

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

**МДК.01.01.03 ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ И
ГИНЕКОЛОГИИ**

для обучающихся по специальности
34.02.01 «Лечебное дело»

Ставрополь, 2022

Методические указания к практическим занятиям составлены в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» утвержденная приказом Министерства образования и науки РФ от 12 мая 2014 г. № 514 и программой ПМ.01 Диагностическая деятельность МДК.01.01.03 Пропедевтика и диагностика в акушерстве и гинекологии.

Составитель:

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненных групп специальностей 31.00.00 Клиническая медицина Протокол № 7 от «26» мая 2022 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 6 от 26.05.2022 г

Процесс подготовки и выполнения практических занятий направлен на формирование следующих компетенций:

| | |
|--------|--|
| ОК 1. | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. |
| ОК 2. | Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество. |
| ОК 3. | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность |
| ОК 4. | Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития |
| ОК 5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами. |
| ОК 7. | Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий |
| ОК 8. | Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации. |
| ОК 9. | Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности. |
| ОК 10. | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия |
| ОК 11. | Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку |
| ОК 12. | Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности |
| ОК 13. | Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей |

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.4. Проводить диагностику беременности.

ПК 1.5. Проводить диагностику комплексного состояния здоровья ребенка.

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

ЛР 3 Соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России. Лояльный к установкам и проявлениям представителей субкультур, отличающий их от групп с деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих

ЛР 6 Проявляющий уважение к людям старшего поколения и готовность к участию в социальной поддержке и волонтерских движениях

ЛР 7 Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и видах деятельности

ЛР 8 Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных и иных групп. Сопричастный к сохранению, преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства

ЛР 9 Соблюдающий и пропагандирующий правила здорового и безопасного образа жизни, спорта; предупреждающий либо преодолевающий зависимости от алкоголя, табака, психоактивных веществ, азартных игр и т.д. Сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях

ЛР 10 Заботящийся о защите окружающей среды, собственной и чужой безопасности, в том числе цифровой

ЛР 11 Проявляющий уважение к эстетическим ценностям, обладающий основами эстетической культуры

ЛР 13 Демонстрирующий готовность и способность вести диалог с другими людьми, достигать в нем взаимопонимания, находить общие цели и сотрудничать для их достижения в профессиональной деятельности

ЛР 14 Проявляющий сознательное отношение к непрерывному образованию как условию успешной профессиональной и общественной деятельности

ЛР 15 Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами.

ЛР 16 Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность

ЛР 20 Освоивший психологию профессионального общения

ЛР 28 Участвующий в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии

ЛР 30 Осознающий социальную значимость труда, стремящийся добросовестно и ответственно работать, бережно относиться к результатам труда

Тема 1. История развития акушерства. Система организации родовспоможения

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

В современном представлении акушерство и гинекологию следует рассматривать как науку о женщине. Наш предмет изучает физиологию и патологию женской половой системы, состояние и деятельность женских половых органов в нормальных и патологических условиях, присущие женщине биологические функции, включая и деторождение.

Акушерство (от франц. accoucher – рожать, помогать при родах) – область клинической медицины, изучающая физиологию и патологию процессов связанных с зачатием, родами, послеродовым периодом, разрабатывающая методы родовспоможения, профилактики, лечения осложнений беременности, родов и помощи при них для женщины, плода и новорожденного.

Начиная с этого года, вы будете знакомиться с важнейшей частью клинической дисциплины - общей гинекологией, в задачу которой входит изучение симптоматологии, диагностики, профилактики гинекологических заболеваний и методы лечения гинекологических больных.

Гинекология (от лат. gynec – женщина, logos – наука) – медицинская дисциплина, изучающая физиологию и болезни женской половой системы, разрабатывающая методы профилактики, диагностики, лечения и занимающаяся вопросами репродуктивного здоровья и поведения женщин.

Помимо того, что те основы акушерства и гинекологии, которые Вы получите у нас на кафедре, необходимы как составляющее подготовку в Высшем медицинском учебном заведении, эти знания понадобятся всем Вам без исключения в личной жизни. Все Вы еще многие годы будете сталкиваться с вопросами контрацепции, каждая третья женщина, сидящая в этом зале, пройдет через диагноз "миома матки". Катастрофически увеличивается частота эндометриоза, болезни, которую сейчас называют "болезнью урбанизации, болезнью женского карьеризма". Более чем 50% столкнутся лично с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. Каждая четвертая - с климактерическим синдромом. Поэтому знания нашего предмета необходимы не только для успешного перехода на следующий курс института, но и для личной жизни.

Можно долго и пространно рассуждать на тему происхождения человека, но одно остается очевидным - у каждого из нас была мать.
ЖЕНСКОЕ ЛОНО - ИСТОК ЧЕЛОВЕЧЕСТВА.

Беременность, роды – это состояние естественно и просто, но в тоже время непредсказуемое и сложное. Эти два состояния, неразрывно связанные друг с другом, во многом определяют всю дальнейшую жизнь не только самого человека, но и семьи где он родился, а значит и общества в целом.

Акушерство включает в себя следующие разделы: физиология и патология беременности; роды и послеродовый период; оперативное акушерство; физиология и патология плода и новорожденного (что теперь называют перинатологией).

На заре своего становления акушерство называли повивальным искусством (ars obstetricia).

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

подготовьте реферат на тему " Родовспоможение в России в разные периоды времени".

Задание 3.

Решите тестовые задания:

001. Санитарная норма площади на 1 материнскую койку в родильном доме

составляет

а) 10 м²

б) 3 м²

в) 12 м²

г) 7 м²

002. Организация специализированного акушерского стационара, как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями

- а) сердечно-сосудистой системы
- б) почек
- в) диабете и другой эндокринной патологии
- г) со всеми перечисленными
- д) ни с одним из перечисленных

003. Госпитализация беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется

- а) в специализированном акушерском стационаре (родильном доме)
- б) в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы
- в) в неспециализированном родильном доме
- г) в наблюдательном акушерском отделении родильного дома

004. Совместное пребывание матери и новорожденного организуется

- а) в специализированном родильном доме
- б) в неспециализированном родильном доме
- в) в наблюдательном отделении родильного дома
- г) в послеоперационных палатах родильного дома

005. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно

- а) сразу после рождения
- б) через 6 ч после рождения
- в) через 8 ч после рождения
- г) через 12 ч после рождения
- д) через 24 ч после рождения

006. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет
- а) 5 лет
 - б) 4 года
 - в) 3 года
 - г) 2 года
 - д) 1 год
007. Новорожденного ребенка при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания переводят из родильного дома в детскую больницу, как правило,
- а) после стихания острых симптомов заболевания
 - б) в день постановки диагноза
 - в) по выздоровлении, для реабилитации
 - г) после выписки матери из родильного дома
 - д) после консультации врача детской больницы
008. В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает
- а) поздний гестоз беременных
 - б) экстрагенитальная патология
 - в) кровотечения
 - г) инфекция
 - д) разрыв матки
009. К материнской смертности относится смертность женщины
- а) от медицинского аборта

- б) от внематочной беременности
- в) от деструктирующего пузырного заноса
- г) от всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

010. Основными качественными показателями деятельности родильного дома (отделения) являются все перечисленные, кроме

- а) материнской смертности
- б) перинатальной смертности
- в) заболеваемости новорожденных
- г) средне-годовой занятости койки

011. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом

- а) $\frac{\text{число женщин, умерших в родах}}{\text{число родов}} \times 100\ 000$
- б) $\frac{\text{число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 100\ 000$
- в) $\frac{\text{число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100\ 000$
- г) $\frac{\text{число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 100\ 000$

д) (число умерших беременных, независимо от срока беременности,

рожениц, родильниц в течение 42 дней

после прекращения беременности)/

(число родившихся живыми и мертвыми) \square 100 000

012. Основным показателем эффективности работы женской консультации

по планированию семьи является

а) число женщин на участке

б) абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение

года

в) число осложнений после аборт

г) число аборт на 1000 женщин фертильного возраста

д) число самопроизвольных выкидышей

на 1000 женщин фертильного возраста

013. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных -

это

а) число пролеченных больных в стационаре

б) число больных, направленных на санаторное лечение

в) снижение гинекологической заболеваемости

с временной утратой трудоспособности

г) удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета

с выздоровлением

из числа больных, состоявших на диспансерном учете в

течение года

д) правильно б) и в)

014. Стойкого снижения числа аборт удается достичь,

когда доля женщин фертильного возраста, использующих

современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы)

составляет

- а) 15-20%
- б) 25-30%
- в) 35-40%
- г) 45-50%
- д) 55-60%

015. Основной отчетный документ о деятельности родильного дома, направляемый в вышестоящие органы медицинской статистики, -

это

- а) отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. N 1)
- б) отчет по форме 32
- в) журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. 038-о/у)
- г) статистический талон
для регистрации уточненных диагнозов (ф. 025-2/у)
- д) журнал госпитализации

016. Понятие перинатальная смертность означает

- а) смерть ребенка в родах
- б) потеря плода "вокруг родов" -
в антенатальном, интернатальном и раннем неонатальном

периоде

- в) мертворождаемость
- г) антенатальная гибель плода

017. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом

- а) $\frac{\text{число мертворожденных}}{\text{число родов}} \times 1000$

- б) (число умерших интранатально)/
(число родившихся мертвыми) \square 1000
- в) (число мертворожденных +
число умерших в первые 168 ч после рождения)/
(число родившихся живыми и мертвыми) \square 1000
- г) (число умерших в первые 7 суток после рождения)/
(число родов) \square 1000
- д) (число мертворожденных +
число умерших в первые 168 ч после рождения)/
(число родившихся живыми) \square 1000

018. Специализированные приемы

целесообразно организовывать в женской консультации
с мощностью (на число участков)

- а) 4
- б) 5
- в) не менее 6
- г) 7
- д) 8 и более

019. Основным показателем эффективности

профилактического гинекологического осмотра работающих
женщин

является

- а) число осмотренных женщин
- б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный
учет
- в) число женщин, направленных на лечение в санаторий
- г) доля выявленных гинекологических больных
из числа осмотренных женщин
- д) правильно а) и б)

020. Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности,

как правило, имеет

- а) антенатальная смертность
- б) интранатальная смертность
- в) ранняя неонатальная смертность
- г) постнеонатальная смертность

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность составления реферата.
- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 2. Анатомио – физиологические особенности женского организма

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;

- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Половые органы женщины подразделяются на наружные, располагающиеся вне полости малого таза, и внутренние - в его полости.

НАРУЖНЫЕ И ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

К **наружным** половым органам (*genitalia externa, s. vulva*) относятся лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища (рис. 2.1).

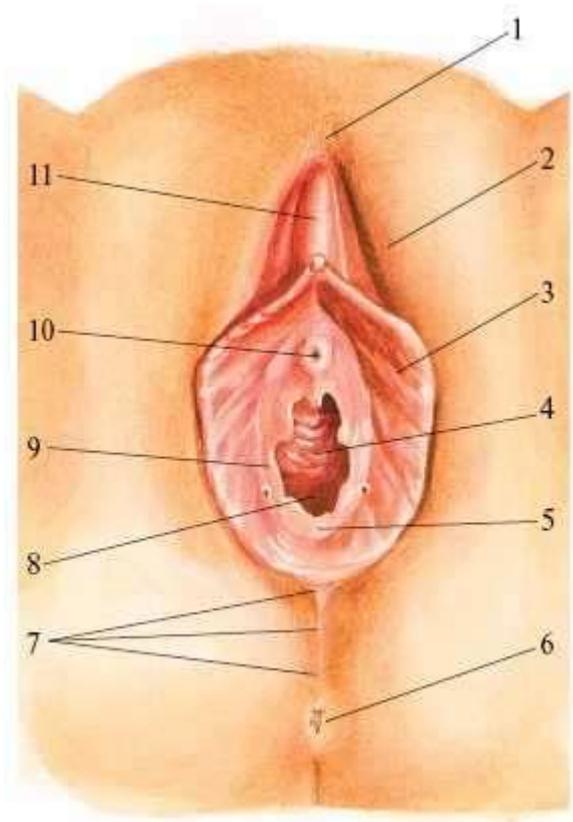


Рис. 2.1. Наружные половые органы. 1 - лобок; 2 - большая половая губа; 3 - малая половая губа; 4 - передняя стенка влагалища; 5 - задняя стенка влагалища; 6 - анус; 7 - промежность; 8 - вход во влагалище; 9 -

свободный край девственной плевы; 10 - наружное отверстие мочеиспускательного канала; 11 - клитор

Лобок (*mons pubis*) - нижняя часть брюшной стенки над лонным сочленением. Кожа лобка у взрослой женщины покрыта волосами. Под кожей расположен слой жировой клетчатки.

Большие половые губы представляют собой кожные складки с жировой клетчаткой и волосистым покровом, но менее выраженным, чем на лобке. Внутренняя поверхность больших половых губ имеет потовые и сальные железы.

Соединение больших половых губ спереди и сзади носит название соответственно передней и задней спайки. Узкое пространство перед задней спайкой половых губ называют ладьевидной ямкой.

Малые половые губы (*labia pudendi minora*) - также кожные складки, но они более нежные, без волосяного покрова и без жировой клетчатки. По внешнему виду их поверхность напоминает слизистую оболочку. Между ними находится преддверие влагалища, которое становится видимым только при разведении малых половых губ. Подходя к клитору, малые половые губы охватывают его спереди (крайняя плоть клитора) и сзади (уздечка клитора).

Клитор (*clitoris*) состоит из двух пещеристых тел и расположен между передней частью малых половых губ. Каждое из пещеристых тел заключено в фиброзную оболочку и прикреплено к лобковому симфизу с помощью поддерживающей связки. На свободном конце тела клитора находится небольшое возвышение ткани, способной к эрекции, которое называется головкой.

Луковицы преддверия (*bulbi vestibuli*) - венозные сплетения, расположенные в глубине малых половых губ и подковообразно обхватывающие преддверие влагалища.

Преддверие влагалища (*vestibulum vaginae*) у нерожавших можно видеть только после разведения малых половых губ. В преддверии видны наружное отверстие мочеиспускательного канала, вход во влагалище, прикрытое у девственниц девственной плевой, а у живших половой жизнью обрамленное остатками ее в виде гименальных бугорков. В ладьевидную ямку открываются протоки больших желез преддверия, или бартолиновых желез (*glandulae vestibulares majoris*). Железы величиной с горошину находятся у заднего края луковицы преддверия.

К **внутренним** половым органам (*genitalia interna*) относят влагалище, матку и ее придатки - маточные трубы и яичники (рис. 2.2).

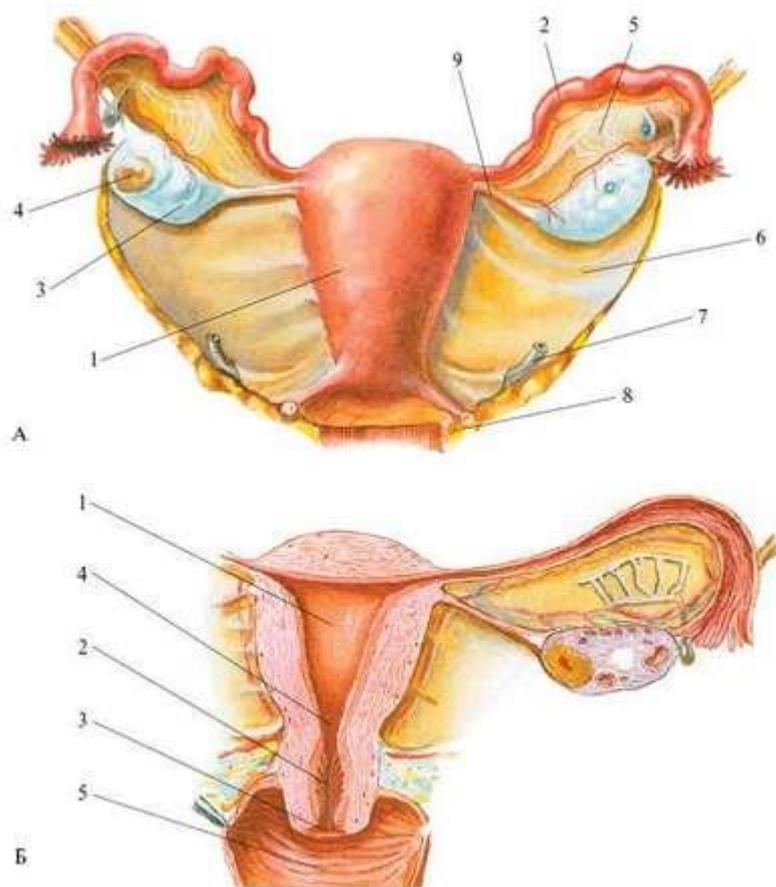


Рис. 2.2. Внутренние половые органы женщины. А. Вид сзади. 1 - задняя поверхность матки; 2 - маточная труба; 3 - яичник; 4 - предовуляционный фолликул; 5 - мезосальпинкс; 6 - широкая связка матки; 7 - маточная артерия; 8 - крестцово-маточная связка; 9 - собственная связка яичника. В. Фронтальный разрез. 1 - полость матки;

2 - шеечный канал; 3 - наружный зев шейки матки; 4 - внутренний зев шейки матки; 5 - боковой свод влагалища

Влагалище (*vagina s. colpos*) проходит от входа во влагалище до шейки матки, которую обхватывает со всех сторон, образуя боковые, передний и задний своды. Задний свод значительно глубже, чем остальные. Длина влагалища на уровне заднего свода составляет около 10 см. Передняя и задняя стенки влагалища, как правило, сомкнуты. Стенка влагалища состоит из наружного и внутреннего слоя, напоминающего слизистую оболочку, но не являющуюся таковой. Покрывает внутренний слой влагалища многослойный плоский ороговевший эпителий, подвергающийся в детородном периоде циклическим изменениям в соответствии с деятельностью яичников. Сальных желез и волосяного покрова в отличие от кожи нет, но условно внутренняя стенка влагалища называется слизистой. Слизистая оболочка влагалища имеет продольные и поперечные складки, которые делают влагалище растяжимым. Растяжению влагалища способствует и наружный слой, который состоит из гладкомышечных волокон и эластической соединительной ткани.

К передней стенке влагалища примыкают мочеиспускательный канал и задняя стенка мочевого пузыря, между ними имеется тонкая соединительнотканая пузырно-влагалищная перегородка.

Сзади влагалище граничит с прямой кишкой. В верхней части влагалище и прямая кишка ограничивают прямокишечно-маточное (дугласово) пространство, представляющее собой нижнюю часть брюшной полости. Изнутри прямокишечно-влагалищное пространство покрыто брюшиной.

Матка (*uterus*) - мышечный орган, состоящий из тела (5 см) и шейки (2,5 см). Матка расположена по средней линии малого таза между мочевым пузырем и прямой кишкой. Форму матки сравнивают с перевернутой грушей.

Матка представляет собой мышечный орган, в котором мышечные волокна, чередуясь с соединительнотканями, составляют сложную архитектуру. В теле матки преобладают продольно расположенные волокна, в шейке - расположенные циркулярно. Граница между телом и шейкой матки носит название перешейка. В перешейке мышцы расположены циркулярно, а слизистая оболочка напоминает таковую тела матки. Шейка матки частично входит во влагалище - влагалищная часть (*portio vaginalis*), а частично расположена над влагалищем (*portio supravaginalis*).

При фронтальном разрезе матки сомкнутая спереди назад полость имеет вид равнобедренного треугольника, вершина которого переходит в шейечный канал. В углах у основания треугольника видны отверстия, открывающиеся в маточные трубы (*ostium uterinum tubae*). Шейечный канал имеет веретенообразную форму с некоторым расширением в срединной части. Полость матки покрыта слизистой оболочкой и эндометрием (*endometrium*), представляющим собой однослойный цилиндрический эпителий, в строме которого имеются простые трубчатые железы. Слизистая оболочка матки подвергается циклическим изменениям в соответствии с менструальным циклом. Она состоит из базального слоя, являющегося источником для регенерации функционального слоя, который отпадает во время менструации. В функциональном слое различают поверхностный - компактные эпителиальные клетки и промежуточный, или спонгиозный, слой.

Снаружи матка частично покрыта брюшиной, которая спереди переходит с мочевого пузыря на матку, образуя пузырно-маточную складку

(в области перешейка). Сзади брюшина спускается ниже и переходит на прямую кишку, выстилая прямокишечно-маточное пространство.

С боков от матки брюшина образует складки, которые охватывают маточные (фаллопиевы) трубы и спускаются вниз, образуя широкую связку матки. Край широкой связки проходит от трубы к брюшине боковой стенки таза (воронко-тазовая связка).

Маточные трубы (*tubae uterinae*). Длина трубы составляет 9-10 см. В трубе различают три отдела: интрамуральный отдел, проходящий в толщу стенки матки; далее следует узкая часть трубы - перешеек, а затем - извитая часть -

ампулярный отдел. Заканчивается труба бахромками - фимбриальным концом. Одна-две фимбрии прикрепляются к поверхности яичника.

Стенка маточной трубы образована тремя слоями: наружным слоем, состоящим в основном из брюшины (серозной оболочки), промежуточным гладким мышечным слоем (миосальпинкс) и слизистой оболочкой (эндосальпинкс). Слизистая оболочка представлена реснитчатым эпителием и имеет продольные складки.

Яичники (*ovarii*) - женские гонады - расположены сзади широкой связки, прикрепляясь к ней передней поверхностью с помощью двухслойной складки брюшины. Задняя поверхность яичников свободна от брюшины, имеет беловато-розовый цвет, неровную поверхность. В среднем ширина яичника составляет 2 см, длина - 4 см и толщина - 1 см.

Яичники покрыты зародышевым эпителием, под которым находится слой соединительной ткани - белочная оболочка. В яичнике различают наружный корковый и внутренний мозговой слой. В соединительной ткани мозгового слоя проходят сосуды и нервы. В корковом слое среди

соединительной ткани находится множество фолликулов на разных стадиях развития.

К связкам, подвешивающим и поддерживающим яичник, относятся воронкотазовая, собственная связки и мезосальпинкс (см. рис. 2.2). В связках яичника проходят сосуды. Воронкотазовая связка представляет собой верхний край широкой маточной связки, который от фимбриального конца трубы и яичника идет к боковой стенке таза. Собственная связка таза расположена между медиальным краем яичника и углом матки. Под истмическим отделом трубы короткая брыжейка подвешивает яичник к заднему листку широкой связки матки. В связках проходят сосуды, питающие яичник.

Парными связками, удерживающими внутренние женские половые органы, являются круглые, широкие связки матки, воронкотазовые, крестцово-маточные.

Спереди от матки находятся круглые связки матки. Пройдя паховый канал, круглые связки матки веерообразно разветвляются в клетчатке лобка и больших половых губ. Круглые связки удерживают матку в положении наклона впереди.

Широкие связки матки (*lig. latae uteri*) представляют собой дубликатуру брюшины, которая идет от ребер матки к боковым стенкам таза. Вверху связки покрывают маточную трубу, сзади к ней прилежат яичники. Между листками широкой связки находятся клетчатка, нервы, сосуды.

Продолжением широких связок сбоку являются воронкотазовые связки (*lig. infundibulopelvicum, s. lig suspensorium ovarii*).

Сзади от матки к прямой кишке идут крестцово-маточные связки (*lig. sacrouterinum*), представляющие собой мышечные пучки, удерживающие матку. Сверху связки покрыты брюшиной.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

001. Связь материнского организма и плода осуществляется, в основном, через

- а) плаценту
- б) барорецепторы стенки матки
- в) водные оболочки плода
- г) децидуальную оболочку матки
- д) все перечисленное

002. Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается

- а) к 16-й неделе беременности
- б) к 20-й неделе беременности
- в) к 24-й неделе беременности
- г) к 28-й неделе беременности
- д) к 32-й неделе беременности

003. Ранняя функция цитотрофобласта, в основном, состоит

- а) в гистиотрофном питании зародыша
- б) в продукции гормонов ХГ (хорионического гонадотропина) и ПЛ (плацентарного лактогена)

- в) в продукции экстрогенов и прогестерона
- г) во всем перечисленном

004. Первичные ворсинки хориона образуются чаще всего

- а) на 1-й неделе беременности
- б) на 2-й неделе беременности
- в) на 3-й неделе беременности
- г) на 4-й неделе беременности
- д) на 5-й неделе беременности

005. Вторичные ворсинки хориона, как правило, образуются

- а) на 1-й неделе беременности
- б) на 2-й неделе беременности
- в) на 3-й неделе беременности
- г) на 4-й неделе беременности
- д) на 5-й неделе беременности

006. Третичные ворсинки хориона, как правило, образуются

- а) на 1-й неделе беременности
- б) на 2-й неделе беременности
- в) на 3-й неделе беременности
- г) на 4-й неделе беременности
- д) на 5-й неделе беременности

007. При нарушении маточно-плацентарного кровотока

в первом триместре беременности, как правило, развивается

- а) первичная плацентарная недостаточность
- б) ранний токсикоз беременных
- в) гипертония беременных

г) все перечисленное

008. Основными функциями плаценты являются

- а) дыхательная
- б) питательная
- в) выделительная
- г) гормональная
- д) все перечисленные

009. Окончательно доказано, что зрелая плацента

продуцирует следующие гормоны

- а) адренокортикостероидные (АКТР)
- б) тиреотропные (ТТГ)
- в) адренотропные
- г) все перечисленные
- д) никакие из перечисленных

010. Эмбриопатией называются заболевания

- а) возникшее на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
- б) возникшие в первом триместре беременности
- в) внутриутробные пороки развития плода
- г) все перечисленные
- д) никакие из перечисленных

011. Следующая после имплантации стадия дифференцировки трофобласта -

это образование

- а) первичных ворсин хориона
- б) морулы

- в) бластоцисты
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

012. Обмен газами (O_2 и CO_2) между матерью и плодом осуществляется путем

- а) простой диффузии
- б) фагоцитоза
- в) избирательной абсорбции
- г) пиноцитоза
- д) всего перечисленного

013. Первый триместр беременности называется периодом

- а) органогенеза
- б) плацентации
- в) плодовым
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

014. Эмбриогенез заканчивается

- а) на 4-й неделе развития плода
- б) на 6-й неделе развития плода
- в) на 8-й неделе развития плода
- г) на 10-й неделе развития плода
- д) на 12-й неделе развития плода

015. Плацентация начинается

- а) с 3-й недели развития зародыша
- б) когда сосуды врастают в ворсинки хориона

- в) когда вторичные ворсинки превращаются в третичные
- г) верно все перечисленное
- д) неверно все перечисленное

016. При беременности водный обмен осуществляется между

- а) плодом и околоплодными водами
- б) матерью и плодом
- в) матерью и амниотической жидкостью
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

017. Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через

- а) плацентарные перегородки
- б) спиральные артерии
- в) магистральные сосуды матки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

018. В системе органов дыхания у беременной женщины наблюдается

- а) гипервентиляция
- б) снижение парциального давления CO_2 крови
- в) снижение артерио-венозной разницы в содержании O_2 и CO_2
- г) все перечисленное
- д) правильно б) и в)

019. При нормальной беременности

наблюдаются следующие изменения гемодинамики

- а) возрастает объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40-50%

б) увеличивается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30-40%

в) отмечается гидремия

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

020. Во время нормальной беременности

наблюдаются следующие изменения в углеводном обмене

а) тенденция к глюкозурии

б) усиление клубочковой фильтрации сахара

в) снижение чувствительности к инсулину

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя..

- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач

- выписывание рецептов на доске

Тема 3. Методы исследования в акушерстве и их диагностическое значение

Цели:

- углубление и систематизация знаний;

- применение знаний;

- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Терминологический словарь

1.
 1. *Distancia spinarum* – межкостистая дистанция – расстояние между передневерхними остями подвздошных костей, в нормальном тазу равняется 25-26 см.
 2. *Distancia cristarum* – межгребневая дистанция – расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, в норме равняется 28-29см.
 3. *Distancia trochanterica* –межбугристая дистанция – расстояние между буграми вертелов бедренных костей (большой бугор - *trochanter major*), в норме равняется 31 см.
 4. *Conjugata externa* – наружная конъюгата – расстояние между серединой верхнего края симфиза и надкрестцовой ямкой. В норме равняется 20-21 см.
 5. Признак Горвица – Гегара – из-за размягчения перешейка кончики пальцев обеих рук при бимануальном исследовании легко сближаются.
 6. Признак Снегирева – мягкая беременная матка уплотняется во время бимануального исследования под влиянием механического раздражения.
 7. Признак Пискачека – появление куполообразного выпячивания в одном из углов матки, соответствует месту имплантации плодного яйца.
 8. Признак Губарева – Гауса – легкая смещаемость шейки матки во всех направлениях, не передающееся на тело матки.

9. Признак Гентера I – наличие гребневидного утолщения на передней поверхности матки.

10. Признак Гентера II – перегиб матки кпереди в результате сильного размягчения перешейка.

11. Иммуноферментные экспресс – методы выявления ХГ или β -ХГ в моче, позволяющие диагностировать беременность через 1-2 недели после зачатия. Иммуноферментные тесты основаны на изменении цвета реактива при положительной реакции антиген - антитело.

12. Серологический метод определения беременности - метод, в основе которого лежит реакция антиген – антитело. Принцип метода основан на торможении реакции гемагглюцинации человеческим хорионическим гонадотропином, содержащимся в моче беременной женщины. Чувствительность метода составляет 2500МЕ ХГ в литре мочи. Как правило, такое количество хорионического гонадотропина содержится в моче беременных женщин с 8-го дня задержки менструации.

13. Членорасположение плода – отношение его конечностей к головке и туловищу. В норме сгибательный тип членорасположения - головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; плод имеет форму овоида.

14. Положение плода – отношение продольной оси плода к продольной оси матки. Различают следующие положения плода: продольное положение – продольная ось плода и продольная ось матки совпадают; поперечное положение – продольная ось плода перпендикулярна продольной оси матки; косое положение - продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.

15. Позиция плода – отношение спинки плода к левой и правой сторонам матки. Если спинка плода обращена, к левой стороне матки говорят о первой позиции; если спинка плода обращена к правой стороне матке – о второй позиции. При поперечном положении плода позиция определяется не

по спинке, а по головке плода. Если головка обращена к левой стороне матки – первая позиция; если головка обращена правой стороне - вторая позиция.

16. Вид позиции – отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде позиции, если кзади – о заднем виде позиции.

17. Предлежание плода – отношение крупной части плода ко входу в малый таз. Если над входом в таз матери находится головка плода – предлежание головное, если тазовый конец – предлежание тазовое. В норме головное предлежание, встречается в 96% родов. Роды в тазовом предлежании рассматриваются как патологические, встречаются в 3,5% родов.

18. Предлежащая часть – часть плода, которая расположена ко входу в малый таз и первой проходит родовые пути.

19. Схватки – периодически повторяющиеся сокращения мускулатуры матки.

20. Потуги – присоединяющиеся к схваткам ритмические сокращения брюшного пресса и пристеночных мышц таза и тазового дна.

21. Контракции – сокращения мышц матки, вслед за которыми следуют их расслабление, они характерны для тела матки, благодаря им плод выталкивается из плодовместилища. Контрактильные сокращения – наиболее активный вид сокращений.

22. Ретракции – сокращения мышц матки, которые сочетаются со смещением их. Одни волокна вдвигаются в другие, причем, после смещения они не возвращаются на место. Таким образом, нижние мышечные волокна укорачиваются, и это способствует улучшению дистракции и раскрытию шейки. Шейка и нижний сегмент растягиваются, становятся тоньше и смещаются кверху. В тоже время на границе с верхними отделами матки, выше которых ретракции не наблюдается, а имеют место только контракционные сокращения, образуется пограничное, или контракционное, кольцо. Его образуют смещенные кверху мышечные волокна.

Контракционное кольцо расположено выше верхнего края симфиза, настолько поперечных пальцев или сантиметров, насколько открыта шейка.

23. Дистракция – расслабление циркулярных мышц шейки матки, что способствует раскрытию шейки матки.

24. Признак Шредера. Матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается выше пупка, нередко отклоняется вправо.

25. Признак Альфельда. Отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или влагалище. В связи с этим зажим Кохера, наложенный на пуповину при ее перевязке, опускается на 8-10см и более.

26. Признак Довженко. Роженице предлагают глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась от стенки матки; если пуповина втягивается во влагалище, то плацента не отделилась.

27. Признак Клейна. Роженице предлагают потужиться. Если плацента отделилась от стенки матки, после прекращения потуги пуповина остается на месте. Если плацента не отделилась, то пуповина втягивается во влагалище.

28. Признак Кюстнера – Чукалова. Если при надавливании ребром ладони на матку над лонным сочленением пуповина не втягивается в родовые пути – значит, плацента отделилась; если втягивается – значит, не отделилась.

29. Признак Микулича – Радуцкого. Отделившаяся плацента опускается во влагалище, появляется позыв на потугу.

30. Признак Штрассмана. При неотделившейся плаценте поколачивание по дну матки передается наполненной кровью пупочной вене. Эту волну можно ощутить пальцами руки, расположенными на пуповине выше места зажима. Если плацента отделилась от стенки матки, этот симптом отсутствует.

31. Признак Гогенбихлера. При неотделившейся плаценте во время сокращения матки свисающая из половой щели пуповина может вращаться вокруг своей оси вследствие переполнения пупочной вены кровью.

32. Кардиотокография – непрерывная, современная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением физиологических сигналов на калибровочной ленте.

33. Амниоцентез – пункция амниотической полости с целью аспирации амниотической жидкости проводится с использованием трансабдоминального доступа под ультразвуковым контролем.

34. Кордоцентез – пункция сосудов пуповины плода с целью получения его крови.

35. Кольпоскопия – осмотр влагалищной части шейки матки, зоны трансформации, стенок влагалища и наружных половых органов оптическим прибором кольпоскопом с осветителем при увеличении в 4-30 раз.

36. Гистероскопия – метод визуального осмотра внутренней поверхности матки с помощью гистероскопа.

37. Лапароскопия - эндоскопическое исследование брюшной полости в диагностических и лечебных целях.

38. Гистеросальпингография – это контрастное изображение полости матки и маточных труб с помощью рентгенографии.

39. Маммография – рентгенография молочных желез без применения контрастных веществ.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2

решение тестовых заданий:

1.Положение плода - это:

- _ 1.отношение спинки плода к сагитальной плоскости
- _ 2.отношение спинки плода к фронтальной плоскости
- 3.отношение оси плода к длиннику матки
- _ 4. взаимоотношение различных частей плода

2.Правильным является членорасположение, когда головка:

_ 1.разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобед

ренных суставах, туловище согнуто

2. согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобед

ренных суставах, туловище согнуто

_ 3.согнута, позвоночник разогнут, ручкискрещены на груди, ножки согнуты в

коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто

_ 4. согнута, ручки скрещены на груди,ножки разогнуты в тазобедренных и

коленных суставах

3.Предлежание плода - это отношение:

_ 1.головки плода ко входу в таз

_ 2.тазового конца плода ко входу в малый таз

3.наиболее низколежащей части плода ко входу в таз

_ 4.головки плода ко дну матки

4.Головное предлежание плода при физиологических родах:

_ 1.переднеголовное

2.затылочное

_ 3.лобное

_ 4.лицевое

5. Ведущей точкой при переднем виде затылочного предлежания плода

является:

- 1.малый родничок
- _ 2.большой родничок
- _ 3.середина лобного шва
- _ 4.середина расстояния между большим и малым родничком

6.Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- _ 1.позиция плода
- _ 2.вид плода
- 3.высота стояния дна матки
- _ 4.предлежащая часть

7.Вторым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- _ 1.предлежащая часть
- _ 2.срок беременности
- _ 3.высота стояния дна матки
- 4.позиция плода

8. Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- _ 1.предлежащая часть
- _ 2.членорасположение плода
- _ 3.позиция плода
- 4.отношение предлежащей части ко входу в таз

Задание 3.

Решите задачу:

Женщина 28 лет жалуется на тошноту, рвоту, головокружение, общую слабость, утомляемость. Месячные задержались на 3 недели. Имеет 3 детей, страдает анемией тяжёлой степени и сахарным диабетом. При осмотре: шейки матки цианотичная, матка увеличена, угол выпячивается плотноватой, консистенции. Сахар в крови 15 г/л. Вам поручено собрать анамнез и определить акушерскую тактику основываясь на объективные данные.

- I. Предварительный диагноз:**
- II. Основные методы обследования.**
- III. Дополнительные методы обследования**
- IV. Обоснование диагноза**
- V. Диф.диагностика**
- VI. Лечение.**
- VII. Диспансеризация**
- VIII. Тактика ВОП:**

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на задачу.
- правильность решения тестов

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 4. Методы исследования в гинекологии.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Методы исследования в гинекологии.

К методам исследования в гинекологии относятся:

анализ жалоб, которые предъявляет больная на момент осмотра;

тщательный сбор анамнеза;

объективное исследование (осмотр);

специальные методы исследования;

дополнительные методы исследования;

вспомогательные методы исследования.

Жалобы.

на боль в нижних отделах живота – может встречаться при следующих заболеваниях:

при внематочной беременности (иррадирует в прямую кишку);

при угрозе прерывания беременности или при аборте в ходу, при субмукозной миоме (боль носит схваткообразный характер);

при эндометриозе (характерна цикличность боли – она возникает перед началом менструации или в первые дни менструации).

на нарушение менструального цикла – эту жалобу наиболее часто предъявляют девушки в возрасте до 18 лет и женщины старше 45 лет. Чаще, нарушение менструальной функции происходит по типу *опсанореи* (короткие менструации, возникающие через длительное время). Больные могут предъявлять жалобы на обильные менструальные кровотечения (кровопотеря составляет более 100 мл) – *меноррагии*. Больные

могут предъявлять жалобы на отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более – *аменорею*.

жалобы на появление патологических выделений из половых путей – так называемых белей – по своему характеру бели делятся на:

серозные;

гнойные;

кровянистые;

гнойно-геморрагические.

Серозные бели встречаются при злокачественных новообразованиях половых органов. *Гнойные бели* могут появляться при воспалительных заболеваниях половых органов. Появление *кровянистых белей* характерно для субсерозной миомы.

Анамнез.

При сборе анамнеза у больной необходимо выяснить:

*наличие аборт*ов в анамнезе (так как после перенесённых абортов у женщины может развиваться бесплодие, могут возникнуть гнойно-воспалительные заболевания придатков и др.)

наличие родов в анамнезе с указанием их количества (оптимальным является 2-3 родов) и уточнением их течения (с осложнениями протекали роды или без осложнений), так как могли иметь место травмы шейки матки.

перенесённые гинекологические заболевания с уточнением проводимого по их поводу лечения.

Общий осмотр.

Походка – при расхождении симфиза у таких больных имеется утиная походка.

Рост – при росте пациентки 152 см можно предположить наличие узкого таза и высокую вероятность генетических нарушений.

Вес – менструации появляются при весе 42-44 кг (когда жировая клетчатка составляет 16% от массы тела). При весе более 90 кг, при нормальном росте, можно заподозрить наличие у данной больной эндокринной патологии (гипоталамический синдром), что ведёт к нарушению менструального цикла и появлению маточных кровотечений. При пониженной массе тела также происходит нарушение менструального цикла.

Пальпация;

Перкуссия;

Аускультация.

Специальные методы исследования.

осмотр наружных половых органов – при этом производится оценка анатомических взаимоотношений половых органов:

соотношение больших и малых половых губ – в норме, малые половые губы прикрыты большими половыми губами;

размеры клитора – может быть клиторомегалия – увеличение размеров клитора при гиперандрогенемии;

состояние Бартолиновых желез – так как могут формироваться кисты Бартолиновых желез.

осмотр в зеркалах при этом оценивается состояние влагалища и шейки матки. Рак шейки матки относится к визуальным формам рака, так как его легко можно увидеть при осмотре шейки матки в зеркалах.

двуручное (бимануальное) влагалищное исследование – позволяет определить наличие у больной:

опухоли яичника (справа или слева от матки пальпируется подвижное эластическое образование);

миомы матки;

патологического процесса в параметрии;

патологического процесса параректальной клетчатке;

патологического процесса в ретровезикальной клетчатке.

ректovesикальное исследование.

Практическая часть:

Задание 1

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

001. При микроскопии влагалищного мазка

можно судить о происходящих в организме эндокринных изменениях.

Для этого необходимо учитывать

а) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия

б) степень окраски протоплазмы клеток

в) величину ядер клеток

г) соотношение эпителиальных клеток

д) все перечисленное

002. Кариопикнотический индекс - это процентное отношение

а) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке

б) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке

в) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке

г) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам

д) ничто из перечисленного

003. Для определения эстрогенной насыщенности организма

мазки на кольпоцитологию надо исследовать

в следующие дни менструального цикла

а) 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15

б) 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

в) 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27

г) 3, 10, 16, 20, 25

д) 7, 14, 21, 29

004. Тест базальной температуры основан

а) на воздействии эстрогенов на гипоталамус

- б) на влиянии простагландинов на гипоталамус
- в) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
- г) ни на чем из перечисленного
- д) на всем перечисленном

005. Монотонная гипотермическая кривая базальной температуры характерна

- а) для двуфазного менструального цикла
- б) для двуфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы до 5 дней
- в) для ановуляторного менструального цикла
- г) ни для чего из перечисленного
- д) для всего перечисленного

006. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при нормопонирующем менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее

- а) 4-6 дней
- б) 6-8 дней
- в) 8-10 дней
- г) 10-12 дней
- д) ничего из перечисленного

007. При двуфазном менструальном цикле разница базальной температуры

I и II фаз составляет

- а) 0.2-0.3°C
- б) 0.4-0.6°C
- в) 0.7-0.8°C

- г) 0.9-1.5°C
- д) ничего из перечисленного

080. При нормопонирующем двуфазном менструальном цикле симптом арборизации цервикальной слизи (+ - -) соответствует

- а) 4-му дню менструального цикла
- б) 7-му дню менструального цикла
- в) 10-му дню менструального цикла
- г) 13-му дню менструального цикла
- д) 16-му дню менструального цикла

009. Феномен "зрачка" (+ + +):

раскрытие цервикального канала до 0.3 см в диаметре (наружный зев в виде круга) соответствует

- а) 5-6-му дню менструального цикла
- б) 7-8-му дню менструального цикла
- в) 9-10-му дню менструального цикла
- г) 11-12-му дню менструального цикла
- д) 13-14-му дню менструального цикла

010. Положительный симптом зрачка в течение всего менструального цикла

свидетельствует

- а) о наличии гиперандрогении
- б) об укорочении II фазы цикла
- в) о наличии ановуляторного цикла
- г) о всем перечисленном
- д) ни о чем из перечисленного

011. Симптом растяжения цервикальной слизи на 5-6 см при нормальном менструальном цикле соответствует

- а) 1-5-му дню менструального цикла
- б) 6-10-му дню менструального цикла
- в) 12-14-му дню менструального цикла
- г) 16-20-му дню менструального цикла
- д) 22-24-му дню менструального цикла

012. Растяжение цервикальной слизи до 10-12 см на 24-й день менструального цикла свидетельствует

- а) об ановуляторном цикле
- б) о гиперандрогении
- в) об укорочении II фазы цикла
- г) об укорочении I фазы цикла
- д) ни о чем из перечисленного

013. Положительная прогестероновая проба при аменорее (проявление через 2-3 дня после отмены препарата менструально-подобного кровотечения) свидетельствует

- а) о наличии атрофии эндометрия
- б) о достаточной эстрогенной насыщенности организма
- в) о гиперандрогении
- г) о гипоестрогении
- д) о сниженном содержании в организме прогестерона

014. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует

- а) о наличии аменореи центрального генеза
- б) о яичниковой форме аменореи
- в) о маточной форме аменореи
- г) о наличии синдрома склерокистозных яичников

- д) ни о чем из перечисленного
015. При нормальном течении беременности уровень ХГ достигает максимума при сроке
- а) 5-6 недель
 - б) 7-8 недель
 - в) 9-10 недель
 - г) 11-12 недель
 - д) 13-14 недель
016. При использовании радиоизотопного метода диагностики накопление ^{32}P в матке более 350% характерно
- а) для атрофии эндометрия
 - б) для миомы матки
 - в) для полипоза эндометрия
 - г) для эндометриоза
 - д) для рака эндометрия
017. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные
- а) базальная частота сердечных сокращений
 - б) наличие и частота акцелераций
 - в) наличие децелераций
 - г) амплитуда мгновенных осцилляций
 - д) все перечисленные
018. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГ свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций
- а) 0-5 в минуту
 - б) 5-10 в минуту
 - в) 10-25 в минуту
 - г) все перечисленные

д) ни одна из перечисленных

019. Сократительную функцию матки можно оценить с помощью

- а) наружной гистерографии
- б) внутренней токографии
- в) реографии
- г) радиотелеметрии
- д) всего перечисленного

020. При проведении окситоцинового теста наличие ранних децелераций,

как правило, свидетельствует

- а) о хорошем состоянии плода
- б) о начальных признаках страдания плода
- в) о выраженных признаках страдания плода
- г) о гибели плода
- д) ни о чем из перечисленного

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестовых заданий. Контроль выполнения:
- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 5. Симптомы и синдромы в акушерстве и гинекологии.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;

- *применение знаний;*
- *развитие умения работать с учебной литературой;*
- *развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;*
- *воспитание самостоятельности.*

Теоретическая часть:

Жизненные пробы

Методы определения живорожденности или мертворожденности плода. К ним относятся: легочная проба, желудочно-кишечная проба, онкотическая проба, проба на проходимость сосудов пуповины.

Франкена проба

Послед помещают в воду и нагнетают через пупочную вену воздух. При наличии дефекта на материнской части плаценты из пораженного участка выделяются пузырьки воздуха.

Хробака проба

К поверхности эрозии прикасаются пуговчатым зондом. Распадающаяся раковая опухоль хрупкая и зонд легко проникает вглубь ткани.

Шиллера проба

Раствором Люголя обильно смазывают шейку матки и прилежащие участки свода. В норме отмечается темно-коричневое окрашивание. Бледные участки подозрительны на рак.

Шуварского-Гунтера проба на совмещаемость шеечной слизи и спермы для диагностики бесплодия

Через 2—4 часа после полового сношения аспирируют содержимое шеечного канала и заднего свода и по одной капле наносят на предметное

стекло, закрывают покрывным стеклышком и исследуют под микроскопом. При положительной пробе в шеечной слизи можно видеть 5—15 хорошо подвижных сперматозоидов.

Ашермана симптом

Внутриматочные спайки после внутриматочных вмешательств. При этом могут быть расстройства менструаций, бесплодие, привычные выкидыши, истинное приращение последа.

Беклара симптом, рентгенологический симптом доношенности плода

Характеризуется наличием ядер окостенения в нижнем эпифизе бедренной кости.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите задачу:

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

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

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

Объективно: общее состояние удовлетворительное АД -110\ 80 мм рт. ст.. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. При осмотре влагалищными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексион-верзию, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, но

во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы диагностики беременности.

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения задачи

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 6. Физиологическое течение беременности Диспансеризация.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

Ранний охват беременных врачом наблюдением. Женщина должна быть взята на учёт при сроке беременности до 12 нед.

- При первом посещении независимо от срока беременности врач женской консультации обязан ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления экстрагенитальной патологии, наследственного анамнеза, факторов риска возникновения и развития акушерских и перинатальных осложнений. Это позволит своевременно решить вопросы о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень перинатального риска и при необходимости провести комплекс мероприятий по оздоровлению беременной.

- При взятии беременной на учёт врач заводит «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма № 111/у), куда заносит паспортные данные, результаты подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесённые в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функций, а в дальнейшем при каждом посещении записывают все данные опроса, физикального обследования, лабораторных исследований, назначения.

Своевременное обследование. Эффективность раннего взятия беременной на учёт будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки (в течение 12–14 дней) полностью не обследовать беременную. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень перинатального риска, а также вырабатывают план ведения беременности в соответствии с группой риска. Важным является проведение пренатального скрининга.

Регулярность наблюдения беременных. Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушергинеколог должен обсудить с беременной и получить её согласие.

- При нормально протекающей беременности можно установить следующий график посещений женской консультации (табл. 161):

G после первого осмотра явка через 7–10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов;

G в дальнейшем до 20 нед — 1 раз в месяц;

G с 20 до 28 нед — 2 раза в месяц;

G с 28 до 40 нед — 1 раз в неделю.

- При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает.

- При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо направить к ней на дом участковую акушерку для патронажа.

- Кроме того, дородовый патронаж дважды осуществляют в обязательном порядке: при взятии на учёт и перед родами.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите задачу:

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

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

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

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Определите положение, позицию и предлежащую часть плода.

Задание 3.

Решите тестовые задания:

1. ПЕРВЫЙ ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ В НЕДЕЛЯХ

А) 10 – 12 В) 30 – 32

Б) 12 – 15 Г) 28 – 30

2. ВТОРОЙ ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ В НЕДЕЛЯХ

А) 26 – 28 В) 30 – 32

Б) 32 – 40 Г) 36 – 38

3. НА ПЕРВОМ ДОРОДОВОМ ПАТРОНАЖЕ ПРОВОДИТСЯ

- А) сбор анамнеза
- Б) обучение уходу за новорожденным
- В) полное обследование женщины
- Г) постановка на учет

4. ЦЕЛЬЮ ВТОРОГО ДОРОДОВОГО ПАТРОНАЖА К БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) обучение уходу за ребенком
- Б) знакомство с семьей
- В) выяснение состояния здоровья отца ребенка
- Г) подготовка женщины к достаточной лактации

5. ЗНАКОМСТВО С СЕМЬЕЙ НА ПЕРВОМ ДОРОДОВОМ ПАТРОНАЖЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) профилактику респираторных инфекций
- Б) изучение анамнеза заболеваний новорожденного
- В) выяснение предпочтений в духовной сфере
- Г) профилактику генетической патологии

6. ЭМБРИОПАТИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ВЛИЯНИИ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ФАКТОРОВ ДО НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ

А) 30 В) 24

Б) 20 Г) 12

7. ОБРАБОТКУ ГЛАЗ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

А) ксерофтальмии В) пиогенной инфекции

Б) гонобленнорее Г) вирусного конъюнктивита

8. СОВМЕСТНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПАЛАТЕ СПОСОБСТВУЕТ

А) кормлению ребенка «по требованию»

Б) осложнению работы медицинского персонала

В) ухудшению процесса адаптации новорожденного

Г) возникновению гнойно-септической инфекции

9. ПЕРЕНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ РЕБЕНОК, РОДИВШИЙСЯ НА НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А) 43 В) 40

Б) 41 Г) 39

10. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ В ЧАСАХ В
СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ

А) 6 В) 8

Б) 4 Г) 12

11. НОВОРОЖДЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ РЕБЕНОК С МОМЕНТА
РОЖДЕНИЯ ДО ДНЯ

А) 14 В) 29

Б) 30 Г) 7

12. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ

НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЮТ

А) количество сыровидной смазки В) аппетит

Б) цвет кожи Г) группу крови

13. КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ УБОРОК В ПАЛАТЕ
НОВОРОЖДЕННОГО В ТЕЧЕНИЕ СУТОК

А) 4 В) 2

Б) 3 Г) 1

14. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ЖИВОРОЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) гримаса при раздражении

Б) гиперемия кожи

В) наличие сосательного рефлекса

Г) самостоятельное дыхание

15. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

А) громкости В) характеру стула

Б) цвету кожи Г) наличию сосательного рефлекса

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.

-правильность решения задачи

-правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 7. Физиологическое течение родов и послеродового периода

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть

1. Определение понятия “Роды”.

Роды-физиологический процесс, при котором из полости матки, через естественные родовые пути, происходит изгнание плода. Родовой процесс представляет собой взаимодействие 3-х компонентов:

1. изгоняющие родовые силы;
2. родовой канал;
3. плод, как объект родов.

Роды в 40 недель беременности (280дней)- называются срочными (в срок).

2. Причины наступления родов.

1. *Зрелость плода* – импульсы в гипофиз и гипоталамус – в ответ накопление в крови окситоцинподобных веществ.

2. *Старение плаценты* – в крови снижается уровень прогестерона, а следовательно повышается уровень эстрогенов.

3. *Изменяется соотношение плода и околоплодных вод* - плод изнутри стимулирует матку при шевелениях.

3. Предвестники родов.

Предвестники родов появляются за 2-3 недели до родов.

1. *дно матки опускается на 2см. ниже мечевидного отростка*- субъективно- женщине “стало легче дышать”, объективно- головка плода прижимается ко входу в малый таз.

2. *Ложные схватки*- схватки не ведущие к структурным изменениям в шейке матки- субъективно женщина ощущает тянущие боли внизу живота и пояснице.

3. *Женщина чаще мочится.*

4. *Изменяется форма пупка*- он становится выпуклым.

5. В день родов из влагалища *выделяется слизистая пробка*- отходит цервикальная слизь.

4. Родовые изгоняющие силы.

1. *Схватки*- рефлекторное сокращение мышц матки. Женщина не может их контролировать.

2. *Потуги* – рефлекторное сокращение мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна, и частично нижних конечностей. Женщина полностью контролировать их не может, но может усилить или ослабить их. Потуги возникают при раздражении нервных окончаний мышц тазового дна головкой ребенка.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите задачу:

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

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

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз
3. Перечислите признаки отделения плаценты от стенок матки у данной роженицы.

