиков.

2. Затруднение венозного оттока из нижних конечностей у беременных обусловлено:

- А. Сдавлением маткой подвздошных сосудов;
- В. Увеличением оттока крови из половых органов;
- С. Снижением тонуса венозной стенки;
- Д. Повышением внутрибрюшного давления;
- Е. Все перечисленное выше.

3. Беременность противопоказана при:

- А. Комбинированной недостаточности аортального и митрального клапанов;
- В. Бактериальном эндокардите, осложненном недостаточностью кровообращения;
- С. Многоклапанных протезах сердца;
- Д. Врожденных пороках «синего типа»;
- Е. Коарктации аорты;
- Ф. При всем перечисленном выше.

4. Родоразрешение у беременных с прогрессирующей миопией высокой степени должно быть проведено:

- А. Через естественные родовые пути с рассечением промежности;
- В. Через естественные родовые пути с ведением II периода родов в положении на боку;
- С. Через естественные родовые пути с наложением полостных акушерских щипцов;
- Д. Путем операции кесарева сечения;
- Е. Все перечисленное выше.

5. Оптимальным методом диагностики атипичных и малосимптомных форм острого аппендицита в первой половине беременности является:

- А. Лабораторное обследование (клинический и биохимический анализ крови);
- В. Пальпация живота;
- С. УЗ-исследование;
- Д. Лапароскопия;
- Е. Диагностическая лапаротомия.

Ответы на контрольные вопросы:

- 1. Е
- 2. Е
- 3. F
- 4. Д
- 5. Д

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- осуществлять сбор анамнеза у женщины;
 - провести обследование;
 - заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у) ;
 - назначить обследование для выявления экстрагенитальных заболеваний у беременных
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- тактику ведения беременности и родов у женщин с различными видами соматической патологии

Контрольные итоговые вопросы:

Беременная 26 лет, поступила в акушерское отделение для обследования и лечения с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, обморок, случившийся в день поступления.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, скарлатину, хронический тонзиллит. Менструации с 15 лет, установились в течение года, по 5-7 дней, болезненные, обильные. Половая жизнь с 17 лет. Две первые беременности закончились медицинским абортom без осложнений.

Настоящая беременность третья. Наблюдалась в женской консультации с 8 недель беременности. Срок беременности, рассчитанный по менструации, - 32 недели, по данным УЗИ в 10 недель - 32 недели. В сроке беременности 24 и 30 недель перенесла ОРВИ.

Данные объективного обследования. Состояние беременной удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное. Рост 164 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы чистые, сухие, бледные, губы розовые. Имеется лёгкая желтизна ладоней и носогубного треугольника, трещины в углах рта. Ногти уплощённые, волосы тонкие ломкие, склеры голубоватого цвета. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 удара в мин., Артериальное давление 110/60 мм. рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счёт беременной матки. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные акушерского исследования. Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Тонус матки нормальный. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, спинка плода слева спереди, мелкие части справа. Сердцебиение плода ясное, 142 удара в минуту, слева ниже пупка. Околоплодные воды не подтекают. Размеры таза: 24-28-32-20 см. Ромб Михаэлиса 11x10см., правильной формы.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, выделения жидкие, гомогенные, серого цвета.

Влагалищное исследование. Вход во влагалище нерожавшей, тонус мышц промежности сохранён, влагалищная часть шейки матки длиной до 3 см, наружный зев закрыт. Своды влагалища свободны. Через передний свод определяется головка плода, подвижная над входом в малый таз. Крестцовая впадина свободна, мыс крестца не достигается, экзостозов нет.

1. Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гипохромия эритроцитов, цветовой показатель 0,8, гемоглобин 83 г/л, гематокрит 0,24, лейкоциты $6,7 \times 10^9/л$, палочкоядерные 3, сегментоядерные 64, лимфоциты 31, моноциты 2; тромбоциты $244 \times 10^9/л$, анизоцитоз ++, время свёртывания крови 7 минут 50 секунд, СОЭ 35 мм/час.

2. Биохимический анализ крови: билирубин 15 мкмоль/л, общий белок 75 г/л, АСТ - 20,6 МЕ/л, АЛТ - 11,7 МЕ/л, креатинин 0,058 ммоль/л. ПТИ 104%. Сахар крови 3,6 ммоль/л. Сывороточное железо 6 мкмоль/л.

3. Группа крови В (III), Rh(+) положительный.

4. Общий анализ мочи: удельный вес 1020, белок не обнаружен, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

5. Мазки на флору: лейкоциты 5 - 10 в поле зрения, смешанная обильная бактериальная флора, «ключевые» клетки, обнаружен Mobiluncus. Гонококки и трихомонады не обнаружены.

6. УЗИ плода: срок беременности по менструации 32 недели. В полости матки один живой плод, предлежание головное. Фетометрические параметры соответствуют сроку беременности. Лёгкие плода «зрелые». Индекс амниотической жидкости 16 см. Расчетная масса плода 2600 гр. Плацента расположена по передней стенке в теле матки, II степени «зрелости». Шейка матки длиной 3,9 см. Допплерометрия: нормальные показатели индексов сосудистого сопротивления.

7. Электрокардиограмма: ритм синусовый. Тахикардия 104 ударов в минуту. Горизонтальное положение оси сердца. Умеренные метаболические изменения миокарда.

1. Диагноз, обоснование диагноза.

2. Влияние установленной патологии на течение беременности, развитие плода, течение родов и послеродового периода, заболеваемость новорождённого.

3. Лечебная тактика врача.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

1. Диагноз: Третья беременность 32 недели, продольное положение, первая позиция, передний вид, головное предлежание плода. Отягощённый акушерский анамнез. Анемия беременной? Бактериальный вагиноз.

Диагноз анемии не может быть поставлен только на основании клинической картины, Чаще всего у беременных встречается железодефицитная анемия (ЖДА). Наиболее достоверная диагностика ЖДА основывается на снижении содержания железа в плазме крови до 10 ммоль/л и менее, снижении гематокрита менее 0,33, цветового показателя ниже 0,85. Отмечается гипохромия эритроцитов, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Количество тромбоцитов может быть нормальным или повышенным. СОЭ обычно повышено.

2. Влияние анемии на течение беременности и родов.

Биологическая значимость железа определяется его участием в тканевом дыхании. При дефиците железа у беременной возникает умеренная гемическая гипоксия с последующим развитием вторичных метаболических расстройств. Беременные с выраженной анемией склонны к бактериальной инфекции: инфекции мочевыводящих путей, послеродовый эндометрит. Анемия – фактор риска слабости родовой деятельности, гипотонического кровотечения, гипогалактии. У детей, матери которых во время беременности страдали анемией, часто к концу первого года жизни также обнаруживается дефицит железа. Дети первого года жизни чаще болеют ОРВИ, у них значительно выше вероятность развития энтероколита, пневмонии, разных форм аллергии.

2. Лечение.

А. Лечебная тактика при ЖДА включает препараты железа, полноценное питание (мясо-продукты), витамины. Рекомендуются использовать пероральные препараты (удобство применения, лучшая переносимость). Препараты железа не оказывают вредного воздействия на плод. Суточная доза железа для профилактики и лечения лёгкой анемии 50 – 60 мг, для лечения выраженной анемии 100 – 120 мг. Не доказано, что добавление аскорбиновой кислоты улучшает всасывание железа. Самым главным фактором усвоения железа является потребность в нём организма. Лечение препаратами железа должно быть длительным: при лёгкой анемии 3 – 4 недели, при более тяжелой – на протяжении всей беременности.

В. Лечение бактериального вагиноза: метронидазол внутрь 1,0/сут 7 дней

РАЗДЕЛ 5 «КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ШОК И ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»

Тема 1. Кровотечения во время беременности

Цель занятия: дать представление о методах диагностики, терапии и профилактике кровотечений беременности

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация, акушерский стационар.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Предлежание плаценты. Этиология и патогенез. Группы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению. Профилактика
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология и патогенез. Группы риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению. Профилактика

Кровотечения при полипах и злокачественных новообразованиях шейки матки. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика

Контрольные вопросы к теме:

1. К наиболее частым причинам кровотечения в первом триместре беременности относятся
 - 1. варикозное расширение вен влагалища
 - 2. предлежание плаценты
 - 3. угрожающий и начавшийся выкидыш

- 4. разрыв матки
 - 5. прервавшаяся внематочная беременность
2. К наиболее частым причинам кровотечения в конце беременности относятся
- 1. начавшийся выкидыш
 - 2. разрыв матки
 - 3. предлежание плаценты
 - 4. пузырный занос
-
- 5. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

3. К основным причинам возникновения аномалий расположения плаценты относятся

- 1. поздний токсикоз беременных, заболевания почек, гипертоническая болезнь
- 2. патологические изменения в слизистой оболочке матки
- 3. неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 4. повышенная ферментативная активность трофобласта
- 5. деформации полости матки при аномалиях ее развития или при миоме матки

4. Нормальным считается расположение плаценты

- 1. выше области внутреннего зева на 7 см и более
- 2. по передней стенке матки
- 3. выше области внутреннего зева на 3 см
- 4. по задней стенке матки

- 5. в области нижнего сегмента матки

5. Низким называется расположение плаценты, при котором

- 1. расстояние между ее нижним краем и внутренним зевом менее 7 см
- 2. край ее доходит до внутреннего зева
- 3. нижний край ее находится ниже предлежащей части плода
- 4. происходит ее отслойка во втором периоде родов
- 5. расстояние от края плаценты до места разрыва плодного пузыря 10 см

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3,5
2. 3,5
3. 2,5
4. 1,2,4
5. 1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- - осуществлять сбор анамнеза у женщины;
- - провести обследование;
- - заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у);
- - определить группу крови, резус-фактор, подсчитать физиологическую кровопотерю

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с отслойкой плаценты
- - технику проведения корпорального кесарева сечения
- - основы реанимации при геморрагическом шоке

Контрольные итоговые вопросы:

Беременная в срок гестации 30 недель беременности доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на скудные кровяные выделения из родовых путей. Состояние при поступлении удовлетворительное. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 72 уд. в мин. Матки при пальпации безболезненна, в нормотонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное – 140 уд. в мин. В анамнезе у пациентки - эрозия шейки матки, которую не ле-

чила. При УЗ исследовании – плод соответствует 30 неделям, плацента расположена по задней стенке матки, нижний край 80 более, чем на 7 см от внутреннего зева, 30 мм толщиной, 1 степени зрелости, признаков отслойки плаценты нет. Количество вод в норме. Состояние гемодинамики в системе мать-плацента-плод – в пределах нормы. При осмотре с помощью гинекологических зеркал выявлена эрозия шейки матки, кровоточащая при касании. Предположительный диагноз. План обследования.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: беременность 30 недель, кровотечение. Эрозия шейки матки. 84 План ведения: терапия, направленная на пролонгирование беременности в условиях стационара до прекращения кровотечения, цитологическое исследование мазков, кольпоскопия. По показаниям – биопсия шейки матки.

Тема 2. Кровотечения во время родов

Цель занятия: дать представление о методах диагностики терапии предлежания плаценты

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация, акушерский стационар.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Предлежание плаценты. Этиология и патогенез. Группы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению. Профилактика
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология и патогенез. Группы риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению. Профилактика

Нарушение механизма отделения и выделения последа. Этиология и патогенез. Группы риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика

Контрольные вопросы к теме:

1. Основной при предлежании плаценты является жалоба
 - 1. на сильные распирающие боли в животе
 - 2. на схваткообразные боли в низу живота
 - 3. на наружное кровотечение
 - 4. на боли в эпигастральной области
- 5. на слабые шевеления плода
2. К основным клиническим признакам низкого расположения плаценты относится
 - 1. боль в низу живота
 - 2. кровотечение во втором или третьем триместрах беременности
 - 3. наружное кровотечение в родах
 - 4. гипотрофия плода
- 5. неправильное положение плода
3. Кровотечение при полном предлежании плаценты
 - 1. является проявлением комбинированного наружно-внутреннего кровотечения
 - 2. обычно возникает в 28-32 недели беременности
 - 3. возникает раньше, чем при неполном предлежании плаценты
 - 4. обычно появляется с началом родов

- 5. сопровождается сильными болями в низу живота
- 4. При наружном акушерском исследовании у беременной с предлежанием плаценты обычно выявляется
 - 1. матка в гипертонусе
 - 2. болезненность при пальпации нижнего сегмента матки
 - 3. матка в нормальном тонусе
 - 4. неправильное положение плода, высокое расположение предлежащей части плода
 - 5. измененный контур матки
- 5. Предлежание плаценты нередко сочетается
 - 1. с многоводием
 - 2. с аномалиями развития плода
 - 3. с аномалией прикрепления плаценты
 - 4. с перерастяжением нижнего сегмента матки
 - 5. с гипотрофией плода

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3
2. 3
3. 2,3
4. 3,4
5. 3,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- - осуществлять сбор анамнеза у женщины;
 - - провести обследование;
 - - заполнить Индивидуальную карту беременной и родильницы (111/у); История родов (096/у)
 - - определить группу крови, резус-фактор, подсчитать физиологическую кровопотерю
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - тактику ведения женщин с отслойкой плаценты
 - - технику проведения корпорального кесарева сечения
 - -основы реанимации при геморрагическом шоке

Контрольные итоговые вопросы:

У роженицы с доношенной беременностью в I периоде родов появились яркие кровяные выделения в умеренном количестве. Перед родами при УЗ исследовании определено, что край плаценты расположен на 4,5 см от внутреннего зева. Состояние роженицы остается удовлетворительным, АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 80 уд в мин. Головка плода прижата ко входу в 79 малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное – 140 уд.в мин. Матка расслабляется между схватками, безболезненна при пальпации во всех отделах. При влагалищном исследовании – шейка матки сглажена, открытие 4 см., края тонкие, плодный пузырь цел. Через оболочки пальпируется головка плода, прижатая к входу в малый таз. При УЗ исследовании определено, что край плаценты расположен близко к шейке матки. Диагноз. План ведения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: беременность 40 нед., продольное положение плода, головное предлежание, I период родов, низкое расположение плаценты, кровотечение. 83 План ведения: амниотомия, при прекращении кровотечения и удовлетворительном состоянии плода – роды продолжить вести выжидательно, с тщательным контролем за характером и объемом выделений из родовых путей и состоянием плода с помощью кардиомониторного наблюдения;

при продолжающемся кровотечении или ухудшении состояния плода по данным кардиомониторного наблюдения показано экстренное оперативное родоразрешение. Интраоперационно использовать аппарат «sell-saver», наложение стягивающего шва на нижний маточный сегмент, при массивным кровотечении - интраоперационно может быть произведена перевязка внутренних подвздошных артерий, эмболизация маточных артерий. Оценить объем кровопотери для решения вопроса о необходимости инфузионнотрансфузионной терапии.

Тема 3. Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периодах

Цель занятия: дать представление о методах диагностики и терапии кровотечений в раннем и позднем послеродовом периоде

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Гипотонические кровотечения. Этиология и патогенез. Группы риска. Клиника. Диагностика. Лечение (консервативное и оперативное). Профилактика

Позднее послеродовое кровотечение. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Лечение. Профилактика

Контрольные итоговые вопросы:

1. Плотным прикреплением плаценты (Placenta Adhaerens) называют
 - 1. неглубокое врастание ворсин хориона в миометрий
 - 2. непрочное сращение ворсин хориона с децидуальной тканью
 - 3. прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия
 - 4. прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
- 5. глубокое врастание ворсин хориона в миометрий
2. Плотное прикрепление плаценты (Placenta Adhaerens)
 - 1. чаще встречается при перенесенной беременности и позднем токсикозе беременных
 - 2. возникает как следствие структурно-морфологических изменений эндометрия
 - 3. характеризуется частичным врастанием ворсин хориона в миометрий
 - 4. характеризуется плотным соединением ворсин хориона с отпадающей оболочкой
- 5. является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки
3. Приращение плаценты
 - 1. часто встречается при позднем токсикозе беременных
 - 2. бывает полным или частичным
 - 3. является показанием для ручного отделения плаценты и выделения последа
 - 4. возникает при структурно-морфологических изменениях эндометрия
- 5. является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки
4. К истинному приращению плаценты относят
 - 1. плотное соединение ворсин хориона с отпадающей оболочкой
 - 2. врастание ворсин хориона в миометрий
 - 3. прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
 - 4. развитие ворсин хориона в спонгиозном слое децидуальной оболочки
- 5. прорастание ворсин хориона базального слоя отпадающей оболочки до миометрия
5. При наличии тотального истинного приращения плаценты

- 1. самостоятельное ее отделение невозможно
- 2. имеется врастание ворсин хориона в миометрий
- 3. кровотечение обычно отсутствует
- 4. всегда бывает кровотечение в третьем периоде родов
- 5. необходима ампутация или экстирпация матки

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3
2. 2,4
3. 2,4,5
4. 2,3,5
5. 1,2,3,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- - осуществлять сбор анамнеза у женщины;
 - - провести обследование;
 - - заполнить Историю родов (096/у)
 - - определить группу крови, резус-фактор, подсчитать физиологическую кровопотерю
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - тактику ведения женщин с кровотечением в раннем послеродовом и послеродовом периоде
 - - технику проведения ушивания разрывов родовых путей
 - - основы реанимации при геморрагическом шоке

Контрольные итоговые вопросы:

У роженицы 34 лет после рождения последа, который при осмотре оказался целым, началось сильное кровотечение. Бледность кожных покровов, слабость, PS — 110 удар/мин, АрТДавл — 90/60 мм Нг. Матка мягкая, дряблая. Кровотечение продолжается. Кровопотеря == 600 мл.
 Диагноз. Тактика врача.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Кровотечение в раннем послеродовом периоде (гипотоническое). Лечение гипотонии, гемотрансфузии.

Гипотония матки. Вводим сокращающие: от 10 до 20 ЕД окситоцина в 500мл физ. Р-ра или синтометрин, после этого ручное обследование матки и далее массаж матки на кулаке, если не прекращается, то в операционную, перевязка внутренних подвздошных артерий, восстановление ОЦК., инфукол, ГКС.

Тема 4. ДВС-синдром в акушерстве и гинекологии

Цель занятия: дать представление о методах диагностики и терапии ДВС синдрома

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар.

Оснащение занятия: История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролируемый материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Физиология системы гемостаза. Физиологические изменения в системе гемостаза, обусловленные беременностью. Этиология и патогенез ДВС- синдрома. Заболевания осложняющиеся ДВС-синдромом. Основные механизмы развития ДВС-синдрома
 Гиперкоагуляционный синдром. Клиника. Стадии развития ДВС- синдрома. Осложнения ДВС-синдрома. Диагностика. Современные методы лечения и профилактики ДВС-синдрома

Контрольные вопросы к теме:

1. Послеродовой гемостаз
 - 1. обеспечивается ретракцией миометрия
 - 2. достигается тромбообразованием в сосудах плацентарной площадки
 - 3. связан с сократительной активностью матки
 - 4. зависит от продолжительности родов
2. Маточные артерии
 - 1. проходят вдоль боковых стенок матки
 - 2. подходят к матке в составе круглой маточной связки
 - 3. отходят от внутренней подвздошной артерии
 - 4. отходят от аорты
3. К основным причинам нарушений в свертывающей системе крови во время беременности и родов относится
 - 1. кровотечение при предлежании плаценты
 - 2. поздний токсикоз беременных
 - 3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - 4. разрыв матки
4. Шоковый индекс
 - 1. является информативным показателем гиповолемии
 - 2. представляет отношение частоты пульса к величине систолического артериального давления
 - 3. представляет отношение частоты пульса к величине среднего артериального давления
 - 4. при снижении ОЦК на 20-30% он увеличивается до 1.0
 - 5. в норме равен 1.0
5. Профилактика гипотонического кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде проводится введением
 - 1. 1.0 мл метилэргометрина внутримышечно во время последней потуги
 - 2. 1.0 мл маммофизина внутривенно в конце второго периода родов
 - 3. 1.0 мл маммофизина внутримышечно в конце второго периода родов
 - 4. 1.0 мл окситоцина внутримышечно во время последней потуги
 - 5. 1.0 мл метилэргометрина внутривенно во время последней потуги
6. К основным причинам кровотечения в третьем периоде родов относятся
 - 1. патология прикрепления плаценты
 - 2. патология расположения плаценты
 - 3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - 4. травма мягких родовых путей
 - 5. снижение сократительной активности матки

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3,4,5
2. 1,3
3. 1,2,3,4,5
4. 1,2,4
5. 5
6. 1,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- - осуществлять сбор анамнеза у женщины;
 - - оценить величину кровопотери
 - - рассчитать шоковый индекс;
 - - заполнить Историю родов (096/у)
 - - определить группу крови, резус-фактор, подсчитать физиологическую кровопотерю
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - тактику ведения женщин с геморрагическим шоком
 - - протоколы восполнения кровопотери
 - - основы реанимации при геморрагическом шоке

Контрольные итоговые вопросы:

Первобеременная 24 лет доставлена машиной СМП. Жалобы на общую слабость и кровотечение из влагалища, без родовой деятельности. В анамнезе -хронический нефрит. В сроке 28-29 недель находилась на стационарном лечении по поводу гестоза.

В настоящее время беременность 36 недель. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, предлежащая часть ясно не определяется из-за напряжения матки.

Серд/биение плода не выслушивается. Кожные покровы бледные, пульс — 115 удар. в мин., АД -90/50 мм.ртут.ст.