Задание 3

решите тесты:

Инструкция: из предложенных вариантов ответа выберите один правильный:

1. К родовым изгоняющим силам относятся:

1. повышение возбудимости матки
2. отхождение слизистой пробки
3. потуги
4. опускание предлежащей части плода

2. Продолжительность родов у первородящих:

1. 3 – 5 ч
2. 6 – 9 ч
3. 18 – 19 ч
4. 12 – 16 ч

3. Продолжительность родов у повторнородящих:

1. 13 – 15 ч
2. 3 - 4 ч
3. 8 – 10 ч
4. 19 – 24 ч

4. Признак начала второго периода родов:

1. излитие околоплодных вод
2. появление потуг
3. врезывание головки
4. полное открытие маточного зева

5. Отхождение околоплодных вод до начала родовой деятельности:

1. раннее
2. своевременное
3. преждевременное
4. запоздалое

6. Излитие околоплодных вод при неполном открытии маточного зева:

1. своевременное
2. раннее
3. преждевременное
4. запоздалое

7. Второй период родов у первородящих в среднем продолжается:

1. 30 минут
2. 30 минут – 1 час
3. 1 – 2 ч
4. более 3 ч

8. Второй момент биомеханизма родов:

1. внутренний поворот головки
2. сгибание головки
3. разгибание головки
4. наружный поворот головки

9. Третий момент биомеханизма родов:

1. сгибание головки
2. внутренний поворот головки
3. разгибание головки
4. наружный поворот головки

10. Физиологическая кровопотеря в родах:

1. 100 мл
2. 300 – 400 мл
3. 200 – 250 мл
4. более 400 мл

11. Родовыми изгоняющими силами являются:

1. схватки и потуги

2. повышение возбудимости матки
3. только потуги
4. только схватки

12. В третий период родов происходит:

1. раскрытие шейки матки
2. рождение плода
3. рождение последа
4. пререзывание головки плода

13. Патологическая кровопотеря в родах:

1. 150 мл
2. 200 мл
3. более 400 мл
4. 300 мл

14. Общая продолжительность родов считается:

1. от начала излития вод до выделения последа
2. от начала регулярной родовой деятельности до рождения последа
3. от начала схваток до рождения плода
4. от излития вод до рождения плода

15. Продолжительность послеродового периода:

1. 3 – 4 недель
2. 2 недели
3. 6 – 8 недель
4. 4 – 6 недель

16. Средняя продолжительность последового периода:

1. 30 минут

2. 2 часа
3. 1 час
4. 3 часа

17. Физиологическая кровопотеря в родах составляет:

1. 2 % от массы тела
2. 0,5 % от массы тела
3. 1 % от массы тела
4. 1,5 % от массы тела

18. В первый период родов происходит:

1. раскрытие шейки матки
2. врезывание головки
3. прорезывание головки
4. отделение последа

19. Механизм раскрытия маточного зева у первородящих:

1. одновременное раскрытие и наружного и внутреннего зева
2. одновременное раскрытие и сглаживание зева
3. сглаживание шейки матки с последующим раскрытием зева
4. сглаживание и внутреннего и наружного зева

20. Ранний послеродовый период продолжается:

1. 1 час
2. 2 часа
3. 3 часа
4. 4 часа

21. Осмотр родовых путей после родов проводится:

1. родильницам из группы риска
2. первородящим
3. повторнородящим
4. всем родильницам

22. Первый момент биомеханизма родов:

1. сгибание головки
2. внутренний поворот головки
3. разгибание головки
4. наружный поворот головки

23. Первый период родов начинается:

1. с рождения плода
2. с рождения головки плода
3. с регулярной родовой деятельности
4. с полного открытия маточного зева

24. Третий период родов заканчивается:

1. рождением головки плода
2. рождением плода
3. рождением плаценты
4. рождением последа

25. Полное открытие маточного зева:

1. 5 – 6 см
2. 10 – 12 см
3. 6 – 7 см
4. 8 – 9 см

26. Приоритетная проблема родильницы в первые дни после родов:

1. задержка стула
2. рвота
3. затруднение мочеиспускания
4. ухудшение зрения

27. Роженица – это женщина:

1. в 25 недель беременности
2. в 38 недель беременности
3. во втором периоде родов
4. родившая

28. К предвестникам родов относится:

1. отхождение околоплодных вод
2. появление регулярных схваток
3. отхождение слизистой пробки
4. врезывание головки плода

29. Продолжительность третьего периода родов у повторнородящих:

1. 2 ч
2. 1 ч
3. 30 минут
4. 40 минут

30. Регулярная родовая деятельность характеризуется:

1. наличием схваток, нарастающих по силе и частоте
2. появлением сукровичных выделений
3. укорочением шейки матки

4. разрывом плодного пузыря

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы задачи.

- правильность решения тестов.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач

- выписывание рецептов на доске

Тема 8. Патологическое течение беременности. Гестозы

Цели:

- углубление и систематизация знаний;

- применение знаний;

- развитие умения работать с учебной литературой;

- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Выделяют следующие осложнения беременности:

1. Гестозы

2. Кровотечения во время беременности

3. Невынашивание и перенашивание.

4. Экстрагенитальная патология и беременность.

Кровотечения во время беременности.

Подразделяются:

1. Кровотечения в I половину беременности

- выкидыши
- внематочная беременность

2. Кровотечения во II половину беременности.

- предлежание плаценты
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Выкидыши:

- это прерывание беременности от зачатия до 22 нед. беременности.

Прерывание беременности с 22 нед до 37 нед. – называются – преждевременными родами.

Граница между родами и выкидышем – является масса плода – 500 г и рост – 28 см.

Выкидыши подразделяются:

I. 1. Ранний – до 12-14 нед (аборты)

2. Поздний – с 16 нед до 22 нед.

II. 1. Самопроизвольные – т.е. не зависимо от желания женщины.

2. Искусственные – т.е. прерывание беременности по желанию женщины в мед. учреждении.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Ответьте на вопросы:

-Является ли гестоз беременных самостоятельным заболеванием?

-От чего зависит течение гестоза?

-Какие степени нефропатии принято различать?

-Какую патогенетическую терапию назначают при гестозе беременных?

Задание 3.

решите задачу:

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

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

Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120\80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, ballotирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.
3. Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки. Назовите различия в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящей и повторнородящей.
4. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы.
- правильность решения задачи.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 9. Осложнения гестозов беременных.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Клинические симптомы гестоза

Главным признаком, свидетельствующим о проявлении гестоза, считается возникновение водянок, которые указывают на задержку воды в организме и постоянных отеках. Изначально отечность носит скрытый характер, и обнаружить её можно только при постоянном наблюдении за количеством набранных килограммов за определенный период. У женщины может не меняться самочувствие, но лишние 300 г на весах должны вызывать подозрение.

Появление водянок говорит о наличии проблем в организме мамы, поэтому существует небольшая систематизация стадий водянок в зависимости от области, на которой они проявляются:

- отека стопы и голени — 1 стадия водянки;
- отеки не только ног, но и передней части живота — 2 стадия водянки;
- отечность ног, области живота, рук и лица беременной — 3 стадия водянки;
- универсальные отеки — 4 стадия водянки.

Классифицирование водянки показывает, что образование отеков происходит на лодыжках и только потом они развиваются дальше. Бывают случаи, когда отек сразу же проявляется на лице, и только потом распространяется по всему телу. В утреннее время суток отечность может быть незаметной, поскольку за время сна вся жидкость в организме распределилась равномерно. Однако под конец дня жидкость опускается вниз, а отечность переходит теперь уже на живот и нижние конечности.

Водянка почти не влияет на самочувствие беременной, но когда отечность развивается, то женщина чувствует постоянную жажду, слабость и тяжесть в нижних конечностях.

На развитие отеков указывает ненормальное увеличение массы тела беременной. Гестоз становится причиной того, что женщина потребляет большее количество жидкости, чем может вывести её организм.

Нефропатия беременных, страдающих от гестоза, имеет такую симптоматику: повышенное артериальное давление, обнаружение при анализе белка в моче и отечность. Наличие всего двух симптомов может указывать на нефропатию.

При гестозе на развитие нефропатии указывают появившиеся водянки беременных, нехарактерное увеличение артериального давления. Патологией повышенного артериального давления считается поднятие его показателя до 30 мм рт.ст в сравнении с показателями до периода беременности. Осложнения, вызванные гестозом, являются результатом перепадов давления. Подъем диастолического давления во время гестоза тоже указывает на плохое кровообращение и кислородное голодание плода.

Протеинурия является подтверждением прогрессирования заболевания и влияет на снижение диуреза беременной женщины. Чем ниже объем мочи, тем хуже прогнозы на положительный исход беременности. Развитие нефропатии совместно с гипертонией, нефритом и пороком сердца практически не оставляют шансов на продолжение беременности.

При отсутствии лечения или неправильных лечебных мероприятиях нефропатия может перейти на следующий уровень развития — преэклампсию. Эта стадия гестоза способна развивать почечную недостаточность, вызывать кровотечения и привести к преждевременным родам или к гибели плода. Преэклампсия беременных проявляется из тяжелых форм нефропатии. Симптомами, указывающими на данную стадию гестоза, являются головные боли, тяжесть в области затылка, тошнота, рвота, нарушения памяти, сонное состояние или бессонница, ухудшение функций органов зрения, апатия.

Самый тяжелый гестоз беременных — эклампсия, которая объединила в себе признаки нефропатии, преэклампсии и добавила новые синдромы: обмороки и судорожные приступы. Судорога может быть реакцией на любой внешний фактор — громкий хлопок, перепад яркости освещения, стрессовая ситуация. Припадок начинается из лицевых мышц, затем судорога переходит на конечности и остальные части тела. Его продолжительность составляет до 2 минут. На этой стадии гестоза угрозе подвергается жизнь матери и ребенка, поскольку эклампсия вызывает осложнения в виде отека головного мозга, легких, отслойки плаценты, сетчатки, излияния крови во внутренние органы и даже комы. Именно эта форма заболевания способна привести к летальному исходу.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите задачу:

Первобеременная 27 лет. В сроке 34 недели отмечено увеличение веса за 2 недели на 2,4 кг. Жалоб нет. А/Д 110/70 мм рт ст; 110/70 мм рт ст. В моче белок 0,99 мг/л.

1. Диагноз?

2. Тактика?

3. Какие могут быть осложнения

4. За какими параметрами должен быть контроль

5. В каком отделении она должна лечиться

Задание 3.

Ответьте на вопросы:

- Перечислите наружные и внутренние женские половые органы.
- Опишите строение матки.
- Перечислите функции матки.
- К какой неделе формируется плацента?
- Опишите строение плаценты.
- Перечислите функции плаценты.
- Какими способами можно выявить скрытые отеки?
- Что такое суточный диурез?
- Что такое суточный водный баланс?
- Какие заболевания обозначаются термином экстрагенитальные?

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы.
- правильность решения задачи

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 10.Беременность и роды на фоне экстрагенитальной патологии.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;

- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

В настоящее время число женщин, страдающих хроническими соматическими заболеваниями и желающих иметь ребенка, неуклонно растет. **Экстрагенитальная патология** является неблагоприятным фоном развития беременности, на котором усугубляются все осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродовом периоде. Терапевт наблюдает беременных с самой различной экстрагенитальной патологией (ЭГП), и ему гораздо легче, чем акушеру-гинекологу, оценить степень риска здоровья и жизни пациентки при том или

ином заболевании, на фоне которого развилась беременность или которым осложнилась.

Частота ЭГП довольно велика. По данным различных авторов пороки сердца наблюдаются у 2-5% беременных, гипертоническая болезнь у 1,5-2,5%, заболевания почек

у 5-6%, сахарный диабет у 1-2%, заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы у 1-3% и т.д. По самым скромным подсчетам у

15-20% беременных диагностируется ЭГП. По данным отчета акушерских стационаров, 70% имеет экстрагенитальную патологию и только 30% абсолютно здоровых женщин.

Рассмотрим самые часто встречающиеся заболевания, выявляемые у беременных.

Гипертоническая болезнь(ГБ) – наблюдают у 4-8% беременных. Среди беременных с ГБ приблизительно в 30% случаев выявляют хроническую гипертонию, гестационную (возникшую во время беременности) гипертонию в 70%.

Предшествующая беременности, даже мягкая артериальная гипертония (АГ), увеличивает риск развития осложнений течения беременности и родов в 2 раза (повышен риск преждевременных родов, отслойки нормально расположенной плаценты, отслойки сетчатки, эклампсии, массивных коагулопатических кровотечений).

Несмотря на существование объединенного понятия хронической артериальной гипертонии, важно своевременно дифференцировать гипертензивные состояния. Симптоматическая гипертония почечного генеза, протекает с протеинурией

и, параллельно со стабилизацией АД, требует лечения основного заболевания почек, а такие формы гипертонии, как феохромоцитома, реноваскулярная артериальная гипертония,

первичный альдостеронизм, артериальные гипертонии, обусловленные врожденными пороками сердца (ВПС) и приобретенными пороками сердца (ППС), предусматривают хирургические методы лечения.

Вегето-сосудистая дистония(ВСД) – функциональные нарушения регуляции сосудистого тонуса, приводящие к повышению артериального давления, которые встречаются у 45% беременных.

ВСД по гипертоническому типу может встречаться у беременных любого возраста. Обычно артериальное давление повышается при отрицательных эмоциях, стрессах и легко купируется седативными средствами. Повышаются только цифры систолического давления, тогда как диастолическое остается на прежнем месте.

Легкая форма ВСД не требует медикаментозного лечения.

Болезни сердечно - сосудистой системы (ССС) - встречаются у 1% беременных, это связано со снижением ревматических болезней и, соответственно, снижением количества женщин с приобретенными пороками сердца (ППС).

Если до беременности заболевания сердечно-сосудистой системы протекали бессимптомно, то пациентки хорошо переносят наступившую беременность, при наличии же симптомов недостаточности кровообращения рекомендуется операция протезирования, а затем беременность.

Большую роль при болезнях ССС имеет наличие симптомов сердечной недостаточности (СН). При I и II классах сердечно-сосудистой патологии, когда клинические

проявления заболевания и сердечная недостаточность отсутствуют или минимальны можно рожать, но возможно усиление сердечной недостаточности в 20-34 недель, за счет

волеической нагрузки. При III и IV классе велика смертность от сердечной недостаточности при беременности.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

001. Рвота у беременной в I триместре беременности

может считаться проявлением раннего токсикоза в том случае, если

- а) ее возникновение связано с приемом пищи
- б) ее возникновение не связано с приемом пищи

- в) частота ее 3-5 и более раз в сутки
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

002. Рвота беременных - это полиэтиологическое осложнение, при котором имеется

а) дизадаптация функциональных регуляторных систем организма

- б) изменение нормального соотношения процессов возбуждения и торможения в головном мозге
- в) дискоординация функций вегетативной нервной системы
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

003. Рвота беременных как проявление раннего токсикоза чаще всего развивается у женщин

- а) молодого возраста
- б) повторнобеременных
- в) с высоким инфекционным индексом
- г) у всех перечисленных
- д) ни у кого из перечисленных

004. Для рвоты беременных легкой степени наиболее характерно

- а) частота рвоты от 6 до 10 раз в сутки
- б) частота пульса 90-100 ударов в минуту
- в) периодически ацетон в моче
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

005. Для лечения беременной с ранним токсикозом (рвотой беременных)

применяют, как правило, все перечисленное, кроме

- а) спленина
- б) витаминов группы В
- в) эуфиллина
- г) раствора Рингер - Локка
- д) лазерной рефлексотерапии

006. У беременной с тяжелым течением раннего токсикоза (чрезмерной рвотой беременных) проявлением интоксикации организма

являются все перечисленные симптомы, кроме

- а) учащения пульса до 100-120 в минуту
- б) повышения температуры тела до 38°C
- в) снижения артериального давления
- г) наличия в моче ацетона
- д) резкой потери в весе

007. Развитие тахикардии у женщин с эклампсией зависит, как правило,

- а) от гипоксии
- б) от интоксикации, обусловленной нарушением метаболизма
- в) от гипокалиемии
- г) верно а) и б)
- д) от всего перечисленного

008. При позднем гестозе III степени

отмечаются следующие изменения содержания электролитов,
кроме

- а) увеличения содержания натрия
и уменьшения содержания калия в плазме крови
- б) уменьшения содержания натрия
и увеличения содержания калия в плазме крови
- в) уменьшения содержания калия в эритроцитах
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

009. При позднем гестозе повышается количество

- а) тромбксана
- б) простагландина E
- в) и того, и другого
- г) ни того, ни другого

010. При позднем гестозе снижается содержание

- а) простаглицлина
- б) простагландина F₂□
- в) и того, и другого
- г) ни того, ни другого

011. Простаглицлины обладают действием

- а) вазоконстрикторным
- б) вазодилататорным
- в) и тем, и другим
- г) ни тем, ни другим

012. Простаглицлины на тромбоциты влияют следующим образом

- а) повышают агрегацию
- б) снижают агрегацию
- в) верно и то, и другое
- г) не верно ни то, ни другое

013. Тромбоксан является

- а) сильным антиагрегантом
- б) усиливает гиперкоагуляцию
- в) ни тем, ни другим

014. Тромбоксан стенки сосудов

- а) суживает
- б) расширяет
- в) влияния не оказывает

015. Диурез при "чистом" позднем гестозе беременных зависит, главным образом

- а) от канальцевой реабсорбции
- б) от изменений почечной паренхимы
- в) от клубочковой фильтрации
- г) верно а) и б)
- д) от всего перечисленного

016. Периферическое сопротивление сосудов при гестозе

- а) снижено
- б) повышено
- в) не изменяется

017. Сердечный выброс при гестозе

- а) повышен

- б) снижен
- в) практически не изменяется

018. Количество тромбоцитов при гестозе

- а) повышено
- б) снижено
- в) практически не изменяется

019. Сочетанные формы позднего гестоза отличаются от "чистых" следующей особенностью

- а) начинаются, как правило, после 35-36 недель беременности
- б) всегда имеются клинические проявления основного (фонового) заболевания
- в) всегда имеется триада Цангемейстера в клинической картине
- г) верно б) и в)
- д) ничего из перечисленного

020. При позднем гестозе

содержание простагландинов материнского происхождения (ПГФ₂)

- а) повышено
- б) снижено
- в) не изменено

021. При эклампсии

содержание простагландинов плодового происхождения (ПГЕ₂)

- а) повышено
- б) снижено
- в) существенно не изменено

022. Простагландины E₂ синтезируются преимущественно
- а) материнской частью плаценты
 - б) надпочечниками матери
 - в) гипофизом матери
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного

023. Простагландины F₂α синтезируются преимущественно
- а) плодом
 - б) водной оболочкой
 - в) плодовой частью плаценты
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного

024. Простагландины плодового происхождения
- а) суживают сосуды почек у матери
 - б) расширяют сосуды почек у матери
 - в) нарушают внутрипочечный кровоток у матери
 - г) все перечисленное неверно

025. При позднем гестозе в крови имеет место
- а) дефицит магния
 - б) избыток содержания магния
 - в) содержание магния не изменено

026. При позднем гестозе основные изменения липидного обмена сводятся
- а) к снижению содержания общего холестерина
 - б) к снижению содержания α-липопротеидов

- в) к снижению содержания свободных жирных кислот
- г) ко всему перечисленному
- д) ни к чему из перечисленного

027. При тяжелой форме позднего гестоза имеет место

- а) повышение содержания ненасыщенных жирных кислот
- б) повышение содержания фосфолипидов
- в) все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

028. При позднем гестозе происходит нарушение обмена

- а) белкового
- б) липидного
- в) углеводного
- г) водно-электролитного
- д) верно все перечисленное

029. Потери белка при позднем гестозе являются следствием

- а) снижения синтеза белка в печени
- б) потери белка с мочой
- в) повышенного потребления белка при ДВС-синдроме
- г) всего перечисленного
- д) верно б) и в)

030. Нарушение белкового обмена при позднем гестозе

заключается в снижении содержания

- а) общего белка
- б) альбумина
- в) тироксинсвязывающего преальбумина

- г) всего перечисленного
- д) верно а) и б)

031. К патогенетическим механизмам позднего гестоза относится

- а) гиперволемиа
- б) гиповолемиа
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

032. Проницаемость сосудистой стенки при позднем гестозе

- а) повышена
- б) снижена
- в) практически не изменена

033. Вязкость крови при эклампсии

- а) повышена
- б) снижена
- в) не изменена

034. Количество белка в крови при тяжелом гестозе

- а) повышено
- б) снижено
- в) не изменено

035. Гематокритное число при позднем гестозе

- а) снижено
- б) повышено
- в) не изменено

Задание 3.

Решите задачу:

В санпропускнике родильного дома находится беременная 28 лет. Жалобы на слабость, головную боль, боли в пояснице справа, повышение температуры тела, озноб. Беременность третья, 27 недель. В анамнезе роды, мед. аборт, осложнившийся эндометритом. Течение настоящей беременности удовлетворительное. Считала себя здоровой.

Объективно: рост 160 см, вес 58 кг. Кожа чистая, бледная, горячая. Температура тела 38°C, пульс 92 удара в минуту, А/Д 120/80, 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий, матка в нормальном тоне, отмечается напряжение в надлобковой и поясничной области. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Справа в поясничной области при поколачивании определяется болезненность. Мочеиспускание безболезненное. ОАК: эр. – $3,2 \times 10^{12}$ г/л, Нв – 110 г/л, лейкоц. – 10×10^9 /л, СОЭ 28 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок 66 г/л, креатинин 60 мкмоль/л, мочевины 5,6 ммоль/л. ОАМ: соломенно-жёлтого цвета, мутная, удельный вес 1017, белок 0,099 г/л, лейкоциты, бактерии сплошь в поле зрения, оксалаты.

Вопросы:

1. Какой диагноз в данном случае наиболее вероятен?
2. Назовите факторы, предрасполагающие данному заболеванию.
3. Какая тактика лечения наиболее целесообразна в данном случае?
4. Какие осложнения наиболее вероятны у данной пациентки?

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы задачи

-правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач

- выписывание рецептов на доске

Тема 11. Эктопическая беременность.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;

- применение знаний;

- развитие умения работать с учебной литературой;

- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Внематочная беременность (или **эктопическая беременность**) — патология, развивающаяся вследствие имплантации и развития плодного яйца не в матке, а за её пределами.

Чаще всего прикрепление оплодотворённой яйцеклетки происходит в фаллопиевых трубах. В редких случаях она прикрепляется к яичникам, рудиментарному рогу матки, цервикальному каналу. Ещё реже это происходит интралигаментарно (между связками) и в брюшной полости. Рост эмбриона, локализуящегося в любом из этих органов, может привести к его разрыву, что является угрожающим состоянием для репродуктивного

здоровья и даже для жизни женщины. На данный момент, эктопическая беременность занимает одно из первых мест среди заболеваний, приводящих к внутрибрюшному кровотечениюлетальность при такой патологии достигает 7,4%.



Причина большинства случаев эктопической беременности — нарушение перистальтической функции цилиндрического реснитчатого эпителия, выстилающего маточные трубы. Этому могут способствовать следующие факторы:

- аномалии развития половых органов;
- половой инфантилизм (недостаточное развитие половых органов);
- перенесённые хирургические и медикаментозные прерывания беременности;
- рецидив эктопической беременности (если была выполнена пластика маточной трубы);

- эндометриоз и *аденомиоз*;
- спаечная болезнь в результате перенесённых инфекционных заболеваний и оперативных вмешательств в брюшную полость;
- процедуры в рамках программы ЭКО: стимуляция овуляции, пункции фолликулов, перенос эмбрионов
- беременность, наступившая после хирургической стерилизации (перевязки маточных труб);
- дисгормональные сбои;
- сочетанные гинекологические патологии;
- возникновение опухолей и опухолевидных образований в матке и её придатках, органах брюшной полости;
- вредные и тяжёлые условия труда, работа в ночную смену
- курение.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме

Задание 2.

решите задачу:

На ФАП доставлена женщина 28 лет.

Жалобы: на слабость, головокружение и сильные боли внизу живота, которые возникли внезапно, боли иррадиируют во влагалище и прямую кишку.

Анамнез: считает себя беременной, последняя менструация пять недель назад.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 90\55мм рт ст. Пульс 100 ударов в минуту, живот резко болезненный, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. При попытке встать с кушетки женщина потеряла сознание.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте алгоритм действия фельдшера и обоснуйте каждый этап.
3. Подготовьте инструменты к пункции заднего свода влагалища.

Задание 3.

Решите тестовые задания:

1. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности:

- а) 11-12 недель
- б) 9-10 недель
- в) 7-8 недель
- г) 4-6 недель

2. При прогрессирующей внематочной беременности показано:

- а) консервативное противовоспалительное лечение
- б) операция
- в) гемотрансфузия

г) все перечисленное

3. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано:

а) немедленное переливание крови

б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)

в) надежный гемостаз

г) все перечисленное

4. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает:

а) электрофорез лекарственных средств

б) ультразвуковую терапию

в) гормональную терапию

д) все перечисленное

5. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает со следующей симптоматикой:

а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

б) иррадиация боли в плечо

в) тошнота (рвота)

д) верно все перечисленное

6. Возможным источником кровотечения из яичника является:

- а) желтое тело
- б) фолликулярная киста яичника
- в) киста желтого тела
- г) все перечисленное

7. Шоковый индекс — это:

- а) отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1
- б) отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1
- в) отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0,5
- г) отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0,5

8. Апоплексия яичника — это:

- а) остро возникшее кровотечение из яичника
- б) разрыв яичника
- в) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

9. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, КРОМЕ:

- а) болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия

- б) отсутствия наружного кровотечения
- в) отрицательных биологических реакций на беременность
- г) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
- д) нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

10. По локализации плодного яйца выделяют следующие варианты внематочной беременности:

- а) двусторонняя трубная беременность
- б) брюшная беременность
- в) шеечная беременность
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленные варианты

11. Для шеечной беременности характерно все перечисленное, КРОМЕ:

- а) увеличения шейки матки
- б) расположения эксцентрично маточного зева
- в) асимметричности шейки матки
- г) положения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки
- д) задержки менструации

12. При проведении медаборта в самом начале операции возникло обильное маточное кровотечение. Диагностирована шеечная беременность. Тактика врача:

- а) ускорить удаление плодного яйца кюреткой
- б) попытаться удалить плодное яйцо пальцем
- в) чревосечение, экстирпация матки
- г) удаление плодного яйца с помощью вакуум-эксхлеатора
- д) введение цитостатиков

13. Для брюшной беременности поздних сроков чаще всего характерно:

- а) периодические приступы болей в животе, иногда с кратковременной потерей сознания
- б) резкие боли при движениях плода
- в) определение частей плода непосредственно под брюшной стенкой
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

14. Прогрессирующую трубную беременность надо, как правило, дифференцировать: 1) с кистой яичника; 2) с маточной беременностью малого срока; 3) с подострым сальпингоофоритом; 4) с перекрутом ножки опухоли яичника

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1,2

в) со всем перечисленным

г) верно 4

д) ни с чем из перечисленного

15. Для диагностики внематочной беременности используют: 1) УЗИ; 2) лапароскопию; 3) кульдоцентез; 4) гистероскопию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1.2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы задачи.

- правильность решения тестов.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач

- выписывание рецептов на доске

Тема 12. Невынашивание беременности.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Невынашиванием беременности называется самопроизвольное прерывание ее в сроки от зачатия до 37-й недели. При сроке прерывании беременности до 12-ти недель диагностируется самопроизвольный аборт раннего срока; с 13-й по 21-ю неделю – поздний самопроизвольный аборт; с 22-й недели – это преждевременные роды (до срока 36 недель + 6 дней, когда рождается незрелый жизнеспособный ребенок массой 500 гр. и более).

Привычным невынашиванием считают самопроизвольное прерывание беременности 2 раза и более.

Частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25 %; в I триместре она может достигать 50 %, во II триместре – 20 %, в III триместре – 30 %.

Причины невынашивания

Причины невынашивания многочисленны и разнообразны. Условно их можно разделить на следующие основные группы: анатомические и функциональные изменения половых органов; иммунологические факторы; генные и хромосомные нарушения; средовые факторы; инфекционные факторы; наследственные и приобретенные дефекты гемостаза.