Предполагаемый диагноз. План обследования и лечения. Ошибки ведения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

ПОНРП на фоне гестоза. Внутриутробная гибель плода. Гемморрагический шок. Необоснованная выписка из стационара и запоздалая госпитализация.

Тема 5. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии

Цель занятия: дать представление о методах диагностики терминальных состояний в акушерстве и гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: История родов (096/у), медицинская карта стационарного больного (003/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Причины развития. Виды в зависимости от этиологических факторов. Патогенетические механизмы. Клинические проявления. Первая медицинская и реанимационная помощь
Интенсивная терапия при шоковых состояниях в акушерстве и гинекологии

Контрольные вопросы к теме:

1. На начальном этапе терапии геморрагического шока необходимо применять
 - 1. сердечные гликозиды
 - 2. адреналин
 - 3. реополиглюкин
 - 4. 4-5% раствор бикарбоната натрия
2. Длительное нахождение в матке мертвого плода
 - 1. может быть причиной гипотонического кровотечения
 - 2. вызывает аномалии прикрепления плаценты
 - 3. вызывает интоксикацию матери
 - 4. обуславливает поступление в кровоток матери тканевых тромбопластических субстанций

- 5. может быть причиной коагулопатического кровотечения
- 3. Наружно-внутренний массаж матки (массаж матки на кулаке)
 - 1. применяется при гипотоническом кровотечении
 - 2. применяется при разрыве матки
 - 3. относится к рефлекторным методам восстановления сократительной способности матки
 - 4. применяется при аномалиях прикрепления плаценты
- 5. способствует отделению плаценты
- 4. Объем переливаемой жидкости должен превышать объем кровопотери
 - 1. в 1.5 раза при кровопотере 1 л
 - 2. в 3 раза при кровопотере 1 л
 - 3. в 2 раза при кровопотере 1.5 л
 - 4. в 2 раза при кровопотере 2 л
 - 5. в 2.5 раза при кровопотере больше 1.5 л
- 5. Ручное обследование полости матки показано
 - 1. при кровотечении и отсутствии признаков отделения плаценты
 - 2. через 30 минут после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты
 - 3. через 1 час после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения
 - 4. при задержке доли плаценты
 - 5. при подозрении на задержку доли плаценты

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3
2. 4,5
3. 1,3
4. 1,3,5
5. 1,2,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- - оценить величину кровопотери
- - рассчитать шоковый индекс;
- - заполнить медицинскую карту стационарного больного (003/у)
- - определить группу крови, резус-фактор, подсчитать физиологическую кровопотерю
- Рассчитать объем инфузионной терапии

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с шоком
- - протоколы инфузионной терапии при различных видах шока в акушерстве и гинекологии
- -основы реанимации при шоке

Контрольные итоговые вопросы:

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинским абортom, третья — кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт. ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась.

1. Поставьте диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз?
3. Каковы причины, способствующие данному осложнению?

4. Можно ли предупредить данное осложнение, каким образом?

5. Какова акушерская тактика в данном случае?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Беременность 40 недель. 1 период родов. Отягощенный акушерский анамнез. Несостоятельный рубец на матке. Полный разрыв матки. Геморрагический шок. Интранатальная гибель плода.

2. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт. ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась.

3. Несостоятельный рубец на матке. Полный разрыв матки.

4. Своевременная госпитализация, плановое кесарево сечение.

5. Наркоз. Чревосечение, удаление матки. Инфузионно-трансфузионная терапия.

РАЗДЕЛ 6 «ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ»

Тема 1. Ранние токсикозы

Цель занятия: дать представление о методах диагностики и терапии ранних токсикозов

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), медицинская карта стационарного больного (003/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Этиология и патогенез ранних токсикозов. Группы риска. Классификация ранних токсикозов. Клиника ранних токсикозов. Определение степени тяжести. Диагностика ранних токсикозов. Показания к госпитализации. Принципы и оценка эффективности терапии. Показания к прерыванию беременности.

Контрольные вопросы к теме:

1. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся
 - 1. отеки беременных, гипертония беременных
 - 2. птолизм, рвота беременных
 - 3. гипертония беременных, преэклампсия
 - 4. дерматозы, хорея беременных
 - 5. острая желтая атрофия печени, рвота беременных
2. Показанием для прерывания беременности при рвоте беременных является
 - 1. потеря массы тела более 5 кг, анемия
 - 2. алиментарная дистрофия
 - 3. появление ацетонурии
 - 4. появление отеков и гипертензии
 - 5. наличие метаболического ацидоза
3. Ацетонурия характерна
 - 1. для преэклампсии
 - 2. для отеков беременных
 - 3. для рвоты беременных
 - 4. для нефропатии беременных

- 5. для дерматозов беременных
- 4. В стационар поступила беременная с жалобами - на тошноту, - рвоту до 15 раз в сутки, - потерю 8 кг веса, - слабость. Пульс 100 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 95/60 мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель. ДИАГНОЗ
 - 1. острый гастрит
 - 2. острый холецистит
 - 3. рвота беременных легкой степени
 - 4. рвота беременных средней степени
 - 5. рвота беременных тяжелой степени
- 5. В женскую консультацию обратилась больная 20 лет с жалобами - на общую слабость, потерю аппетита, тошноту, - рвоту до 8 раз в сутки, потерю веса до 3-х кг. ДИАГНОЗ: Беременность 8 недель. Рвота беременных. Для уточнения степени тяжести токсикоза план обследования должен включать
 - 1. взвешивание в динамике, исследование мочи
 - 2. определение билирубина, протромбина, фибриногена, общего белка, сахара крови натощак, контроль веса, АД
 - 3. определение суточного диуреза, общего белка, липопротеиновых фракций
 - 4. исследование кислотообразующей функции желудка, исследование дуоденального содержимого, контроль веса, суточного диуреза, АД
 - 5. определение гемоглобина, гематокрита, электролитов крови, КЩС, исследование мочи на ацетон, контроль веса, суточного диуреза, АД

Ответы на контрольные вопросы:

1. 2
2. 2
3. 3
4. 5
5. 5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- - оценить тяжесть обезвоживания
- - рассчитать величину восполнения потери жидкости;
- - заполнить медицинскую карту стационарного больного (003/у)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с тяжелыми формами раннего токсикоза
- - протоколы терапии раннего токсикоза в зависимости от степени тяжести
- Показания к прерыванию беременности у женщин с ранним токсикозом

Контрольные итоговые вопросы:

Первобеременная 22 лет поступила в палату патологии беременных с жалобами на тошноту и рвоту до 20 раз в сутки, потерю в весе (за 2 нед. до 6 кг) слабость. При осмотре: слизистые — сухие, склеры иктеричны, кожа умеренно бледная. АртДавл — 90/60 мм Hg. PS — 90 удар/мин, слабого наполнения.

St. specialis: Слизистые влагалища и влагалищной части шейки матки синюшные» выделения слизистые.

Бимануально: матка мягковатая, увеличена до 8 нед. Область придатков без — патологии
Кровь: НБ — 135 г/л. Л- 11 x 10⁶ / л, Билирубин — 35,6 . В анализе мочи:

белок -2,1 г/л, ацетон, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия — все поле зрения.

Диагноз. Тактика ведения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Ранний токсикоз тяжелой степени. Показано прерывание беременности.

(Гиперемесис gravidarum) Чрезмерная рвота.

Лечение: бромид натрия 4% р-р 50мл 1 раз в сутки в виде микроклизм или кофеин 10%-1мл п/к. аминахин 1 таб. по 0,5г 2 раза в день или в/м, дроперидол, новокаин, глюкоза с инсулином,, натрия гидрокарбонат 5%-100мл в/в, при безуспешности лечения-прерывание ее.

Тема 2. Преэклампсия

Цель занятия: дать представление о методах диагностики и терапии ранних токсикозов

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация, акушерский стационар.

Оснащение занятия: Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у), История родов (096/у), бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролируемый материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Этиология и патогенез ПЭ. Группы риска. Классификация ПЭ. Клиника ПЭ Определение степени тяжести. Диагностика ПЭ. Осложнения со стороны плода при ПЭ. Состояние ФПК при ПЭ. Осложнения беременности при ПЭ: клиника, диагностика, интенсивная терапия

Постэкламптическая кома. Полиорганная недостаточность. Острый жировой гепатоз. HELLP-синдром. Особенности ведения беременности при ПЭ

Интенсивная медикаментозная терапия. Оценка эффективности лечения. Принципы и методы родоразрешения при ПЭ. Показания к досрочному родоразрешению. Особенности ведения родов через естественные родовые пути. Осложнения родового акта, их профилактика. Показания к операции кесарево сечение. Особенности клинического течения и ведения послеродового периода. Методы профилактики ПЭ во время беременности и реабилитация в послеродовом периоде в условиях стационара и женской консультации

Контрольные вопросы к теме:

1. Чистыми формами позднего токсикоза считаются
 - 1. отеки беременных, гипертония беременных
 - 2. токсикоз, развивающийся при неосложненной беременности
 - 3. токсикоз, возникающий у соматически здоровых женщин
 - 4. токсикоз, возникающий у беременных с неотягощенным гинекологическим анамнезом
- 5. преэклампсия и эклампсия
2. К моносимптомным формам позднего токсикоза относятся
 - 1. отеки беременных, гипертония беременных
 - 2. отеки беременных, преэклампсия
 - 3. нефропатия беременных, гипертония беременных
 - 4. отеки беременных, нефропатия беременных
- 5. гипертония беременных, эклампсия
3. К полисимптомным формам позднего токсикоза относятся
 - 1. отеки беременных, гипертония беременных
 - 2. гипертония беременных, нефропатия беременных
 - 3. нефропатия беременных, сочетанные формы позднего токсикоза
 - 4. нефропатия беременных, преэклампсия, эклампсия
- 5. преэклампсия, эклампсия
4. Нефропатии 1-й степени тяжести соответствуют
 - 1. АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 0.99 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз

- 2. АД 130/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки, лица; отек сетчатки глаз
 - 3. АД 140/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; неравномерность калибра сосудов сетчатки
 - 4. АД 140/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 0.66 г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки
-
- 5. АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.32 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз
5. Нефропатии 2-й степени тяжести соответствуют
- 1. АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066 г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки глазного дна
 - 2. АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отек сетчатки глаз; отеки голеней и передней брюшной стенки;
 - 3. АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; на глазном дне кровоизлияния
 - 4. АД 180/120 мм рт.ст.; белок в моче 0.99 г/л; отеки нижних конечностей; отек сетчатки глаз
-
- 5. АД 130/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.132 г/л; пастозность голеней; сосуды глазного дна без изменений
6. Нефропатии 3-й степени тяжести соответствуют
- 1. АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066 г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки глаз
 - 2. АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз
 - 3. АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 6.6 г/л; отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, лица; кровоизлияния в сетчатке глаз
 - 4. АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; жалобы на головную боль, нарушение зрения, тошноту; генерализованные отеки, на глазном дне - кровоизлияния
-
- 5. АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; пастозность голеней; отек сетчатки глаз

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 3

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- - оценить степень тяжести позднего токсикоза и прогноз его развития
- -определять клинические и лабораторные признаки предгестоза;
- - заполнить Историю родов (096/у)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с тяжелыми формами гестоза
- - протоколы терапии позднего токсикоза в зависимости от степени тяжести
- - оказания к прерыванию беременности у женщин с гестозом токсикозом
- - протоколы интенсивной терапии женщин с эклампсией
- - показания к КС при поздних токсикозах
- - методы профилактики гестоза в женской консультации и стационаре, послеродовую

реабилитацию

Контрольные итоговые вопросы:

В акушерскую клинику доставлена первородящая женщина с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 170/110 мм Нг на левой руке и 160/100 мм.рт.ст на правой. Пульс 88 в мин. Матка соответствует 35 неделям беременности, что согласуется с предполагаемым сроком, сердцебиение плода 140 ударов в мин. Отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Готовность родовых путей оценена в 10 баллов.

Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче по акушерству

Общий анализ крови: эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ в л, Нб 128 г/л, тромбоциты 135×10^9 в л.

Биохимия крови: общий белок 56 г/л, билирубин 9,5 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л, мочевины 8,8 ммоль/л, АЛТ 56 ЕД, АСТ 34 ЕД. Общий анализ мочи: р 1018, лейкоциты 6-7 п/зр, эритроциты 3-4 п/зр, белок 7 г/л., эпителий +

КТГ: нестрессовый тест реактивный, базальная ЧСП 140 в мин, вариабельность сердечного ритма 10 уд/мин.

УЗИ: плод один, в головном предлежании, соответствует 35 неделям беременности, С/б (+), Дв (+), ДД (+), предполагаемая масса 2500 г, аномалий развития нет. Легкие плода «зрелой» эхоструктуры. Плацента 2 ст зрелости, расположена в теле матки спереди. Количество вод нормальное (ИАЖ 15 см). Шейка матки 1,5 см, ц/канал 4 мм.

Допплерометрия плацентарного кровотока: Правая маточная артерия: С/Д 2,4, ИР 0,6; левая маточная артерия: С/Д 3,2, ИР 0,72, определяется дикротическая выемка; Артерия пуповины: С/Д 3,0, ИР 0,7. Исследование центральной гемодинамики: ударный объем 56 мл, минутный объем 4,9 л/мин, сердечный индекс 2,6 л/мин/м², периферическое сосудистое сопротивление 1950 дин х с х см-5.

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Беременность 1-35 недель. Предстоящие I роды в головном предлежании. Тяжелая преэклампсия.

2. Тактика — принципы терапии В. В. Строганова — создание лечебно — охранительного режима, седативная терапия, быстрое и бережное родоразрешение.

Лечебно — охранительный режим — затемненное помещение, спокойная обстановка, внушение беременной уверенности в благоприятный исход.

Седативная терапия — седуксен (реланиум) 2 — 4 мг в/м или в/в, MgSO₄ — 25% 20 мл на 60 мл физиологического раствора в течение 20 мин — насыщающая доза и 80 мл 25% раствора в 400 мл физ. раствора в течение 8-10 часов — поддерживающая доза, постоянный мочевого катетер, контроль сухожильных рефлексов.

Гипотензивная терапия — Гидралазин (апрессин) в/в 2,5 — 5 мг болюсом с последующей капельной инфузией 100 мг в 200 мл физиологического раствора. Клофелин в/в капельная инфузия 0,9 мг в 500 мл 5% раствора глюкозы.

Быстрое и бережное родоразрешение — консервативное родоразрешение путем индукции родов простагландинами или окситоцином с предварительной амниотомией.

РАЗДЕЛ 7 «ТРАВМАТИЗМ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»

Тема 1. Травматизм в акушерстве

Цель занятия: дать представление о методах диагностики и терапии акушерских травм

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: История родов (096/у), медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, набор хирургических инструментов для проведения прерывания беременности, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Разрывы наружных половых органов и промежности. Методика зашивания разрывов наружных половых органов и промежности. Профилактика разрыва промежности. Повторное наложение швов при вторичном заживлении раны. Восстановительная операция в отдалённом послеродовом периоде

Разрывы шейки матки и влагалища. Осмотр шейки матки и стенок влагалища. Определение степени разрыва шейки матки. Локализация разрывов влагалища. Методика зашивания разрывов шейки матки и влагалища. Профилактика разрывов шейки матки и влагалища. Реабилитация. Восстановительная терапия в отдалённом послеродовом периоде. Гематома вульвы и влагалища. Ранняя диагностика, врачебная тактика и профилактика

Разрывы матки во время беременности и в родах. Группы риска по разрыву матки. Ведение беременности и родов в группе риска. Классификация разрыва матки. Клиническая картина и врачебная тактика при угрожающем, начавшемся и совершившемся разрыве матки. Методика оперативного лечения при начавшемся и совершившемся разрыве матки. Профилактика разрыва матки и реабилитация

Разрыв лонного сочленения. Предрасполагающие факторы, клиническая картина и диагностика при разрыве лонного сочленения. Современные методы лечения и профилактика разрыва лонного сочленения. Травма мочевого пузыря, уретры и прямой кишки в родах. Ранняя диагностика, врачебная тактика и профилактика

Основные методы оперативного лечения острой травмы органов мочевого выделения. Методика зашивания сфинктера прямой кишки. Рациональное ведение послеоперационного периода после восстановительных операций на органах мочевого выделения и прямой кишке

Травматизм при прерывании беременности в первом триместре. Перфорация матки
Особенности производства аборта при неправильном положении матки. Особенности производства аборта при пороке развития матки. Особенности производства аборта при отягощённом акушерско-гинекологическом анамнезе. Клиническая картина и диагностика перфорации матки. Показания к консервативному ведению при травме при прерывании беременности. Показания и объём оперативного лечения (зашивание, ампутация, экстирпация матки). Реабилитация в зависимости от объёма операции и травмы соседних органов

Контрольные вопросы к теме:

1. В современном акушерстве разрывы матки
 - 1. чаще развиваются по механизму, описанному Л.Бандлем
 - 2. почти в 90% случаев происходят в связи с несостоятельностью старого рубца
 - 3. более чем в 1/3 случаев развиваются на фоне слабости родовой деятельности
 - 4. встречаются при применении утеротонических средств
 - 5. стоят на первом месте среди причин материнской смертности
2. Беременные, имеющие рубцы на матке, должны быть госпитализированы
 - 1. при первой явке
 - 2. в 26-28 недель
 - 3. в 32-34 недели
 - 4. не менее, чем за две недели до родов
 - 5. при появлении "предвестников" родов

3. Разрыв матки
 - 1. считается полным, если повреждены все слои матки
 - 2. в области нижнего сегмента чаще бывает неполным
 - 3. может произойти на фоне длительной слабости родовой деятельности
 - 4. по старому рубцу протекает бессимптомно
- 5. в настоящее время чаще имеет симптомокомплекс, описанный Л.Бандлем
4. Разрыв матки по старому рубцу
 - 1. в настоящее время встречается чаще, чем "бандлевский разрыв"
 - 2. имеет меньшую вероятность при беременности, наступившей в течение 1-го года после оперативного вмешательства на матке
 - 3. чаще происходит в конце первого периода родов
 - 4. может быть диагностирован с помощью ультразвукового исследования
- 5. может проявляться неэффективностью родовой деятельности
5. Для диагностики угрожающего разрыва матки по старому рубцу необходимо учитывать данные
 - 1. анамнеза
 - 2. ультразвукового исследования
 - 3. рентгеновского исследования
 - 4. пальпации рубца на передней брюшной стенке
- 5. ФКГ плода

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3,4,
2. 4
3. 1,2,3
4. 1,4,5
5. 1,2,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -оценить степень тяжести травмы половых органов в родах
- -рассчитать величину кровопотери
- -заполнить Историю родов (096/у)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с разрывами половых органов в родах
- -профилактику родового травматизма матери и новорожденного
- - методы профилактики разрыва промежности и шейки матки в родах
- - методы ушивания матки в случае разрыва в родах или травмы во время проведения внутриматочных манипуляций
- -тактику ведения женщин при свершившемся разрыве матки
- - дифференциальную диагностику и методы лечения травм органов малого таза

Контрольные итоговые вопросы:

Повторнородящая 35 лет. После первых родов, закончившихся вакуум-экстракцией плода, в течение месяца находилась в акушерском стационаре по поводу высокой Т, субинволюции матки. Настоящая беременность 4. Было 2 мед. аборта. Предполагаемая масса плода 3700. Таз нормальный. Родовая деятельность продолжается 12 часов, малоэффективная. После очередной схватки роженица почувствовала резкую боль в животе, стала бледной. А/Д = 80/40 мм.рт.ст. Пульс 120 уд/мин. Матка четко не контурируется. Тоны плода не прослушиваются. Из родового канала подтекают воды окрашенные кровью.

1. Поставьте диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз?
3. Каковы причины, способствующие данному осложнению?
4. Можно ли предупредить данное осложнение, каким образом?
5. Какова акушерская тактика в данном случае?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Срочные роды 2. Первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности. ОАА. Совершившийся разрыв матки (гистопатический). Интранатальная гибель плода.
2. Резкая боль, бледность, А/Д = 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 уд/мин. Матка четко не контурируется, из родового канала подтекают воды окрашенные кровью.
3. Малоэффективная родовая деятельность, вакуум-экстракция в анамнезе, субинволюция матки после предыдущих родов.
4. Плановое кесарево сечение.
5. Срочная лапаротомия. Объем оперативного вмешательства определить на операционном столе (ушивание разрыва, ампутация матки, экстирпация).

Тема 2. Травматизм в гинекологии

Цель занятия: дать представление о методах диагностики и терапии ятрогенных травм в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, набор хирургических инструментов для проведения прерывания беременности, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Насильственные разрывы наружных половых органов и промежности

Насильственные разрывы шейки матки и влагалища. Гематомы

Травматизм при акушерских и гинекологических операциях

Травма смежных органов при кесаревом сечении и наложении акушерских щипцов. Ранняя диагностика, врачебная тактика и профилактика.

Травма смежных органов при операциях с влагалищным доступом. Ранняя диагностика, врачебная тактика и профилактика.