Раз-
витию
функциональн
ых изменений
могут
способствоват
ь
инфекционные
заболевания,
особенно в
детском и



пубертатном возрасте, искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желез внутренней секреции (нейроэндокринные нарушения, функциональные изменения надпочечников, щитовидной железы) после патологических родов, стрессовых ситуаций, общих заболеваний. В 64-74 % случаев причиной прерывания беременности является гормональная недостаточность яичников и плаценты. К анатомическим изменениям половых органов относятся инфантилизм (недоразвитие) матки, пороки развития матки (двурогая или однорогая, внутриматочная перегородка), истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), травматические повреждения матки при искусственном аборте и родах, различные опухоли (миома матки, опухоли яичников и т.п.), внутриматочные синехии.

Генитальный инфантилизм характеризуется сочетанием таких неблагоприятных факторов, как дефицит половых гормонов, недоразвитие матки, неполноценность ее мышечного слоя, повышенная возбудимость и др.

Для истмико-цервикальной недостаточности характерна неполноценность циркулярной мускулатуры в области внутреннего зева, которая способствует развитию недостаточности перешейка и шейки матки.

Органическая недостаточность развивается в результате травм шейки матки при искусственном аборте, родах крупным плодом, оперативных родах (акушерские щипцы, вакуум-аспирация плода и др.), воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища. Функциональная истмико-цервикальная недостаточность обусловлена инфантилизмом и гормональной недостаточностью, развивается во время беременности при гиперандрогении и наблюдается чаще, чем органическая. Хирургическая коррекция ИЦН проводится в начале II триместра беременности в условиях госпитализации в стационар, при появлении клинических признаков – размягчения и укорочения шейки матки.

Особого внимания заслуживают инфекции, возбудители которых проникают через гематоплацентарный барьер, повреждая плаценту и вызывая внутриутробное инфицирование плода (токсоплазмоз, листериоз, риккетенозы, хламидиоз, краснуха, цитомегаловирус, герпес, грипп, аденовирусная инфекция, паротит и др.)

К невынашиванию беременности приводят также тяжелые экстрагенитальные заболевания (декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь, анемия, пиелонефрит и др.)

К невынашиванию беременности приводят тяжелые осложнения течения беременности – тяжелые токсикозы I и II половины беременности, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, многоводие и многоплодие, неправильное положение плода.

Среди причин невынашивания особое значение имеет система гистосовместимости, которая даже при отсутствии аутоиммунных заболеваний, влияет на зачатие, имплантацию (внедрение эмбриона) и течение беременности. В последнее время установлено: чем больше у супружеской пары совпадений по аллелям HLA-генов, тем выше вероятность прерывания беременности. Большое число совпадающих антигенов HLA II

класса приводит к отсутствию достаточного иммунного ответа у матери, не запускает в организме матери особые иммунные реакции, направленные на сохранение беременности: блокируются специальные НК-клетки-киллеры (убийцы), которые могут спровоцировать выкидыш. Эмбрион не распознается как плод, а воспринимается как скопление собственных измененных клеток, против которых иммунная система начинает работать на уничтожение. В настоящее время при выявлении иммунологической несовместимости партнеров по генам HLA у супругов с привычным невынашиванием беременности и неудачными попытками ЭКО в качестве основного метода терапии используется активная иммунизация женщины («прививка») лимфоцитами мужа – лимфоцитоиммунотерапия (ЛИТ).

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме

Задание 2.

Решите задачу:

Первобеременная 30 лет, обратилась в ФАП с жалобами на схваткообразные боли в животе. 2-е недели назад получила дородовый отпуск. Шевеление плода ощущает хорошо. Серд/биение плода ясное, ритмичное 136 удар. в мин. Воды целы.

1.Диагноз.

2.Какие исследования подтвердят диагноз?

3.Действия фельдшера?

Задание 3.

решите тестовые задания?

1. Преждевременные роды – это роды на сроке:

А. 22 – 27 недель

Б. 28 – 33 недели

В. 34 – 37 недель

Г. 38 – 40 недель

Д. Правильные ответы Б и В

2. Причины преждевременных родов могут быть обусловлены:

А. Материнскими факторами

Б. Плодовыми факторами

В. Сочетанными факторами

Г. Социальными факторами

Д. Все ответы правильные

Е. Правильные ответы А, Б, В

3. Материнские факторы:

А. Пороки развития матки

Б. Инфантилизм

В. Экстрагенитальные и инфекционные заболевания матери

Г. Верный ответ Б

Д. Все ответы верные

Плодовые факторы

- А. Генетические заболевания
- Б. Вирусный гепатит матери во время беременности
- В. Пороки развития плода
- Г. Все ответы верные
- Д. Верные ответы А, В

5. Сочетанные факторы:

- А. Гестоз
- Б. Перенесенные аборт
- В. Патология плаценты (предлежание и преждевременная отслойка плаценты)
- Г. Изосерологическая несовместимость
- Д. Все ответы верные
- Е. Верные ответы А, В, Г

6. Для угрожающих преждевременных родов характерно:

- А. Повышенный тонус матки
- Б. Структурные изменения шейки матки.
- В. Кровянистые выделения из половых путей.
- Г. Верный ответ А.
- Д. Все ответы верные

7. Для начинающих преждевременных родов характерно:

- А. Повышенный тонус матки.
- Б. Структурные изменения со стороны шейки матки.
- В. Открытие шейки матки более 4 см.
- Г. Верные ответы А и Б.
- Д. Верные ответы Б и В.

Начавшиеся преждевременные роды.

- А. Повышенный тонус матки.
- Б. Регулярная родовая деятельность
- В. Раскрытие шейки матки 4 см и более.
- Г. Правильные ответы А и Б.
- Д. Правильные ответы Б и В

9. Консервативная тактика при преждевременных родах направлена на:

- А. На быстрое родоразрешение
- Б. Пролангирование беременности.
- В. На обезболивание родов.
- Г. Правильный ответ А.
- Д. Правильный ответ Б

10. Для лечения угрожающих преждевременных родов применяют:

А. Спазмолитики.

Включить звук

Б. 2 %раствор сернокислой магнезии.

В. Бета-миметики.

Г. Все перечисленное.

Д. Верный ответ Б

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы задачи.
- правильность решения тестов

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 13.Переношенная беременность.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;

- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Вынашивание плода – задача непростая, на всем протяжении беременности будущую маму и малыша поджидает множество проблем и возможных осложнений. Одним из таких осложнений является переношенная беременность, когда все рассчитанные сроки родов уже не минули, а ребенок не торопится появиться на свет. При переношенной беременности практически всегда возникают последствия, как у женщины, так и у ребенка.

Частота возникновения данной патологии составляет 8 – 10%, а по данным некоторых авторов достигает 42%. Перенашивание беременности способствует увеличению неонатальной заболеваемости (до 29%) и перинатальной смертности (до 29%).

Понятие «переношенная беременность»

В норме беременность продолжается 280 дней или 10 акушерских месяцев (40 недель). Считается переношенной беременность та, которая длится 42 недели и больше и завершается рождением ребенка с признаками перезрелости. Но не во всех случаях перенашивание беременности завершается рождением перезрелого плода, то есть «перенашивание» и «перезрелость» не являются синонимами.

Роды при подобной переношенной беременности носят название запоздалых. Вполне возможны рождение ребенка без явлений перезрелости после установления перенашивания беременности, так и роды, произошедшие в срок, но с рождением перезрелого плода. Исходя из сказанного, становится понятным, что перенашивание беременности является календарным понятием, а перезрелость включает оценку физического статуса родившегося ребенка

Классификация переносимости беременности

Различают 2 вида переносимости беременности:

- истинное или биологическое перенашивание – ситуация, в которой помимо увеличения на 10 – 14 дней даты родов рождается малыш с признаками перенашивания;
- ложное перенашивание или пролонгированная беременность – несмотря на увеличение продолжительности вынашивания плода на 2 и более недели, он рождается без явлений перенашивания, функционально зрелым, а в плаценте отсутствуют признаки «старения».

Но в современном акушерстве термин «пролонгированная беременность» не прижился, нет его и в международной классификации болезней. Чаще употребляется следующая классификация:

- если срок гестации больше 40 недель, но меньше 40 недель и семи дней, то есть 41 недели, беременность называется доношенной, а роды, соответственно, своевременными;
- если срок гестации больше 41 недели, но не превышает 41 неделю и 7 дней, говорят о «тенденции к перенашиванию», но роды по-прежнему называют своевременными (также применяется термин «41+»);
- если срок беременности соответствует полным 42 неделям и более, используют понятие «переносимая беременность», а роды называют запоздалыми.

От чего зависит срок родов

При расчете предполагаемой даты родов следует учитывать и продолжительность менструального цикла. Например, если менструальный цикл составляет более 28 дней, то возможны роды после достижения 40 полных недель, так называемая пролонгированная беременность. То есть, чем длиннее менструальный цикл, тем дольше длится беременность. А у

женщин с коротким менструальным циклом (менее 28 дней) роды могут начаться в 36 недель.

Что способствует перенашиванию

Переношенная беременность возникает вследствие воздействия множества факторов, но главной причиной выступает нарушенная нейрогуморальная регуляция в материнском организме, которая играет роль в формировании родовой доминанты. То есть имеются как функциональные расстройства в головном мозге, так и гормональный дисбаланс (гормоны, «подстегивающие» начало родовой деятельности: эстрогены и ХГЧ, прогестерон и плацентарный лактоген, гистамин и серотонин, простагландины и прочие).

Но в ряде случаев перенашивание беременности развивается не из-за состояния организма матери, а патологии плода и/или плаценты. В связи с этим все провоцирующие перенашивание факторы делятся на 2 группы: плодовые и материнские.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

задание 2.

решите задачу:

В родовом отделении находится беременная 34 лет. В анамнезе роды плода массой 4500, 3 мед аборта, 2 самопроизвольных выкидыша в 25 и 22 нед. Жалоб нет. Соматически здорова.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 42 нед. беременности, в нормальном тонусе.

Шевеление плода ощущается в 18 нед., сердцебиение выслушивается, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, отклонена кзади. Наружный зев размягчен, пропускает 2 пальца. Выделения в умеренном количестве, белые.

Анализ крови, мочи – без патологических изменений, в мазке из влагалища: лейкоциты – 10-12 в п/з, клетки плоского эпителия, палочки.

1. Диагноз
2. тактика?
3. Причины перенашивание беременности?
4. Запоздалые роды- это?
5. Дайте определение перенесенной беременности?

Задание 3.

Решите тестовые задания:

Вопрос 1

Какие данные анамнеза предполагают инфекционный генез невынашивания:

Выберите один ответ:

- a. наличие рецидивирующих воспалительных процессов гениталий
- b. ожирение после выкидыша
- c. воспалительные осложнения после выкидыша, появление лихорадки

Вопрос 2

К значимым факторам риска преждевременных родов относят:

Выберите один ответ:

- a. преждевременные роды в анамнезе
- b. курение
- c. инфекционный фактор
- d. многоплодие
- e. все перечисленное

Вопрос 3

О привычном невынашивании следует говорить при прерывании беременности:

Выберите один ответ:

- a. 2 раза подряд и более
- b. 3 раза в жизни
- c. более 4 раз
- d. не менее 5 раз
- e. 1 раз и более

Вопрос 4

Ранний самопроизвольный аборт -это прерывание беременности до:

Выберите один ответ:

- a. 7 недель беременности
- b. 10 недель беременности
- c. 12 недель беременности
- d. 16 недель беременности
- e. 20 недель беременности

Вопрос 5

Для определения перенашивания беременности в первую очередь необходимо:

Выберите один ответ:

- a. провести УЗИ;
- b. установить истинный срок беременности;
- c. определить ЧСС;
- d. определить объем амниотической жидкости;
- e. провести стрессовый тест.

Вопрос 6

Причинами позднего выкидыша являются:

Выберите один ответ:

- a. ИЦН
- b. гипоплазия матки
- c. гиперандрогения
- d. плацентарная недостаточность
- e. все перечисленное

Вопрос 7

Длина новорожденного при рождении 35 см, масса тела — 1 000 г.

В каком гестационном возрасте родился плод?

- a. 28-29 недель;
- b. 24-25 недель;
- c. 32-34 недели;
- d. 38—39 недель.

Вопрос 8

К признакам переносенного ребенка не относят:

Выберите один ответ:

- a. «ручки прачки»
- b. наличие сыровидной смазки
- c. отсутствие пушковых волос
- d. ногтевая пластинка до конца закрывает ногтевую фалангу
- e. пупочное кольцо ближе к лонному сочленению

Вопрос 9

Факторами, повышающими риск невынашивания беременности, считаются:

Выберите один ответ:

- a. возраст женщины старше 30 лет;
- b. аномалии строения матки;
- c. истмико-цервикальная недостаточность;
- d. многоплодная беременность;
- e. 4 и более родов в анамнезе.
- f. все перечисленное

Вопрос 10

Какие данные свидетельствуют о невынашивании генетического геноза:

Выберите один ответ:

- a. выкидыш в сроке 5 - 6 недель
- b. ожирение после выкидыша
- c. похудание после выкидыша

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы задачи .

-правильность решения тестов

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 14. Аномалии сократительной деятельности матки

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть

Аномалии сократительной деятельности матки (этиология, патогенез, классификация)

Аномалии родовой деятельности – это состояние, когда частота, продолжительность, ритм и сила схваток и потуг не обеспечивают динамичного, в границах физиологических параметров времени, продвижения плода и его изгнания без нарушения биомеханизма родов.

Этиология аномалий родовой деятельности весьма разнообразна. Основными причинами являются следующие:

- 1) чрезмерное нервно-психическое напряжение (волнения, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции);

2) инфекции, эндокринные и обменные нарушения в организме беременной;

3) патологическое изменение миометрия: эндомиометрит, склеротические и дистрофические изменения, неполноценный рубец на матке, пороки развития, гипоплазия матки;

4) перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода;

5) генетическая (врожденная) патология миоцитов, при которой отсутствует или резко снижена возбудимость клеток миометрия;

6) возраст первородящей 30 лет и старше и юный возраст (до 18 лет);

7) механические препятствия для раскрытия шейки матки и продвижения плода (анатомически и клинически узкий таз, неправильные положения плода, опухоли, травмы, пороки развития и другие патологические изменения шейки матки и малого таза);

8) ятрогенные факторы: необоснованное или чрезмерное применение родостимулирующих, токолитических, спазмолитических и анальгезирующих средств.

Патогенез аномалий родовой деятельности определяется разнообразными факторами и зависит от нейроэндокринных и гуморальных факторов регуляции сократительной деятельности миометрия. В основе лежат нарушения со стороны функционирования нервной системы, нарушение равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Основная причина развития аномалий родовой деятельности является отсутствие сформированной родовой доминанты. Большое значение также

отводится активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, концентрации кининов, катехоламинов, ферментов, некоторых гормонов беременной и плода, простагландинов, витаминов, электролитов, микроэлементов и др. Определенное значение отводится степени маточного кровотока, рецепторному аппарату матки, иммунным нарушениям и т.д.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

Вопрос 1

Лечение первичной слабости родовой деятельности включает:

Выберите один ответ:

- a. внутривенное капельное введение утеротоников
- b. создание гормонально-энергетического фона
- c. применение спазмолитических препаратов
- d. медикаментозный сон и обезболивание
- e. все перечисленное

Вопрос 2

Передозировка сокращающих матку средств приводит к:

Выберите один ответ:

- a. гипертонусу матки
- b. внутриутробной гипоксии плода

- c. разрыву матки
- d. преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты
- e. всем перечисленным осложнениям

Вопрос 3

Какие методы используются для исследования сократительной деятельности матки?

Выберите один ответ:

- a. Наружная гистерография
- b. Кардиотокография
- c. Ультразвуковое исследование
- d. Допплерометрия
- e. ЭЭГ

Вопрос 4

Лечение дискоординированной родовой деятельности не включает:

Выберите один ответ:

- a. применения седативных препаратов
- b. применения обезболивающих средств
- c. введения утеротоников
- d. введения спазмолитиков
- e. перидуральной анестезии

Вопрос 5

Наиболее объективный метод диагностики вида аномалии родовой деятельности:

Выберите один ответ:

- a. пальпаторное определение силы и продолжительности схваток
- b. влагалищное исследование
- c. моноканальная наружная гистерография
- d. многоканальная гистерография

Вопрос 6

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

Выберите один ответ:

- a. ввести окситоцин
- b. ввести энзапрост
- c. выполнить амниотомию
- d. выполнить амниотомию с последующим введением утеротоников
- e. сделать операцию кесарева сечения

Вопрос 7

Группу риска по развитию аномалии родовой деятельности составляют беременные с:

Выберите один ответ:

- a. отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
- b. многоводием и многоплодием
- c. крупным плодом
- d. пороками развития матки
- e. всеми перечисленными осложнениями

Вопрос 8

Врачебная тактика при вторичной слабости родовой деятельности и отсутствии симптомов гипоксии плода в периоде изгнания зависит от:

Выберите один ответ:

- a. размеров головки
- b. характера вставления головки
- c. положения головки в малом тазу
- d. эффективности действия окситоцина
- e. всего перечисленного

Вопрос 9

Объективные критерии эффективности родовой деятельности не включают:

Выберите один ответ:

- a. характер схваток
- b. динамику раскрытия маточного зева
- c. время излития околоплодных вод
- d. продвижение плода по родовому каналу

Вопрос 10

Скорость раскрытия шейки матки в латентную фазу при слабости родовой деятельности:

Выберите один ответ:

- a. 1 см в 1 час
- b. Менее 0,35 см в 1 час
- c. 1,5 см в 1 час
- d. 2 см в 1 час
- e. 0,5 см в 1 час

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.

- правильность решения тестов

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 15. Роды при узком тазе.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Понятие «узкий таз»

В потужном периоде, когда плод изгоняется из матки, он должен преодолеть костное кольцо родовых путей, то есть малый таз. В состав таза входит 4 кости: 2 тазовые, образованные подвздошными, лобковыми и седалищными костями, крестец и копчик. Эти кости контактируют друг с другом с помощью хрящей и связок. У женщин таз, в отличие от мужчин, шире и объемнее, но имеет меньшую глубину. Нормальные параметры таза выполняют важную роль в физиологическом, без осложнений, течении родов. При наличии отклонений в конфигурации и симметричности таза и уменьшении размеров костный таз выступает препятствием к преодолению его головки плода.

В практическом плане узкий таз разделяют на 2 вида:

- анатомически узкий таз, который характеризуется снижением одного/нескольких размеров на 2 см и больше;

- клинически узкий таз развивается, когда возникает несоответствие в родах размеров головки ребенка анатомическим размерам таза женщины (но даже в случае анатомического сужения таза в родах не всегда возможно возникновение функционально узкого таза, например, если плод обладает небольшими размерами, и напротив, при нормальных анатомических показателях таза и крупном малыше вполне вероятно возникновение клинически узкого таза).

Причины

Причины образования узкого таза различаются при его анатомическом сужении или возникновении несоразмерности размеров головки малыша и тазовых размеров матери.

Этиология анатомически суженного таза

Спровоцировать формирование анатомически суженного таза способны следующие факторы:

- сбои в менструальной функции, нарушение детородной функции, позднее начало месячных;
- нейроэндокринная патология;
- частые простудные заболевания и чрезмерная физическая нагрузка в подростковом возрасте;
- недостаточное питание, тяжелая физическая работа в детстве.

Анатомическое сужение таза вызывают следующие причины:

- инфантилизм, как общий, так и половой;
- отставание в половом развитии;
- рахит;

- остеопороз, костный туберкулез и костные опухоли;
- переломы тазовых костей;
- искривление позвоночника (лордоз и кифоз, сколиоз и переломы копчика);
- детский церебральный паралич;
- особенности конституции и наследственность;
- полиомиелит;
- экзостозы и опухоли таза;
- повреждающие факторы в антенатальном периоде;
- акселерация (бурный рост тела в длину и одновременно замедление увеличения поперечных тазовых размеров);
- стрессовые ситуации и психоэмоциональные нагрузки, которые способствуют возникновению «компенсаторной гиперфункции организма», что формирует поперечносуженный таз;
- занятия профессиональным спортом (гимнастика, лыжи, плавание);
- нарушенный минеральный обмен;
- гипо- и гиперэстрогения, избыток андрогенов;
- вывихи тазобедренных суставов.

Этиология функционально узкого таза

Диспропорцию в родах между головкой ребенка и материнским тазом вызывают:

- анатомическое сужение таза;
- крупные размеры и вес плода;
- затруднения конфигурации черепных костей плода (истинное перенашивание);
- неправильное положение будущего малыша;

- патологическое вставление головки (асинклитизм, лобное вставление и прочее);

- новообразования матки и яичников;
- сужение (атрезия) влагалища;
- предлежание тазовым концом (редко).

Роды, осложненные клинически узким тазом, в 9 – 50% завершаются кесаревым сечением.

Практическая часть

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2

Решите тесты:

1. Анатомически узким тазом называется таз, размеры которого (или хотя бы один из размеров) уменьшены на

- 1) 0,5 см
- 2) 0,5-1 см
- 3) 1-1,5 см
- 4) 1,5-2 см
- 5) 2-2,5 см

2. Наиболее частым осложнением в родах для плода при узком тазе является

- 1) родовая травма
- 2) гипоксия

- 3) инфицирование
- 4) дистресс-синдром
- 5) гемолитическая болезнь

3. Размеры таза 26-26-31-18 см характерны для

- 1) кососуженного таза
- 2) общеравномерносуженного таза
- 3) простого плоского таза
- 4) плоскорихитического таза
- 5) общесуженного плоского таза

4. Прямой размер плоскости входа малого таза (при плоских тазах)

головка плода проходит

- 1) малым поперечным размером
- 2) большим поперечным размером
- 3) малым косым размером
- 4) средним косым размером
- 5) большим косым размером

5. Беременность 43 недели, конец I периода родов, сердцебиение плода 146 уд/мин., конфигурация головки плода отсутствует, прижата ко входу в малый таз, показано

- 1) профилактика внутриутробной гипоксии плода

- 2) операция акушерских щипцов
- 3) операция кесарева сечения
- 4) операция вакуум-экстракции плода
- 5) ведение родов через естественные родовые пути

6. Высокое прямое стояние стреловидного шва головки характерно для родов при

- 1) общеравномерносуженном тазе
- 2) простом плоском тазе
- 3) плоскорихитическом тазе
- 4) поперечносуженном тазе
- 5) общесуженном плоском тазе

7. Конфигурация головки плода при общеравномерносуженном тазе имеет форму

- 1) брахицефалическую
- 2) резко долихоцефалическую
- 3) долихоцефалическую
- 4) „рога,,
- 5) „башни,,

8. Рентгенологический метод, определяющий форму сужения таза, называется _ _____.

9. Конец I периода родов, схватки через 1,5-2 минуты по 50-55 секунд, плод жив, головка плода прижата ко входу в малый таз, признак Вастена вровень, в моче примесь крови, показано

- 1) акушерские щипцы
- 2) вакуум-экстракция плода
- 3) краниотомия
- 4) щипцы по Уилт-Иванову
- 5) кесарево сечение

10. Конец I периода срочных родов, наружная конъюгата равна 19 см, размер Цангеймейстера 20,5 см, что характерно для

- 1) клинически узкого таза
- 2) общеравномерносуженного таза
- 3) простого плоского таза
- 4) плоскорихитического таза
- 5) общесуженного плоского таза

11. Простой плоский таз иначе называется

- 1) Литцмановсим
- 2) Робертовским

- 3) Девентеровским
- 4) Негелевским
- 5) Шредеровским

12. Наружные размеры таза 26-29-31-18 см
характерны для

- 1) кососуженного таза
- 2) общеравномерносуженного таза
- 3) простого плоского таза
- 4) плоскорихитического таза
- 5) общесуженного плоского таза

13. Нормальные размеры ромба Михаэлиса

- 1) прямой – 11, поперечный – 10 см
- 2) прямой – 10, поперечный – 8 см
- 3) прямой – 10, поперечный – 11 см
- 4) прямой – 11, поперечный – 11 см
- 5) прямой – 9, поперечный – 10 см

14. Механизм родов при плоскорихитических тазах
характеризуется длительным стоянием стреловидного шва в

- 1) прямом размере плоскости выхода
- 2) поперечном размере плоскости входа

- 3) левом косом размере
- 4) правом косом размере
- 5) боковом размере

15. Индекс Соловьева в норме равен

- 1) 1,0-1,2
- 2) 1,2-1,4
- 3) 1,4-1,6
- 4) 1,5-1,7
- 5) 1,6-1,7

Задание 3.

Решите задачу:

Первобеременная У., 35 лет, находится в отделении патологии беременности в течение недели по поводу гипоксии плода в сроке беременности 40 недель. Жалобы на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота, поясничной области, различной интенсивности и длительности в течение 10 часов. Предыдущую ночь не спала, утомлена. Общее состояние удовлетворительное. Размеры таза 26-28-30-21 см, сердцебиение плода 140 ударов в минуту, слева ниже пупка. Влагалищное исследование: шейка матки плотная, длиной до 2,5 см, отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца, плодный пузырь цел. Токограмма: схватки через 25-100 сек., по 35-110 сек., силой 50-90 мм рт. ст., базальный тонус матки 12-15 мм рт. ст.

1. Диагноз?

2.Тактика?

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестов
- правильность решения задачи.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 16.Роды при патологических положениях

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Неправильным положением плода называют клиническую ситуацию, когда ось плода пересекает ось матки.

КОД ПО МКБ-10

О32.8 Другие формы неправильного предлежания плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Неправильное положение плода обнаруживают с частотой 1:200 родов (0,5–0,7%), причём у многорожавших в 10 раз чаще, чем у первородящих.

КЛАССИФИКАЦИЯ

К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения. Поперечным положением (*situs transversus*) называют клиническую ситуацию, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребней подвздошных костей (рис. 52-18).

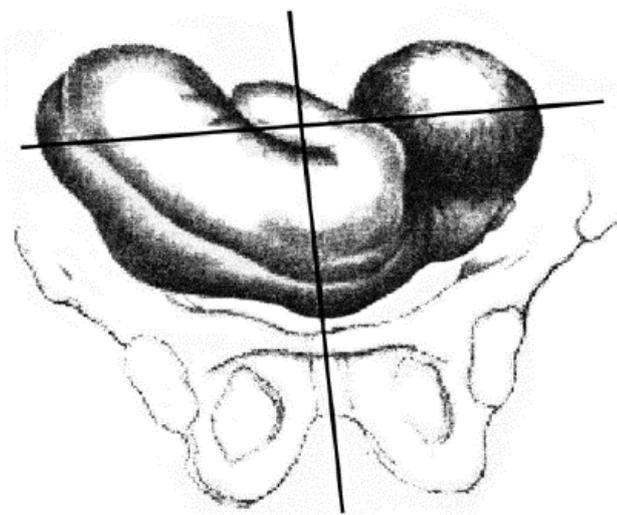


Рис. 52-18. Поперечное положение плода. Первая позиция, передний вид.

Косым положением (*situs obliquus*) называют клиническую ситуацию, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза (рис. 52-19). Косое положение считают

переходным состоянием: во время родов оно превращается в продольное либо в поперечное.