Травма смежных органов при чревосечении и лапароскопических операциях. Ранняя диагностика, врачебная тактика и профилактика

Перфорация матки и травма смежных органов при гистероскопии, гистерорезектоскопии и раздельном диагностическом выскабливании. Ранняя диагностика, врачебная тактика и профилактика

Особенности методики операций при интралигаментарных образованиях яичников, узлов миомы матки, шеечной миоме. Профилактика осложнений

Особенности методики операций при воспалительных конгломератах в придатках (пиосальпинкс, пиовар), эндометриoidных кистах яичников, спасном процессе брюшной полости. Профилактика осложнений

Особенности оперативного лечения при злокачественных опухолях тела матки, шейки, яичников. Профилактика осложнений

Хирургические методы восстановительных операций при острой травме мочевого пузыря, мочеточников, кишки (тонкой, толстой, анального кольца)

Контрольные вопросы к теме:

1. Травма мочеточника возможна

- 1) при операции по поводу шеечной миомы
 - 2) при удалении интралигаментарных узлов миомы
 - 3) при удалении кистомы яичника
 - 4) при разрыве матки
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) при всем перечисленном
 - г) верно 4
 - д) ни при чем из перечисленного
2. Особенности ведения послеоперационного периода после восстановительной операции при разрыве промежности III степени заключаются в следующем:
 - 1) индивидуальный стол в течение 5 суток
 - 2) слабительные средства на 6-й день
 - 3) снятие швов с кожи промежности на 7-й день
 - 4) обработка влагалища
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) во всем перечисленном
 - г) верно 4
 - д) ни в чем из перечисленного
3. Особенности производства аборта при неправильном положении матки
 - 1) проведение влагалищного исследования для получения данных о положении матки:
 - 2) последовательное расширение цервикального канала шейки матки
 - 3) форсированное расширение цервикального канала шейки матки
 - 4) применение абортцанга
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
4. Основные осложнения при производстве аборта у женщин с миомой матки
 - 1) перфорация матки
 - 2) кровотечение
 - 3) травма других органов брюшной полости
 - 4) воспаление матки
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
5. Клиника перфорации матки во время искусственного аборта (при применении анестезиологического пособия)
 - 1) неожиданное более глубокое проникновение инструмента, чем это соответствует размерам матки
 - 2) начавшееся кровотечение
 - 3) резкая болевая реакция
 - 4) шок
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2

- в) верно все перечисленное
- г) верно 4
- д) все перечисленное неверно

Ответы на контрольные вопросы:

1. В
2. В
3. Б
4. В
5. Б

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -оценить степень тяжести травмы половых органов
- -рассчитать величину кровопотери
- - заполнить медицинскую карту стационарного больного (033/у)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с разрывами половых органов
- - методы профилактики травмы в процессе выполнения гинеоклоиических манипуляций
- - методы ушивания матки в случае травмы во время проведения внутриматочных манипуляций
- - технические особенности операций при спаечном процессе в малом тазу
- - дифференциальную диагностику и методы лечения травм органов малого таза

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 25-ть лет, поступила для искусствен. прерывания беременности в дневной стационар.

Менструации с 14-и лет, регулярные. Последняя менструация была 2-а месяца назад. Половая жизнь с 20-и лет, в браке. Имела 2 беременности — роды и искусствен. аборт в сроке 10 нед., осложнившийся послеабортным метроэндометритом.

Объективно: состояние удовл-ое.

В зеркалах: влагалищная часть шейки матки не эрозирована, цианотичная, выделения светлые.

Бимануально: Матка в anteflexio-versio, увеличена до 8 недель беременности, мягковата, подвижна. Придатки не определяются, область их безболезненна.

Была начата операция под внутривенным наркозом. При зондировании матки зонд как бы «провалился» в брюшную полость, его верхний конец определяется на уровне пупка беременной.

Предполагаемый диагноз. Экстренная помощь и её объём.

Приметные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Перфорация матки во время операции искусственного аборта. Госпитализация в стационар. При отсутствии в динамике перитонеальных симптомов возможно консервативное лечение и через 7-10 дней повторно можно сделать операцию прерывания беременности.

РАЗДЕЛ 8 «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»

Тема 1. Эндокринология репродуктивной системы

Цель занятия: дать представление о нейроэндокринной регуляции репродуктивной функции женщины

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Нейроэндокринология репродукции. Гипоталамический контроль репродуктивной системы. Гонадотропная функция гипофиза в регуляции менструального цикла. Другие гипофизарные гормоны в регуляции функций репродуктивной системы. Периферические эндокринные железы

Яичник – морфология и эндокринная функция. Аутокринная и паракринная регуляция фолликулогенеза и стероидогенеза

Надпочечники, щитовидная железа и другие железы внутренней секреции в функционировании репродуктивной системы.

Гормоны и рецепторы. Основные группы гормонов. Биосинтез стероидных гормонов в яичниках и надпочечниках. Метаболизм стероидных гормонов. Рецепторы пептидных и стероидных гормонов, механизм действия. Эффекты гормонов в различных органах и тканях

Репродуктивная система в различные возрастные периоды. Период становления репродуктивной системы. Репродуктивный период. Менопаузальный переход и постменопауза. Методы обследования в гинекологической эндокринологии. Клинические симптомы эндокринных расстройств. Биохимические исследования крови и мочи. Инструментальная диагностика

Контрольные вопросы к теме:

1. В репродуктивной системе
 - 1. активность циклической аденозинмонофосфатазы (ц.АМФ) не зависит от уровня половых гормонов
 - 2. примером отрицательной обратной связи является увеличение образования люлиберина при снижении уровня ЛГ
 - 3. ГТ-РГ контролирует секрецию ФСГ и ЛГ
 - 4. агонист допамина бромкриптин стимулирует секрецию пролактина
 - 5. секреция либеринов происходит в нейронах медиобазального гипоталамуса
2. В репродуктивной системе
 - 1. циклической аденозинмонофосфатозной кислоте (ц.АМФ) принадлежит ведущая роль в синтезе половых гормонов
 - 2. число рецепторов эстрадиола в эндометрии не зависит от фазы менструального цикла
 - 3. эндорфины подавляют секрецию ЛГ
 - 4. либерины секретируются в постоянном режиме
 - 5. приматов либерины секретируются в передних и задних скоплениях ядер гипоталамуса
3. В репродуктивной системе
 - 1. эстрогены секретируются гранулезными клетками фолликула
 - 2. цитозол-рецепторы эндометрия обладают строгой специфичностью к половым гормонам
 - 3. агонисты допамина вызывают усиление выделения пролактина
 - 4. либерины секретируются передней долей гипофиза
 - 5. гипоталамус секретирует два различных релизинг-гормона для ЛГ и ФСГ
4. В репродуктивной системе
 - 1. ФСГ и ЛГ секретируются в постоянном режиме

- 2. примером положительной обратной связи является овуляторный выброс ЛГ в ответ на максимум содержания экстрадиола в крови
 - 3. дофамин вызывает усиление выделения пролактина
 - 4. ядерные рецепторы эндометрия обладают строгой специфичностью к половым гормонам
-
- 5. норадреналин регулирует секрецию ЛГ
5. Преовуляторные изменения гормонального фона характеризуются повышением уровня
- 1. ЛГ и снижением ФСГ
 - 2. ФСГ и снижением ЛГ
 - 3. ФСГ и ЛГ
 - 4. пролактина
-
- 5. ФСГ, ЛГ и пролактина

Ответы на контрольные вопросы:

1. 2,3,5
2. 3
3. 1,2
4. 2,5
5. 3

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -оценить уровень нарушения эндокринного контроля репродуктивной системы
- -провести тесты функциональной диагностики
- - заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/у)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с расстройствами нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы
- - дифференциальную диагностику нейроэндокринных нарушений

Контрольные итоговые вопросы:

Пациентка В., 19 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие менструаций, недоразвитие молочных желез.

Из анамнеза известно: родилась недоношенным ребенком, массой 2150г, в детском возрасте часто болела.

Status praesens: рост 146 см, грудная клетка бочкообразной формы с широко расположенными сосками, шея короткая с крыловидными складками. Молочные железы гипопластичны. Оволосение в подмышечных впадинах отсутствует.

При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение отсутствует. Девственная плева целая.

Per rectum: Матка значительно меньше нормы. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Предполагаемый диагноз? Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза? Цели лечения?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: Синдром Шерешевского-Тернера

План обследования: - УЗИ органов малого таза

- исследования гормонального профиля

- исследование кариотипа

Лечение: заместительная гормонотерапия

Цель лечения: развитие молочных желез, циклическое изменение эндометрия, профилактика эстрогендефицитных состояний.

Тема 2. Эндокринная патология репродуктивной системы

Цель занятия: дать представление о нейроэндокринной регуляции репродуктивной функции женщины

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Патология полового созревания. Нарушения половой дифференцировки.

Преждевременное половое созревание. Задержка полового развития.

Аменорея. Гипоталамическая аменорея (функциональная и органическая). Синдром гиперпролактинемии. Опухоли гипофиза как причины аменореи. Приобретенная гипофизарная недостаточность (синдром Шиена, Симмондса и др.). Яичниковые формы аменореи. Маточные формы аменореи. Дифференциальный диагноз причин аменореи

Расстройства менструального цикла. Дисфункциональные маточные кровотечения.

Дисменорея. Предменструальный синдром. Гиперандрогенные нарушения менструальной функции. Синдром поликистозных яичников. Надпочечниковые формы гиперандрогении. Другие причины гиперандрогении. Дифференциальная диагностика заболеваний, ассоциированных с гиперандрогенией

Эндокринное бесплодие. Расстройства овуляции и их диагностика. Методы восстановления овуляторной функции яичников. Вспомогательные репродуктивные технологии. *Гормональная контрацепция*

Менопауза и заместительная гормональная терапия. Климактерический синдром.

Урогенитальные расстройства. Остеопороз. Преждевременная и хирургическая менопауза. Синдромы преждевременного выключения функции яичников

Эндокринные заболевания и репродуктивная система. Ожирение и репродуктивная система. Синдром Кушинга и расстройства менструально-овариального цикла.

Заболевания щитовидной железы и патология репродуктивной системы

Онкологические аспекты гинекологической эндокринологии. Гиперпластические процессы и рак эндометрия. Гормонально-активные опухоли яичников. Дисгормональные заболевания и рак молочных желез

Контрольные вопросы к теме:

1. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное
 - 1. нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов
 - 2. органической патологией половой сферы
 - 3. дисфункцией половых желез
 - 4. нарушением процессов гемокоагуляции
 - 5. нарушением регуляции в системе гипоталамус-гипофиз
2. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, развитие которого может быть обусловлено
 - 1. возрастными изменениями организма
 - 2. нервно-психическими факторами
 - 3. профессиональными вредностями
 - 4. аллергическими факторами
 - 5. изменением иммунологического статуса

3. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде обусловлены
 - 1. нарушенной внематочной беременностью
 - 2. эндометриозом
 - 3. синдромом поликистозных яичников
 - 4. воспалительным процессом эндометрия
4. Дисфункциональное маточное кровотечение при персистенции фолликула протекает на фоне
 - 1. высокой эстрогенной насыщенности
 - 2. низкой эстрогенной насыщенности
 - 3. высокой гестагенной насыщенности
 - 4. андрогенной насыщенности
5. Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде обусловлено
 - 1. нарушением циркоральной продукции гонадотропного релизинг-гормона (ГРГ)
 - 2. аденомиозом
 - 3. аденоматозом
 - 4. атрофическими процессами в эндометрии
5. формированием иммунодефицита

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,3,5
2. 1,2,3,4,5
3. 5
4. 1
5. 1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -оценить уровень нарушения эндокринного контроля репродуктивной системы
- -провести тесты функциональной диагностики
- -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/у)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с расстройствами нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы
- - дифференциальную диагностику нейроэндокринных нарушений

Контрольные итоговые вопросы:

Пациентка В., 18 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие менструаций, сухость влагалища, невозможность половой жизни.

Из анамнеза известно: родилась недоношенным ребенком, в детском возрасте часто болела.

Status praesens: фенотип женский, рост 165 см, ИМТ 21 кг/м². Кожа чистая. Молочные железы гипопластичны. Оволосение в подмышечных впадинах отсутствует.

При осмотре: Лобковое оволосение отсутствует. Большие половые губы гипертрофированы, в толще их определяются образования округлой формы 2х2 см. Малые половые губы гипопластичны.

В зеркалах: влагалище узкое, укороченное, заканчивается слепо.

Бимануально: в проекции матки определяется мышечный валик, придатки не определяются.

Предполагаемый диагноз? Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза?

Ответ:

Диагноз: Синдром Морриса.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

План обследования: - УЗИ органов малого таза

- исследование кариотипа

- определение полового хроматина

Лечение: удаление яичек, ЗГТ.

Тема 3. Акушерская эндокринология

Цель занятия: дать представление о расстройстве нейроэндокринной регуляции репродуктивной функции женщины после родов

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Эндокринная физиология беременности. Особенности функций эндокринных органов во время беременности. Развитие и функции эндокринных желез плода. Гормоны плаценты, их роль в оценке фетоплацентарного комплекса

Эндокринные аспекты невынашивания беременности. Гормональные расстройства как причина прерывания беременности. Гормональная терапия невынашивания беременности

Беременность и эндокринные заболевания

Сахарный диабет и беременность. Заболевания щитовидной железы и беременность.

Патология надпочечников и беременность. Особенности течения и ведения беременности после ЭКО.

Контрольные вопросы к теме:

1. В патогенезе послеродового эндокринного синдрома основная роль принадлежит
 - 1. патологии гипоталамических структур
 - 2. энзимной недостаточности яичников
 - 3. энзимной недостаточности надпочечников
 - 4. нарушению симпатико-адреналовой системы
2. Для послеродового эндокринного синдрома характерно наличие
 - 1. гипоинсулинемии
 - 2. дисфункции гипоталамических структур
 - 3. нарушений липидного обмена
 - 4. трофических нарушений кожи
3. Для послеродового эндокринного синдрома не характерна
 - 1. аменорея
 - 2. галакторея
 - 3. гиперсекреция АКТГ
 - 4. гиперпролактинемия
4. Аменорея при послеродовом нейроэндокринном синдроме возникает на фоне
 - 1. нарушения цирхорального выброса гонадотропинов, в первую очередь ЛГ

- 2. преимущественного нарушения циркадного ритма продукции пролактина
 - 3. нарушения продукции яичниками андрогенов
 - 4. гипокортицизма
-
- 5. повышения продукции экстрагонадных эстрогенов
5. При аменорее, вызванной недостаточностью функции центральных структур, рекомендуется лечение, которое может включать
- 1. парлодел
 - 2. дифенин
 - 3. кломифен
 - 4. фолиевую кислоту + глютаминовую кислоту и витамины С + Е по циклу
-
- 5. пергонал

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -оценить уровень нарушения эндокринного контроля репродуктивной системы
- -провести тесты функциональной диагностики
- - заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/у)

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - тактику ведения женщин с расстройствами нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы
- - дифференциальную диагностику нейроэндокринных нарушений в послеродовом периоде

Контрольные итоговые вопросы:

Больной 26 лет. Произведено выскабливание слизистой оболочки по поводу мажущихся кровянистых выделений из половых путей, появившихся после задержки месячных на 3 недели. В соскобе обнаружена децидуальная реакция и ворсины хориона. Предполагаемый диагноз. Тактика врача. Подлежит ли женщина данного возраста проведению дополнительной диспансеризации?

Приметные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Начавшийся самопроизвольный выкидыш. Назначение синтетических прогестинов. Утеротоническая терапия. Диспансерное наблюдение. Не подлежит.

РАЗДЕЛ 9 «ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕПТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»

Тема 1. Септические заболевания в акушерстве.

Цель занятия: дать представление о диагностике и терапии септических послеродовых заболеваний

Место проведения занятия: учебная комната, акушерский стационар, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), История родов (096/у), гинекологическое кресло, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Послеродовые инфекционные осложнения. Этиология, патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика

Эндомиометрит. Классификация. Клиника, диагностика. Скрининг. Лечение, профилактика. Показания к госпитализации. Медикаментозное и немедикаментозное лечение. Показания к консультации других специалистов. Реабилитация

Перитонит. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное и хирургическое). Реабилитация. Профилактика
Сепсис, септический шок. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Медикаментозное лечение. Интенсивная посиндромная терапия. Хирургическое лечение. Реабилитация

Послеродовый мастит. Этиология, патогенез. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение (медикаментозное, хирургическое, немедикаментозное). Реабилитация. Профилактика

Контрольные вопросы к теме:

1. Эндометрит
 - 1. обычно является следствием внутриматочных вмешательств
 - 2. гонорейной этиологии может проявляться кровотечением во время месячных
 - 3. может быть причиной синдрома Ашермана
 - 4. туберкулезной этиологии обычно протекает остро
 - 5. в острой стадии сопровождается выраженными симптомами раздражения брюшины
2. Параметрит
 - 1. обычно имеет связь с внутриматочными вмешательствами
 - 2. в случае нагноения является показанием к лапаротомии
 - 3. может быть причиной смещения матки в большую сторону
 - 4. может быть причиной смещения матки в здоровую сторону
 - 5. является показанием для гирудотерапии
3. Пельвиоперитонит
 - 1. характерен для гонореи
 - 2. может быть следствием воспаления придатков
 - 3. проявляется положительным симптомом Гентера
 - 4. часто осложняется тромбозом тазовых вен
 - 5. является показанием для лапаротомии
4. Наличие симптомов
 - 1. пельвиоперитонита при гонорее является показанием к оперативному лечению
 - 2. перисальпингита является абсолютным показанием к сальпингоэктомии
 - 3. тубоовариального гнойного образования является показанием к кольпотомии
 - 4. хронического воспаления придатков матки может быть показанием для лапароскопии
 - 5. хронического воспаления придатков матки является противопоказанием для гистеросальпингографии
5. Одним из (характерных) симптомов
 - 1. стабилизации острого воспаления придатков матки является повышение СОЭ
 - 2. пельвиоперитонита является одностороннее притупление тона при перкуссии передне-верхних остей крыльев подвздошных костей
 - 3. одностороннего воспаления придатков матки является уплощение бокового свода влагалища
 - 4. параметрита является резкая болезненность и уплощение заднего свода влагалища
 - 5. хронического эндоцервицита может быть псевдоэрозия шейки матки

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3
2. 1,3,4,5
3. 1,2
4. 4
5. 1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести обследование женщины в послеродовом периоде
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (003/у) у пациентки гинекологического стационара, переведенную из родильного дома
- - провести дифференциальный диагноз септического послеродового заболевания

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - методы диагностики послеродовых септических заболеваний
- - протоколы лечения септических состояний в акушерстве
- - технику оперативного лечения при развитии септических состояний

Контрольные итоговые вопросы:

У родильницы 25 лет на 3-и сутки после родов появилась температура до 40°C гектического характера, озноб, тахикардия до 120 уд. в мин. При объективном обследовании: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые синюшного цвета, на конъюнктивах петехиальная сыпь, на конечностях мелкоочечные кровоизлияния, на лице сыпь в виде "бабочки". В анализе крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты $18 \cdot 10^9$, СОЭ 70 мм в час, п/я 6, с/я 70, м 5, л 12.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Прогноз?
4. Перевод в гинекологическое отделение?
5. Сколько родильница должна находиться на стационарном лечении?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

- 1.Послеродовый период, 3-и сутки. Сепсис. ДВС-синдром.
2. Лапаротомия. Гистерэктомия (экстирпация матки) с трубами и хорошее дренирование брюшной полости. Антибиотикотерапия (2 антибиотика, внутримышечно и внутривенно), дезинтоксикационная терапия, иммунокоррекция, лечение ДВС-синдрома, витаминотерапия, УФО крови, плазмаферез, оксигенотерапия.
- 3.Сомнительный.
- 4.Перевод в гинекологическое отделение.
- 5.21 день.

Тема 2. Воспалительные заболевания органов малого таза

Цель занятия: дать представление о диагностике и терапии ВЗЖПО

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Вульвовагинит. Классификация.Эпидемиология.Этиология, патогенез.Клиника, диагностика.Лечение(медикаментозное, хирургическое, немедикаментозное).Реабилитация
Профилактика

*Бартолинит.*Классификация.Эпидемиология.Этиология, патогенез.Клиника, диагностика
Лечение (медикаментозное, хирургическое).Немедикаментозное лечение .Реабилитация

Воспалительные заболевания шейки матки (эндоцервицит, экзоцерви-

цит). Эпидемиология. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика

Воспалительные заболевания тела матки.

Острый эндометрит. Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение. Реабилитация. Профилактика

Воспалительные заболевания придатков матки (сальпингоооф-

рит). Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика (лабораторные и инструментальные методы). Дифференциальная диагностика

Лечение (медикаментозное, немедикаментозное). Хирургическое лечение. Реабилитация. Профилактика осложнений

Хронический эндометрит. Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное, немедикаментозное). Хирургическое лечение. Реабилитация. Профилактика

Контрольные вопросы к теме:

1. Воспаления женской половой сферы
 - 1. в 60% случаев протекают в виде острого процесса
 - 2. чаще вызываются моновозбудителями
 - 3. имеют патогенетические связи со стероидной контрацепцией
 - 4. имеют тенденцию к росту заболеваемости
2. Распространению инфекции в женской половой сфере могут способствовать
 - 1. сперматозоиды
 - 2. трихомонады
 - 3. внутриматочные вмешательства
 - 4. внутриматочные контрацептивы
 - 5. стероидные контрацептивы
3. Этиология воспалительного заболевания женской половой сферы может быть установлена
 - 1. при гистологическом исследовании эндометрия
 - 2. при цитологическом исследовании пунктата из "Дугласового кармана"
 - 3. при УЗ-исследовании
 - 4. при гистероскопии
 - 5. при использовании монослоя культуры клеток
4. Среди воспалительных заболеваний женской половой сферы трансмиссионный путь заражения характерен
 - 1. для гонореи
 - 2. для трихомониаза
 - 3. для туберкулеза
 - 4. для хламидийной инфекции
 - 5. для микоплазменной инфекции
5. Вульвит
 - 1. в детском возрасте чаще первичный
 - 2. в репродуктивном возрасте чаще гонорейной этиологии
 - 3. нередко является показанием к углубленному обследованию больной
 - 4. может быть причиной формирования широких кондилом

- 5. распространенное заболевание из-за близкого анатомического расположения уретры и прямой кишки

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1,2,3,4
3. 1,5
4. 1,2,4,5
5. 1,3

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/у)
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (003/у)
- - провести дифференциальный диагноз воспалительных заболеваний органов малого таза

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - методы диагностики ВЗЖПО
- - протоколы лечения воспалительных заболеваний ЖПО
- - технику выскабливания полости матки

Контрольные итоговые вопросы:

Молодая нерожавшая женщина заболела остро на 2 день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39°C, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «Скорую помощь» и была доставлена в дежурный гинекологический стационар. При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов, лейкоцитоз до 10,0 г\л, СОЭ 35 мм\ч. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, подвижная и умеренно болезненная, зев закрыт. Выделения скудные, кровянистые, без запаха.