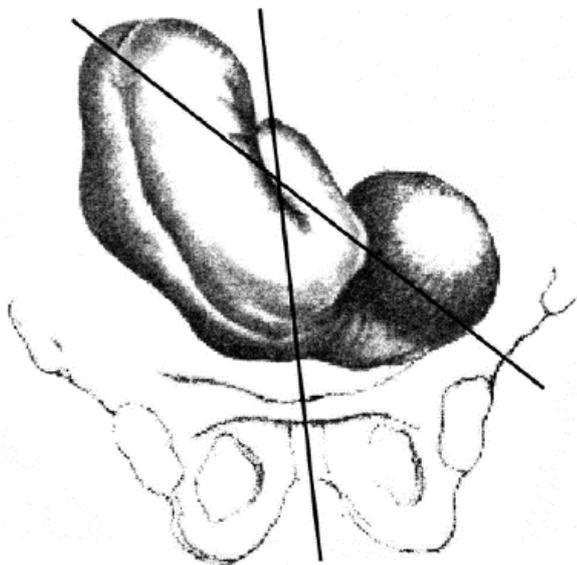


Рис. 52-19. Косое положение плода. Первая позиция, передний вид.

Позицию плода при неправильных положениях определяют по головке: если она расположена слева от срединной линии тела беременной — первая позиция, если справа — вторая. Вид, как и при продольном положении плода, определяют по спинке: если она обращена кпереди — передний вид, кзади — задний. Имеет значение расположение спинки плода по отношению ко дну матки и входу в малый таз.

ЭТИОЛОГИЯ

Причины возникновения поперечного или косого положения плода разнообразны. Сюда относят понижение тонуса матки и дряблость мускулатуры передней брюшной стенки. Другие причины неправильных положений плода: многоводие, при котором плод чрезмерно подвижен, многоплодие, двурогая матка, предлежание плаценты, опухоли матки и придатков, расположенные на уровне входа в таз или в его полости, узкий таз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Поперечное и косое положение плода устанавливают, основываясь на данных осмотра беременной, пальпации живота, влагалищного исследования. При осмотре обращают внимание на необычную поперечнорастянутую форму живота. Матка имеет не удлинённо-овальную, а шарообразную форму, так как растянута поперёк. При пальпации предлежащую часть плода определить не удаётся; головка прощупывается слева (рис. 52-20) или справа от срединной линии тела беременной. При многоплодии, многоводии, резком напряжении матки не всегда возможно определить положение и позицию плода.

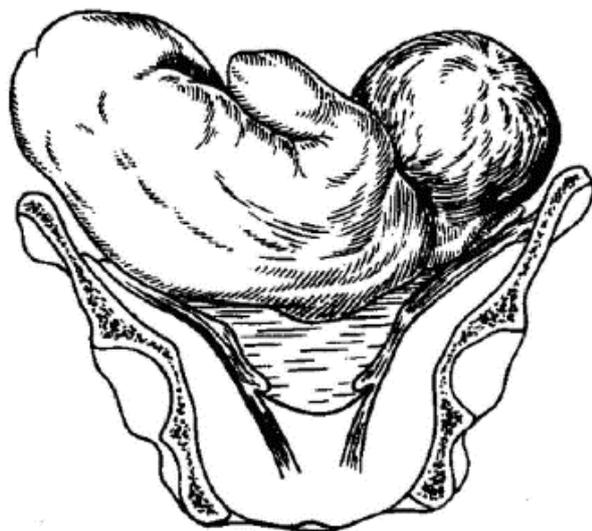


Рис. 52-20. Поперечное положение плода. I позиция, передний вид; период раскрытия, плодный пузырь цел.

ДИАГНОСТИКА

Окончательный диагноз ставят на основании УЗИ. Влагалищное исследование во время беременности и в первом периоде родов не даёт чётких результатов. Исследование следует производить очень осторожно, так как вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева значительно ухудшает прогноз родов. При влагалищном исследовании после излития вод и раскрытия зева на 4 см и больше

прощупывают бок плода (рёбра, межрёберные промежутки), лопатку, подмышечную впадину, иногда локти или кисть ручки. При выпадении из половой

щели ручки диагноз поперечного положения не вызывает сомнений.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

·Беременность 36 нед. Поперечное положение плода. I позиция, передний вид.

·Беременность 39–40 нед. Преждевременное излитие вод. Косое положение плода.

·Первый период срочных родов. Поперечное положение плода. II позиция, задний вид.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Беременность протекает без особенностей, но чаще происходят преждевременные роды. При отсутствии медицинской помощи роды сопровождаются рядом серьёзных и крайне опасных для жизни матери и плода осложнений (раннее излитие вод, выпадение мелких частей плода, возникновение запущенного поперечного положения плода, разрыв матки, смерть матери и плода). Раннее излитие вод происходит в результате чрезмерного напряжения нижнего полюса плодного яйца, что обусловлено отсутствием деления ОВ на передние и задние. При раннем излитии вод роды протекают длительно. Стремительное излитие вод часто приводит к выпадению пуповины или ручки плода, потере подвижности плода (запущенное поперечное положение). Выпадение пуповины при поперечном положении плода может привести к инфицированию, развитию хориоамнионита, гипоксии плода.

Выпадение ручки повышает опасность восходящей инфекции во время родов.

Запущенное поперечное положение плода нередко сопровождается вколачиванием во вход таза плечика плода.

Таким образом, большая часть плода находится в полости растянутого нижнего маточного сегмента и шейки матки.

Плод совершенно неподвижен в матке; возникает очень опасная ситуация — запущенное поперечное положение плода (рис. 52-21).



Рис. 52-21. Запущенное поперечное положение плода, выпадение правой ручки, перерастяжение матки, угрожающий разрыв матки.

При запущенном поперечном положении плода и продолжающейся родовой деятельности возможен разрыв матки.

Смерть роженицы может наступить вследствие разлитого перитонита или сепсиса. Генерализованная инфекция возникает в результате длительного течения родов, обусловленного вторичной слабостью родových сил, ранним излитием вод; плод погибает от гипоксии.

Крайне редко роды при поперечном положении плода заканчиваются самопроизвольно путём самоизворота (*evolutio foetus spontanea*), или

рождения плода сдвоенным туловищем (partus conduplicatio corporis). Подобный исход родов возможен как исключение при сильных схватках, глубоко недоношенном или мёртвом мацерированном плоде.

Механизм самоизворота следующий: головка плода задерживается выше пограничной линии таза, в полость таза вколачивается одно плечико; шейка плода резко растягивается и из половой щели рождается плечико, за ним, соскальзывая мимо головки, туловище, таз и ножки плода и, наконец, головка. При родах сдвоенным туловищем первым рождается плечико, затем туловище и головка, вдавленная в живот, а далее таз плода и ножки.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тест:

001. Анатомически узким принято считать всякий таз,

у которого по сравнению с нормальным

- а) все размеры уменьшены на 0.5-1 см
- б) хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см
- в) все размеры уменьшены на 1.5-2 см
- г) хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см
- д) ничего не верно

002. Таз может считаться анатомически узким,

если величина наружной конъюгаты менее

- а) 20 см
- б) 19.5 см
- в) 19 см

г) 18.5 см

д) 18 см

003. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее

а) 12 см

б) 11.5 см

в) 11 см

г) 10.5 см

д) 10 см

004. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет

а) менее 13.5 до 13 см

б) менее 13 до 12.5 см

в) менее 12.5 до 12 см

г) менее 12 до 11.5 см

д) менее 11.5 до 11 см

005. Частота анатомически узкого таза составляет

а) 10-8%

б) 7-6%

в) 5-4%

г) 3-2%

д) менее 2%

006. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе состоят в следующем

а) может быть косое асинклитическое вставление головки плода

- б) может быть высокое прямое стояние головки плода
- в) головка плода может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

007. При следующих размерах:

D.sp - 24 см, D.cr - 27 см, D.tr - 30 см, C.ext - 18 см таз следует

отнести

- а) к плоскоррахитическому
- б) к простому плоскому
- в) к поперечносуженному
- г) к косому
- д) к общеравномерносуженному

008. При следующих размерах:

D.sp - 26 см, D.cr - 27 см, D.tr - 31 см, C.ext - 17.5 см таз следует

отнести

- а) к плоскоррахитическому
- б) к простому плоскому
- в) к поперечносуженному
- г) к косому
- д) к общеравномерносуженному

009. Указанные особенности биомеханизма родов:

- длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз;
- некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз;
- асинклитическое вставление головки плода (чаще задне-теменной асинклитизм)

характерны для следующей формы анатомически узкого таза

- а) простой плоский
- б) плоско-рахитический
- в) общеравномерносуженный
- г) поперечносуженный

010. Для общеравномерносуженного таза характерно

- а) уменьшение только прямого размера входа в малый таз
- б) одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
- в) удлинение крестца
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

011. Уплотнение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба

характерно для следующей формы анатомически узкого таза

- а) поперечносуженного
- б) простого плоского
- в) плоско-рахитического
- г) общеравномерносуженного
- д) кососмещенного

012. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании

характерны следующие основные особенности

- а) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером
- б) внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую
- в) ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками

- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

013. Простой плоский таз характеризуется

- а) уменьшением всех прямых размеров полости малого таза
- б) увеличением высоты таза
- в) уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового

ромба

- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

014. Указанные особенности биомеханизма родов:

- долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом

размере

во входе в малый таз;

- выраженное сгибание головки плода;
- строго синклитическое вставление головки плода

характерны для следующей формы анатомически узкого таза

- а) общеравномерносуженного
- б) общесуженного плоского
- в) простого плоского
- г) поперечносуженного
- д) плоско-рахитического

015. Степень сужения таза определяется, как правило, по уменьшению размера

- а) анатомической конъюгаты
- б) истинной конъюгаты
- в) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
- г) высоты стояния дна матки

д) поперечного размера матки

016. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см

позволяет отнести таз к степени сужения

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV

017. Размер истинной конъюгаты 8.5 см

позволяет отнести таз к степени сужения

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV

018. В прогнозе родов при анатомически узком тазе наибольшее значение имеет

- а) высота дна матки
- б) окружность живота
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

019. Клинически узкий таз - это

- а) одна из форм анатомически узкого таза
- б) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
- в) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности

- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

020. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются

- а) анатомическое сужение таза
- б) крупный плод
- в) задне-теменной асинклитизм
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленные

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 17. Акушерский травматизм

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ. Под акушерским травматизмом понимают нарушения целостности родовых путей женщины, происходящие в родах, а также повреждения плода в процессе родов. Акушерский травматизм матери может произойти в различных отделах родовых путей (от вульвы до дна матки) и носить различный характер (от небольших повреждений до смертельных разрывов матки).

Разрывы матки. В современном акушерстве разрывы матки возникают довольно редко. Данная патология встречается при несвоевременном прогнозировании риска разрыва матки и неправильной организации родовспоможения. Разрывы матки чаще возникают у повторнородящих и только 10% случаев у первородящих женщин. Причинами, приводящими к разрыву матки, являются: узкий таз (чаще общеравномерносуженный), поперечное и косое положение плода, крупный плод или гидроцефалия, асинклитическое вставление головки, лобное и задний вид лицевого предлежания. Кроме механических причин, вызывающих задержку продвижения головки и перерастяжения нижнего сегмента матки, разрывы матки могут быть обусловлены врожденными или приобретенными изменениями миометрия.

Симптомы

При угрожающем разрыве матки женщина обычно возбуждена и беспокойна. Отмечается резкая болезненность схваток и нижнего сегмента матки даже в промежутках между схватками. Часто наблюдается развитие дискоординированной родовой деятельности с наступлением судорожных схваток. При осмотре обнаруживают учащенный пульс, сухой язык, одышку, иногда бывает полуобморочное состояние. Схватки из судорожных могут перейти в тетанические. Матка приобретает вытянутую в длину форму,

напряжена. В части случаев можно наблюдать ретракционное кольцо в виде косо идущей борозды немного выше или ниже пупка. Над контракционным кольцом прощупывается тело матки, которое по своим размерам значительно меньше перерастянутого нижнего пассивного ее отдела. Пальпация тела матки менее болезненна, стенки ее меньше напряжены. Определяются утолщенные и болезненные круглые связки матки. При влагалищном исследовании роженицы определяется отек краев ущемленного зева, который в виде мягкой лопасти свешивается во влагалище, затрудняя исследование более высоких отделов полового тракта. Если ущемления шейки нет, определяются полное ее открытие и предлежащая часть плода высоко над входом в таз.

Диагностика

В момент разрыва роженица ощущает сильную режущую боль. Болезненные и чрезвычайно сильные схватки сразу прекращаются. Из возбужденного больная переходит в состояние полной апатии или обморочное состояние. Отмечается выраженная слабость. Пульс мягкий, частый с переходом в нитевидный, снижение АД. При наружном исследовании при полном разрыве матки с выходом плода в брюшную полость пальпируется сократившаяся матка, рядом с которой определяется плод. Наружное кровотечение незначительное или отсутствует, даже при условии, что брюшная полость окажется переполненной кровью. Если плод до разрыва еще был жив, после него он, как правило, гибнет. Иногда отмечается еще один симптом разрыва матки — появление крови в моче вследствие одновременного разрыва мочевого пузыря или только его слизистой. Особенность травматического шока при этой патологии обусловлена наличием дополнительных отягощающих факторов: непосредственного разрушения клеток и тканей; внезапного резкого изменения внутрибрюшного давления, полного или частичного выхода плода и плаценты в брюшную полость. Тяжелое механическое повреждение матки сопровождается массивной кровопотерей и приводит к развитию

геморрагического шока с нарастающей ансмизацией.

В момент разрыва роженица ощущает сильную режущую боль. Болезненные и чрезвычайно сильные схватки сразу прекращаются. Из возбужденного больная переходит в состояние полной апатии или обморочное состояние. Отмечается выраженная слабость. Пульс мягкий, частый с переходом в нитевидный, снижение АД. При наружном исследовании при полном разрыве матки с выходом плода в брюшную полость пальпируется сократившаяся матка, рядом с которой определяется плод. Наружное кровотечение незначительное или отсутствует, даже при условии, что брюшная полость окажется переполненной кровью. Если плод до разрыва еще был жив, после него он, как правило, гибнет. Иногда отмечается еще один симптом разрыва матки — появление крови в моче вследствие одновременного разрыва мочевого пузыря или только его слизистой. Особенность травматического шока при этой патологии обусловлена наличием дополнительных отягощающих факторов: непосредственного разрушения клеток и тканей; внезапного резкого изменения внутрибрюшного давления, полного или частичного выхода плода и плаценты в брюшную полость. Тяжелое механическое повреждение матки сопровождается массивной кровопотерей и приводит к развитию геморрагического шока с нарастающей ансмизацией.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тест:

001. При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме

- а) нарушения задней спайки
- б) повреждения стенок влагалища
- в) повреждения мышц промежности
- г) повреждения наружного сфинктера прямой кишки
- д) повреждения кожи промежности

002. При разрыве промежности III степени

швы накладывают, как правило, в следующей последовательности

а) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности

б) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности

в) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности

г) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности

д) на слизистую влагалища, мышцы промежности, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, кожу промежности

003. Насильственные разрывы шейки матки

образуются во всех перечисленных ситуациях, кроме

- а) наложения акушерских щипцов
- б) поворота плода на ножку

- в) извлечения плода за тазовый конец
- г) плодоразрушающих операций
- д) длительного сдавления шейки матки при узком тазе

004. При разрыве промежности I степени швы накладывают, как правило

- а) на слизистую влагалища
- б) на мышцы промежности
- в) на кожу промежности
- г) верно а) и в)
- д) на все перечисленное

005. Разрыв шейки матки III степени (с одной или двух сторон)

характеризуется тем, что он

- а) более 2 см, но не доходит до свода влагалища
- б) доходит до свода влагалища
- в) сливается с разрывом верхнего отдела влагалища
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное неверно

006. Тактика ведения больных

при быстро нарастающей гематоме наружных половых органов должна быть следующей

- а) применяют давящую повязку
- в) внутрь - витамин С, хлорид кальция
- в) проводят антианемическое лечение
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

007. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является

- а) восстановление слизистой влагалища
- б) наложение швов на мышцы промежности
- в) восстановление сфинктера прямой кишки
- г) зашивание разрыва стенки прямой кишки

008. Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием

- а) болезненности нижнего сегмента матки
- б) сильной родовой деятельности
- в) затруднения мочеиспускания
- г) отека шейки матки

009. Профилактика акушерских травм таза у беременных группы риска включает

родов

- а) госпитализацию в родовое отделение за 10-12 дней до срока
- б) ношение родового бандажа
- в) полноценное питание с достаточным количеством белка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

010. Причины разрыва мочевого пузыря в родах

- а) разрыв матки в родах
- б) извлечение крупного плода из полости матки в момент операции кесарева сечения через небольшое отверстие в матке
- в) насильственный разрыв матки при родоразрешающих операциях

- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

011. Условия вторичного наложения швов на промежность в послеродовом периоде

- а) отсутствие раневого отделяемого
- б) отсутствие инфильтрата по линии разрыва
- в) нормальная температура тела
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

012. Особенности методики зашивания стенки прямой кишки (при разрыве промежности III степени)

- а) использование кетгутовых лигатур (N 1)
- б) наложение швов на расстоянии 1-1.2 см друг от друга
- в) завязывание узлов лигатуры в просвет кишки
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

013. Факторы, предрасполагающие к перфорации матки во время производства искусственного аборта

- а) неправильное положение матки
- б) отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
- в) опухоли матки
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

014. Основными моментами профилактики повреждения мочевого пузыря

при влагалищных операциях являются

- а) поверхностное рассечение ткани
только до слоя рыхлой соединительной ткани
- б) предварительная гидропрепаровка тканей с 0.25% раствором

новокаина

- в) отсепаровывание выкроенного лоскута ткани острым путем
с помощью тупоконечных ножниц
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

015. Объем оперативного лечения при перфорации матки во время
аборта

зависит в основном

- а) от силы кровотечения
- б) от выраженности болевого синдрома
- в) от характера повреждения
- г) верно а) и в)
- д) от всего перечисленного

016. Возникновению разрывов промежности в родах способствует

- 1) прорезывание головки плода неблагоприятным размером
- 2) наложение акушерских щипцов
- 3) ригидность тканей промежности
- 4) неправильное ведение родов
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

017. Причины возникновения разрывов влагалища в родах

- 1) инфантилизм
 - 2) стремительное течение родов
 - 3) крупная головка плода
 - 4) неправильные (разгибательные) предлежания головки плода
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

018. При разрыве промежности II степени

проводят, как правило, поэтапное зашивание

- 1) слизистой влагалища
 - 2) мышц промежности
 - 3) кожи промежности
 - 4) наружного сфинктера прямой кишки
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

019. Принципы лечения совершившегося разрыва матки

- 1) адекватное анестезиологическое пособие
- 2) оперативное вмешательство
- 3) инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере
- 4) коррекция нарушений гемокоагуляции

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

020. При невосстановленных разрывах промежности II степени возможно развитие следующих осложнений

- 1) опущение и выпадение влагалища
- 2) опущение и выпадение матки
- 3) недержание газов и кала
- 4) диспареуния

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

021. Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов

или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется, как правило, следующим

- 1) наличием опухолевидного образования
- 2) сине-багровой окраской образования
- 3) напряжением тканей над образованием и болезненностью
- 4) возможным появлением признаков анемии

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным

- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

022. Профилактика разрывов промежности включает

- 1) соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах
 - 2) бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций
 - 3) правильное ведение родов
 - 4) перинеотомию или эпизиотомию
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

023. Показания к перинеотомии или эпизиотомии

- 1) ригидная промежность
 - 2) операция наложения акушерских щипцов
 - 3) высокая промежность
 - 4) недоношенный плод
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

024. Причины, вызывающие гематомы наружных половых органов и влагалища

- 1) оперативное родоразрешение
(акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец)
 - 2) патологические изменения в сосудистой системе
 - 3) затяжные роды
 - 4) ригидная промежность
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

025. Возникновению самопроизвольных разрывов шейки матки способствует

- 1) ригидность шейки матки
 - 2) изменения, связанные с предшествующими воспалительными процессами и травмами шейки матки
 - 3) крупный плод
 - 4) экстракция плода за тазовый конец
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

026. Для клинической картины разрыва шейки матки характерно

- 1) периодически повторяющееся кровотечение из половых путей
- 2) гипотония матки
- 3) ДВС-синдром
- 4) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной

матке

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

027. Глубокие разрывы шейки матки опасны возникновением

- 1) кровотечения
- 2) эктропиона
- 3) хронического воспаления слизистой оболочки шеечного

канала

- 4) гипотонии матки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

028. Особенностью наложения швов при разрыве шейки матки в родах является

- 1) захват шейки матки специальными щипцами и подтягивание ее ко входу во влагалище
- 2) отведение шейки матки в сторону, противоположную от

разрыва

- 3) наложение первого шва несколько выше места разрыва
- 4) дальнейшее зашивание разрыва
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное

- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

029. Причины разрыва матки во время беременности

- 1) клинически узкий таз
 - 2) анатомически узкий таз
 - 3) крупный плод
 - 4) несостоятельность послеоперационного рубца на матке
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

030. Причины разрыва матки в родах

- 1) клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери
 - 2) поперечное положение плода
 - 3) анатомически узкий таз
 - 4) крупный плод
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

031. К разрыву матки предрасполагает

- 1) рубец на матке после операции кесарева сечения
- 2) повреждение матки при аборте
- 3) дегенеративные и воспалительные процессы в матке,

перенесенные до настоящей беременности

- 4) инфантилизм
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 18. Акушерские операции.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ — оперативные вмешательства на половых органах женщины, на плодном яйце или плоде, производимые в связи с беременностью, осложнениями ее, осложнениями родов и послеродового периода.

Отдельные акушерские операции были известны за много веков до новой эры. Так, согласно древнейшему памятнику индийской медицины «Аюрведа» (9—3 века до нашей эры), индусы знали поворот плода на ножку и на головку при неправильном его положении, операцию эмбриотомии, применяли кесарево сечение (см.) при внезапной смерти матери в конце беременности. Об операции кесарева сечения упоминается в греческой мифологии и у древних египтян, в талмуде, в древнейших скандинавских сагах. В Риме (8 век до нашей эры) существовал закон о применении кесарева сечения для извлечения плода в случае внезапной смерти матери в конце беременности. В 1 и 2 века нашей эры врачи Авл Корнелий Цельс (см.), Соран Эфесский упоминают в своих трудах об операции акушерского поворота. В дальнейшем эта операция была забыта и вновь произведена лишь в 16 веке французским хирургом Амбруазом Паре (см.).

Для большинства акушерских операций характерна неотложность показаний (например, операции по поводу акушерского кровотечения, разрыва матки, гипоксии плода). Они имеют особенности, отличающие их от других хирургических операций: 1) проведение большинства из них без контроля зрения; 2) необходимость (при жизнеспособном плоде) бережного родоразрешения; 3) невозможность сделать асептичными родовые пути в связи с близостью прямой кишки — постоянного резервуара бактерий, в том числе и патогенных.

Для каждой акушерской операции необходимо определить показания, условия, учесть противопоказания. Все акушерские операции требуют обезболивания. Выбор метода обезболивания зависит от индивидуальных особенностей беременной (роженицы) и состояния плода.

Акушерские операции делятся на ряд групп.

1. Операции, сохраняющие беременность [наложение циркулярного шва в области внутреннего зева шейки матки по методу Широкара (V. N. Shirodkar), зашивание наружного зева шейки матки по методу Сенди (B. Szendi)].

2. Операции искусственного прерывания беременности: в ранние сроки (до 12 недель) — выскабливание беременной матки кюреткой, вакуум-эксхолеация и в более поздние сроки — влагалищное кесарево сечение, малое кесарево сечение.

3. Операции наружного акушерского поворота, исправляющие неправильные положения плода.

4. Операции во время родов: а) подготавливающие родовые пути — эпизно- и перинеотомии, разрыв плодного пузыря, кольпейриз, метрейриз, рассечение шейки матки; б) операции, имеющие целью исправить положение или предлежание плода — акушерский поворот; в) родоразрешающие операции — кожно-головные щипцы по Уилету—Иванову, бинт Вербова, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец, брюшностеночное кесарево сечение; г) плодоразрушающие операции.

Операции, применяемые в последовом и раннем послеродовом периодах (ручное отделение плаценты и выделение последа, ручное, инструментальное обследование стенок полости матки, перевязка магистральных сосудов матки, надвлагалищная ампутация и экстирпация матки).

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Используя различные источники, подготовьте сообщение на тему " Меры предупреждения послеоперационных осложнений в акушерстве

задание 3.

Решите тестовые задания:

Вопрос 1

Какая операция принадлежит к плодоразрушающим?

Выберите один ответ:

- a. Амниотомия
- b. Акушерские щипцы
- c. Кесарево сечение
- d. Краниотомия
- e. Наложение шва на шейку матки

Вопрос 2

Какая из этих операций проводится при запущенном поперечном положении плода?

Выберите один ответ:

- a. Кесарево сечение
- b. Краниотомия
- c. Декапитация
- d. Наложение акушерских щипцов
- e. Эпизиотомия

Вопрос 3

Показание к досрочному вскрытию плодного пузыря:

Выберите один ответ:

- a. гестозы;
- b. ножное предлежание плода;
- c. ягодичное предлежание плода;
- d. смешанное ягодичное предлежание плода.

Вопрос 4

Неоправдано наложение:

Выберите один ответ:

- a. выходных щипцов;
- b. полостных щипцов;
- c. высоких щипцов;
- d. кожно-головных щипцов.

Вопрос 5

Перинеотомию производят:

Выберите один ответ:

- a. при головке, находящейся в полости таза;
- b. во время потуги;
- c. в паузах между потугами;
- d. при головке, прижатой к входу в малый таз.

Вопрос 6

Акушерские щипцы применяют:

Выберите один ответ:

- a. для исключения потужного периода;
- b. при аномалии развития плода;
- c. при хронической гипоксии плода;
- d. при тазовом предлежании плода.

Вопрос 7

Щипцы, какой конструкции используют в современной акушерской практике?

Выберите один ответ:

- a. Лазаревича
- b. Негеле
- c. Буша
- d. Феноменова – Симпсона
- e. Симса

Вопрос 8

При наложении акушерских щипцов сначала следует:

Выберите один ответ:

- a. произвести пробную тракцию;
- b. ввести правую ложку;
- c. ввести левую ложку;
- d. произвести тракцию.

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестов.
- правильность составления сообщения.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 19 .Патологическое течение послеродового периода.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Аднексит (воспаление придатков матки). Этиология, патогенез. Стафилококковая, стрептококковая или гонорейная инфекция попадает в придатки гематогенным или лимфогенным путем.

Течение послеродового периода патологического. Заболевание возникает на 8—10-й день после родов, сопровождается ознобом, повышением температуры до 40°, учащением пульса, тошнотой, рвотой, вздутием живота, болями внизу живота, пояснице, нередко выраженными перитонеальными явлениями в нижнебоковых отделах живота. При влагалищном исследовании обнаруживается увеличенная, пастозная матка, увели

ченные, без четких контуров, резко болезненные придатки. В дальнейшем, при затихании процесса, определяются увеличенные, плотные, бугристые придатки, болезненность при смещениях матки. Процесс при недостаточном или несвоевременном лечении может осложниться нагноением с образованием пиосальпинкса, пиовариума (гнойники труб и яичника), при вскрытии которых может возникнуть тазовый либо общий перитонит.

Распознавание послеродового периода патологического не трудно. Необходимо дифференцировать от параметрита, тромбоза, аппендицита.

Лечение послеродового периода патологического. Постельный режим, лед на низ живота, обезболивающие свечи, промедол. Антибиотики: пенициллин по 10 000 ЕД через 3 часа и стрептомицин по 500 000 ЕД через 12 часов. Сульфадимезин по 1 г через 6 часов. При стихании процесса — аутогемотерапия, 10% раствор хлорида кальция по 10 мл внутривенно и в дальнейшем физиотерапевтические процедуры. При развитии ограниченных гнойников производят их пункцию через задний свод, эвакуируют гной и вводят антибиотики. Прорыв гнойника в брюшную полость диктует необходимость срочной лапаротомии.