1. **Диагноз**
2. **Тактика лечения?**

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: Острый послабортный эндометрит.

Тактика: госпитализация в гинекологический стационар, взятие мазков с определением степени частоты, посев из цервикального канала, УЗИ (определение остатков плодного яйца), ОАК, ОАМ обследование на ИППП.

Лечение: постельный режим, антибиотики (клиндамицин в\в + гентамицин в\м+метронидазол в\в), НПВС, антигистаминные препараты, дезинтоксикационная терапия, спазмолитики, утеротоники. Динамическое наблюдение. При выявленных остатках плодного яйца в матке подготовка в течение 12-24 часов и повторное выскабливание. После стихания воспаления - физиотерапия. Лечение от 14 до 21 дня.

Тема 3. Мочеполовые инфекционные заболевания

Цель занятия: дать представление о диагностике и терапии ИППП

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гонорея, бактериальный вагиноз.

Эпидемиология.Классификация.Этиология, патогенез.Клиника.Диагностика. Дифферен-

циальная диагностика.Лечение. Профилактика. Реабилитация

Гонорея. Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Особенности течения. Скрининг. Диагностика . Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика

Реабилитация

Сифилис. Эпидемиология.Классификация.Этиология, патогенез.Клиника.Особенности течения.Скрининг. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показание к консультация других специалистов.Лечение .Профилактика. Клинико-серологический контроль после лечения

Туберкулёз женских половых органов. Эпидемиология. Классификация.Этиология, патогенез. Клиника. Особенности течения. Скрининг. Диагностика (лабораторные и инструментальные методы исследования). Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное, хирургическое). Профилактика. Реабилитация

*Герпес, цитомегаловирус, краснуха, токсоплазмоз, ВПЧ, микозы.*Эпидемиология.Классификация.Этиология, патогенез.Клиника, диагностика.Лечение,

профилактика.Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. В настоящее время характерной особенностью гонореи у женщин является
 - 1. рост субъективно асимптомных форм
 - 2. редкость симбиоза возбудителя с простейшими, вирусами, спирохетами
 - 3. разнообразие типов возбудителя, среди которых пиллированные формы наиболее вирулентны
 - 4. внутриэпителиальное вегетирование возбудителя
- 5. возможность развития тяжелого клинического течения при поражении уретры и цервикального канала
2. С целью выявления гонореи используют
 - 1. внутримышечное введение 500000 микр.тел гоновакцины
 - 2. обработку уретры и цервикального канала раствором Люголя
 - 3. внутримышечное введение продигозана
 - 4. взятие мазков для исследования сразу после месячных
 - 5. взятие мазков для исследования после родов
3. С целью выявления гонореи используют
 - 1. внутримышечное введение возрастающих доз гоновакцины
 - 2. комбинированные провокации
 - 3. обработку цервикального канала 30% раствором азотнокислого серебра
 - 4. внутримышечное введение гоновакцины и пирогенала
 - 5. обследование всех женщин, направляемых на аборт
4. С целью выявления гонореи используют
 - 1. внутримышечное введение 500000 ЕД гоновакцины
 - 2. обработку уретры и цервикального канала 1% и 5% растворами азотнокислого серебра соответственно
 - 3. взятие мазков после применения диатермии
 - 4. забор материала для исследования перед месячными
 - 5. кольпоскопию
5. Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться
 - 1. из уретры, цервикального канала и прямой кишки ватным тупфером
 - 2. из заднего свода влагалища

- 3. не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии
- 4. на 2-3 день месячных
- 5. у всех беременных женщин

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,3,4
2. 2,3,5
3. 1,2,4,5
4. 2,3
5. 4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/у)
- - провести дифференциальный диагноз между специфическими и неспецифическими ВЗЖПО

После изучения данной темы ординатор должен **знать:**

- - методы диагностики специфически ВЗЖПО
- - протоколы лечения специфических инфекций в гинекологии

Контрольные итоговые вопросы:

Больная, 26 лет, в детстве перенесла плеврит, беспокоили боли в животе. В браке 3 года, беременности не наступает. Менструации стали менее обильными и продолжительными. При осмотре патологии не определяется. Предполагаемый диагноз. План обследования. Подлежит ли женщина данной возрастной группы дополнительной иммунизации от гепатита В?

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Туберкулез гениталий. Биологическая провокация. Не подлежит

Тема 4. Септические заболевания в гинекологии

Цель занятия: дать представление о диагностике и терапии септических состояний в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Пельвиоперитонит. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное и хирургическое). Реабилитация. Профилактика

Сепсис. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Клинико-лабораторные признаки. Диагностика. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика.

Лечение медикаментозное (рекомендации по антибактериальной терапии сепсиса). Показания к консультации других специалистов. Интенсивная посиндромная терапия. Хирургическое лечение. Реабилитация. Профилактика

Септический шок. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Клинико-лабораторные признаки. Диагностика. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение медикаментозное. Интенсивная посиндромная терапия. Эфферентные методы лечения

Показания к консультации других специалистов. Хирургическое лечение. Реабилитация.
Профилактика

Контрольные вопросы к теме:

1. Параметрит
 - 1. обычно имеет связь с внутриматочными вмешательствами
 - 2. в случае нагноения является показанием к лапаротомии
 - 3. может быть причиной смещения матки в большую сторону
 - 4. может быть причиной смещения матки в здоровую сторону
- 5. является показанием для гирудотерапии
2. Пельвиоперитонит
 - 1. характерен для гонореи
 - 2. может быть следствием воспаления придатков
 - 3. проявляется положительным симптомом Гентера
 - 4. часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен
- 5. является показанием для лапаротомии
3. Наличие симптомов
 - 1. пельвиоперитонита при гонорее является показанием к оперативному лечению
 - 2. перисальпингита является абсолютным показанием к сальпингоэктомии
 - 3. tuboовариального гнойного образования является показанием к кольпотомии
 - 4. хронического воспаления придатков матки может быть показанием для лапароскопии
 - 5. хронического воспаления придатков матки является противопоказанием для гистеросальпингографии
4. Одним из (характерных) симптомов
 - 1. стабилизации острого воспаления придатков матки является повышение СОЭ
 - 2. пельвиоперитонита является одностороннее притупление тона при перкуссии передне-верхних остей крыльев подвздошных костей
 - 3. одностороннего воспаления придатков матки является уплощение бокового свода влагалища
 - 4. параметрита является резкая болезненность и уплощение заднего свода влагалища
 - 5. хронического эндоцервицита может быть псевдоэрозия шейки матки
5. Наличие
 - 1. симптомов пельвиоперитонита при гонорее является показанием к оперативному лечению
 - 2. перисальпингита является абсолютным показанием к сальпингоэктомии
 - 3. tuboовариального гнойного образования является показанием к кольпотомии
 - 4. хронического воспаления придатков матки может быть показанием для лапароскопии
 - 5. хронического воспаления придатков матки является противопоказанием для гистеросальпингографии

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,3,4,5
2. 1,2
3. 4
4. 1,5
5. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- - провести дифференциальный диагноз септического состояния в гинекологии

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - методы диагностики и протоколы терапии септических состояний в гинекологии
- - протокол лечения септического шока в гинекологии
- - показания к хирургическому лечению при септических состояниях в гинекологии

Контрольные итоговые вопросы:

В дежурный стационар бригадой «Скорой помощи» доставлена пациентка 23 лет с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, гнойно-кровянистые выделения из половых путей, частое мочеиспускание. Заболела остро во время очередной менструации. Женщина в браке не состоит. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 39°C, АД 110/70 мм.рт.ст, пульс 110 уд\мин, гемоглобин 110 г\л, лейкоцитоз 12,0 г\л. Живот умеренно вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах. При бимануальном исследовании определить матку и ее придатки не удастся из-за резкой болезненности и напряжения мышц. Шеечный канал закрыт, бели гнойные с примесью крови.

1. **Диагноз**
2. **Тактика ведения**
3. **Лечение**

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. **Диагноз:** острый генитальный пельвиоперитонит
2. **Тактика:** госпитализация в гинекологический стационар, ОАК, ОАМ, ХГЧ качественный с мочой, взятие мазков с определением степени частоты, посев из цервикального канала, УЗИ, кульдоцентез с эвакуацией гноя и введением антибиотиков.
3. **Лечение:** постельный режим, антибиотики (клиндамицин в\в + гентамицин в\м+метронидазол в\м), НПВС, антигистаминные препараты, дезинтоксикационная терапия, спазмолитики, утеротоники. Динамическое наблюдение. При выявленных остатках плодного яйца в матке подготовка в течение 12-24 часов и выскабливание. После стихания воспаления - физиотерапия и реабилитация. У молодых женщин процесс ведут под наблюдением 12-48 часов, при ухудшении состояния проводят лечебно-диагностическую лапароскопию. При консервативном ведении через 7-10 дней проводят лапароскопию и адгезиолизис спаек.

РАЗДЕЛ 10 «ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ»

Тема 1. Предоперационная подготовка

Цель занятия: дать представление о предоперационной подготовке в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Общее обследование. Специальные методы обследования. Общие методы подготовки. Медикаментозные методы

Предоперационная подготовка в зависимости от вида операции. Влагалищные операции. Брюшно-стеночные операции. Эндоскопические операции

Предоперационная подготовка при экстрагенитальной патологии и аллергических состояниях. Патология органов дыхания. Сердечно-сосудистые заболевания. Анемия. Эндо-

кринные заболевания. Заболевания печени .Заболевания почек
Аллергические состояния при оперативных вмешательствах во время беременности

Контрольные вопросы:

1. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции
 - а) в дни менструации
 - б) в первую неделю после прекращения менструации
 - в) в дни ожидаемой овуляции
 - г) накануне менструации
 - д) выбор дня менструального цикла не имеет значения
2. При проведении полостных гинекологических операций, как правило, необходимо
 - а) за три недели до операции исключить из пищевого рациона прием продуктов, богатых клетчаткой
 - б) за несколько дней до операции ограничить прием продуктов, богатых белками
 - в) накануне операции увеличить в суточном рационе содержание углеводов в 2 раза
 - г) накануне операции дать легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, каша), вечером сладкий чай с сухарем, в день операции - не завтракать
3. В комплекс мероприятий по подготовке к полостным гинекологическим операциям, как правило, входит назначение
 - а) сифонных клизм за 3-4 дня до операции, на ночь, ежедневно
 - б) растительного масла по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой за 10 дней до операции
 - в) очистительной клизмы накануне операции, на ночь
 - г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
3. Противопоказанием к зондированию матки, как правило, является
 - а) острый воспалительный процесс половых органов
 - б) подозрение на маточную беременность
 - в) подозрение на наличие подслизистого узла миомы
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
4. Ничто из перечисленного не является показанием для проведения прицельной биопсии шейки матки, кроме
 - а) наботовой кисты
 - б) эктопии шейки матки
 - в) истинной эрозии воспалительного генеза
 - г) тонкой лейкоплакии
 - д) гипертрофии шейки матки
5. Диагностическое выскабливание матки всегда должно быть раздельное (то есть раздельно цервикального канала и стенок полости) у больной с дисфункциональным маточным кровотечением
 - а) ювенильного возраста
 - б) репродуктивного возраста
 - в) климактерического возраста
 - г) верно б) и в)
 - д) верно все перечисленное

Ответы на контрольные вопросы:

1. Б
2. Г

3. В
4. Г
5. Г
6. Г

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- - определить показания к операции в плановой и экстренной хирургии;
- - определить противопоказания к оперативному вмешательству.

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - инструменты для проведения полостных гинекологических операций
- какие методы подготовки больного существуют;
- - как подготовить пациента к оперативному вмешательству в зависимости от предстоящей операции;
- - виды операций;
- - как предотвратить интраоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы:

Пациентка 42 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 3 недели назад. 5 дней назад вновь появились кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. В течение 7 лет больная наблюдается по поводу миомы матки. При двуручном исследовании установлено: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Множественная субмукозная миома матки, метроррагия. Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание). Для сохранения репродуктивной функции – эмболизация маточных артерий (для нарушения питания миомы)

Тема 2. Диагностические операции

Цель занятия: дать представление о инвазивных диагностических манипуляциях в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Методы диагностических операций.Зондирование шейки и полости матки.Биопсия шейки матки. Аспирация эндометрия (Пайпель-биопсия).Раздельное выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и эндометрия .Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Гистероскопия и гистерорезектоскопия. Лапароскопия, кульдоскопия

Операции на матке

Консервативные операции

Радикальные операции:

Субтотальная гистерэктомия

Тотальная гистерэктомия

Контрольные вопросы к теме:

1. Среди способов лечения трубной беременности
 - 1. удаление придатков матки является операцией выбора
 - 2. известно применение внутримышечных инъекций 2.5% раствора прогестерона
 - 3. описано применение цитостатиков
 - 4. использование консервативно-пластических операций ограничено рядом условий
 - 5. известна лапароскопическая методика
2. Условием для консервативно-пластической операции при трубной беременности является
 - 1. возраст больной не старше 35 лет
 - 2. удовлетворительное состояние больной
 - 3. незначительная кровопотеря
 - 4. поражение единственной маточной трубы
 - 5. срок беременности до 12 недель
3. Консервативно-пластические операции при трубной беременности
 - 1. производятся только в случаях прогрессирующей беременности
 - 2. могут быть выполнены в 2 этапа
 - 3. могут быть выполнены в виде стоматоластики
 - 4. могут быть выполнены в виде резекции трубы
 - 5. не требуют специального технического обеспечения
4. Разрыв трубы
 - 1. обычно характеризуется постепенным медленным нарастанием клиники
 - 2. часто может быть диагностирован без использования дополнительных диагностических методов
 - 3. чаще возникает при локализации плодного яйца в ампулярном отделе
 - 4. проявляется тотальным напряжением мышц передней брюшной стенки
 - 5. является показанием к операции сальпингостомии
5. Шеечная беременность
 - 1. сопровождается деструкцией мышечной стенки шейки матки
 - 2. обычно сопровождается характерными изменениями влагалищной части шейки матки
 - 3. диагностируется при лапароскопии
 - 4. может быть диагностирована при УЗ-исследовании
 - 5. является показанием к экстирпации матки

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3,4,5
2. 1,2,3
3. 2,3,4
4. 2,1,2,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- - определить показания к операции в плановой и экстренной хирургии;
- - определить противопоказания к диагностическим инвазивным вмешательствам.

После изучения данной темы ординатор должен **знать:**

- - инструменты для проведения полостных гинекологических операций

- какие методы подготовки больного существуют;
- - как подготовить пациента к оперативному вмешательству в зависимости от предстоящей операции;
- - виды операций;
- - как предотвратить интраоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы:

Больная 48 лет. Поступила с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение последнего года,

Рост 155 см, масса 112 кг. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без выраженных изменений, из цервикального канала значительные кровянистые выделения со сгустками.

Бимануально: Матка в правильном положении несколько больше нормы, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены. Параметральная клетчатка мягкая. Что может быть причиной кровотечения?

1. Диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Предварительный диагноз: Гиперплазия эндометрия, возможно аденокарцинома тела матки.

План обследования:

1. Цитологическое исследование мазков с поверхности экто-эндоцервикса и аспирата эндометрия.
2. Цитогормональное исследование влагалищных мазков,
3. Гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия.
4. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза.
5. Обследование состояния смежных органов: цистоскопия, ректороманоскопия, хромоцистоскопия, радиоизотопная рентгенография, экскреторная урография.
6. Обследование состояния регионарных лимфатических узлов: рентгеноконтрастная лимфография, изотопная лимфография (по показаниям).
7. Рентгенография грудной клетки.
8. Активное выявление первичномножественных опухолей.
9. Клинические и биохимические анализы крови и мочи.

Данные обследования: Гистероцервикскография: форма и контуры шейечного канала не изменены. Имеется деформация полости матки, неоднородная рваная контрастирования с неровными, зубчатыми краями в области дна матки.

Выполнена гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия и диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. При гистероцервикоскопии не выявлено изменений в цервикальном канале. Полость матки расширена, эндометрий с участками истончения, в области дна участок утолщения эндометрия с полипозными изменениями и кистозно расширенными железами.

При выскабливании: полость матки по зонду 7 см, стенки матки шероховаты. Соскоб из полости матки обильный.

Гистологическое исследование соскоба:

1. Из цервикального канала без изменений.
2. Из полости матки — низкодифференцированная аденокарцинома,
3. Прицельная биопсия эндометрия низкодифференцированная аденокарцинома.

При обследовании смежных органов и регионарных лимфатических узлов патологии не выявлено.

Диагноз заключительный

Основной: Рак тела матки. Стадия I. T1 aNoMoG3.

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь. Сахарный-диабет. Нарушения жирового обмена.

Показано оперативное лечение: Расширенная экстирпация матки с придатками, лимфатическими узлами таза.

Тема 3. Операции на придатках матки

Цель занятия: дать представление о операциях на придатках матки и яичников

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Операции на маточных трубах. Удаление маточных труб. Пластика маточных труб. Хирургическая стерилизация маточных труб

Операции на яичниках. Резекция. Ушивание. Коагуляция. Удаление.

Контрольные вопросы к теме:

1. Хирургическая ножка опухоли яичника включает
 - 1. маточную трубу
 - 2. собственную связку яичника
 - 3. подвешивающую яичник связку
 - 4. круглую маточную связку
- 5. кардинальную связку
2. Обследование по поводу опухоли яичника включает
 - 1. диагностическое выскабливание полости матки
 - 2. пункцию заднего свода влагалища
 - 3. ирригоскопию
 - 4. рентгенологическое исследование желудка
- 5. рентгенологическое исследование легких
3. Важнейшим дополнительным методом дооперационной диагностики характера опухолевого процесса в яичнике является
 - 1. УЗ-исследование
 - 2. биконтрастная пельвиография
 - 3. пельвиотомография
 - 4. лимфография
- 5. цитологическое исследование пунктата из брюшной полости
4. Лечение доброкачественных опухолей яичника в детском и пубертатном возрасте заключается
 - 1. в проведении курса химиотерапии
 - 2. в назначении гормонотерапии
 - 3. в двухстороннем удалении придатков
 - 4. в резекции пораженного яичника
- 5. в надвлагалищной ампутации матки с придатками

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3
2. 1,2,3,4,5
3. 5
4. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- - определить показания к операции в плановой и экстренной хирургии;
- - определить противопоказания к диагностическим инвазивным вмешательствам.

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - инструменты для проведения полостных гинекологических операций
- какие методы подготовки больного существуют;
- - как подготовить пациента к оперативному вмешательству в зависимости от предстоящей операции;
- - виды операций;
- - как предотвратить интраоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы.

Пациентка Т., 42 года, обратилась с жалобами на тянущие боли в низу живота, усиливающиеся при менструации. Из анамнеза: Считает себя больной в течение 5 лет. С 2010 г. выставлен диагноз «Миома матки, субсерозно-интерстициальная», при динамическом наблюдении выявлен рост миоматозных узлов. Менструации – по 7-9 дней, обильные, болезненные. Беременностей – 3: 2 – роды, 1 – самопроизвольный аборт. УЗИ гениталий: Тело матки увеличено за счет двух миоматозных узлов диаметром 30 и 55 мм. В обоих яичниках – фолликулы диаметром до 6 мм. Шейка матки – без особенностей. Status genitalis Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Уретра и парауретральные ходы не изменены. В зеркалах: Слизистые оболочки вульвы и влагалища физиологичной окраски, чистые. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный. Бимануально: Тело матки увеличено до 10 нед. беременности, плотное, ограничено подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не увеличены, безболезненны при пальпации. Своды свободные, глубокие. 1. Определите хирургическую тактику в отношении данной пациентки, если таковая показана. 2. Опишите этапы лапароскопической миомэктомии. 3. Каковы возможные причины хронических абдоминальных и тазовых болей у женщин

Приметные ответы на итоговые контрольные вопросы:

1. Миома матки – заболевание женской репродуктивной системы, которое требует хирургического лечения в случае: а) размеров миоматозного узла более 5 см; б) роста миоматозных узлов; в) сопутствующей дисменорее.
2. У пациентки репродуктивного возраста показано выполнение лапароскопической миомэктомии с обязательным ушиванием ложа узла;
Лапароскопическая миомэктомия включает 4 основных этапа: а. гидропрепаровка и выделение капсулы б. энуклеация (вылущивание) миоматозного узла в. гемостаз сосудистого ложа г. наложение швов для восстановления нормальной анатомии матки д. удаление опухоли из брюшной полости
3. Миома матки; эндометриоз; спаечный процесс малого таза; опущение женских половых органов.