Вагинит, кольпит, послеродовые язвы

Этиология, патогенез. Воспаление слизистой оболочки влагалища возникает в результате внедрения инфекции через швы, ссадины слизистой оболочки и тканей промежности.

Течение вагинита, кольпита, послеродовых язв. Отек, гиперемия слизистой оболочки, обильное гнойное отделяемое, участки в виде бляшек поверхностного некроза с фибринозно-гнойным налетом. Умеренное повышение температуры, умеренные боли в области промежности.

Распознавание вагинита, кольпита, послеродовых язв не затруднено при осмотре влагалища и промежности. Влагалище раздвигают стерильными палочками.

Лечение вагинита, кольпита, послеродовых язв. Постельный режим, ежедневное присыпание влагалища пудрой белого стрептоцида или введение тампонов с 5% эмульсией синтомицина. При образовании

ограниченных инфильтратов и гнойников разрезы с последующим дренированием.

Задержка послеродовых выделений

Этиология, патогенез. Возникает как результат загиба матки кпереди или кзади, а также снижения темпа инволюции.

Течение задержки послеродовых выделений. Прекращение отделения лохий, несоответствие высоты стояния дна матки сроку послеродового периода, чувство «переполнения» внизу живота, субфебрильная температура, обнаружение при влагалищном исследовании увеличенной, пастозной, мягкой матки.

Распознавание задержки послеродовых выделений основывается на обнаружении перечисленных симптомов.

Лечение задержки послеродовых выделений. Изменение положения тела. Лед на живот. Питуитрин по 0,5 мл 2—3 раза в день подкожно.

Профилактика послеродового периода патологического

Своевременное опорожнение кишечника и мочевого пузыря, послеродовая гимнастика.

Замедленное сокращение матки после родов. Этиология, патогенез. Наблюдается в случаях перерастяжения матки при многоплодной беременности, гигантском плоде, многоводии, большом числе предшествующих родов и аборт.

Распознавание основывается на определении величины матки, не соответствующей сроку послеродового периода, увеличении времени кровянистых выделений.

Лечение, см. выше Задержка послеродовых выделений, лечение.

Метроэндометрит

Этиология, патогенез метроэндометрита. Стрептококковая или стафилококковая инфекция развивается на отдельных участках регенерирующего эндометрия. Затем поражается вся стенка матки с образованием очагов воспаления в мышечном слое.

Течение метроэндометрита. Заболевание начинается на 3—4-й день после родов. Может проявляться в виде вяло текущего процесса с невысокой температурой, без ухудшения общего состояния. Диагноз устанавливается на основании субинволюции матки, длительных кровянистых, а затем гнойных выделений, определения увеличенной, пастозной, чувствительной матки. В других случаях картина более острая: высокая температура, озноб, обильные кровянисто-гнойные выделения, болезненность матки и окружающей клетчатки.

Метроэндометрит может протекать как септический процесс с резким, частым ознобом, учащением пульса, значительным нарушением общего состояния. При влагалищном исследовании определяется увеличенная, резко болезненная, пастозная матка. Нередко поражены сосуды плацентарной площадки (метротромбофлебит).

Распознавание метроэндометрита основывается на установлении перечисленных выше симптомов.

Лечение метроэндометрита. Постельный режим, лед на низ живота. Пенициллин по 100 000 ЕД через 3 часа, стрептомицин по 500 000 ЕД через 12 часов, аутогемотерапия, внутривенное введение 10% раствора хлорида кальция по 10 мл. При септическом течении добавляют подкожное введение физиологического раствора, 5% раствор глюкозы, сердечные средства.

Параметрит

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки. Этиология, патогенез. Распространение стрептококковой инфекции происходит по лимфатическим сосудам из разрывов шейки, влагалищных сводов с образованием инфильтрата.

Течение параметрита. Заболевание начинается остро в конце 1-й — начале 2-й недели после родов, сопровождается ознобом, высокой температурой, значительным нарушением общего состояния, болями в боковых отделах таза, умеренно выраженными симптомами раздражения брюшины, нарушением мочеиспускания и дефекации.

Разлитая инфильтрация в боковых областях таза постепенно ограничивается, и образуется плотный, неподвижный, болезненный инфильтрат, сглаживающий или выпячивающий задний свод влагалища. При его нагноении определяются участки размягчения.

Распознавание параметрита. При влагалищном исследовании определяется инфильтрат, располагающийся сбоку или сзади матки, реже спереди. Необходимо дифференцировать от аднексита, тромбоза вен малого таза, пельвеоперитонита.

Лечение параметрита. Постельный режим, лед на низ живота. Обезболивающие, сердечные средства, антибиотики, сульфаниламиды, переливание крови по 75—100 мл один раз в 3—4 дня, введение хлорида кальция. Введение через задний свод по 500 000 ЕД пенициллина и стрептомицина, при нагноении — задняя кольпотомия с последующим дренированием. При плотном инфильтрате полезна кортикостероидная терапия: по 30 мг преднизолона в течение 10 дней в сочетании с антибиотиками.

Пельвеоперитонит

Пельвеоперитонит — воспаление тазовой брюшины. Этиология, патогенез. Возникает вследствие проникновения стрептококков, стафилококков через разрывы влагалища, шейки матки. Поражение брюшины с образованием серозного или гнойного экссудата быстро ограничивается.

Течение пельвеоперитонита. Заболевание протекает остро. Выраженные перитонеальные явления: боли внизу живота, вздутие живота, положительный симптом Щеткина — Блюмберга, тошнота, рвота, озноб, высокая температура, учащенный пульс, расстройства дефекации и мочеиспускания. При влагалищном исследовании, которое чрезвычайно болезненно, определяются инфильтрированная, болезненная клетчатка, уплощение или выпячивание сводов.

Распознавание пельвеоперитонита. Необходимо дифференцировать от параметрита, разлитого перитонита.

Лечение пельвеоперитонита. Строгий постельный режим, антибиотики, вводимые в очаг через задний свод и внутримышечно. При выпячивании заднего свода, большом количестве экссудата задняя кольпотомия и дренирование. Обильное парентеральное введение жидкостей, переливание небольших доз крови, витамины, обезболивающие и сердечные средства. По стихании острых явлений физиотерапевтические процедуры и курортное лечение для ликвидации остаточных явлений.

Плацентарный полип

Этиология, патогенез плацентарного полипа. Развивается из оставшейся плацентарной ткани, которая окружается сгустками крови, прорастает соединительной тканью.

Течение плацентарного полипа. Заболевание проявляется спустя 3—4 недели после родов кровотечениями, которые приводят к анемии. При влагалищном исследовании обнаруживаются увеличенная матка с плотными и мягкими участками, зияющий шейный канал.

Лечение плацентарного полипа. При отсутствии признаков инфекции — выскабливание полости матки, при наличии инфекции — лечение с последующим выскабливанием. Сокращающие матку средства, антибиотики, переливание крови.

Септикопиемия

Септикопиемия — септическое послеродовое заболевание с образованием септических метастатических очагов или без них (септицемия).

Течение септикопиемии. Вначале протекает как септицемия (общее тяжелое состояние, адинамия, высокая температура, повторный озноб, бледно-желтая кожа, сухой язык, вздутие живота, понос, аритмичный, учащенный пульс, гипотония, появление в моче патологических элементов, сдвиг крови влево, анэозинофилия, появление токсической зернистости в лейкоцитах). Затем появляются боли в различных участках тела (метастазирование), гектический характер температуры, нарастание симптомов сердечной слабости. В зависимости от места проявления септического метастаза возникают местные симптомы. В дальнейшем развиваются ареактивная фаза, истощение, помрачение сознания.

Распознавание септикопиемии основывается на данных клинической картины, анализах крови, мочи, результатах посева крови. Необходимо дифференцировать от инфекционных болезней.

Лечение септикопиемии. Тщательный уход за больной, полноценное питание, витамины. Антибиотики: пенициллин,

стрептомицин, олеандомицин, мицерин. Сульфаниламиды внутрь и в виде внутривенных вливаний 3% раствора этазол-натрия по 300 мл. Внутривенное и подкожное введение до 2—3 л жидкости. Витамины С, В1, В12. Дробные переливания крови. При ознобе введение 2 мл 20% раствора камфоры с 1 мл 2% раствора пантопона, сердечные средства. Периодическая проверка на чувствительность к антибиотикам и соответствующая их смена. При появлении очагов нагноения — хирургическое лечение.

Тромбофлебит

Тромбофлебит поверхностных вен связан с варикозными расширениями вен голени, бедра. Вены определяются в виде болезненных шнуров с покраснением кожи над ними. Отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов, отечность пораженной ноги. Общее состояние страдает мало: субфебрильная температура, учащение пульса до 100 ударов в минуту.

Лечение тромбофлебита. Строгий постельный режим, приподнятое положение больной конечности, пиявки, компрессы с мазью Вишневского, дикумарин под контролем исследования протромбина по 0,1 г 2—3 раза в день.

Тромбофлебит вен матки протекает с явлениями субинволюции матки. При влагалищном исследовании определяется увеличенная, болезненная, мягкая, пастозная матка. Общее состояние характеризуется ознобом, большими размахами температуры, учащением пульса (более 100 ударов в минуту), головной болью, умеренно выраженными симптомами раздражения брюшины. Всегда отмечаются кровянистые выделения.

Лечение тромбофлебита. Покой, лед на живот, антибиотики, сульфаниламиды, дикумарин.

Тромбофлебит глубоких вен таза и бедра. Поражение вен таза развивается, как правило, в конце 1-й недели после родов, сопровождается высокой температурой, ознобом, резким повышением пульса, умеренно выраженными симптомами раздражения брюшины, повышением протромбина выше 80. Вскоре появляется отек паховых складок, конечности. При влажной исследовании в параметральной клетчатке находят извитые, болезненные тяжи. При поражении глубоких вен бедра отмечаются сглаженность паховой складки, резкая болезненность при пальпации скарповского треугольника, отек пораженной конечности, боли в подколенной ямке, икроножных мышцах, сдвиги состава крови септического характера, повышение протромбина крови. Как осложнение может развиваться эмболия легочной артерии или ее ветвей с образованием инфаркта легких. Тромбофлебит следует рассматривать как проявление септикопиемии.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тесты:

040. При проведении первого этапа

операции комбинированного акушерского поворота

(при поперечном положении плода и полном открытии маточного зева)

большое значение имеет следующее

а) вводится та рука, которой лучше всего владеет акушер-гинеколог

б) вводится рука акушера-гинеколога, разноименная позиции плода

в) вводится рука акушера-гинеколога, одноименная позиции
плода

041. При проведении второго этапа операции
комбинированного акушерского поворота
(при поперечном положении плода, его переднем виде
и полном открытии маточного зева) обычно

- а) захватывают вышележащую ножку плода
- б) захватывают нижележащую ножку плода
- в) выбор ножки плода значения не имеет
- г) выбор ножки плода зависит от его массы

042. После комбинированного акушерского поворота плода
(при полном открытии маточного зева) контрольное ручное
обследование

полости матки производят

- а) обязательно
- б) не обязательно
- в) только если началось кровотечение
- г) только при крупном плоде

043. Особенностью биомеханизма родов при плоском тазе является

- а) некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз
- б) внутренний поворот головки плода совершается на тазовом

дне

- в) по окончании внутреннего поворота головки плод находится,
как правило, в заднем виде (по спинке)
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

044. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является

- а) малый родничок
- б) середина между большим и малым родничками
- в) большой родничок
- г) середина лобного шва

045. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации, как правило, являются

- а) надпереносица
- б) верхняя челюсть
- в) затылочный бугор
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

046. Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей

- а) малому косому размеру
- б) среднему косому размеру
- в) большому косому размеру
- г) прямому размеру
- д) вертикальному размеру

047. В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является

- а) середина лобного шва
- б) корень носа
- в) большой родничок
- г) малый родничок

048. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят

- а) путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода
- б) с помощью атипичных акушерских щипцов
- в) путем кесарева сечения
- г) с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами

- д) с применением рассечения шейки матки и промежности

049. Роды через естественные родовые пути

при лобном предлежании доношенного плода

- а) возможны
- б) невозможны
- в) требуют индивидуального подхода
- г) зависит от массы плода

050. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза

своим большим косым размером?

- а) при переднем виде затылочного предлежания
- б) при заднем виде затылочного предлежания
- в) при переднеголовном предлежании
- г) при лобном предлежании
- д) при лицевом предлежании

051. При наружном акушерском исследовании о поперечном положении плода

свидетельствует

- а) окружность живота более 100 см
- б) высота дна матки свыше 39 см
- в) уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

052. Клинически узкий таз - это

- а) остановка родов из-за утомления роженицы
- б) упорная слабость родовой деятельности
- в) дискоординация, переходящая в слабость схваток и потуг
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

053. При клинически узком тазе I степени несоответствия имеет место

- а) положительный симптом Вастена
- б) задне-теменной асинклитизм
- в) потуги при высоко стоящей головке
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

054. При абсолютном несоответствии имеет место

- а) прекращение мочеиспускания
- б) потуги при высоко стоящей головке
- в) кровотечение из половых путей
- г) все ответы правильные
- д) правильно а) и б)

055. При влагалищном исследовании роженицы

определяется гладкая поверхность, пересеченная швом.

С одной стороны к шву примыкает надпереносье и надбровные дуги,

с другой - передний угол большого родничка.

В этом случае имеет место предлежание плода

- а) затылочное
- б) переднеголовное
- в) лобное
- г) лицевое

056. Если при наружном акушерском исследовании размер головки плода,

измеренный тазомером, превышает 12 см, следует заподозрить

- а) крупный плод
- б) гидроцефалию плода
- в) лобное предлежание плода
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

057. Следующий биомеханизм родов:

- сгибание головки плода во входе в малый таз,
- внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком

кпереди,

- разгибание головки

характерен для предлежания

- а) переднеголового
- б) лобного
- в) лицевого
- г) затылочного, передний вид
- д) затылочного, задний вид

058. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером?
- а) передний вид затылочного предлежания
 - б) задний вид затылочного предлежания
 - в) переднеголовное предлежание
 - г) лобное предлежание
 - д) лицевое предлежание
059. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен
- а) ближе к лону
 - б) ближе к мысу
 - в) строго по оси таза
 - г) ничего из перечисленного
060. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является
- а) подъязычная кость
 - б) подбородок
 - в) нос
 - г) лоб
 - д) верхняя челюсть
061. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации, как правило, является
- а) подъязычная кость
 - б) верхняя челюсть
 - в) подзатылочная ямка
 - г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

062. В этиологии тазового предлежания, вероятнее всего, имеет значение следующее

- а) многоводие
- б) многоплодие
- в) предлежание плаценты
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

063. Частота тазового предлежания обычно составляет

- а) 4-5%
- б) 6-7%
- в) 8-9%
- г) 10-11%
- д) 12-13%

064. При тазовом предлежании доношенного плода худший прогноз, как правило, имеет место

- а) при чисто ягодичном предлежании
- б) при ножном предлежании
- в) при смешанном ягодичном предлежании
- г) при разогнутой головке плода

065. Роды в тазовом предлежании относятся к родам высокого риска

- а) при переносенной беременности
- б) при хронической гипоксии плода
- в) при узком тазе
- г) при всем перечисленном
- д) ни при чем из перечисленного

066. В прогнозе родов при тазовом предлежании важное значение имеет

- а) срок беременности
- б) масса плода
- в) разновидность тазового предлежания
- г) вид (передний, задний)
- д) все перечисленное

067. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает

на себя внимание ее брахицефалическая ("башенная") конфигурация.

Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании

- а) затылочном, передний вид
- б) затылочном, задний вид
- в) переднеголовном
- г) лобном
- д) лицевом

068. Частота тазового предлежания при преждевременных родах

- а) повышена
- б) понижена
- в) зависит от общего состояния женщины
- г) зависит от наличия гипоксии плода
- д) правильно в) и г)

069. Диагноз тазового предлежания плода при влагалищном исследовании

в родах устанавливается обычно (на фоне отошедших околоплодных вод)

при открытии маточного зева не менее

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3-4 см и более

070. Корректирующую гимнастику при тазовом предлежании плода проводят обычно в сроки беременности

- а) 14-20 недель
- б) 21-27 недель
- в) 28-35 недель
- г) 36-40 недель

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестовых заданий

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 20 . Организация гинекологической помощи в РФ.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;

- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь

Амбулаторную помощь осуществляют работники женских консультаций, смотровых кабинетов поликлиник, центров планирования семьи и репродукции, медико-генетических консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов.

Женская консультация

Основное звено амбулаторной помощи – женская консультация: как самостоятельная организация, так и как структурное подразделение медицинской организации для оказания медицинской помощи по территориальному принципу.

Основные функции женской консультации:

- диспансерное наблюдение беременных женщин;
- направление беременных женщин в медицинские организации, осуществляющие пренатальную диагностику;
- установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам
- проведение патронажа беременных женщин и родильниц;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики аборт и подготовки к беременности и родам;

- организация и проведение профилактических осмотров женского населения
- обследование и лечение беременных женщин и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;
- диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами медицинской помощи, включая реабилитацию;
- осуществление прерывания беременности в ранние сроки (до 20-ти дней задержки менструаций), выполнение малых гинекологических операций;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей;
- проведение мероприятий в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденной и наследственной патологии у будущего ребенка, профилактики абортов, а также инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции;
- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных с другими лечебно-профилактическими учреждениями.

Основные критерии качества работы женской консультации:

- показатель ранней постановки на учет по беременности;

- охват пренатальным скринингом в I, II, III триместрах беременности;
- частота невынашивания и недонашивания беременности;
- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- отсутствие антенатальной гибели плода;
- отсутствие врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности;
- разрыв матки вне стационара;
- несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;
- несвоевременное направление в стационар при переносимой беременности.

Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

Структура женской консультации:

- регистратура;
- кабинет врача-акушера-гинеколога;
- кабинеты специализированных приемов:
 - невынашивания беременности;
 - гинекологической эндокринологии;
 - патологии шейки матки;
 - сохранения и восстановления репродуктивной функции;
 - гинекологии детского и подросткового возраста;
 - функциональной диагностики;
 - ультразвуковой диагностики;
 - кабинеты специалистов:
 - врача-терапевта;
 - врача-стоматолога;

врача-офтальмолога;
врача-психотерапевта (медицинского психолога);
юриста;
специалиста по социальной работе;
лечебной физкультуры;
психопрофилактической подготовки беременных к родам;
по раннему выявлению заболеваний молочных желез;

- другие подразделения:

малая операционная;
клинико-диагностическая лаборатория;
дневной стационар;
стационар на дому;
процедурный кабинет;
физиотерапевтический кабинет;
рентгеновский кабинет;
стерилизационная.

Принципы диспансеризации беременных в женских консультациях

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

Необходимо раннее взятие на учет по беременности – при сроке беременности до 12 недель.

Это позволит своевременно решить вопросы о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень перинатального риска и при необходимости провести комплекс мероприятий по оздоровлению беременной.

При взятии беременной на учёт врач заводит «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма № 111/у). В эту карту заносятся паспортные данные, результаты подробно собранного анамнеза, включая

семейный анамнез, перенесённые в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функций, а в дальнейшем при каждом посещении записывают все данные опроса, физикального обследования, лабораторных исследований, назначения.

В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень перинатального риска, а также вырабатывают план ведения беременности в соответствии с группой риска.

Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог должен обсудить с беременной и получить её согласие.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

1. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя

1. один основной этап
2. два основных этапа
3. три основных этапа
4. этапность оказания помощи не предусмотрена

2. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин врачом акушером-гинекологом проводятся

1. не менее 10 раз

2. не менее 8 раз
3. не менее 6 раз
4. не менее 7 раз

3. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин врачом-терапевтом

1. не менее 2 раз
2. не менее 3 раз
3. не менее 1 раза
4. осматривается по мере необходимости

4. Скрининговое ультразвуковое исследование проводится

1. при сроке беременности 11-14 недель
2. при сроках беременности 11-14 недель, 20-22 недели
3. при сроках беременности 11-14 недель, 20-22 недели и 30-34 недели

5. в сроке беременности 11-14 недель БЕРЕМЕННАЯ направляется на УЗИ

1. в медицинскую организацию, выполняющую УЗИ при беременности
2. медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики
3. в любую медицинскую организацию, где осуществляют наблюдение за беременными

6. комплексная пренатальная диагностика нарушений развития ребенка ВКЛЮЧАЕТ

1. УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре

2. УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, PAPP-A и свободной β -единицы ХГЧ

3. УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, и определение PAPP-A

7. при установлении у БЕРЕМЕННОЙ высокого риска по хромосомным нарушениям у плода ОНА НАПРАВЛЯЕТСЯ

1. в акушерско-гинекологический стационар для прерывания беременности

2. в акушерско-гинекологический стационар для проведения инвазивных методов обследования

3. в медико-генетическую консультацию для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования

8. При диагностике хромосомных нарушений и ВПР плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание беременности по медицинским показаниям проводится

1. независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей после получения информированного добровольного согласия беременной женщины

2. только до 12 недель беременности по решению перинатального консилиума врачей после получения информированного согласия женщины

3. независимо от срока беременности по желанию женщины

1. +9. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-ги до 22 недель

2. до 12 недель

3. до 28 недель

10. при наличии у беременной экстрагенитальной патологии, требующей стационарного лечения она направляется

1. в профильное отделение медицинских организаций в сроке беременности до 22 недель, а после 22 недель – в акушерский стационар

2. в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности

3. в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом

11. В какое лечебное учреждение направляется беременная с акушерской и экстрагенитальной патологией

1. направляется в акушерский стационар

2. направляется в профильное отделение медицинских организаций

3. направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния

12. При отказе женщины от медицинского вмешательства с целью лечения ВПС у новорожденного, рекомендуется

1. прерывание беременности по медицинским показаниям
2. хирургическое лечение сразу после рождения ребенка в условиях перинатального центра

13. Решение вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с заболеваниями ССС у плода, требующим хирургической помощи, проводится

1. врачом-акушером-гинекологом,
2. врачом сердечно-сосудистым хирургом (врачом-кардиологом)
3. врачом-неонатологом
4. консилиумом врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача сердечно-сосудистого хирурга, врача-детского кардиолога (врача-педиатра), врача-педиатра (врача-неонатолога)

14. медицинским организациям, оказывающим акушерско-гинекологическую помощь необходимо иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии

1. да, необходимо
2. нет необходимости, достаточно иметь штат нужных специалистов

15. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются

1. на две группы

2. на три группы
3. на четыре группы

16. Показаниями для направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы являются все, кроме

1. головное предлежание плода при некрупном плоде и нормальных размерах таза матери
2. отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти
3. анатомическое сужение таза I-II степени
4. отсутствие осложнений при предыдущих родах

17. Показаниями для направления пациенток в акушерские стационары высокая степень риска являются все, кроме

1. многоводие
2. поперечное и косое положение плода
3. преэклампсия, эклампсия
4. рубец на матке после консервативной миомэктомии

18. Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов

1. 2-3 суток
2. 3-5 суток
3. 5-7 суток

19. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщинам, планирующим сохранить беременность, проводят повторное тестирование

1. в 22 недели беременности

2. в 28-30 недель беременности
3. в 32 недели беременности
4. повторное тестирование не проводят

20. Женщин, которые во время беременности употребляли парентерально психоактивные вещества, рекомендуется обследовать на ВИЧ дополнительно

1. в 28 недель
2. на 36 неделе беременности
3. в 36 и в 40 недель беременности

21. Беременная женщина с положительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ

1. направляется в Центр по профилактике и борьбе со СПИД для дополнительного обследования, постановки на диспансерный учет и назначения химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ
2. направляется в акушерский стационар для проведения химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ
3. дальнейшее обследование и наблюдение, перинатальная профилактика передачи ВИЧ проводится в условиях женской консультации врачом акушером-гинекологом

22. При поступлении на роды в акушерский стационар лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ рекомендуется

1. необследованным на ВИЧ-инфекцию женщинам
2. женщинам без медицинской документации или с однократным обследованием на ВИЧ-инфекцию
3. женщинам, употреблявшим в течение беременности психоактивные вещества внутривенно, или имевшим незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером

4. все перечисленное верно

23. информированное согласие женщины на проведение тестирования на ВИЧ-инфекцию

1. необходимо во всех случаях
2. необходимо только у недообследованных беременных и рожениц
3. нет никакой необходимости

24. При ведении родов через естественные родовые пути проводится

1. обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды
2. обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при наличии кольпита проводится при каждом последующем влагалищном исследовании
3. обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при безводном промежутке более 4 часов проводят каждые 2 часа
4. все верно

25. Показаниями к проведению планового кесарева сечения для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод являются все, кроме

1. концентрация ВИЧ в крови матери перед родами (на сроке не ранее 32 недели беременности) $\geq 1\ 000$ коп/мл
2. вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна
3. проведение антиретровирусной химиопрофилактики во время беременности и возможность проведения ее в родах

26. К первой группе состояния здоровья по результатам профилактических осмотров относятся женщины

1. с риском возникновения патологии репродуктивной системы
2. практически здоровые женщины
3. нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях
4. нуждающиеся в дополнительном обследовании в условиях стационара

27. Третья диспансерная группа это

1. женщины с нарушениями функции репродуктивной системы
2. женщины с врожденными аномалиями развития половых органов
3. женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 21. Менструальный цикл

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ (лат. menstrualis месячный) — физиологический процесс в женском организме, характеризующийся тремя основными компонентами: циклическими изменениями в системе нейрогуморальной регуляции, циклическими изменениями в яичниках (и соответственно в секреции половых гормонов) и циклическими изменениями в гормонально-зависимых органах половой системы (матке, маточных трубах, влагалище, молочных железах); указанные циклические изменения сопровождаются колебаниями функционального состояния нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и других систем организма.

Биол, значение изменений, связанных с М. ц., заключается в осуществлении репродуктивной функции: созревании яйцеклетки, оплодотворении ее и имплантации зародыша в матке (образование плаценты). Если оплодотворения яйцеклетки не происходит, функц, слой эндометрия отторгается и из половых путей появляются кровяные выделения, называемые менструацией (так наз. месячные очищения матки). По выражению В. Ф. Снегирева, менструация — это «ежемесячные роды неоплодотворенным яйцом».

Начинается М. ц. в периоде полового созревания (в 11 —16 лет) и; продолжается до 45—50 лет. Первая менструация (менархе) появляется у девочек, живущих в средней полосе европейской части СССР, в среднем в 12 лет 9 мес. (± 1 год). По данным Ю. Ф. Борисовой (1964), регулярный М. ц. устанавливается сразу у 70,8% девочек, спустя 6 мес.— у 9,2% , через 12 мес.— у 3,3% , через 2 года — у 1,7%, у остальных позже. Продолжительность менструаций 2 — 3 дня в этом периоде встречается у 13%, 3—5 дней — у 62,3%, 5 — 7 дней — у 22,4%, от 7 до 10—15 дней — у 2,3% девочек.

Условно М. ц. определяется от первого дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации. Длительность М. ц. у женщин детородного возраста (18—45 лет) колеблется в физиол. пределах от 21 до 35 дней. У 54% здоровых женщин длительность М. ц. составляет 26-29 дней, у 20% — 23-25 (более короткие циклы встречаются реже), у 18% — 30—35 дней. Идеальным считают М. ц., продолжающийся 28 дней, т. к. при этом наблюдается особенно строгая периодичность циклических изменений. В климактерическом периоде (см.), характеризующемся постепенным прекращением менструальной функции, менструации часто становятся нерегулярными; после менопаузы (см.) они прекращаются совсем.

Нормальный М. ц. характеризуется двухфазностью гормональных соотношений в организме женщины, т. е. последовательным преобладанием активности половых гормонов — эстрогенов и прогестерона. В первую фазу М. ц.— фазу созревания и роста фолликула (син.: эстрогенная фаза, фолликулиновая фаза) — продолжающуюся 13 — 14 дней, вплоть до выхода из яичника зрелой яйцеклетки (овуляция), максимально преобладает активность эстрогенов (см.), в возрастающих количествах продуцируемых клетками зернистого слоя зреющего фолликула. Во вторую фазу М. ц. — фазу желтого тела (син. лютеиновая фаза) — преобладает активность прогестерона (см.), продуцируемого лютеиновыми клетками

желтого тела. Созревание фолликула завершается овуляцией (см.), после которой начинаются процессы образования желтого тела (см.), поэтому нормальный, двухфазный, М. ц. называется также овуляторным циклом. Под влиянием эстрогенов происходит развитие сосудов, рост стромы и желез эндометрия (морфол, фаза пролиферации маточного цикла), увеличение стромы миометрия матки, ее ритмические сокращения. Под влиянием прогестерона происходит секреторное превращение эндометрия (морфол. фаза секреции маточного цикла), снижение тонуса мускулатуры матки — т. е. процессы, подготавливающие матку к имплантации зародыша и образованию плаценты (см.).

М. ц., при котором не происходит овуляции, называется ановуляторным циклом (см.); он бывает у здоровых женщин детородного возраста после родов и абортов в течение определенного периода времени, у девочек в периоде полового созревания {обычно чередуясь с овуляторным} и у женщин в климактерическом периоде.

Практическая часть

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

1. Менструальный цикл – это:

1. прикрепление яйцеклетки к стенке матки;
2. циклические изменения в организме женщины;
3. выход яйцеклетки из фолликула;
4. захват яйцеклетки из брюшной полости.

2. В регуляции менструального цикла участвует:

1. паращитовидная железа;
2. гипоталамо-гипофизарная система;
3. надпочечники;
4. поджелудочная железа.

3. В яичниках образуются:

1. эстрогены;
2. пролактин;
3. форменные элементы крови;
4. ферменты.

4. В желтом теле образуется гормон:

1. эстрадиол;
2. инсулин;
3. прогестерон;
4. окситоцин.

5. Внутренние женские половые органы:

1. клитор;
2. бартолиниевые железы,
3. матка;

4. лобок.

6. Основная проблема женщины в климактерическом периоде:

1. снижение массы тела;
2. регулярные менструации;
3. гипотония;
4. приливы жара к голове.

7. Продолжительность нормального менструального цикла:

1. 18-25 дней;
2. 21-25 дней;
3. 21-35 дней;
4. 21- 30 дней.

8. Первая в жизни менструация:

1. менопауза
2. менархе
3. аменорея
4. альгодисменорея

9 К наружным половым органам относится:

1. шейка матки;
2. промежность;
3. лобок;

4. клитор.

10 Большие железы преддверия влагалища – это:

1. уретра;
2. парауретральные ходы;
3. бартолиниевые железы;
4. цервикальные железы.

11. Какая лечебно-диагностическая операция производится при климактерическом кровотечении?

1. лапароскопия
2. раздельное выскабливание
3. удаление матки
4. УЗИ

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестов

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 22. Нарушения менструального цикла

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Нарушения менструального цикла (НМЦ) – это не патология, а лишь симптом неполадок в женском организме. Причиной сбоя могут быть не только заболевания, но, в любом случае, он свидетельствует о наличии проблемы, которую необходимо решать. Поэтому при нарушении менструального цикла необходимо обратиться к врачу-гинекологу.

Что такое менструальный цикл и какова его норма

Менструальный цикл – это циклические изменения в репродуктивной системе женщины, происходящие под воздействием половых гормонов эстрогена и прогестерона. В первой половине цикла осуществляется подготовка к возможному зачатию. Во второй половине, если зачатие не состоялось, организм готовится к отторжению неоплодотворенной яйцеклетки. Затем наступает менструация. Менструациями называют повторяющиеся маточные кровотечения, длящиеся несколько дней. В этот период вместе с менструальной кровью из организма выходят неоплодотворенная яйцеклетка, частички эндометрия и слизистые выделения шейки матки.

Справка! Эндометрием называют внутреннюю слизистую оболочку шейки матки. В конце каждого менструального цикла он обновляется: старый отторгается и выходит наружу во время месячных, а его место занимают молодые клетки.

Длительность цикла может быть разной, в норме – от 21 до 35 дней.

Справка! У подростков менструальный цикл еще не устоялся, поэтому нормой является длительность от 21 до 45 дней. А у некоторых женщин наблюдается слишком длинный, обусловленный генетически, менструальный цикл. В их конкретном случае он считается нормой. Как правило, в таком случае и у других женщин в роду длинный цикл.

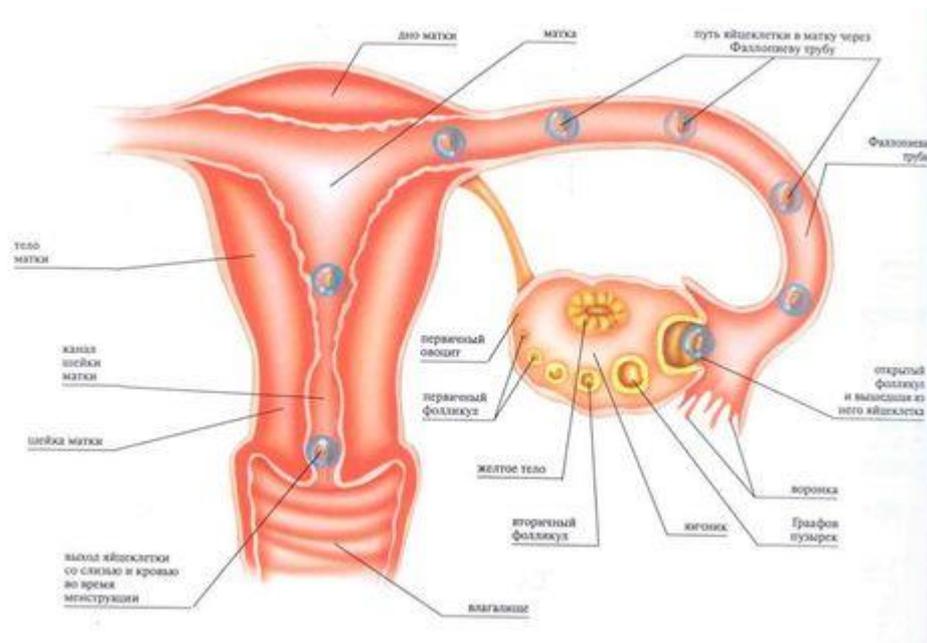
Месячные в среднем идут 3–5 дней. Нормой считается длительность от 2 до 7 дней. В среднем во время месячных выделяется от 40 до 100 мл крови.

Началом цикла считают первый день менструации, концом – день, предшествующий следующим месячным. Цикл делится на 2 фазы:

1. **Фолликулярная** – в одном из фолликулов яичников созревает яйцеклетка.
2. **Лютеиновая** – фолликул превращается в желтое тело, которое синтезирует прогестерон, необходимый для подготовки организма к возможной беременности, если же оплодотворение яйцеклетки не произошло, желтое тело разрушается.

Между двумя этими фазами, в середине цикла (например, если его длительность составляет 28 дней, то на 14), происходит овуляция. Созревшая яйцеклетка выходит из фолликула и готова к оплодотворению.

Что считается нарушением менструального цикла



- Задержка менструации более чем на 10 дней.
- Укорочение цикла на 5—7 дней.
- Увеличение или уменьшение объема менструальных выделений.
- Сопровождение месячных ухудшением самочувствия и/или сильными болями.
- Выделение крови вне периода месячных (незначительные кровянистые выделения во время овуляции являются разновидностью нормы).
- Полное прекращение менструаций до периода менопаузы.
- Маточные кровотечения в период климакса.

Справка! Для того чтобы можно было назвать изменение цикла нарушением, оно должно повторяться на протяжении нескольких циклов. Ситуационные, то есть единичные изменения (увеличение или сокращение цикла на 5-7 дней) не являются нарушениями и считаются разновидностью нормы.

Классификация НМЦ

Нарушения классифицируются:

- По продолжительности.
- Цикличности.
- Количеству выделяемой крови.
- Влиянию на самочувствие.

По цикличности различают следующие нарушения:

- Опсоменорея – редкие месячные, менструальный цикл длиннее 35 дней.
- Пройоменорея – частые месячные, менструальный цикл менее 21 дней.
- Спаниоменорея – очень редкие менструации, не более 4 раз в год.
- Аменорея – полное отсутствие менструаций в течение полугода и более.

Согласно продолжительности, сбои подразделяются на 2 разновидности:

- Олигоменорея – слишком короткие месячные, менее 2 дней.
- Полименорея – излишне долгая менструация, от 8 до 12 дней.

По количеству выделяемой крови выделяют:

- Гипоменорею – очень скудные месячные.
- Гиперменорею – обильное менструальное кровотечение.

По влиянию на самочувствие НМЦ раньше подразделялись на несколько разновидностей:

- Альгоменорею – ухудшение общего состояния (тошнота, головная боль, рвота и т.п.).

- Дисменорею – боли внизу живота без ухудшения самочувствия в целом.
- Альгодисменорею – боли внизу живота в сочетании с плохим состоянием.

Практическая часть

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

001. При длительности менструального цикла 28 дней,

его следует считать циклом

- а) нормопонирующим
- б) антепонирующим
- в) постпонирующим

002. Особенности нормального менструального цикла являются

- а) овуляция
- б) образование желтого тела в яичке
- в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

003. Для ановуляторного менструального цикла характерно

- а) циклические изменения в организме
- б) длительная персистенция фолликула
- в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
- г) преобладание гестагенов в первую фазу цикла

004. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны

- а) гонадотропины
- б) эстрогены
- в) гестагены
- г) рилизинг-факторы

005. Рилизинг-факторы осуществляют

- а) передачу нервных импульсов в эндокринную систему
- б) выработку гонадотропинов
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

006. Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников

в регуляции менструального цикла заключается в следующем

- а) одно звено (вышележащие)
стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
- б) нижележащее звено тормозит или регулирует функцию

вышележащего

- в) функция звеньев синхронна
- г) выключение одного звена нарушает всю систему в целом
- д) верно все перечисленное

007. Эстрогены секретируются

- а) клетками внутренней оболочки фолликула
- б) желтым телом
- в) корковым веществом надпочечника
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

008. В клубочковой зоне коры надпочечника образуется

- а) глюкокортикоиды
- б) альдостерон
- в) норадреналин
- г) андрогены
- д) все перечисленное

009. ФСГ стимулирует

- а) рост фолликулов в яичнике
- б) продукцию кортикостероидов
- в) продукцию ТТГ в щитовидной железе
- г) все перечисленное

010. Малые дозы эстрогенов

- а) стимулируют продукцию ФСГ
- б) подавляют продукцию ФСГ
- в) усиливают продукцию ЛГ
- г) подавляют продукцию ЛТГ

011. При нормальном менструальном цикле

высокий уровень эстрогенной насыщенности имеет место

- а) на 14-й день
- б) на 21-й день
- в) верно и то, и другое
- г) ни то, ни другое

012. Основное действие эстрогенов на организм

- а) блокируют рецепторы к окситоцину
- б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в

эндометрии

- в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

013. Эстрогены обладают следующим действием

- а) способствуют перистальтике матки и труб
- б) усиливают процессы окостенения
- в) стимулируют активность клеточного иммунитета
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

014. Гестагены обладают следующим действием

- а) снижают содержание холестерина в крови
- б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
- в) повышают тонус матки
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

015. Условия действия эстрогенов

- а) достаточный уровень фолиевой кислоты
- б) достаточный уровень аскорбиновой кислоты
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

016. Гестагены обладают следующим влиянием на организм

- а) гипертермическим
- б) тормозят отделение желчи
- в) усиливают отделение желудочного сока

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

017. Андрогены образуются

- а) в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке)
- б) в сетчатой зоне коры надпочечников
- в) верно и то, и другое
- г) и то, и другое неверно

018. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить

- а) двуфазность менструального цикла
- б) уровень эстрогенной насыщенности организма
- в) наличие овуляции
- г) полноценность лютеиновой фазы цикла
- д) все перечисленное

019. Повышение ректальной температуры тела

во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено

- а) действием прогестерона яичника
на центр терморегуляции в гипоталамусе
- б) действием прогестерона, который снижает теплоотдачу
- в) интенсификацией биохимических процессов в матке
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

020. Пройоменорея - это

- а) скудные менструации
- б) короткие менструации (1-2 дня)

- в) короткий менструальный цикл, частые менструации
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

021. Для ановуляторного менструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно

- а) симптом "зрчка" (+++)
- б) однофазная базальная температура
- в) в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла - поздняя фаза пролиферации
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

022. Для ановуляторного менструального цикла с атрезией фолликулов характерно

- а) высокий уровень эстрогенов
- б) опсоменорея, сменяющаяся длительными мажущими кровянистыми

выделениями

- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

023. Первичная альгоменорея обусловлена

- а) инфантилизмом
- б) ретродевиацией матки
- в) высокой продукцией простагландинов
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

024. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует

- а) повышение базальной температуры в первую фазу цикла
- б) пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу

цикла

- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

025. Лечение больных с синдромом истощения яичников

должно быть направлено

- а) на стимуляцию функции яичников
- б) на получение менструальноподобной реакции
- в) на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств
- г) на все перечисленное
- д) ни на что из перечисленного

026. Для диагностики типичной формы склерокистоза яичников

применяют гормональную пробу

- а) с нон-овлоном
- б) с дексаметазоном
- в) с хорионическим гонадотропином
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

027. Препараты йода, применяемые при лечении больных с мастопатией,

действуют следующим образом

- а) подавляют выделение тиреоидных гормонов

б) повышают чувствительность тканей молочной железы к эстрогенам

в) активизируют секрецию ЛГ

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

028. При предменструальном синдроме

отмечается, как правило, во вторую фазу менструального цикла

а) гиперэстрогения

б) повышение секреции АКТГ

в) повышение уровня серотонина

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

029. Обмен эстрогенов протекает по схеме

а) эстрадиол - эстрон - эстриол - нестероидные продукты

б) эстрадиол - эстриол - эстрон - нестероидные продукты

в) эстрон - эстрадиол - эстриол - нестероидные продукты

г) эстриол - эстрадиол - эстрон - нестероидные продукты

д) все перечисленное неверно

030. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием

а) простагландинов

б) рецепторов

в) специфических ферментов

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

Задание 3.

Составьте реферат на тему " лечение нарушений менструального цикла"

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.*
- правильность решения тестов.*
- правильность и полнота составления реферата.*

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей*
- фронтальный и индивидуальный опрос*
- решение ситуационных задач*
- выписывание рецептов на доске*

Тема 23. Аномалии развития и положения женских половых органов.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;*
- применение знаний;*
- развитие умения работать с учебной литературой;*
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;*
- воспитание самостоятельности.*

Теоретическая часть:

Аномалии женских половых органов – нарушения формы, размера, локализации, количества, симметричности и пропорций внутренних и наружных половых органов. Причиной возникновения являются

неблагоприятная наследственность, интоксикации, инфекционные болезни, ранние и поздние гестозы, гормональные нарушения, профессиональные вредности, стрессы, плохое питание, плохая экология и т. д. Диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнеза, внешнего осмотра, гинекологического осмотра и результатов инструментальных исследований. Лечебная тактика определяется особенностями порока развития.

Аномалии женских половых органов



Аномалии женских половых органов – нарушения анатомического строения половых органов, возникшие в период внутриутробного развития. Обычно сопровождаются функциональными расстройствами. Составляют 2-4% от общего количества врожденных пороков. Более чем в 40% случаев сочетаются с аномалиями мочевыводящей системы. У больных также могут наблюдаться пороки развития нижних отделов желудочно-кишечного тракта, врожденные пороки сердца и аномалии костно-мышечной системы.

Частое сочетание аномалий женских половых органов с другими врожденными дефектами обуславливает необходимость тщательного всестороннего обследования пациентов с данной патологией. Врожденные пороки наружных половых органов обычно определяются при рождении. Аномалии внутренних половых органов могут выявляться в период менархе, при проведении планового гинекологического осмотра, при обращении к гинекологу с жалобами на нарушение функций репродуктивной системы (например, бесплодие) либо в период гестации. Лечение осуществляют специалисты в области гинекологии.

Классификация аномалий женских половых органов

С учетом анатомических особенностей различают следующие типы врожденных дефектов женской репродуктивной системы:

- Отсутствие органа: полное – агенезия, частичное – аплазия.
- Нарушение просвета: полное заращение либо недоразвитие – атрезия, сужение – стеноз.
- Изменение размера: уменьшение – гипоплазия, увеличение – гиперплазия.

Увеличение количества целых органов или их частей называют мультипликацией. Обычно наблюдается удвоение. Аномалии женских гениталий, при которых отдельные органы образуют цельную анатомическую структуру, именуется слиянием. При необычной локализации органа говорят об эктопии. По степени тяжести различают три типа аномалий женских половых органов. Первый – легкие, не влияющие на функции гениталий. Второй – средней тяжести, оказывающие определенное влияние на функции репродуктивной системы, но не исключают деторождения. Третий – тяжелые, сопровождающиеся грубыми нарушениями и неизлечимым бесплодием.

Причины аномалий женских половых органов

Данная патология возникает под влиянием внутренних и внешних тератогенных факторов. К внутренним факторам относят генетические нарушения и патологические состояния организма матери. В число таких факторов входят всевозможные мутации и отягощенная наследственность неясной этиологии. У родственников пациентки могут выявляться пороки развития, бесплодные браки, множественные выкидыши и высокая младенческая смертность.

В список внутренних факторов, вызывающих аномалии женских половых органов, также включают соматические заболевания и эндокринные нарушения. Некоторые специалисты в своих исследованиях упоминают возраст родителей старше 35 лет. В числе внешних факторов, способствующих развитию аномалий женских половых органов, указывают наркоманию, алкоголизм, прием ряда лекарственных препаратов, плохое питание, бактериальные и вирусные инфекции (особенно – в первом триместре гестации), профессиональные вредности, бытовые отравления, неблагоприятную экологическую обстановку, ионизирующее излучение, пребывание в зоне военных действий и т. д.

Непосредственной причиной аномалий женских половых органов становятся нарушения органогенеза. Наиболее грубые дефекты возникают при неблагоприятных воздействиях на ранних сроках гестации. Закладка парных мюллеровых протоков происходит на первом месяце гестации. Вначале они имеют вид тяжей, но на втором месяце трансформируются в каналы. В последующем нижняя и средняя части этих каналов сливаются, из средней части образуется зачаток матки, из нижней – зачаток влагалища. На 4-5 месяце происходит разграничение тела и шейки матки.

Фаллопиевы трубы, происходящие из верхней, не слившейся части мюллеровых протоков, закладываются на 8-10 неделе. Формирование труб завершается к 16 неделе. Девственная плева происходит из нижней части слившихся протоков. Наружные половые органы образуются из кожных покровов и мочеполовой пазухи (передней части клоаки). Их дифференцировка осуществляется на 17-18 неделе гестации. Формирование влагалища начинается на 8 неделе, его усиленный рост приходится на 19 неделю.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тесты:

1 .Важную роль в регуляции менструального цикла играют

- 1) гипоталамо-гипофизарная систем
- 2) поджелудочная железа
- 3) щитовидная железа
- 4) паращитовидные железы

Первая менструация у девочек (менархе) в норме начинается в возрасте

- 1) 11-13 лет
- 2) 16-17 лет
- 3) 8-9 лет
- 4) 20-22 года

2.

Срок наступления овуляции при 28-дневном менструальном цикле

- 1) 20-22 день
- 2) 8-10 ден
- 3) 12-14 день
- 4) 3-5 день

3. В первую фазу менструального цикла в яичнике вырабатывается гормон

4. 1) прогестерон

5. 2) фолликулин

6. 3) тестостерон

7. 4) панкреатин

8. Во вторую фазу менструального цикла в яичнике образуется железа внутренней секреции

9. 1) желтое тело

10. 2) поджелудочная

11. 3) предстательная

12. 4) щитовидная

13. В желтом теле образуется гормон

14. 1) окситоцин

15. 2) синестрол

16. 3) фолликулин

17. 4) прогестерон

18.

Созревание и развитие желтого тела идет под действием гормона гипофиза

1) фолликулостимулирующего

2) тиреотропного

3) адено-кортикотропного

4) пролактина

19. В матке фаза секреции идет под действием гормона яичника

1) фолликулина

20. 2) синестрола

21. 3) прогестерона

22. 4) тестотерона

23.

Мужские половые гормоны

24. 1) тестостерон

25. 2) тиреоидин

26. 3) прогестерон

27. 4) инсулин

28.

29. Наружные половые органы

1) влагалище

2) маточные трубы

3) клитор

4) молочные железы

30. Пространство между малыми половыми губами называется

31. 1) мочеполовая диафрагма

32. 2) промежность

33. 3) девственная плева

34. 4) половая щель

35. Увлажнение входа во влагалище при половом возбуждении происходит за счет

- 36. 1) пропотевания кровеносных сосудов
- 37. 2) бартолиновых желез
- 38. 3) маточного секрета
- 39. 4) парауретральных желез
- 40.
- 41.

Внутренние половые органы

- 42. 1) лобок
- 43. 2) мочевого пузыря
- 44. 3) влагалище
- 45. 4) тазовая клетчатка
- 46.

Во влагалище в норме среда

- 47. 1) нейтральная
- 48. 2) кислая
- 49. 3) слабощелочная
- 50. 4) щелочная
- 51.

Парный трубчатый орган яйцевод — это

- 52. 1) семявыносящие протоки
- 53. 2) слуховые трубы
- 54. 3) мочеточники

55. 4) маточные трубы

56.

57.

Слизистая оболочка матки

58. 1) эндотелий

59. 2) миометрий

60. 3) эндометрий

61. 4) параметрий

62.

Функция матки 1) менструальная

63. 2) секреторная

64. 3) выделительная

65. 4) защитная

66.

67.

Наружная оболочка матки

68. 1) параметрий

69. 2) периметрий

70. 3) миометрий

71. 4) эндометрий

72.

Нормальная флора влагалища

73. 1) эпителиальные клетки

74. 2) палочки Дедерлейна

75. 3) кишечные палочки

76. 4) гормоны

20. Функция яичников

21. 1) выделительная

22. 2) эндокринно-гормональная

23. 3) защитная

24. 4) менструальная

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя..

- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач

- выписывание рецептов на доске

Тема 24. Воспалительные заболевания женских половых органов

Цели:

- углубление и систематизация знаний;

- применение знаний;

- развитие умения работать с учебной литературой;

- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Воспалительные заболевания - самая частая из гинекологической патологии. Возбудители воспалительных заболеваний- неспецифическая и специфическая микрофлора. Неспецифические возбудители- стафилококки, стрептококки, энтерококки, протей, кишечная палочка и др.

Специфические возбудители- Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, гонококки и др.

На развитие воспалительного процесса влияет вид возбудителя, их ассоциации, характер взаимодействия микро- и макроорганизма, факторы местной защиты.

К факторам местной защиты от патогенной микрофлоры относят:

1. Кислая среда влагалища, обладающая бактерицидным действием. Кислая
 2. среда обеспечивается молочной кислотой, которая образуется в результате
 3. жизнедеятельности палочек Дедерлейна.
 4. Шейка матки с сомкнутым цервикальным каналом и вязкой слизью
 5. является и механическим барьером для микроорганизмов
- Также в
6. цервикальной слизи содержатся иммуноглобулины классов А, М, G,
 7. лактоферрин, лизоцим, комплемент, которые оказывают
 8. иммунологическую защиту.
 9. Постоянный состав микрофлоры влагалища выполняет
 10. антагонистическую роль по отношению к патогенным микроорганизмам.

Активность факторов местной защиты зависит от уровня половых гормонов в крови, поэтому восприимчивость к инфекциям и клиническое течение воспалительных заболеваний зависит от гормонального статуса, возрастных особенностей (детский возраст, менопауза). ***Пути распространения инфекции:***

- Гематогенный;
- Лимфогенный;
- Восходящий.

Классификация воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО):

1. По виду возбудителя:

- специфические;
- неспецифические.

2. По клиническому течению:

- острые;
- подострые;
- хронические (латентные).

3. По локализации:

- Заболевания нижнего отдела половых путей (вульвит, кольпит, цервицит);
- Заболевания верхних отделов половых путей и органов малого таза
 - (эндометрит, сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит,
 - перитонит);

- Генерализованная инфекция (сепсис, септический шок).