Тема 4. Операции при злокачественных опухолях половых органов

Цель занятия: дать представление об операциях при злокачественных опухолях яичников

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Шейка матки

Расширенная гистерэктомия и лимфаденэктомия

Тело матки

Расширенная гистерэктомия с придатками матки

Расширенная гистерэктомия с лимфаденэктомией

Операции при злокачественных опухолях придатков матки

Субтотальная гистерэктомия с придатками и экстирпация сальника

Тотальная гистерэктомия с придатками и экстирпация сальника

Операции при злокачественных опухолях вульвы и влагалища

Простая вульвэктомия

Расширенная вульвэктомия

Контрольные вопросы к теме:

1. «Операцией выбора» при доброкачественной опухоли яичника в пре- и постменопаузе является
 - 1. резекция яичника
 - 2. удаление придатков со стороны поражения
 - 3. двухстороннее удаление придатков
 - 4. надвлагалищная ампутация матки с придатками
 - 5. надвлагалищная ампутация матки с придатками + оментэктомия
2. Лечение неосложненной фолликулярной кисты яичника может быть осуществлено путем
 - 1. пункции с помощью влагалищного УЗ-датчика
 - 2. резекции яичника
 - 3. удаления яичника
 - 4. удаления придатков
 - 5. операционной лапароскопии
3. Симптомом злокачественной опухоли яичника (может быть)
 - 1. асцит
 - 2. неподвижность опухоли
 - 3. двусторонность поражения
 - 4. бугристость поверхности
 - 5. неравномерность консистенции
4. Химиотерапия злокачественных опухолей яичника
 - 1. должна проводиться в течение трех лет
 - 2. лучше проводится по схеме операция + химиотерапия
 - 3. на этапе профилактических курсов проводится каждые 2-3 месяца
 - 4. может быть дополнена гормонотерапией
 - 5. может быть дополнена иммунотерапией
5. Химиотерапия злокачественных опухолей яичника
 - 1. должна проводиться в течение одного года
 - 2. в варианте монокимиотерапии в настоящее время не производится
 - 3. обязательна до операции
 - 4. может рассчитываться на 1 кв.метр поверхности тела

- 5. может проводиться при III-IV стадиях

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1,2,5
3. 1,2,3,4,5
4. 1,2,4,5
5. 4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- - определить показания к операции в плановой и экстренной хирургии;
- - определить противопоказания к хирургическому лечению злокачественной опухоли

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - инструменты для проведения полостных гинекологических операций
- какие методы подготовки больного существуют;
- - как подготовить пациента к оперативному вмешательству в зависимости от предстоящей операции;
- - виды операций;
- - как предотвратить интраоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы:

Больная 70 лет жалуется на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Менопауза в 50 лет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки ярко розовая, "сочная", выделения слизистые.

Бимануально: матка несколько больше нормы, плотная, подвижная, безболезненная. Правые придатки не определяются. В области левых придатков пальпируется плотная, бугристая, подвижная опухоль, размерами 8х6х8 см.

1. Диагноз
2. План обследования
3. Лечебная тактика.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Предварительный диагноз: Киста левого яичника

План обследования:

1. УЗИ органов малого таза и брюшной полости.
2. Гистероскопия.
3. Диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.
4. Обследование желудочно-кишечного тракта (эндоскопическое и рентгенологическое).
5. Рентгенография грудной клетки.
6. Обследование регионарных лимфатических узлов.
7. Диагностическая лапароскопия с биопсией опухоли.

Данные обследования:

УЗИ органов малого таза:

Тело матки в правильном положении, увеличено до 5 недель беременности, полость матки не деформирована, М-

эхо- не визуализируется. Правый яичник 1.5×2.5 см. Левый яичник представлен образованием размерами 8х6см, с толстой капсулой неоднородной структуры.

Жидкости в малом тазу нет.

При УЗ-исследовании органов брюшной полости патологии не выявлено.

Гистологическое заключение диагностического выскабливания:

1. Цервикальный канал — слизистая цервикального канала.

2. Лолость матки — атрофия слизистой эндометрия.

Диагностическая лапароскопия: Печень, желчный пузырь сальник, петли кишечника — видимых изменений нет. Матка чуть больше нормы, маточные трубы и правый яичник не изменены. Левый яичник представлен образованием диаметром до 8 см, с гладкой поверхностью, белесоватого цвета, ткань яичника не определяется. В малом тазу 100 мл прозрачной светлой жидкости. Произведена биопсия яичника и взята на исследование жидкость.

Гистологическое заключение биопсии: доброкачественная гранулезноклеточная опухоль. Больной показано оперативное лечение в объеме надвлагалищной ампутации матки (экстирпация матки) с придатками с обеих сторон. *Гистологическое заключение после операции:* Тело матки, маточные трубы и правый яичник без патологии, левый яичник представлен доброкачественной гранулезноклеточной опухолью. Учитывая заключение гистологического исследования, расширения объема , операции, и, дальнейшее лечение не требуется.

Тема 5. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадения матки. Операции на шейке матки

Цель занятия: дать представление об операциях при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадения матки. Операции на шейке матки

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Пластика стенок влагалища и промежности

Передняя кольпорафия

Задняя кольпорафия

Пластика уретры

Срединная кольпорафия

Вентрофиксация и вентросуспензия

Сакровагинопексия

Влагалищная экстирпация матки

Операции на шейке матки

Диатермо- и криокоагуляция

Диатермоконизация

Лазерная, химическая, радиоволновая коагуляция шейки матки

Пластика шейки матки

Клиновидная ампутация

Конусовидная ампутация

Высокая ампутация

Манчестерская операция

Шеечно-влагалищные свищи

Контрольные вопросы к теме:

1. Выпадение матки

- 1. не встречается у нерожавших женщин
 - 2. может быть связана с сидячим образом жизни
 - 3. считается полным, если шейка матки выходит за пределы половой щели
 - 4. может осложняться развитием декубитальных язв
-
- 5. является показанием к операции Эммета
2. «Операцией выбора» при неполном выпадении матки и элонгации шейки матки у женщин репродуктивного возраста является
- 1. влагалищная экстирпация матки
 - 2. манчестерская операция
 - 3. ампутация шейки матки
 - 4. вентросуспензия матки
-
- 5. срединная кольпография
3. Впервые охарактеризовал выпадение матки как генитальную грыжу
- 1. Д.О.Отт
 - 2. Л.Л.Окинчиц
 - 3. Г.Г.Гентер
 - 4. В.Ф.Снегирев
-
- 5. Т.Кохера
4. Ретродевиация матки
- 1. встречается при инфантилизме
 - 2. может быть следствием воспалительного процесса
 - 3. очень редко не имеет никаких симптомов
 - 4. считается одним из предрасполагающих факторов выпадения матки
-
- 5. может быть причиной альгоменорреи
5. В ходе манчестерской операции производится
- 1. передняя и задняя кольпография с леваторопластикой
 - 2. укорочение круглых маточных связок
 - 3. ампутация шейки матки
 - 4. укорочение кардинальных связок
-
- 5. экстирпация матки

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 2
3. 1
4. 1,2,4,5,
5. 1,3,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- - определить показания к операции в плановой и экстренной хирургии;
- - определить противопоказания к хирургическому лечению

После изучения данной темы ординатор должен **знать:**

- - инструменты для проведения полостных гинекологических операций
- какие методы подготовки больного существуют;
- - как подготовить пациента к оперативному вмешательству в зависимости от предстоящей операции;

- - виды операций;
- - как предотвратить интраоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы:

У больной 27 лет, после диатермокоагуляции по поводу железисто-мышечной гиперплазии обнаружено вновь изменение поверхностного покрова влагалищной порции шейки матки. План ведения. Цель.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Расширенная кольпоскопия с прицельной биопсией. Диагностировать имеющуюся патологию шейки матки.

Тема 6. Оперативные вмешательства при аномалиях развития женских половых органов.

Цель занятия: дать представление об операциях при аномалиях развития женских половых органов

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Бескровный кольпопоз с использованием кольпоэлонгаторов. Хирургический кольпопоз. Кишечный. Брюшинный. Дерматопластический

Операции метропластики при пороках развития матки. При двурогой матке. При маточных перегородках. Гистерорезектоскопия

Контрольные вопросы к теме:

1. При неполном слиянии парамезонефрических протоков развивается
 - а) атрезия девственной плевы
 - б) двурогая матка
 - в) атрезия влагалища
 - г) дисгенезия гонад
 - д) все перечисленные выше аномалии развития
2. Атрезия девственной плевы может проявляться
 - а) задержкой мочи
 - б) гематокольпосом
 - в) затруднением дефекации
 - г) циклически возникающими болями внизу живота
 - д) бессимптомно
3. Кисты продольного протока придатка яичника (гартнерова хода) образуются из:
 - а) рудимента протока первичной почки
 - б) рудимента парамезонефрического (мюллерова) протока
 - в) рудимента уrogenитального синуса
 - г) парауретральных ходов
 - д) закладки первичной почки
4. Возможные причины опущения и выпадения матки
 - а) травма промежности в родах, несостоятельность мышц тазового дна
 - б) длительное повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической работе
 - в) резкое похудание
 - г) атрофия тканей в пожилом возрасте

- д) все перечисленное выше
5. Большие железы преддверия влагалища расположены
- а) в основании малых половых губ
- б) в толще средних отделов больших половых губ
- в) в бороздке между нижними третями малых и больших половых губ
- г) в толще задних отделов больших половых губ
- д) все перечисленное неверно

Ответы на контрольные вопросы:

1. в
2. б
3. а
4. д
5. г

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- - определить показания к операции в плановой и экстренной хирургии;
- - определить противопоказания к хирургическому лечению

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - инструменты для проведения полостных гинекологических операций
- какие методы подготовки больного существуют;
- - как подготовить пациента к оперативному вмешательству в зависимости от предстоящей операции;
- - виды операций;
- - как предотвратить интраоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы:

Девушка 14 лет доставлена бригадой скорой помощи в стационар с выраженными болями внизу живота. Болеет в течение 3-х дней, когда на фоне менструации появились и стали резко усиливаться боли внизу живота. Применение анальгетиков и спазмолитиков без эффекта. Менструации с 12 лет по 3 дня через 30 дней. Первые полгода были малоболезненными, в последующем с каждой менструацией боли усиливались. В анамнезе хронический пиелонефрит единственной правой почки. При обследовании в стационаре: УЗИ в полости малого таза, слева от матки жидкостное образование размерами 8х6х8 см. Матка 5,0х2,6х4,8 см. Яичник справа без особенностей, слева четко визуализировать не удалось. Диагноз?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Удвоение матки и влагалища с частичной атрезией одного влагалища

Тема 7. Восстановительные операции при травме и свищах кишечника и мочевыводящих путей

Цель занятия: дать представление об операциях при аномалиях развития женских половых органов

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка,

контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Зашивание раны кишечника. Тонкой кишки. Толстой кишки

Восстановительные операции при ранениях мочевыводящих путей. При повреждении мочевого пузыря. При повреждении мочеточников

Мочеполовые свищи. Пузырно-влагалищные. Пузырно-шеечно-влагалищные. Мочеточниково-влагалищные. Кишечно-половые свищи

Контрольные вопросы к теме:

1. Осложнение раннего послеоперационного периода
 - 1) пролежни
 - 2) нагноение
 - 3) кровотечение
 - 4) лигатурный свищ
2. Активное ведение больного в послеоперационном периоде проводится для
 - 1) удлинения послеоперационного периода
 - 2) профилактики легочных осложнений
 - 3) профилактики инфицирования раны
 - 4) предупреждения вторичного кровотечения
3. Возможное осложнение в первые сутки после операции
 - 1) кровотечение
 - 2) пневмония
 - 3) нагноение раны
 - 4) лигатурный свищ
4. Инструмент для соединения тканей
 - 1) ножницы
 - 2) иглодержатель
 - 3) скальпель
 - 4) кусачки Люэра
5. Предоперационная подготовка больной с разлитым перитонитом не требует
 - 1) промывания желудка
 - 2) дезинтоксикационной терапии
 - 3) кислородотерапии
 - 4) обезболивания

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3
2. 2
3. 1
4. 2
5. 1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- - определить показания к операции в плановой и экстренной хирургии;
- - определить противопоказания к хирургическому лечению

После изучения данной темы ординатор должен **знать:**

- - инструменты для проведения полостных гинекологических операций
- какие методы подготовки больного существуют;
- - как подготовить пациента к оперативному вмешательству в зависимости от предстоящей операции;
- - виды операций;
- - как предотвратить интраоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы:

Спустя несколько часов после надвлагалищной ампутации матки по поводу интралигаментарной миомы матки справа у больной возникли и нарастают боли в правой подвздошной области, появились признаки раздражения брюшины. При в/в введении 5 мл 0,4% раствора индигокармина, послеоперационная наклейка окрасилась в синий цвет. При экскреторной урографии функция почек не нарушена, левый мочеточник прослеживается на всем протяжении, справа в малом тазу видно бесформенное затекание контрастного вещества.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Полное пересечение правого мочеточника.

Тема 8. Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном периоде

Цель занятия: дать представление терапии и профилактики послеоперационных осложнений в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Восстановление физиологических функций.

Коррекция гомеостаза:

Мочеиспускания

Функции кишечника

Функции печени

Функции почек

Обезболивание. Медикаментозное. Регионарная анестезия

Ведение послеоперационного периода и профилактика послеоперационных осложнений. Бронхопневмония. Сердечно-сосудистые расстройства. Инфицирование послеоперационного шва.

Тромбоэмболия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Профилактика, лечение

Реабилитация. Реабилитация и МСЭ после консервативных операций. Реабилитация и МСЭ после радикальных операций. Особенности реабилитации и МСЭ после эндоскопических операций

Контрольные вопросы к теме:

1. К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

1. полиглюкин
2. 5% раствор глюкозы
3. 20% раствор глюкозы
4. ацесоль

2. К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ (НАЙДИТЕ

ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. раствор гидроксиэтилкрахмала
2. полиглюкин
3. реополиглюкин
4. дисоль

3. НАИМЕНЬШИМ ВЛИЯНИЕМ НА СВЕРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ ИЗ ЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОЛЛОИДНЫХ ИНФУЗИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ

1. раствор гидроксиэтилкрахмала 4500.7
2. раствор гидроксиэтилкрахмала 2000.5
3. раствор гидроксиэтилкрахмала 1300.4
4. полиглюкин

4. К КРИСТАЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

1. полиглюкин
2. реополиглюкин
3. желатиноль
4. 0,9% раствор натрия хлорида

5. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие пульса на сонных артериях
2. отсутствие самостоятельного дыхания
3. широкие зрачки
4. отсутствие сознания

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1
2. 4
3. 2
4. 4
5. 1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - возможные осложнения после хирургического вмешательства
- - протоколы выхаживания больных в послеоперационном периоде
- - методы профилактики послеоперационные осложнения.

Контрольные итоговые вопросы:

Пациентка 30 лет, поступила на стационарное лечение в гинекологическое отделение с диагнозом: миома тела матки с геморрагическим синдромом.

Жалобы на обильные и длительные менструации, общую слабость, головокружение. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Женщина беспокойна, нервозна, на контакты идет, но выражает страх по поводу предстоящей операции.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, пульс 80 ударов в минуту, АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания.

Задания

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Обучите пациентку приему гормональных препаратов.
3. Подготовьте набор инструментов для диагностического выскабливания

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Проблемы пациентки

Настоящие проблемы: обильные, длительные менструации; общая слабость; головокружение; страх предстоящей операции;

Потенциальные проблемы: кровотечение, бесплодие; анемия; нарушение функций соседних органов.

Приоритетная проблема: обильные и длительные менструации.

Краткосрочная цель: уменьшить менструальные выделения.

Долгосрочная цель: пациентка не будет предъявлять жалоб на кровотечение к моменту выписки.

План

Мотивация

1. Придание пациентке горизонтального положения

Для улучшения кровоснабжения головного мозга

2. Применение холода на низ живота

Для эффективного лечения

3. Проведение беседы об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов, микроэлементов

Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма

4. Обучение пациентки к подготовке для диагностического выскабливания

Для профилактики послеоперационных осложнений

5. Проведение беседы о правильном приеме железосодержащих препаратов

Для уменьшения кровотечения

6. Проведение беседы с пациенткой с целью убеждения ее в благополучном исходе оперативного вмешательства

Для создания благоприятного предоперационного психологического климата

7. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациентки

Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений

Оценка: пациентка отмечает значительное улучшение состояния. Кровотечение прекратилось. Цель достигнута.

РАЗДЕЛ 11 «НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ»

Тема 1. Предопухолевые заболевания женских половых органов

Цель занятия: дать представление терапии и профилактике патологии шейки матки

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Крауроз, лейкоплакия, дисплазия вульвы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Кондиломы наружных половых органов, влагалища

Эктопия шейки матки. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика

Полипы шейки матки. Кондиломы шейки матки. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки (ЦИН). Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика

Реабилитация

Гиперпластические процессы эндометрия. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Псевдозрозия (эктопия) шейки матки
 - 1. может возникать как результат травмы шейки матки в родах
 - 2. встречается в детском возрасте
 - 3. относится к предраку по классификации Я.В.Бохмана
 - 4. характеризуется развитием цилиндрического эпителия на поверхности эктоцервикса
2. Полип цервикального канала
 - 1. относится к предраковым заболеваниям по классификации Я.В.Бохмана
 - 2. должен быть удален в амбулаторных условиях
 - 3. является показанием к выскабливанию цервикального канала и полости матки
 - 4. может быть фиброзным
3. Дисплазия
 - 1. это патология покровного эпителия шейки матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, но отсутствует инвазия в подлежащую строму
 - 2. относится к фоновым заболеваниям шейки матки
 - 3. может обнаруживаться при специальном исследовании визуально не измененной шейки матки
 - 4. является показанием к экстирпации матки в любом возрасте
4. Дисплазия
 - 1. это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы
 - 2. относится к фоновым процессам шейки матки
 - 3. может быть диагностирована при осмотре шейки матки в зеркалах по характерным клиническим признакам
 - 4. в зависимости от степени выраженности гистологических изменений может быть разделена на легкую, умеренную и выраженную
5. Дисплазия
 - 1. это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости и вовлечением в процесс поверхностного слоя стромы
 - 2. это предрак шейки матки
 - 3. может быть обнаружена только при исследовании визуально измененной шейки матки
 - 4. имеет характерные клинические признаки

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,4
2. 3,4,5
3. 3
4. 1,4,5
5. 2,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- -провести кольпоскопию

После изучения данной темы ординатор должен **знать**:

- - протоколы лечения больных с патологией шейки матки
- - методы профилактики развития рака шейки матки.

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизистогнойные выделения и контактные кровотечения из влагалища. Менструальная функция не нарушена. Б — 11, Р — 2, А — 9. Вторые роды с наложением акушерских щипцов и разрывами шейки матки. После родов диагностированы цервицит и эрозия шейки матки, по поводу чего произведена диатермокоагуляция.

В зеркалах: шейка матки гипертрофирована, деформирована старыми послеродовыми разрывами. Наружный зев зияет, в окружности наружного зева эктопия.

Бимануально: матки и придатки без патологии. Параметральная клетчатка мягкая.

При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и закрытых желез, с зоной эктопии в окружности наружного зева, лейкоплакии на 12 часах.

Предполагаемый диагноз, дополнительное обследование, вероятные причины заболевания и лечебная тактика.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Железисто-мышечная гиперплазия шейки матки. Д-конизация влагалищной части шейки.

Тема 2. Опухолевидные образования яичников

Цель занятия: дать представление об опухолевидных опухолях яичников

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Согласно современным гипотезам ведущее место в генезе опухолей яичника отводится
 - 1. нарушениям гормонального баланса в системе "гипофиз-яичник"
 - 2. частым беременностям
 - 3. гормональной контрацепции
 - 4. внутриматочной контрацепции

- 5. вирусной инвазии
- 2. С современных позиций ведущее место среди возможных причин опухолей яичника занимают
 - 1. нейроэндокринные нарушения
 - 2. вирусные поражения
 - 3. наследственные факторы
 - 4. частые беременности

- 5. воспалительные заболевания придатков

- 3. В классификации ВОЗ (1977) к опухолевидным образованиям яичника относят
 - 1. множественные фолликулярные кисты
 - 2. лютеомы
 - 3. воспалительные образования
 - 4. дермоидные кисты

- 5. параовариальные кисты
- 4. В классификации ВОЗ (1977) по гистотипу к опухолям яичника относятся
 - 1. фолликулярные кисты
 - 2. лютеома
 - 3. текома
 - 4. дермоидные кисты

- 5. поликистозные яичники
- 5. В классификации ВОЗ (1977) по гистотипу к опухолям стромы полового тяжа относятся
 - 1. гранулезоклеточная опухоль
 - 2. опухоль Бреннера
 - 3. опухоль Крукенберга
 - 4. андробластома

- 5. хориокарцинома

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1
2. 1
3. 1,2,3,5
4. 3,4
5. 1,4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- -определить тактику лабораторного и инструментального обследования;

- После изучения данной темы ординатор должен **знать:**
 - - методы диагностики опухолей яичников
 - - методы хирургического лечения опухолей яичника
- Профилактику послеоперационных осложнений

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 70 лет жалуется на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Менопауза в 50 лет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки ярко розовая, «сочная», выделения слизистые.

Бимануально: матка незначительно больше нормы, плотная, подвижная . безболезненная. Правые придатки не определяются. В области левых придатков пальпируется плотная, бугристая опухоль, подвижная, размером 8х6х8 см.

Диагноз, план обследования и лечебная тактика.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Гормонпродуцирующая опухоль яичника. Верификация диагноза, после этого план лечения.

Тема 3. Доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов

Доброкачественные опухоли наружных половых органов и влагалища

Цель занятия: дать представление о доброкачественных опухолях ЖПО

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролируемый материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Лейомиома матки. Клинико-морфологические формы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Миома матки и беременность.

Классификация доброкачественных и пограничных опухолей яичников

(ВОЗ). Эпителиальные опухоли (цистадено-

мы). Серозные. Муцинозные. Эндометриоидные. Светлоклеточные (мезонефроидные). Опухоль Бреннера

Смешанные эпителиальные опухоли

недифференцированные

Опухоли стромы полового тяжа

Гранулезо-стромальноклеточные. Текомы. Фибромы

Андробластомы (опухоли Сертоли и Лейдига)

Гинандробластомы

Герминогенные опухоли. Дисгерминомы. Тератома. Зрелая. Незрелая. Гонадобластома

Вторичные метастатические опухоли

Опухолевидные образования. Функциональные кисты. Фолликулярные кисты. Лютеиновые кисты. Параовариальная киста. эндометриоз

Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Опухоли яичников и беременность

Контрольные вопросы к теме:

1. Опухоли яичников
 - 1. встречаются во всех регионах нашей страны с одинаковой частотой
 - 2. встречаются чаще после длительного применения стероидных контрацептивов
 - 3. встречаются преимущественно в репродуктивном возрасте и очень редко в других возрастных группах
 - 4. встречаются чаще у женщин с нарушенной функцией яичников, не беременевших, не рожавших
 - 5. могут сочетаться с раком молочной железы

2. Злокачественные опухоли яичника
 - 1. обычно развиваются из доброкачественных и пограничных
 - 2. чаще развиваются как первичные
 - 3. чаще встречаются среди городских жительниц
 - 4. нередко диагностируются на ранних стадиях
3. Варианты I стадии опухоли яичника (классификация FIGO, 1976) включают опухоль, ограниченную яичниками
 - 1. с разрывом капсулы
 - 2. без разрыва капсулы
 - 3. с наличием асцита
 - 4. с распространением на брюшину малого таза
4. Дифференциальным критерием, определяющим II-а стадию рака яичника (классификация FIGO, 1976), является
 - 1. асцит
 - 2. разрыв капсулы
 - 3. гидроторакс
 - 4. поражение второго яичника
5. Признаком, определяющим III стадию рака яичника (классификация FIGO, 1976), является
 - 1. асцит
 - 2. гидроторакс
 - 3. синдром Мейгса
 - 4. поражение брюшины вне малого таза
 - 5. разрыв капсулы

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4,5
2. 1,3
3. 1,2,3,5
4. 5
5. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
-
- После изучения данной темы ординатор должен **знать:**
 - - методы диагностики опухолей яичников
 - - методы хирургического лечения опухолей яичника
 - Профилактику послеоперационных осложнений

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 40 лет поступила с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, резкое увеличение живота, одышку.

Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Б -2, Р — 2. Больной себя почувствовала 2-а мес. назад, когда появились вялость, быстрая утомляемость. В последние 3 недели стал заметно увеличиваться живот, нарастает одышка.

Объективно: при пальпации живота определяется плотный бугристый конгломерат, занимающий гипо- и мезогастрий. В брюшной полости отчетливо выявляется свободная жидкость.

В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, слизистая без видимых изменений, наружный зев щелевидный, выделения серозные.

Бимануально: шейка матки переходит в плотный бугристый конгломерат, занимающий почти всю полость малого таза, верхний полюс его выступает на 12-ь см выше лона. Матку и придатки отдельно определить не удается.

Предполагаемый диагноз, дополнительное обследование для уточнения диагноза и тактики лечения и наблюдения.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Рак яичников. Верификация диагноза. План дальнейшего лечения и наблюдения.

Тема 4. Злокачественные опухоли

Цель занятия: дать представление о злокачественных опухолях ЖПО

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Рак наружных половых органов и влагалища. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Рак шейки матки. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Рак тела матки. Классификация и морфологические формы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика

Саркома матки. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Трофобластическая болезнь. Классификация (пузырный занос, хорионкарцинома). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Рак яичников. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Рак маточных труб. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Трофобластическая болезнь
 - 1. чаще всего встречается в постменопаузе
 - 2. обычно возникает у женщин с первичным бесплодием
 - 3. характеризуется инвазией в материнские ткани только в злокачественной форме
 - 4. обычно проявляется гиперполименореей
- 5. секретирует специфический бета-глобулин
2. Трофобластическая болезнь
 - 1. встречается чаще в странах Европы, чем Азии
 - 2. встречается только в репродуктивном возрасте
 - 3. любой формы характеризуется отсутствием плода

- 4. метастазирует только при развитии злокачественных форм
 - 5. всех форм сопровождается децидуальными изменениями в эндометрии
-
3. Трофобластические опухоли
- 1. в виде различных форм пузырного заноса в Европе встречаются с частотой 1:100000 беременностей
 - 2. не имеют доброкачественных форм
 - 3. могут развиваться при наличии живого плода
 - 4. в форме пузырного заноса никогда не метастазируют
 - 5. секретируют специфический тиреотропин
-
4. Трофобластические опухоли
- 1. чаще встречаются в регионах с низкой фертильностью
 - 2. встречаются в пре- и постменопаузе
 - 3. с инвазией в строму классифицируются как злокачественные
 - 4. могут развиваться из остатков децидуальной оболочки
 - 5. обычно характеризуются высокой секрецией хорионического гонадотропина
-
5. Хориокарцинома
- 1. патогенетически может быть связана с нормально закончившейся беременностью
 - 2. IV стадии диагностируется по наличию метастазов в легких
 - 3. диагностируется по типичным признакам на эхограмме
 - 4. проявляется ациклическими кровотечениями
 - 5. имеет худший прогноз у больных старше 40 лет

Ответы на контрольные вопросы:

1. 5
2. 5
3. 3,5
4. 2,5
5. 1,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту стационарного больного (03/у)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - методы диагностики опухолей яичников
 - - методы хирургического лечения опухолей яичника
 - Профилактику послеоперационных осложнений

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 58-и лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения. Постменопауза 10-ь лет. АД 150/90 мм ртут.ст. Масса тела 92 кг, рост 150-ь см. Гинекологический статус: наружные половые органы и слизистая влагалища с явлениями возрастной инволюции, слизистая влагалища легко ранима, шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» отрицательный, из канала шейки матки скудные кровянистые выделения. Матка не увеличена, придатки не определяются, параметрии свободные. Предполагаемый диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика врача.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Рак тела матки. Госпитализация для раздельного ДВ.

Тема 5. Дисгормональные заболевания молочных желез

Цель занятия: дать представление о дисгормональных состояниях молочных желез

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Клинические формы заболевания молочной железы. Классификация. Этиология, патогенез Мастодиния. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика

Фиброаденоз молочной железы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика

Диффузная мастопатия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика

Реабилитация

Фиброаденома молочной железы

Солитарная киста молочной железы

Контрольные вопросы к теме:

1. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:
 - 1. инверсия соска;
 - 2. ателия;
 - 3. амастия;
 - 4. полителия и полимастия;
- 5. дистопия млечных ходов.
2. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?
 - 1. внутрипротоковая папиллома;
 - 2. болезнь Педжета;
 - 3. узловатая мастопатия;
 - 4. киста;
- 5. фиброаденома.
3. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?
 - 1. умбиликация;
 - 2. лимонная корка;
 - 3. втяжение соска;
 - 4. гиперпигментация соска и ареолы;
- 5. изъязвление.
4. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего?
 - 1. овариоэктомия;
 - 2. химиотерапия;
 - 3. гормонотерапия;
 - 4. лучевая терапия;
- 5. пангистрэктомия.
5. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска — выделения

желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить?

- 1. внутрипротоковая папиллома;
- 2. узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии;
- 3. фиброаденома;
- 4. диффузный рак;
- 5. узловой рак.

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/y)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - методы диагностики дисгормональных состояний молочных желез
- - профилактику и лечение дисгормональных состояний молочных желез

Контрольные итоговые вопросы:

Больная М., 27 л жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку.

- 1.Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?
- 2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
- 3.Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить и их результаты, характерные для окончательного диагноза?
- 4.Сформулируйте окончательный диагноз.
5. Назначьте лечение.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

1. Левосторонняя мастопатия.
2. - рак молочной железы,
- киста левой молочной железы,
- фиброаденома молочной железы.
- 3.1 Клинический анализ крови, мочи – патологии нет.
- 3.2 Маммография – затемнение диффузного характера с мелкими очагами просветления.
- 3.3. УЗИ: гиперэхогенные структуры с неровными контурами.
- 3.4. Пункционная биопсия – картина фиброзно-кистозной мастопатии.
4. Кистозно-фиброзная мастопатия, узловая форма.
5. Оперативное – секторальная резекция молочной желззы.

РАЗДЕЛ 12 «ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ»

Тема 1. Острый живот при кровотечении в брюшную полость

Цель занятия: дать представление об остром животе в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Эктопическая беременность. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Оперативное, в том числе органосохраняющее, и консервативное лечение. Выбор оперативного доступа и объема операции. Ведение послеоперационного периода. Реабилитация.

Апоплексия яичника. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения. Реабилитация

Перфорация матки. Этиология. Профилактика. Клиника, диагностика. Принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения. Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. К часто встречающимся формам внематочной беременности относится
 - 1. трубная беременность
 - 2. яичниковая беременность
 - 3. брюшная беременность
 - 4. межсвязочная беременность
 - 5. беременность в рудиментарном роге
2. Диагноз Подозрение на внематочную беременность является показанием
 - 1. для диспансерного наблюдения за больной
 - 2. для срочной госпитализации
 - 3. для диагностической лапаротомии
 - 4. для определения хорионического гонадотропина в моче
 - 5. для ультразвукового исследования
3. Среди различных форм внематочной беременности трубная беременность составляет
 - 1. около 28%
 - 2. около 48%
 - 3. около 68%
 - 4. около 88%
 - 5. около 98%
4. Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована с помощью
 - 1. бимануального исследования
 - 2. ультразвукового исследования
 - 3. выскабливания полости матки
 - 4. пункции заднего свода
 - 5. серологической реакции на беременность
5. В дифференциальной диагностике трубной беременности

- 1. данные анамнеза обычно не имеют существенного значения
- 2. обнаружение при гистологическом исследовании эндометрия феномена Ариас-Стеллы является бесспорным доказательством
- 3. положительная серологическая реакция на беременность является достоверным признаком
- 4. ведущая роль принадлежит лапароскопии и ультразвуковому исследованию
- 5. при любых условиях пункция заднего свода имеет решающее значение

Ответы на контрольные вопросы:

1. 4
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту стационарного больного (003/у)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - -определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - методы диагностики внутрибрюшного кровотечения
 - - принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения

Контрольные итоговые вопросы:

В женскую консультацию с целью постановки на учёт обратилась женщина 26 лет. с задержкой менструации на 5 недель. Пациентка провела экспресс-тест на беременность, результат положительный. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки, бесплодие в течение 4 лет. Ранее не обследовалась, у гинеколога не лечилась. Жалоб нет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижная, смещение матки безболезненное. Справа в области придатков пальпируется образование 8х4х3 см, мягковатой консистенции, ограниченно подвижное, чувствительное. Своды свободные. Выделения светлые.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

1. Прогрессирующая правосторонняя трубная беременность.
Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта, киста или кистоза правого яичника, правосторонний гидросальпинкс.
2. Срочная госпитализация в стационар. УЗИ (желательно влагалищным датчиком), Определение хорионического гонадотропина крови (при необходимости в динамике), общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор (по cito), мазок на гонорею и степень чистоты.
3. После подтверждения диагноза – лапароскопия, правосторонняя тубэктомия или удаление плодного яйца, сальпингопластика.
Антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, витамины (в ранний послеоперационный период). Биостимулиру-

ющие, рассасывающие препараты, физиопроцедуры, гин. массаж, грязи, тепловые процедуры (ч/з 4-6 мес.). Лечебные гидротубации через 2-4 мес. 2-3 процедуры. Планировать беременность не ранее через год после тщательного обследования включая ГСГ. Предупреждение воспалительных заболеваний придатков матки, Устранение имеющейся гинекологической патологии. Закаливание организма, соблюдение правил личной и социальной гигиены.

Тема 2. Острый живот при воспалительных заболеваниях половых органов

Цель занятия: дать представление об остром животе в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Клиническое значение особенностей кровоснабжения, лимфодинамики, иннервации малого таза.

Пельвиоперитонит. Этиология. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Лечение. Реабилитация

Перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки. Этиология. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Лечение. Реабилитация.

Дифференциальная диагностика острых заболеваний брюшной полости.

Лечение и реабилитация после воспалительных заболеваний.

Контрольные вопросы к теме:

1. Воспаления женской половой сферы
 - 1. в 60% случаев протекают в виде острого процесса
 - 2. чаще вызываются моновозбудителями
 - 3. имеют патогенетические связи со стероидной контрацепцией
 - 4. имеют тенденцию к росту заболеваемости
- 5. не имеют отличий по частоте острых и хронических форм в различных возрастных группах
2. Распространению инфекции в женской половой сфере могут способствовать
 - 1. сперматозоиды
 - 2. трихомонады
 - 3. внутриматочные вмешательства
 - 4. внутриматочные контрацептивы
 - 5. стероидные контрацептивы
3. Этиология воспалительного заболевания женской половой сферы может быть установлена
 - 1. при гистологическом исследовании эндометрия
 - 2. при цитологическом исследовании пунктата из "Дугласового кармана"
 - 3. при УЗ-исследовании
 - 4. при гистероскопии
 - 5. при использовании монослоя культуры клеток
4. Параметрит
 - 1. обычно имеет связь с внутриматочными вмешательствами
 - 2. в случае нагноения является показанием к лапаротомии

- 3. может быть причиной смещения матки в больную сторону
 - 4. может быть причиной смещения матки в здоровую сторону
 - 5. является показанием для гирудотерапии
5. Пельвиоперитонит
- 1. характерен для гонореи
 - 2. может быть следствием воспаления придатков
 - 3. проявляется положительным симптомом Гентера
 - 4. часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен
 - 5. является показанием для лапаротомии

Ответы на контрольные вопросы к теме:

1. 4
2. 1,2,3,4
3. 1,5
4. 1,3,4,5
5. 1,2

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту стационарного больного (003/у)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
 - - методы диагностики пельвиоперитонита
 - - принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения

Контрольные итоговые вопросы:

В приёмный покой больницы “скорой помощью” доставлена больная 32 лет с жалобами на озноб, боли по всему животу, повышение температуры до 38 С. Работает продавцом в уличном лотке. В анамнезе бесплодие, двухсторонний аднексит с частыми обострениями. Последнюю неделю беспокоили боли внизу живота тянущего характера, повышение температуры до 37,7 С. Не лечилась. Сильные боли появились 3 часа назад, после физической нагрузки, интенсивность болей прогрессивно нарастала.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Живот вздут, напряжен во всех отделах, болезнен, с выраженным симптомом Щеткина по всему животу. Язык суховат, пульс 120 ударов в минуту. При влагалищном исследовании смещения шейки резко болезненны, придатки и матку определить не удастся из-за болезненности. Задний свод влагалища уплощен, болезнен.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Обострение хронического двустороннего аднексита. Двусторонний tuboовариальный абсцесс с перфорацией. Разлитой перитонит.
2. Внематочная беременность, перекрут кистомы яичника, апоплексия яичника, острый аппендицит, периаппендикулярный абсцесс.

4. Подготовка операционной, УЗИ, мазок на гонорею и степень чистоты, общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор, конс.хирурга (всё обследование по *cito*). Операция удаление источника инфекции, санация брюшной полости, дренирование. Антибактериальные препараты, асептические растворы, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, ингибиторы протеолитических ферментов, иммунокорректирующая, дезинтоксикационная терапия, витамины, парентеральное питание. Биостимулирующие, рассасывающие препараты, физиопроцедуры, гин. массаж, грязи, тепловые процедуры (ч/з 4-6 мес.). Избегать переохлаждений, учитывать противопоказания для использования ВМС, полноценное лечение очагов хр. инфекции. Закаливание организма, соблюдение правил личной и социальной гигиены

Тема 3. Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей половых органов

Цель занятия: дать представление об остром животе в гинекологии

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологический стационар.

Оснащение занятия: медицинская карта стационарного больного (003/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Перекрут ножки опухоли или кисты яичника. Этиология. Клиника, диагностика. Объем оперативного лечения. Реабилитация

Нарушение кровообращения в миоматозном узле. Группы риска. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения..

Консервативное и оперативное лечение. Показания к оперативному лечению.

Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Анатомическая ножка опухоли яичника включает
 - 1. широкую связку матки
 - 2. маточную трубу
 - 3. собственную связку яичника
 - 4. подвешивающую яичник связку
2. Хирургическая ножка опухоли яичника включает
 - 1. маточную трубу
 - 2. собственную связку яичника
 - 3. подвешивающую яичник связку
 - 4. круглую маточную связку
 - 5. кардинальную связку
3. Обследование по поводу опухоли яичника включает
 - 1. диагностическое выскабливание полости матки
 - 2. пункцию заднего свода влагалища
 - 3. ирригоскопию
 - 4. рентгенологическое исследование желудка
 - 5. рентгенологическое исследование легких
4. Важнейшим дополнительным методом дооперационной диагностики характера опухолевого процесса в яичнике является

- 1. УЗ-исследование
 - 2. биконтрастная пельвиография
 - 3. пельвиотомография
 - 4. лимфография
-
- 5. цитологическое исследование пунктата из брюшной полости
5. Апоплексия яичника - это
 1. остро возникшее кровотечение из яичника
 2. разрыв яичника
 3. остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
 4. верно 1) и 2)
 5. все перечисленное

Ответы на контрольные вопросы:

1. 3,4
2. 1,2,3
3. 1,2,3,4,5
4. 5
5. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту стационарного больного (003/у)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
-
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
 - - методы диагностики нарушения кровообращения как причины острого живота
 - - принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения

Контрольные итоговые вопросы:

Больная 32 лет доставлена в больницу, в тяжелом состоянии с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов и мочеиспускание. Боли режущего характера, начались ночью, была кратковременная потеря сознания. Из анамнеза - менструации регулярные, безболезненные. ПНМ 2 недели назад, пришла в срок. Беременностей - 2, окончились срочными родами. Из объективных данных обращает внимание учащение пульса до 110/мин, повышение t° до $37,5^{\circ}$ C, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль с нечеткими контурами в левой половине живота при осмотре наружных половых органов, а также при помощи зеркал шейки и стенок влагалища патологии не выявлено. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании обнаружено, что влагалище рожавшей, шейка плотная цилиндрической формы, зев закрыт, матка в anterversio-flexio, несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний полюс опухоли, 10x12 см, тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны.

1. Диагноз?
2. Методы исследования?
3. Тактика ведения?

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

1. Д-з: Опухоль яичника (цистаденома?). Перекрут ножки опухоли? Разрыв опухоли?

2. Методы обследования: общие анализы (cito – Hb, Ht, leu, COЭ, группа крови, резус, КЩС), СА-125, УЗИ, экстренная предоперационная подготовка (включает инфузионную терапию и коррекцию метаболических нарушений)
3. Тактика ведения: операция – ЭНТ, лапаротомия, овариэктомия с одной стороны при явно доброкачественном процессе. Обязателен осмотр второго яичника на наличие в нем патологии, наличие сращений опухоли с соседними органами, по возможности провести срочное гистологическое исследование интраоперационно. При подозрении на злокачественность – экстирпация матки с придатками.

РАЗДЕЛ 13 «ЭНДОМЕТРИОЗ»

Тема 1. Эндометриоз матки (аденомиоз)

Цель занятия: дать представление об аденомиозе

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Патогенез. Онкологические аспекты заболевания. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация и диспансеризация

Контрольные вопросы к теме:

1. К теориям, объясняющим развитие эндометриоза, относятся
 - 1. дезонтогенетическая
 - 2. гормональная
 - 3. имплантационная
 - 4. иммунологическая
 - 5. сосудистая
2. Эндометриоз
 - 1. развивается вследствие недостаточности экстрогенов
 - 2. встречается только у женщин и не описан у мужчин
 - 3. яичника является показанием к консервативному лечению
 - 4. характеризуется значительными изменениями в состоянии иммунологической системы
 - 5. сопровождается нарушениями функции печени, поджелудочной или щитовидной железы
3. Клиническими проявлениями эндометриоза являются
 - 1. нарушение менструального цикла
 - 2. циклически возникающий болевой синдром
 - 3. бесплодие
 - 4. нарушение функций соседних органов
 - 5. астеноневротический синдром
4. Внутренний эндометриоз
 - 1. диагностируется с помощью кольпоскопии
 - 2. встречается редко
 - 3. развивается из базального слоя эндометрия
 - 4. хорошо поддается гормональной терапии
 - 5. не выявляется при гистероскопии
5. К внутреннему генитальному эндометриозу относится

- 1. эндометриоз влагалищной части шейки матки
- 2. эндометриоз брюшины
- 3. эндометриоз яичников
- 4. эндометриоз интерстициального отдела маточных труб
- 5. ретроцервикальный эндометриоз

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3,4
2. 4,5
3. 1,2,3,4,5
4. 3
5. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/y)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
 - - методы диагностики аденомиоза
 - - протоколы гормональной терапии, принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 32 года. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темно-кровянистые, мажущие выделения из половых путей накануне менструации и в течение нескольких дней после нее.

Из анамнеза: два года тому назад перенесла операцию диатермоконизации шейки матки по поводу лейкоплакии. Последняя менструация началась 6 дней назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД и PS в норме.

В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, на слизистой видны узелковые мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, из отдельных имеются темно-кровянистые скудные выделения.

Бимануально: матка в правильном положении, увеличена до 5-6-и нед. беременности, шаровидной формы, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются.

Предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики, наблюдение и лечение.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

Эндометриоз влагалищной части шейки матки. Динамическое наблюдение и обследование, включая УЗИ. Хирургическое лечение.

ЭНДОМЕТРИОЗ шейки матки. Аденомиоз. Миома матки? Диф. диагноз с эритроплакией, полипы церв. Канала, кисты nabothovых желез, эктропион. Гистероскопия и цервикоскопия, раздельное диагностическое выскабливание, если есть ациклические кровотечения
Лечение: лазерная вапоризация, конизация шейки матки., эстроорген-гестагенные препараты.

Тема 2. Наружный эндометриоз

Цель занятия: дать представление о наружном эндометриозе

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Эндометриоз яичников и маточных труб. Патогенез. Онкологические аспекты эндометриоза яичников. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Эндометриоз ректовагинальной перегородки влагалища. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Эндометриоз шейки матки. Патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

«Малые» формы эндометриоза. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика

Экстрагенитальный эндометриоз

Эндометриоз послеоперационного рубца. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Эндометриоз кишечника. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация

Эндометриоз мочевого пузыря. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика.

Реабилитация

Эндометриоз пупка и других локализаций. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика

Реабилитация

Контрольные вопросы к теме:

1. Эндометриоз яичников
 - 1. относится к наружному генитальному эндометриозу
 - 2. характеризуется типичной клинической симптоматикой
 - 3. выявляется с помощью гистеросальпингографии
 - 4. диагностируется при гистероскопии
- 5. является показанием для хирургического лечения
2. Ретроцервикальный эндометриоз
 - 1. может проявляться болями, метеоризмом, задержкой стула накануне и во время месячных
 - 2. невозможно диагностировать при бимануальном исследовании
 - 3. диагностируется с помощью гистерографии
 - 4. диагностируется с помощью пневмопельвиографии
- 5. лечится только оперативным путем
3. Злокачественное перерождение эндометриоза
 - 1. встречается у 70-80% пациентов
 - 2. чаще наблюдается при стромальном эндометриозе
 - 3. встречается только в репродуктивном возрасте
 - 4. встречается в виде аденокарциномы яичников
- 5. чаще наблюдается у женщин, получавших синтетические прогестины
4. Для диагностики эндометриоза шейки матки применяется
 - 1. раздельное диагностическое выскабливание
 - 2. осмотр шейки матки в зеркалах
 - 3. бимануальное исследование
 - 4. кольпоскопия
- 5. цервикография
5. Синтетические эстроген-гестагенные препараты при лечении эндометриоза
 - 1. не применяются

- 2. широко используются у больных, имеющих сочетания эндометриоза и миомы матки
- 3. могут назначаться прерывистыми курсами по контрацептивной схеме
- 4. могут назначаться без учета особенностей гормонального фона
- 5. противопоказаны при склонности к гиперкоагуляции, хронических тромбофлебитах, флебитах, сахарном диабете

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,5
2. 1
3. 2,4
4. 2,4
5. 3,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/y)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - методы диагностики эндометриоза
- - протоколы гормональной терапии, принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 28-и лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и после менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет. Считает себя больной в течении 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6-ь нед. В возрасте 20-и лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не знает.

Гинекологический статус: шейка матки не эрозирована. Матка ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная. Справа и кзади от матки пальпируется образование размером 8х8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаяное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки не увеличены. Выделения слизистые.

Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование. Лечебная тактика.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Эндометриоидная киста правого яичника. УЗИ малого таза. Хирургическое лечение с последующей гормональной терапией.

Эндометриоз яичников. Лапароскопия: белесоватая капсула с выраженным сосудистым рисунком и гладкой поверхностью; УЗИ: эхопозитивная капсула, мелкодисперсная эхопозитивная взвесь на фоне жидкого содержимого, локализация позади матки. Лечение: коагуляция или выпаривание лазером при лапароскопии, далее гормоны: агонисты ГнРГ, антогонисты гонадотропинов, прогестагены. (даназол, дюфастон, золадекс.)

РАЗДЕЛ 14 «БЕСПЛОДИЕ»

Тема 1. Эндокринное бесплодие

Цель занятия: дать представление об эндокринном бесплодии

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пеленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Бесплодие гипоталамо-гипофизарного генеза

Гиперпролактинемия (клиника, диагностика, лечение, реабилитация)

Гипоталамическая аменорея (клиника, диагностика, лечение, реабилитация)

Гипофизарная аменорея (формы, клиника, диагностика, лечение, реабилитация)

Бесплодие, связанное с нарушением функций периферических эндокринных желез

Синдром поликистозных яичников (клиника, диагностика, лечение, реабилитация)

Неклассические формы врожденной дисфункции коры надпочечников (клиника, диагностика, лечение, реабилитация)

Гипергонадотропный гипогонадизм (формы, клиника, диагностика, лечение, реабилитация)

Преждевременная недостаточность яичников (формы, клиника, диагностика, лечение, реабилитация)

Синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула

Бесплодие при нарушениях функции щитовидной железы

Контрольные вопросы к теме:

1. Для лечения больных с синдромом поликистозных яичников используют
 - 1. даназол
 - 2. тамоксифен, клостильбегит
 - 3. диане, ципротерон-ацетат
 - 4. лапароскопическую термокаутеризацию
- 5. билатеральную клиновидную резекцию яичников
2. Развитие синдрома гиперпролактинемической аменореи (СГПА) может быть связано
 - 1. с длительной стрессовой ситуацией
 - 2. с длительным приемом психотропных средств
 - 3. с длительным приемом антибиотиков
 - 4. с недостатком тиреоидных гормонов
- 5. с опухолью гипофиза
3. Для лечения синдрома гиперпролактинемической аменореи (СГПА) используют
 - 1. препараты L-Допа
 - 2. стероидные контрацептивы
 - 3. парлодел
 - 4. ципротерон-ацетат
- 5. даназол
4. Синдром Шихена
 - 1. является следствием врожденной аномалии развития гонад
 - 2. характеризуется гипофункцией эндокринных желез - половых, щитовидной, надпочечников
 - 3. проявляется галактореей, олиго- или аменореей
 - 4. может быть заподозрен по характерному анамнезу - кровотечение или септический шок при родах, абортах
- 5. является показанием к кольпопозу
5. Аденогенитальный синдром
 - 1. имеет синоним надпочечниковая гиперандрогения

- 2. проявляется гиперменструальным синдромом
- 3. может быть причиной невынашивания
- 4. необходимо дифференцировать с поликистозными яичниками
- 5. лечиться глюкокортикоидами

Ответы на контрольные вопросы:

1. 2,3,4,5
2. 1,2,4,5
3. 1,3
4. 2,4
5. 1,3,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/у)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - методы диагностики эндокринного бесплодия
 - - протоколы гормональной терапии, стимуляции овуляции

Контрольные итоговые вопросы:

Б-ная 25-и лет впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на первичное бесплодие в течение 2-х лет. Из анамнеза: замужем 2-а года, от беременности не сохраняется. Муж обследован, фертилен, имеет ребенка от первого брака. Менструации нерегулярные через 40 — 60 — 90 дней. Гинекологические заболевания отрицает. Специальный осмотр без особенностей.

1. Укажите возможную причину бесплодия.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Методы лечения предполагаемого фактора бесплодия.

Примерные ответы на итоговые контрольные вопросы:

1. Эндокринное бесплодие.
2. ТФД, лабораторные исследования половых стероидов, гонадотропинов, пролактина, УЗИ органов малого таза.
3. Регуляция менструального цикла. Стимуляция овуляции.

Тема 2. Трубно-перитонеальное бесплодие

Цель занятия: дать представление о ТПБ

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Хронический сальпингит. Этиология, патогенез

Методы диагностики проходимости труб. Консервативное, оперативное лечение, прогноз

Тактика при гидросальпинксе

Перитонеальный фактор бесплодия. Этиология, патогенез. Диагностика . Лечение, прогноз

Контрольные вопросы к теме:

1. Вторичным бесплодием называют
 - 1. бесплодие длительностью в два года
 - 2. бесплодие у женщин, имевших в анамнезе беременность
 - 3. бесплодие, обусловленное эндокринной патологией
 - 4. бесплодие, обусловленное воспалительным генезом
2. К бесплодию, обусловленному наличием механического препятствия для сперматозоидов, относят
 - 1. трубное бесплодие
 - 2. аплазию матки
 - 3. атрезию внутреннего зева
 - 4. атрезию влагалища
3. Диагноз абсолютного женского бесплодия может быть поставлен
 - 1. при отсутствии маточных труб
 - 2. при отсутствии матки
 - 3. при отсутствии яичников
 - 4. при синдроме Штейна-Левенталя
4. С целью диагностики трубного бесплодия используют
 - 1. посткоитальную пробу
 - 2. кольпоскопию
 - 3. гистеросальпингографию
 - 4. лапароскопию
5. Курс гидротурбаций показан
 - 1. при затрудненной проходимости маточных труб
 - 2. при непроходимости труб в ампулярных отделах
 - 3. при выраженном спаечном процессе в малом тазу
 - 4. при обилии перитубарных спаек
5. при синдроме Ашермана

Ответы на контрольные вопросы:

1. 2
2. 1,3,4
3. 2,3
4. 3,4,5
5. 1

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/y)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - методы диагностики ТПБ
 - - хирургическую технику восстановления проходимости маточных труб

Контрольные итоговые вопросы:

Пациентка В., 29 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие беременности в браке. Из анамнеза известно: менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Последние месячные 15.04 по 19.04., пришли в срок, без особенностей. Половая жизнь с 24 лет, в браке 5 лет, методы контрацепции не использует. Беременностей – 1, закончилась медицинским абортом на сроке 8 недель. После чего в течение последних шести лет ежегодно проходит лечение по поводу обострения хронического двустороннего аднексита. Мужу 32 года, здоров, курит.

При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, слизистая бледно-розового цвета. Шейка матки конической формы, чистая, наружный зев щелевидный.

Бимануально: Матка в anteflexio-anteversio, обычных размеров, плотно-эластической консистенции, при пальпации ограничено подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон тяжисты, чувствительные при пальпации. Своды глубокие, параметрии свободные.

Предполагаемый диагноз?

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Диагноз: Вторичное бесплодие, трубно - перитонеальная форма. Хронический двусторонний аднексит, вне обострения.

Тема 3. Другие формы бесплодия

Цель занятия: дать представление о различных формах бесплодия

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролирующий материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Патология матки как фактор бесплодия. Удвоение матки. Двурогая матка. Матка с добавочным рогом. Внутриматочная перегородка. Генитальный эндометриоз.

Внутриматочные синехии. Хронический эндометрит. Шеечный фактор бесплодия.

Этиология, патогенез. Диагностика . Лечение

Миома матки. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение

Мужской фактор бесплодия. Основные формы. Диагностика, принципы лечения

Бесплодие неясного генеза

Контрольные вопросы к теме:

1. Для диагностики иммунологического бесплодия используют пробы
 - 1. Курцпрока-Миллера
 - 2. Шуварского-Хунера
 - 3. Рюммера
 - 4. Кота
- 5. Лиддля
2. Для исключения цервикального фактора бесплодия используют
 - 1. пробу Шуварского-Хунера
 - 2. гистеросальпингографию
 - 3. пробу Курцпрока-Миллера
 - 4. исследование полового хроматина
- 5. хромосомный анализ

3. Частота мужского бесплодия составляет
 - 1. 10-15%
 - 2. 15-20%
 - 3. 20-30%
 - 4. 40-50%
 - 5. 60-65%
4. Для постпубертатной формы аденогенитального синдрома характерны
 - 1. гирсутизм
 - 2. гипоменструальный синдром
 - 3. бесплодие
 - 4. гиперменструальный синдром
 - 5. замершие беременности на ранних сроках
5. Обследование по поводу бесплодия включает
 - 1. кольпоскопию
 - 2. определение пролактина
 - 3. исследование цветных полей зрения
 - 4. рентгенографию турецкого седла
 - 5. определение кортизола в крови

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1,2,3
2. 1,3
3. 4
4. 1,2,3,5
5. 2,3,4,5

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
 - -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/y)
 - выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
 - - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;
-
- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
 - - методы диагностики различных форм бесплодия
 - - протоколы подготовки бесплодной пары к ВРТ

Контрольные итоговые вопросы:

В женскую консультацию обратилась больная В. 24 лет с жалобами на скудные кровянистые выделения из половых путей после задержки месячных на 3 нед. Менархе с 16 лет, менструации нерегулярные, скудные. С периода полового созревания отмечает ожирение 2 степени, рост волос на верхней губе, подбородке, около сосков, на голених по белой линии живота. Половой жизнью живет с 20 лет регулярно, без предохранения.

При влагалищном исследовании матка гипопластичная, подвижная безболезненная. Справа и слева от матки определяются плотные безболезненные подвижные яичники размером 3х4х3см. Выделения кровянистые, скудные.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите план обследования.
4. Составьте обоснованный план лечения указанной патологии.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

1. Нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Поликистозные яичники. Бесплодие I.
2. Нейрообменноэндокринный синдром не связанный с беременностью, аденогенитальный синдром, андрогенпродуцирующая опухоль яичников или надпочечников.
3. Тесты функциональной диагностики, УЗИ, определение гормонов крови (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, кортизол, тестостерон, ТТГ, Т3, Т4), консультации эндокринолога, окулиста, невропатолога), диэнцефальные пробы, посев менструальной крови на флору и БК, рентгенография или компьютерная томография турецкого седла. Определение 17-ОКС и дегидроэпиандростерона сульфата в суточной моче.
4. Редукционная диета. Гормональная терапия: диане-35 или эстроген-гестагены в циклическом режиме, верошпирон, диэнцефальная терапия. Физиопроцедуры: электрофорез с медью и цинком по фазам цикла, эндоназальная гальванизация с витаминами гр.В, воротник по Щербаку, электрофорез межлестничного мозга. При отсутствии беременности в течение 4-6 мес. половой жизни – стимуляция овуляции клостилбегитом (кломифен цитратом), хорионическим, менопаузальным гонадотропином. При отсутствии эффекта – лапароскопия, электрокоагуляция яичников

Тема 4. Современные методы восстановления фертильности

Цель занятия: дать представление о современных методах восстановления фертильности.

Место проведения занятия: учебная комната, женская консультация.

Оснащение занятия: медицинская карта амбулаторного больного (025/у), гинекологическое кресло, инструменты для гинекологических операций, бланки для лабораторных исследований, одноразовые перчатки, индивидуальная пленка, контролируемый материал с модельными ответами, алгоритмы выполнения манипуляций.

Содержание занятия:

Индукция овуляции. Непрямая индукция овуляции. Прямая индукция овуляции.

Индукция суперовуляции. Осложнения индукции овуляции, синдром гиперстимуляции яичников

Хирургические методы восстановления фертильности. Внутриматочные эндоскопические вмешательства. Лапароскопия и реконструктивные операции

Вспомогательные репродуктивные технологии. Искусственная инсеминация спермой мужа

Искусственная инсеминация спермой донора. Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки. Программа экстракорпорального оплодотворения с донорскими ооцитами. Программа суррогатного материнства. Этические и юридические аспекты программ вспомогательной репродуктивной медицины

Контрольные вопросы к теме:

1. Микрохирургические операции на маточных трубах выполняются
 - 1. при окклюзии труб в различных отделах
 - 2. при двухсторонних тубоовариальных образованиях
 - 3. при выраженных спаечных процессах в малом тазу
 - 4. при длительности бесплодия более 10 лет
 - 5. у больных старше 35 лет
2. Экстракорпоральное оплодотворение показано
 - 1. при ановуляторных циклах
 - 2. при отсутствии маточных труб
 - 3. при безуспешной коррекции трубного бесплодия

- 4. при частых обострениях воспалительного процесса
 - 5. при постоянно высоком титре антиспермальных антител в слизи
3. Искусственная инсеминация спермой донора применяется
- 1. при синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера
 - 2. у женщин с ановуляторным циклом
 - 3. у женщин с синдромом Ашермана
 - 4. при наличии иммунологического бесплодия
-
- 5. при трубном бесплодии

Ответы на контрольные вопросы:

1. 1
2. 2,3,5
3. 4

Практические навыки (ординатор должен уметь):

- -провести гинекологическое обследование женщины
- -заполнить медицинскую карту амбулаторного больного (025/y)
- выполнить осмотр, пальпацию, перкуссию;
- - определить тактику лабораторного и инструментального обследования;

- После изучения данной темы ординатор должен **знать**:
- - методы диагностики различных форм бесплодия
- - протоколы подготовки бесплодной пары к ВРТ
- -протоколы проведения стимуляции овуляции

Контрольные итоговые вопросы:

Молодая супружеская пара. В результате опасного кровотечения, возможно, после аборта, у женщины в 25 лет удалена матка. Супруги отказываются от приемного ребенка и предпочитают способ помещения яйцеклетки жены, оплодотворенной спермой мужа, в матку другой женщины для вынашивания ребенка.

Дайте оценку их решения и его возможных этико-правовых последствий.

Примерные ответы на контрольные итоговые вопросы:

Технология «суррогатного материнства» изначально была предложена для женщин, не имеющих матки, и ей дана положительная этическая оценка в Декларации ВМА.

6. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ

1. Оплодотворение. Ранний эмбриогенез. Плацентация. Развитие и функции плаценты.
2. Диагностика беременности. Изменения в организме женщины во время беременности. Плод в отдельные периоды внутриутробного развития.
3. Определение срока беременности. Исследование гормонального профиля. Биохимическое исследование (АФП, β -ХГЧ, РАРР) и его значение в диагностике хромосомных аномалий и ВПР плода.
4. Ведение беременности по триместрам. Терапевтические мероприятия, проводимые в зависимости от срока беременности. Сроки и методы родоразрешения. Режим и личная гигиена беременных. Рациональное питание беременных.
5. Причины наступления родов. Физиология сократительной деятельности матки. Периоды родов. Клиническое течение и ведение родов.
6. Варианты нормального биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания и заднем виде затылочного предлежания.
7. Невынашивание беременности. Определение. Факторы риска. Классификация

8. Ранний самопроизвольный выкидыш. Поздний самопроизвольный выкидыш. Диагностика. Тактика ведения.
9. Привычное невынашивание. Этиология. Генетические, анатомические, инфекционные, эндокринные причины. Диагностика. Лечение.
10. Преждевременные роды. Факторы риска, классификация, тактика ведения.
11. Неразвивающаяся беременность. Лечение в зависимости от клинической стадии. Профилактика и реабилитация.
12. Ведение беременности после экстракорпорального оплодотворения.
13. Особенности обследования. Особенности течения беременности. Направления ведения беременности. Принципы терапии.
14. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Этиология. Патогенез. Клиника и диагностика. Диагностика резус-сенсibilизации. Лечение.
15. Внутриутробная инфекция. Понятие внутриутробного инфицирования и внутриутробной инфекции. Этиология и патогенез. Зависимость характера нарушений от времени инфицирования. Диагностика.
16. Плацентарная недостаточность. Определение. Классификация по времени возникновения, степени и клиническому течению. Этиология и патогенез ПН. Диагностика.
17. Значение инструментальных методов для диагностики плацентарной недостаточности. Комплексная патогенетическая терапия и профилактика. Сроки и методы родоразрешения.
18. Задержка роста плода. Определение. Этиология. Факторы риска развития ЗРП. Формы синдрома ЗРП. Симметричная форма. Асимметричная форма. Смешанная форма. Клиническая картина. Степени тяжести ЗРП. Лечение. Показания к досрочному родоразрешению. Профилактика.
19. Первичная слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Лечение. Определение тактики ведения родов.
20. Вторичная слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Лечение. Определение тактики ведения родов.
21. Чрезмерно сильная и дискоординированная родовая деятельность. Клиника. Диагностика. Лечение. Определение тактики ведения родов.
22. Анатомически узкий таз. Определение. Классификация по форме и степени сужения.
23. Этиология различных форм сужения таза. Диагностика различных форм и степеней сужения таза.
24. Течение и ведение беременности при анатомически узком тазе: поперечно-суженом и с уменьшенным прямым размером широкой части. Особенности биомеханизма родов. Характерные осложнения родового акта. Выбор тактики родоразрешения.
25. Клинически узкий таз. Определение. Причины формирования клинически узкого таза. Диагностика клинически узкого таза. Осложнения родового акта. Тактика ведения родов.
26. Крупный плод. Клиника и диагностика. Особенности течения и ведения беременности. Особенности течения и ведения родов. Осложнения. Показания к оперативному родоразрешению.
27. Неправильные положения плода. Определение. Классификация. Этиология. Диагностика.
28. Особенности течения и ведения беременности. Особенности течения родов.
29. Передне-головное предлежание. Диагностика. Биомеханизм родов при передне-головном предлежании. Особенности клинического течения и ведения родового акта.
30. Лобное предлежание. Диагностика. Биомеханизм родов при лобном предлежании. Особенности клинического течения и ведения родов. Выбор метода родоразрешения.
31. Лицевое предлежание. Диагностика. Биомеханизм родов при лицевом предлежании. Особенности клинического течения и ведения родового акта. Выбор метода родоразрешения.

32. Понятие о высоком прямом и низком поперечном стоянии стреловидного шва
33. Клиническая картина. Диагностика. Особенности механизма родов. Осложнения и их профилактика.
34. Асинклитические вставления головки. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Осложнения и их профилактика.
35. Тазовое предлежание плода. Определение. Этиология. Классификация. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности. Биомеханизм родов при тазовом предлежании. Особенности течения и ведения родов через естественные родовые пути.
36. Выбор метода родоразрешения при тазовых предлежаниях. Пособия, оказываемые в родах, при различных видах тазовых предлежаний.
37. Многоплодная беременность. Классификация. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности. Синдром фето-фетальной гемотрансфузии. Лечение.
38. Перенашивание беременности. Понятие о пролонгированной беременности. Схемы ведения беременных с тенденцией к перенашиванию. Место программированных родов при перенашивании.
39. Методы прерывания беременности на ранних сроках. Медикаментозный аборт. Препараты, применяемые для медикаментозного аборта. Осложнения, их коррекция и профилактика.
40. Современные методы прерывания беременности во 2 и 3 триместрах беременности. Показания и противопоказания. Подготовка беременной к прерыванию.
41. Методы прерывания беременности. Лекарственные средства для индукции сократительной активности матки.
42. Кесарево сечение. Показания к плановому КС во время беременности. Показания к экстренному КС во время беременности. Показания к экстренному КС во время родов. Предоперационная подготовка.
43. Приобретенные пороки сердца. Классификация. Особенности течения беременности, осложнения, их профилактика, сроки и показания к госпитализации. Показания к прерыванию беременности и досрочному родоразрешению.
44. Артериальная гипотензия. Особенности течения беременности. Влияние на фетоплацентарную систему. Влияние тонизирующих препаратов различных фармакологических групп на плод.
45. Бронхиальная астма. Влияние БА на течение беременности и плод и влияние беременности на течение БА. Алгоритм обследования. Профилактика осложнений беременности при БА. Особенности лечения БА во время беременности, в родах и послеродовом периоде.
46. Острый жировой гепатоз. Классификация и диагностика. Клиника. Особенности течения и ведения беременности. Показания к госпитализации. Показания к прерыванию беременности. Лечение, выбор лекарственной терапии.
47. Изменения мочевыделительной системы во время беременности. Бессимптомная бактериурия беременных. Диагностика. Лечение.
48. Пиелонефрит. Факторы риска, классификация. Клинические проявления. Лечение: принципы, продолжительность, состав, выбор антибактериального компонента. Показания к досрочному родоразрешению.
49. Гломерулонефрит. Особенности течения беременности, лечение и профилактика осложнений со стороны матери и фетоплацентарного комплекса. Особенности ведения беременности и родов.
50. Сахарный диабет. Классификация. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика различных форм сахарного диабета. Показания к прерыванию беременности на ранних сроках. Осложнения гестационного процесса при сахарном диабете. Особенности родоразрешения при сахарном диабете.
51. Гипотиреоз. Критерии диагностики. Осложнения для матери и плода. Принципы терапии.

52. Железодефицитная анемия и беременность. Клинические проявления. Методы лечения. Оценка эффективности. Характерные осложнения беременности и родов.
53. Грипп и беременность. Клиника, диагностические критерии. Влияние на плод и новорожденного. Показания для прерывания беременности.
54. Хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекции. Клиника, особенности течения. Лечение. Ведение беременности, родов и послеродового периода. Влияние на плод и ребёнка.
55. Бактериальный вагиноз, вагинальный кандидоз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностические критерии. Показания к медикаментозной терапии. Принципы лечения.
56. Предлежание плаценты. Этиология и патогенез. Группы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению.
57. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология и патогенез. Группы риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению.
58. Гипотонические кровотечения. Этиология и патогенез. Группы риска. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. ДВС-синдром. Этиология и патогенез ДВС-синдрома. Клиника. Стадии развития ДВС-синдрома. Диагностика. Современные методы лечения и профилактики ДВС-синдрома.
60. Геморрагический шок. Патогенетические механизмы. Клинические проявления. Первая медицинская и реанимационная помощь. Интенсивная терапия.
61. Ранние токсикозы. Этиология и патогенез ранних токсикозов. Клиника ранних токсикозов. Определение степени тяжести. Принципы и оценка эффективности терапии. Показания к прерыванию беременности.
62. Преэклампсия. Этиология и патогенез ПЭ. Группы риска. Классификация ПЭ. Клиника ПЭ. Определение степени тяжести. Осложнения беременности при ПЭ: клиника, диагностика, интенсивная терапия.
63. Разрывы матки во время беременности и в родах. Группы риска по разрыву матки. Классификация разрыва матки. Клиническая картина и врачебная тактика при угрожающем, начавшемся и совершившемся разрыве матки.
64. Травматизм при прерывании беременности в первом триместре. Перфорация матки
65. Клиническая картина и диагностика перфорации матки. Показания к консервативному и оперативному ведению.
66. Аменорея. Гипоталамическая аменорея (функциональная и органическая). Синдром гиперпролактинемии. Яичниковые формы аменореи. Маточные формы аменореи. Дифференциальный диагноз причин аменореи.
67. Предменструальный синдром. Клиника, диагностика, лечение.
68. Дисменорея. Клиника, диагностика, лечение.
69. Синдром поликистозных яичников. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
70. Менопауза и заместительная гормональная терапия. Климактерический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
71. Гиперпластические процессы и рак эндометрия. Клиника, диагностика, лечение.
72. Эндокринные аспекты невынашивания беременности. Гормональные расстройства как причина прерывания беременности. Гормональная терапия невынашивания беременности.
73. Послеродовые инфекционные осложнения. Этиология, патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика.
74. Эндомиометрит. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение. Реабилитация.
75. Перитонит. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное и хирургическое). Реабилитация.
76. Сепсис. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Клинико-лабораторные признаки. Диагностика. Медикаментозное лечение. Интенсивная посиндромная терапия. Хирургическое

лечение.

77. Септический шок. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Клинико-лабораторные признаки. Диагностика. Медикаментозное лечение. Интенсивная посиндромная терапия. Хирургическое лечение.
78. Воспалительные заболевания шейки матки (эндоцервицит, экзоцервицит). Эпидемиология. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
79. Воспалительные заболевания придатков матки (сальпингоофорит). Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика (лабораторные и инструментальные методы). Лечение.
80. Хронический эндометрит. Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
81. Пельвиоперитонит. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
82. Тромбоэмболия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Профилактика, лечение
83. Эктопия шейки матки. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика.
84. Полипы шейки матки. Кондиломы шейки матки. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика
85. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки (ЦИН). Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика.
86. Опухолевидные образования яичников. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение.
87. Лейомиома матки. Клинико-морфологические формы Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Реабилитация
88. Классификация доброкачественных и пограничных опухолей яичников (ВОЗ). Эпителиальные опухоли (цистаденомы). Эндометриоидные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
89. Опухолевидные образования. Функциональные кисты. Фолликулярные кисты. Лютеиновые кисты. Параовариальная киста. Клиника, диагностика, лечение.
90. Эндометриоз матки (аденомиоз). Патогенез. Онкологические аспекты заболевания. Клиника, диагностика. Лечение.
91. Эндометриоз яичников и маточных труб. Патогенез. Онкологические аспекты эндометриоза яичников. Клиника, диагностика. Лечение.
92. Гиперплазия стромы яичника и гипертеккоз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение.
93. Трофобластическая болезнь. Классификация (пузырный занос, хорионкарцинома). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение.
94. Эктопическая беременность. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Оперативное и консервативное лечение.
95. Апоплексия яичника. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы оперативного лечения, выбор операционного доступа и объема оперативного лечения.
96. Перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки. Этиология. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Лечение.
97. Перекрут ножки опухоли или кисты яичника. Этиология. Клиника, диагностика. Объем оперативного лечения.
98. Бесплодие гипоталамо-гипофизарного генеза. Гиперпролактинемия (клиника, диагностика, лечение, реабилитация).
99. Преждевременная недостаточность яичников (формы, клиника, диагностика, лечение, реабилитация).

100. Трубно-перитонеальное бесплодие. Методы диагностики проходимости труб. Консервативное, оперативное лечение, прогноз.
101. Современные методы восстановления фертильности. Индукция овуляции. Непрямая индукция овуляции. Прямая индукция овуляции. Индукция суперовуляции. Осложнения.
102. Планирование семьи. Факторы, влияющие на рождаемость. Социальные и медицинские мероприятия по регулированию рождаемости.
103. Структура материнской смертности. Причины материнской смертности. Профилактика материнской смертности
104. Структура перинатальной смертности. Профилактика перинатальной смертности. Причины и профилактика мертворождаемости. Причины и профилактика смертности новорожденных
105. Организация работы женской консультации. Структура женской консультации. Порядок осуществления деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации.
106. Организация ведения беременных, входящих в группы риска. Показания к госпитализации беременных группы риска
107. Критерии качества акушерской помощи.
108. Структура гинекологической заболеваемости. Социально-гигиенические аспекты гинекологической заболеваемости и аборта
109. Основные принципы работы отделений акушерского стационара
110. Репродуктивное здоровье, факторы, влияющие на его уровень. Критерии, характеризующие репродуктивное здоровье женщин. Определение ВОЗ репродуктивного здоровья. Факторы, влияющие на уровень репродуктивного здоровья. Здоровье беременных женщин.
111. Анализ деятельности женских консультаций. Методы расчета основных показателей эффективности акушерско-гинекологической помощи.

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

а) Список рекомендуемой литературы:

Основная:

1. Айламазян Э.К., Акушерство : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433164.html>
2. Баисова Б.И., Гинекология : учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2254-0 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422540.html>
3. Радзинский В.Е., Гинекология / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-4249-4 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442494.html>

Дополнительная:

1. Obstetrics / ed. by V.E. Radzinskiy, A.M. Fuks, Ch.G. Gagaev. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-4683-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446836.html>
2. Радзинский В.Е., Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. - ISBN 978-5-9704-3250-1 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432501.html>
3. Капительный В.А., Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом : учеб. пособие / В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-4009-4 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440094.html>
4. Практические навыки по акушерству и гинекологии : учеб. пособие для студентов мед. вузов, клин. интернов и ординаторов, врачей акушеров-гинекологов / Л. И. Трубникова [и др.]; под ред. Л. И. Трубниковой; УлГУ, ИМЭиФК. - Ульяновск : УлГУ, 2016. - URL [^]ftp://10.2.96.134/Text/Trubnikova_2016.pdf
5. Актуальные вопросы диагностики и лечения акушерской патологии : учеб. пособие / Л. И. Трубникова [и др.]; под ред. Л. И. Трубниковой; УлГУ, ИМЭиФК. - 2-е изд., перераб. и доп. - Ульяновск : УлГУ, 2013.

Учебно-методическая:

1. Метаболический синдром : пути профилактики репродуктивных потерь : учеб.-метод. пособие / Н. И. Кан [и др.] ; УлГУ, ИМЭиФК. - Ульяновск : УлГУ, 2013. - URL [^]<ftp://10.2.96.134/Text/Kan-Potaturkina.pdf>

Согласовано:

_____/_____/_____/_____
Должность сотрудника научной библиотеки ФИО подпись дата

б) Программное обеспечение

наименование	договор
СПС Консультант Плюс	Договор №1-2016-1327 от 01.03.2016
НЭБ РФ	Договор №101/НЭБ/2155 от 14.04.2017

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

Аудитории для проведения лекций, семинарских занятий, для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации, индивидуальных консультаций, а также помещения для самостоятельной работы, оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде, электронно-библиотечной системе:

- Учебные комнаты кафедры ПДОиСМ (ГУЗ ЦК МСЧ, ГУЗ УОДКБ Перинатальный центр «Мама»),
- Учебные комнаты кафедры акушерства и гинекологии (ГУЗ УОКБ, ГБ№1)
- Кабинеты, оборудованные мультимедийными средствами обучения, с типовыми наборами профессиональных моделей:
- 1. Безвозмездное пользование:
 - УОКБ№1, ул. III Интернационала, 7;
 - ГУЗ ЦК МСЧ, Лихачева, 12;
 - ГУЗ УОДКБ Перинатальный центр «Мама», Радищева, 42
 - ГКБ№1, Сурова, 4
- 2. Библиотека ИМЭиФК, Набережная реки Свияги корпус 2

Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи, медицинское оборудование (для отработки практических навыков):

- Для освоения практических навыков в гинекологическом отделении и родильном доме в распоряжении студентов: оборудование родильного зала, гинекологические кресла, гинекологические зеркала (Куско, Симпсона), кольпоскоп «Олимпус», аппарат для ультразвукового исследования Алока SSD-500; в отделении новорожденных: фетальные мониторы «Oxford», Аппарат «Selsever», УЗИ-аппараты экспертного класса

Оборудование клинических баз кафедры: Комплекты таблиц по физиологическому, оперативному акушерству, гинекологии; кодоскоп, видеодвойка «AIWA», 18 видеокассет с фильмами, электронные пособия. УЗИ-аппарат «Алока» SSD-500, кольпоскоп, гистероскоп «Storz», аппарат для маммасцинтиграфии УГС-2 «ЭНИН», тазомеры, хирургические инструменты, куклу-муляж (плод новорожденного), фантом женского таза, роботизированный манекен-симулятор роженицы для отработки акушерских, гинекологических, неонатологических навыков, а так же навыков оказания неотложной помощи в родах и новорожденным F56 (J880- симулятор дефибриллятора, J115 – симулятор многопараметрического ЭКГ, набор для имитации шейки матки и родовых путей на различных стадиях, манекен беременной женщины в полный рост, манекен плода для извлечения при родоразрешении, неонатологический манекен для оказания неотложной помощи, набор для имитации маневра Леопольда, набор цервикальный для родов с плацентой и пуповиной в симуляционном центре медицинского моделирования ИМЭиФК.

Технические средства обучения: персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедиа, аудио- и видеотехника

9. СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В случае необходимости, обучающимся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья (по заявлению обучающегося) могут предлагаться одни из следующих вариантов восприятия информации с учетом их индивидуальных психофизических особенностей:

– для лиц с нарушениями зрения: в печатной форме увеличенным шрифтом; в форме электронного документа; в форме аудиофайла (перевод учебных материалов в аудиоформат); в печатной форме на языке Брайля; индивидуальные консультации с привлечением тифлосурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

– для лиц с нарушениями слуха: в печатной форме; в форме электронного документа; видеоматериалы с субтитрами; индивидуальные консультации с привлечением сурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

– для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата: в печатной форме; в форме электронного документа; в форме аудиофайла; индивидуальные задания и консультации.

Опорный вуз региона Ульяновский государственный университет, следуя принципу создания равных возможностей доступа к получению образования для всех категорий граждан, работает над созданием максимально комфортных условий для абитуриентов и студентов с ограниченными возможностями здоровья.

В научной библиотеке УлГУ установлено специализированное оборудование, организовано сопровождение посетителей с ограниченными возможностями библиотечным работником, ведется удаленное обслуживание.

Учебный корпус №2 по ул.Набережная реки Свияги, 106, доступен для маломобильных групп населения. На центральном крыльце корпуса установлен пандус, в корпусе имеется лифт. На третьем этаже предусмотрена универсальная санитарно-гигиеническая кабина, доступная для всех маломобильных групп населения.

Обучающиеся и преподаватели УлГУ обеспечены доступом к следующим электронным библиотечным системам, приспособленным для использования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья:

- IPRbooks,
- Консультант студента,
- Юрайт,

ЭБС IPRbooks имеет специальную версию сайта для слабовидящих (<http://www.iprbookshop.ru/special>), адаптивный ридер, предназначенный для чтения изданий ЭБС людьми с ограничениями зрения, мобильное приложение WV-reader для лиц с проблемами зрения и полностью незрячих, коллекцию аудиоизданий.

Адаптивные технологии ЭБС «Консультант студента» включают в себя версию сайта для слабовидящих, возможность прослушивать книги с помощью программы синтезатора речи. Мобильные версии сайта и мобильные приложения дублируют аналогичные сервисы.

В ЭБС "Юрайт" доступна адаптивная версия сайта для слабовидящих, есть функционал изменения размера шрифта для лиц с ОВЗ.

Разработчик

подпись

должность/ФИО

Форма титульного листа реферата

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Ульяновский государственный университет»

Институт медицины, экологии и физической культуры

Кафедра последипломного образования и семейной медицины

РЕФЕРАТ

«_____»
(тема)

(ФИО обучающегося)

(курс, группа)

Дисциплина _____

Проверил преподаватель:

(учёная степень, должность, фамилия и инициалы)

Дата сдачи: _____

Оценка: _____

Ульяновск 20__

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Методическая разработка по программе дисциплины Акушерство и гинекология		

Приложение 2

Примеры оформления библиографического описания

Согласно ГОСТу библиографические ссылки в списке использованных источников оформляются следующим образом:

При цитировании книги одного автора:

- 1) **Скулачев, В. П.** Энергетика биологических мембран [Текст] / В. П. Скулачев ; Акад. наук СССР. Секция химико-технологических и биологических наук. Серия «Биологические и технические мембраны». – Москва : Наука, 1989. – 564с. – ISBN 5-02-004027-4.

При цитировании книги нескольких авторов:

- 1) **Горбунова, В. Н.** Введение в молекулярную диагностику и генотерапию наследственных заболеваний [Текст] / В. Н. Горбунова, В. С. Баранов. – СПб. : Специальная литература, 1997. – 287с. – ISBN 5-87685-076-4.

При цитировании переведенной на русский язык книги зарубежного автора:

- 1) **Уэбб, Л.** Ингибиторы ферментов и метаболизма. Общие принципы торможения [Текст] : [пер. с англ.] / Дж. Лейден Уэбб. – Москва : Мир, 1966. – 863с. – Перевод изд: Enzyme and metabolic inhibitors. General principles of inhibition / J. Leyden Webb. – London : Academic press, 1963.

При цитировании раздела или главы:

- 1) **Вершинина, В. И.** Технологии биологических процессов [Текст] / В. И. Вершинина // Микробная биотехнология : учеб. пособ. для вузов / И. Б. Лещинская, Б. М. Куриненко, В. И. Вершинина, Т. В. Багаева [и др.]; под ред. О. Н. Ильинской; Министерство образования Российской Федерации, Казанский государственный университет. – Изд. 3-е, стереотипное. – Казань.: Казанский государственный университет им. В.И. Ульянова-Ленина, 2007. – С. 27-46.

При цитировании статьи из журнала:

- 1) **Власов, В. В.** Олигонуклеотиды – основа геннаправленных терапевтических препаратов [Текст] / В. В. Власов // Вестник РАН. - 2004. - Т.74. - С.419-423.
- 2) **Ilinskaya, O. N.** Changing the net charge from negative to positive makes ribonuclease Sa cytotoxic [Text] / O. N. Ilinskaya, F. Dreyer, V. A. Mitkevich, K. L. Shaw, C. N. Pace, A. A. Makarov // Protein Sci. - 2002. - V.11. - P. 2522-2525.

При цитировании диссертаций:

- 1) **Зеленихин, П. В.** Бактериальные рибонуклеазы как индукторы дифференциальных токсических изменений клеток различного уровня организации [Текст] : дис. ... канд. биол. наук 03.00.07; 03.00.04. Защищена 22.03.2007 / П. В. Зеленихин ; Казанский. гос. ун-т. – Казань, 2007. – 134 л.

При цитировании авторефератов диссертаций:

- 1) **Зеленихин, П. В.** Бактериальные рибонуклеазы как индукторы дифференциальных токсических изменений клеток различного уровня организации [Текст] : автореф. дис. ... канд. биол. наук / П. В. Зеленихин ; Казанский. гос. ун-т. –Казань, 2007. – 24 с.

При цитировании статей из сборников тезисов докладов и материалов

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Методическая разработка по программе дисциплины Акушерство и гинекология		

конференции:

- 1) **Смоленцева, О. А.** Влияние оксида азота *Lactobacillus plantarum* на поверхностные структуры и жизнеспособность продуцента [Текст] / О. А. Смоленцева, Д. Р. Яруллина, Д. С. Налимов, О. А. Коновалова, О. Н. Ильинская // Биосистемы. Организация, поведение, управление : материалы 60-й научной студенческой конференции биологического факультета, Нижний Новгород, 12-13 апреля 2007 г. – С. 69-70.

При цитировании электронных ресурсов: Электронные ресурсы локального доступа:

- 1) Большая энциклопедия Кирилла и Мефодия, 2003 [Электронный ресурс] : современная универсальная рос. энцикл. – 7-е изд., изм. и доп. – Электрон. данные. – [М.] : Большая рос. энцикл., 2003. – 6 электрон. опт. дисков (CD-ROM).

Электронные ресурсы удаленного доступа:

- 1) Намсараев, З. Б. Микробные сообщества щелочных гидротерм / З. Б. Намсараев // Проблемы эволюции [Электронный ресурс]. – 2003. – Режим доступа : <http://macroevolution.narod.ru/namsaraev.htm> - Дата доступа : 02.02.2008.