В настоящее время наибольшее клиническое значение в акушерской и гинекологической практике имеют следующие инфекции: анаэробная, хламидийная, уреоплазменная, микоплазменная, вирусная.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

001. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний

относятся женщины

- а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
- б) с хроническим воспалительным процессом гениталий
- в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

002. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются

а) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания

- б) в локальном воздействии на очаг инфекции
- в) в повышении неспецифической реактивности организма
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

003. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена

- а) золотистым стафилококком
- б) грамотрицательной флорой
- в) анаэробами
- г) ассоциацией микроорганизмов
- д) ничем из перечисленного

004. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов

- а) температура тела родильницы 38°C и выше
- б) тахикардия до 100 ударов в минуту
- в) лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

005. В полость матки инфекция чаще всего проникает

через цервикальный канал

- а) с помощью трихомонад
- б) с помощью сперматозоидов
- в) благодаря пассивному транспорту
в результате отрицательного внутрибрюшного давления,
возникающего при движении диафрагмы
- г) всеми перечисленными способами
- д) ни одним из перечисленных способов

006. Для внутриматочного диализа при хроническом эндометрите используют

- а) димексид
- б) настойку календулы

- в) лидазу
- г) новокаин
- д) все перечисленное

007. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

- а) ознобы
- б) появление жидкого стула
- в) появление резей при мочеиспускании
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

008. Бактероиды наиболее чувствительны к действию

- а) эритромицина
- б) линкомицина
- в) метронидазола
- г) верно б) и в)
- д) всего перечисленного

009. Условия, способствующие развитию лактационного мастита

- а) лактостаз
- б) трещины сосков
- в) снижение иммунологической защиты организма
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

010. К группе риска по развитию послеродового мастита относится

- а) мастит в анамнезе
- б) мастопатия

- в) наличие послеродового эндометрита
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

011. При послеродовом мастите чаще бывает поражение

- а) двустороннее
- б) у повторнородящих
- в) ниже-внутреннего квадранта
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

012. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит

- а) от возраста женщины
- б) от анатомических особенностей гениталий
- в) от нарушения правил асептики
при инвазивных методах диагностики в гинекологии
- г) верно а) и в)
- д) от всего перечисленного

013. При проведении химической провокации

у больных с хроническим сальпингоофоритом применяют

- а) раствор азотнокислого серебра 0.5% и 2-3%
- б) раствор Люголя, разведенный дистиллированной водой
- в) 10% раствор хлористого натрия
- г) верно а) и в)
- д) все перечисленное

014. Димексид обладает следующим действием

- а) анальгезирующим

- б) противовоспалительным
- в) облегчает проникновение лекарственного препарата вглубь тканей
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

015. Для лечения кандидозного кольпита у беременных применяют

- а) нистатин
- б) клион-D
- в) настой календулы
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

016. Лечение кольпита у беременных следует проводить

- а) в I триместре беременности
- б) во II триместре беременности
- в) в III триместре беременности
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

017. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки

- а) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков
- б) тело матки, как правило, увеличено
- в) имеется нарушение менструальной функции
- г) верно а) и в)
- д) верно все перечисленное

018. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит

- а) от степени микробной обсемененности матки
- б) от реактивности организма
- в) от вирулентности бактериальной флоры
- г) верно б) и в)
- д) от всего перечисленного

019. Акушерский перитонит чаще всего возникает после

- а) родов
- б) раннего самопроизвольного выкидыша
- в) кесарева сечения
- г) искусственного аборта
- д) позднего самопроизвольного выкидыша

020. Факторы риска развития послеродовой септической инфекции

заключаются в наличии у роженицы

- а) урогенитальной инфекции
- б) сахарного диабета
- в) невосполненной кровопотери
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

021. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

- а) для хламидий
- б) для вируса простого герпеса
- в) для трихомонады
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

022. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры

при воспалительных заболеваниях женских половых органов

- а) преобладание ассоциаций микроорганизмов
- б) возрастание числа анаэробов и вирусов
- в) наличие хламидий и микоплазм
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

023. Этиопатогенетический подход

в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов

заключается в определении

- а) возможного начала воспалительного процесса
- б) возбудителя заболевания
- в) функционального состояния яичников
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

024. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

а) боли внизу живота и в области поясницы
б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком

- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

025. Наиболее частый путь распространения инфекции

при возникновении лактационного мастита

- а) лимфогенный
- б) гематогенный
- в) галактогенный
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

026. Клиническими признаками серозного мастита после родов являются все перечисленные, кроме

- а) температуры тела 38-39°C
- б) болей в молочной железе на стороне поражения
- в) безболезненности участка уплотнения в молочной железе при пальпации
- г) покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе
- д) увеличения молочной железы

027. Специфическим возбудителем послеродового мастита является

- а) золотистый стафилококк
- б) гемолитический стрептококк
- в) кишечная палочка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

028. Трудности в лечении больных с лактационным маститом, как правило, связаны

- а) с вторичным инфицированием операционных ран при гнойном мастите
- б) с проведением антибиотикотерапии без учета возможного анаэробного инфицирования
- в) с поздней диагностикой заболевания

- г) верно б) и в)
- д) со всем перечисленным

029. Источником инфекции при послеродовом мастите является

- а) микробная флора зева и носа новорожденного
- б) очаг инфекции в организме роженицы
- в) грязные руки и белье роженицы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

030. К клиническим формам гнойного лактационного мастита относится все перечисленное, кроме

- а) фурункулеза ареолы
- б) инфильтративного мастита
- в) абсцесса ареолы
- г) абсцесса в толще молочной железы
- д) ретромаммарного абсцесса

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя
- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 25. Воспалительные заболевания женских половых органов

ч.2

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Симптомы воспалительных заболеваний женских половых органов

При воспалительных заболеваниях женских половых органов могут проявляться следующие признаки и симптомы:

- Покраснение, отек, зуд слизистой вульвы и влагалища;
- Давление и боль внизу живота, в области таза;
- Боль во время полового акта;
- Боль в нижней части спины;
- Обильные слизистые или слизисто-гнойные выделения из влагалища с неприятным запахом и желтоватым оттенком;

— Выделения с неприятным запахом, желтоватые, мутные с пузырьками газа;

— Творожистые выделения сопровождающиеся зудом или жжением;

— Кровянистые выделения, слизисто-гнойные выделения с болями внизу живота;

— Нерегулярные менструации;

— Высокая температура, усталость, диарея или рвота;

— Болезненное или затрудненное мочеиспускание

Симптомы при хроническом воспалительном процессе органов малого таза

При несвоевременном или неадекватном лечении, острый воспалительный процесс может перейти в хронический. При хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза симптомы проявляются незначительно (нормальная или субфебрильная (37 - 37,4) температура, незначительная боль, усиливающаяся при менструации) или могут не проявляться совсем. Такое состояние может длиться годами и, как правило, приводит к бесплодию.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме

Задание 2.

Решите тестовые задания

031. Основные преобладающие клинические формы лактационного мастита

в последнее время

- а) инфильтративно-гнойный
- б) абсцедирующий
- в) флегмозный
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

032. Продолжительность стадии серозного лактационного мастита обычно составляет

- а) 1-2 дня
- б) 3-4 дня
- в) 5-6 дней
- г) 7-8 дней

033. Длительность инфильтративной стадии лактационного мастита, как правило, зависит

- а) от особенностей возбудителя инфекции
- б) от состояния защитных сил организма
- в) от характера проводимой терапии
- г) верно а) и б)
- д) от всего перечисленного

034. Диагностическими критериями развития гнойного лактационного мастита

(после периода некоторого улучшения в клинической картине заболевания)

являются все перечисленные, кроме

- а) гектического характера температурной кривой
- б) повторяющихся ознобов
- в) увеличения молочной железы в объеме
- г) отсутствия явлений интоксикации организма
- д) резкой болезненности молочной железы при пальпации

035. При диффузной форме инфильтративно-гнойного лактационного мастита,

как правило, отмечается

- а) пропитывание гноем ткани молочной железы (наподобие пчелиных сот)
- б) отсутствие явного абсцедирования в молочной железе
- в) наличие выраженного инфильтрата в ткани молочной железы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

036. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является мастит

- а) флегмонозный
- б) гангренозный
- в) абсцедирующий
- г) инфильтративно-гнойный
- д) инфильтративный

037. У большинства женщин лактационный мастит начинается после родов

- а) в конце 1-й недели
- б) в конце 2-й недели
- в) в начале 3-й недели

- г) на 3-4-й неделе
- д) верно б) и в)

038. В диагностике послеродового мастита, как правило, имеет значение

- а) характерные жалобы больной
- б) данные осмотра и пальпации молочных желез
- в) наличие предрасполагающих факторов к его развитию
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

039. Особенности терапии у больных с лактационным маститом

- а) санация входных ворот инфекции
- б) своевременное оперативное вмешательство при гнойной форме
- в) своевременная постановка вопроса о подавлении лактации
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

040. К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

- а) ампициллина
- б) олеандомицина
- в) гентамицина
- г) цепорина
- д) кефзола

041. К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

- а) карбенициллина
- б) эритромицина
- в) морфоциклина
- г) левомицетина
- д) линкомицина

042. Критерии эффективности проводимой антибактериальной терапии (при послеродовых воспалительных заболеваниях)

- а) положительная динамика клинических симптомов
- б) уменьшение или исчезновение палочкоядерного сдвига формулы белой крови
- в) увеличение "разрыва" между самой низкой и самой высокой температурой тела за сутки (при трехчасовой термометрии)
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

043. Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта

при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков

- а) бактериостатических
- б) бактериостатических и бактерицидных
- в) бактерицидных

044. Сочетание антибиотиков бактерицидных и бактериостатических (при проведении антибактериальной терапии у больной с лактационным

маститом) дает эффект

- а) аддитивный
- б) антагонистический
- в) синергический

045. Больным с кистой бартолиновой железы следует рекомендовать

- а) УФО
- б) лечение только в стадию обострения воспалительного процесса
- в) оперативное лечение - вылушивание кисты бартолиновой железы -
в стадию ремиссии
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

046. К особенностям течения воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии относится все перечисленное, кроме

- а) увеличения числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 лет
- б) возрастания числа тубоовариальных образований
- в) отсутствия у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания
- г) значительно более частого выявления параметрита
- д) склонности воспалительных заболеваний к длительному хроническому течению с частыми обострениями

047. При лечении больных с лактационным маститом сочетание антибиотиков применяют в связи

а) с тяжестью течения заболевания (когда не уточнен возбудитель)

б) с наличием смешанной инфекции

в) с необходимостью предупреждения формирования устойчивых форм микроорганизмов

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

048. Ко второму этапу послеродовой септической инфекции

(по классификации Сазонова - Бартельса) относится все перечисленное,

кроме

а) параметрита

б) метротромбофлебита

в) пельвиоперитонита

г) общего перитонита

д) сальпингоофорита

049. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются

возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов

неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

а) стафилококка

б) стрептококка

в) гонококка

г) гарднереллы

д) анаэробов

050. Особенности половой функции

у больных с хроническим сальпингоофоритом

- а) снижение или отсутствие либидо
- б) болевые ощущения при половом акте
- в) отвращение к половому акту
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленные особенности

Задание 3

Подготовьте сообщение на тему " особенности лечения бактериальных инфекций в гинекологии"

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя
- правильность решения тестов.
- четкость раскрытия темы реферата.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 26. Неотложные состояния в гинекологии

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;

- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Неотложные состояния в гинекологии

Острый живот — клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и/или забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи.

Термин «острый живот» является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу. Несмотря на различные причины, симптоматика острого живота в гинекологии имеет много общих черт: внезапное появление болей среди полного здоровья (боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу, могут быть настолько сильными, что вызывают обморок); тошнота, рвота; нарушение отхождения кишечных газов и кала; симптомы раздражения брюшины.

Группы заболеваний внутренних женских половых органов, при которых возникает клиника острого живота:

1. Острые кровотечения из внутренних половых органов:
 - внематочная беременность;
 - апоплексия яичника;
 - травматические повреждения матки (ятрогенного или криминального происхождения).
2. Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов:
 - перекрут ножки опухоли яичника;
 - нарушение питания фиброматозного узла

3. Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита:

- пиосальпинкс и пиовар, гнойная tuboовариальная опухоль;
- пельвиоперитонит;
- распространенный перитонит.

ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ

Перфорация матки — ятрогенное заболевание. Перфорация (от лат. perforatio; «пробуравливание»; синоним — прободение) — возникновение сквозного дефекта в стенке полого органа.

КОД ПО МКБ-10

O71.5 Перфорация матки как акушерская травма.

T83.3 Перфорация матки внутриматочным противозачаточным средством.

O08.6 Перфорация матки, связанная с абортом.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника — внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. *Кровоизлияние в яичник происходит при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела и сопровождается нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость. Встречается у 0,5—2,5 % гинекологических больных. Апоплексия яичника может наблюдаться в различные фазы менструального цикла, однако чаще всего это бывает в период овуляции или в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела. Не исключена возможность разрыва желтого тела во время беременности. Апоплексия яичника возникает, как правило, у женщин в возрасте 20—35 лет.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (ПРИДАТКОВ МАТКИ)

Перекрут ножки опухоли — опасная патология, которая сопровождается нарушением кровоснабжения яичника. Данная патология приводит к острому нарушению питания опухоли яичника и быстрому развитию в ней морфологических изменений.

Различают анатомическую и хирургическую ножку опухоли. К первой относят анатомические образования, которые подходят к яичнику: брыжейка яичника, собственная связка и подвешивающая связка яичника, нервы, кровеносные и лимфатические сосуды. Хирургическая ножка образуется в результате перекрута ножки опухоли яичника и, помимо структур хирургической ножки, может содержать маточную трубу, сальник, петли кишечника.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Подготовьте сообщение на тему " основные методы дифференциальной диагностики острого живота"

Задание 3.

ответьте на вопросы:

1 Внематочная беременность. Определение.

2 Причины внематочной беременности.

3 Классификация внематочной беременности в зависимости от места ее локализации.

4 Прогрессирующая внематочная беременность. Определение, клиника, диагностика.

5 Разрыв маточной трубы, определение, клиника, диагностика

6 Трубный аборт, определение, клиника, диагностика,

7 Методы диагностики внематочной беременности

8 Апоплексия яичника. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика.

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы.
- правильность решения задачи

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 27. Бесплодный брак

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Бесплодие- неспособность к зачатию в репродуктивном возрасте.

Бесплодный брак- отсутствие беременности в течение 6-12 месяцев при регулярной половой жизни без применения средств контрацепции. Частота бесплодных браков по разным данным составляет от 10 до 20%.

Различают бесплодие:

- первичное и вторичное,
- женское, мужское и смешанное,
- абсолютное и относительное.

Первичное женское бесплодие- отсутствие хотя бы одной беременности в анамнезе. ***Вторичное*** - бесплодие в течение 6-12 месяцев, когда в прошлом беременность наступала. Около 30% составляет бесплодие первичное.

Соотношение женского и мужского бесплодия 1:1.

Абсолютное женское бесплодие- полное исключение возможности к зачатию. При относительном бесплодии возможно устранение его причины.

Этиологические причины женского бесплодия:

1. Эндокринные,
2. Трубные и перитонеальные факторы,
3. Различные гинекологические заболевания, в том числе воспалительные,
4. Аномалии половых органов,
5. Иммунологические факторы,
6. Психогенные причины
7. Не установленные причины бесплодия.

Эндокринное бесплодие связано с нарушением овуляции и функциональным состоянием маточных труб. Эндокринное бесплодие чаще бывает первичным.

В норме в гипоталамусе секретируются релизинг-гормоны, которые регулируют секрецию гонадотропных гормонов в гипофизе. Под действием гонадотропных гормонов (фолликулостимулирующего- ФСГ и лютеинизирующего- ЛГ) в яичниках в течение менструального цикла происходит созревание фолликула, его разрыв, развитие желтого тела. Изменения в яичнике в течение менструального цикла называют яичниковым циклом. В первую фазу цикла созревает один доминантный фолликул, в котором находится яйцеклетка - фолликулярная фаза. В середине цикла происходит разрыв зрелого фолликула и выход из его полости зрелой яйцеклетки- овуляция. Эти дни благоприятны для наступления беременности. На месте разорвавшегося фолликула формируется желтое тело (*corpus luteum*), секретирующее прогестерон- лютеиновая фаза. Если оплодотворение яйцеклетки не наступило, желтое тело подвергается обратному развитию с 28 дня цикла (при 28-дневном менструальном цикле). Если произошло оплодотворение яйцеклетки, желтое тело продолжает развиваться, формируется желтое тело беременности. Под действием гормона желтого тела - прогестерона эндометрий претерпевает секреторные превращения, необходимые для имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Прогестерон снижает возбудимость миометрия, создает условия для развития беременности.

Ановуляция (отсутствие овуляции)- патологическое состояние, при котором нарушена циклическая секреция гормонов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, нарушены циклические процессы в яичниках, отсутствует созревание доминантного фолликула и яйцеклетки.

Клинические проявления нарушений циклической секреции гормонов в

гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе: дисфункциональные маточные кровотечения, олигоменорея, аменорея.

Овуляция нарушена при синдроме поликистозных яичников, постпубертатной форме адреногенитального синдрома, гиперпролактинемии, послеродовом нейроэндокринном синдроме, гипотиреозе.

Практическая часть

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

1. Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее

(A) 0,5 года

(B) 1 года

(C) 1,5 лет

(D) 5 лет

2. Частота бесплодного брака составляет по отношению ко всем бракам

(A) 0,5-1%

(B) 2-3%

(C) 15-20%

4. более 30%

3. Какой наиболее достоверный метод выявления овуляции?

(A) симптом зрачка

(B) базальная температура

(C) биопсия эндометрия

(D) беременность

(E) кольпоцитология

4. Какое количество сперматозоидов должно быть в норме при посткоитальном тесте?

(A) 0 - 1 млн

(B) 1 - 20 млн

(C) 20 - 25 млн

(D) 20 - 60 млн

(E) свыше 60 млн

5. В каком проценте случаев двусторонняя клиновидная резекция яичников при синдроме поликистозных яичников нормализует менструальную функцию?

(A) 5%

(B) 25%

(C) 45%

(D) 65%

(E) 85%

6. При классическом синдроме Штейна-Левенталя яичники

(A) маленькие и кистозно измененные

(B) большие и кистозно измененные

(C) большие и плотные

(D) маленькие и плотные

(E) нормальных размеров

7. Наилучшей индукцией овуляции для пациентки с недостаточностью функции гипофиза и аменореей является

(A) низкие дозы эстрогенов

(B) ежедневно ФСГ в сочетании с ХГ

(C) регулярная половая жизнь

(D) циклически прогестерон

(E) кломифен

8. Кроме диагностики состояния матки и маточных труб гистеросальпингография используется для выявления нарушений

(A) кишечника

(B) брюшинного пространства

(C) околотрубной области

(D) влагалища

(E) ничего из выше перечисленного

9. Первичное лечение при гипоталамической аменорее, когда отсутствует овуляция:

(A) низкие дозы тестостерона

(B) ежедневно ФСГ после 3-недельного применения ХГ

(C) частые половые сношения

(D) циклически прогестерон

(E) кломифен

10. На какой диагноз указывают непроходимость маточных труб в области фимбрий, пролиферация складок труб и гигантские клетки на протяжении фаллопиевых труб?

(A) эндометриоз

(B) аденокацинома

(C) туберкулез

(D) гонорейный сальпингит

(E) сальпингит истмической части труб

11. Какой процент аномальных сперматозоидов допустим в нормальной спермограмме?

(A) 1-2%

- (B) 6-8%
- (C) 10-15%
- (D) 20-40%
- (E) свыше 50%

12. Какой процент подвижных сперматозоидов допустим в нормальной спермограмме?

- (A) 10%
- (B) 30%
- (C) 50-60%
- (D) 80%
- (E) 90%

13. Общее количество сперматозоидов в нормальном мужском эякуляте:

- (A) 20 - 40 млн
- (B) 100 тыс - 1 млн
- (C) 60 - 80 млн
- (D) 10 - 20 млн
- (E) 150 - 200 млн

14. Нормальный объем мужского эякулята:

- (A) меньше 1 мл

(B) 1 - 2 мл

(C) 2 - 4 мл

(D) 4 - 6 мл

(E) более 6 мл

15. Оплодотворение происходит в

(A) яичниках

(B) фимбриях труб

(C) ампулярной части труб

(D) истмической части труб

(E) полости матки

Задание 3

составьте ситуационные задачи, используя данные лекции

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.

- правильность решения тестов.

- Правильность составления задачи.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач

- *выписывание рецептов на доске*

Тема 28 .Лечение бесплодия.

Цели:

- *углубление и систематизация знаний;*
- *применение знаний;*
- *развитие умения работать с учебной литературой;*
- *развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;*
- *воспитание самостоятельности.*

Теоретическая часть:

Диагностика бесплодия

Обследование женщин с бесплодием начинается со сбора анамнеза, при котором

уточняют характер менструальной функции (менархе, регулярность цикла и его

нарушения, межменструальные выделения, болезненные менструации), число и исход

предыдущих беременностей, длительность бесплодия, используемые методы

контрацепции и продолжительность их применения. При изучении половой функции

выясняют, нет ли боли при половом акте, регулярность половой жизни.

Обращают внимание на экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, туберкулез,

патология щитовидной железы, надпочечников и др.) и перенесенные операции,

способствующие появлению бесплодия (операции на матке, яичниках, маточных трубах,

мочевыводящих путях, кишечнике, аппендэктомия).

Уточняют гинекологический анамнез: наличие воспалительных процессов органов малого таза

и заболеваний, передаваемых половым путем (возбудитель, продолжительность и характер

терапии), заболевания шейки матки и их лечение (консервативное, криоили лазеротерапия,

радио-и электрокоагуляция).

Выявляют психогенные факторы, а также вредные привычки (курение, употребление

алкоголя, наркотиков), которые могут приводить к бесплодию.

При объективном обследовании необходимо измерить рост, массу тела пациентки,

вычислить индекс массы тела (ИМТ). В норме он составляет 20-26 кг/м². При ожирении (ИМТ

>30 кг/м²) необходимо установить время его начала, возможные причины и быстроту

нарастания массы тела.

Обращают внимание на кожные покровы (сухие, влажные, жирные, угревая сыпь, полосы

растяжения), состояние молочных желез (развитие, выделения из сосков, уплотнения и

объемные образования). Целесообразно выполнить УЗИ молочных желез для исключения

опухолевых образований.

Обязательно проводят микроскопическое исследование мазков из цервикального канала,

влагалища и уретры. При необходимости выполняют ПЦР - исследование на наличие

инфекции, посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Параллельно пациентка проходит обследование по тестам функциональной диагностики в

течение 3 последовательных менструальных циклов (базальная термометрия, симптом

"зрачка", КПИ и др.).

Обследование пациенток с бесплодием любой этиологии включает также консультацию

терапевта для выявления противопоказаний к беременности. При обнаружении признаков

эндокринных и психических заболеваний, а также пороков развития назначают консультации

соответствующих специалистов: эндокринологов, психиатров, генетиков.

Эндокринное бесплодие. Обследование пациенток с ановуляторным бесплодием начинают с

исключения органической патологии на всех уровнях регуляции менструальной функции. С

этой целью выполняют рентгенографию черепа с визуализацией турецкого седла, МРТ

головного мозга, исследование глазного дна и полей зрения, УЗИ органов малого таза,

щитовидной железы, надпочечников.

Для выявления функциональной патологии репродуктивной системы проводят ЭЭГ, РЭГ,

определяют концентрацию в крови гормонов передней доли гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактина,

ТТГ, АКТГ), гормонов яичников (эстрадиол, прогестерон), гормонов щитовидной железы

(Т3, Т4), надпочечников (кортизол, тестостерон, ДГЭА-С).

У женщин с ожирением рекомендуется дополнительно использовать стандартный

тест толерантности к глюкозе для выявления характера нарушений углеводного обмена.

Недостаточность лютеиновой фазы проявляется укорочением 2-й фазы менструального

цикла (менее 10 дней) и уменьшением разницы температуры в обе фазы цикла ($<0,6$ °C) по

данным базальной термометрии. Диагностическим критерием недостаточности лютеиновой

фазы является снижение уровня прогестерона в крови. Исследование проводят на 7-9-й день

подъема ректальной температуры (соответствует 21-23-му дню менструального цикла).

Диагноз ЛНФ-синдром устанавливают при динамическом УЗИ. В течение менструального

цикла отмечается рост фолликула до преовуляторного с последующим сморщиванием -

"плато-эффект фолликула".

При диагностике трубно-перитонеального бесплодия необходимо исключить в первую

очередь воспалительные заболевания половых органов. С этой целью проводят

бактериоскопическое, бактериологическое исследование, ПЦР.

Для исключения трубного бесплодия (определения проходимости маточных труб) в

настоящее время чаще применяют гидросонографию, лапароскопию с хромосальпингоскопией метилтионинием хлоридом (метиленовый синий♠),

сальпингоскопию (реже - гистеросальпингографию).

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

задание 2.

Составьте задачи по данной теме и обменявшись с другими студентами, решите их.

Задание 3. Составьте из 15 слов по данной теме кроссворд.

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность составления и решения задачи
- правильность составления кроссворда.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 29. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования женских половых органов.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;

- *применение знаний;*
- *развитие умения работать с учебной литературой;*
- *развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;*
- *воспитание самостоятельности.*

Теоретическая часть:

Доброкачественные новообразования (опухоли) женских половых органов — патологические образования, возникающие вследствие нарушения механизмов контроля деления, роста и дифференцировки клеток.

По своей структуре доброкачественные опухоли напоминают ткань органов, из которой они происходят. Характерно также и частичное сохранение специфической функции ткани. Доброкачественные опухоли растут медленно, постепенно сдавливая прилежащие структуры и ткани, но никогда не проникают в них. Они, как правило, хорошо поддаются хирургическому лечению и редко рецидивируют.

Миома матки - одно из самых распространенных заболеваний в практике врача гинеколога. Каждая четвертая женщина старше 30 лет и каждая третья женщина предклимактерического возраста имеет данную патологию.

Клиника миомы матки зависит от скорости роста опухоли и ее локализации. При медленном росте узлов заболевание годами может протекать без каких-либо проявлений, невзирая на довольно крупные размеры миомы. Быстрый рост опухоли дает более выраженную симптоматику. Пациенты обращаются к врачу, когда обнаруживают кровотечение, связанную с ним анемию, боли внизу живота, симптомы со стороны мочевого пузыря и других соседствующих органов. Кровотечение обычно проявляется в виде обильных месячных (со сгустками, более 5 дней), но затем может трансформироваться в случаи кровотечения вне месячных.

Диагностика миомы матки

На ранних стадиях формирования опухоли ее диагностика при влагалищном исследовании не всегда возможна. С целью уточнения диагноза миома матки выполняют ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. При проведении УЗИ оценивают состояние матки и яичников, дифференцируют миому с опухолями придатков матки и яичников. При постановке диагноза важно учитывать дни менструального цикла, поэтому УЗИ необходимо проводить в динамике, в одни и те же дни цикла.

По данным УЗИ можно достаточно точно установить локализацию, размеры, состояние миоматозных узлов.

УЗИ необходимо проводить всем женщинам старше 30 лет один раз в год с целью раннего выявления «молодых» миом - как более перспективных для консервативного (безоперационного) лечения миомы матки.

Лечение миомы матки преимущественно хирургическое, но иногда можно обойтись и без оперативного вмешательства.

Показаниями к проведению консервативной терапии являются:

- молодой возраст пациентки;
- размер миоматозных узлов до 2 см в диаметре;
- межмышечное расположение миоматозных узлов;
- относительно медленный рост миомы;
- отсутствие деформации полости матки.

Лечение миомы матки заключается в нормализации нарушений, характерных для больных с миомой матки: хроническая анемия, воспалительные процессы матки и придатков, нарушение кровенаполнения органов малого таза, нарушение функционального состояния нервной системы и вегетативного равновесия. Параллельно с этим проводится медикаментозное торможение роста опухоли за счет комплексного лечения гормональными и негормональными препаратами.

Эндометриоз - это женское заболевание, когда за пределами полости матки происходит разрастание ткани, похожей на эндометрий матки. Клетки эндометрия выйдя за пределы матки могут "оседать" на других органах, обычно соседних – маточных трубах, яичниках, брюшине, в мочевом пузыре, кишечнике и так далее. В редких случаях (если они попадают в ток крови) эти клетки оседают в легких, почках, гортани и других частях тела, удаленных от матки. «Осев» на других органах.

Клетки ведут себя как те, что находятся в матке, то есть функционируют согласно фазам менструального цикла - разрастаются, разрыхляются, а во время менструаций кровоточат. В результате при эндометриозе мочевого пузыря появляются кровянистые выделения в моче, а при эндометриозе прямой кишки - выделения крови из ануса.

За несколько дней до менструации и в ее ходе появляются боли в животе различной степени – вплоть до полной потери трудоспособности. Боли могут проявиться также в кишке, крестце, ягодицах, ногах, спине и так далее. Иногда имеются головные боли и головокружения, расстройство мочеиспускания.

Диагностика эндометриоза

Для диагностики эндометриоза используют кольпоскопию, ультразвуковое исследование и другие методы. Ультразвуковой метод – один из наиболее доступных и распространенных. Он позволяет уточнить расположение эндометриоза и динамику в результате лечения.

Лечение эндометриоза

Результат лечения зависит от множества факторов - тяжести заболевания, степени распространенности, полноценности терапии и так далее. Во время лечения, и после него необходимо вести динамический

контроль за состоянием больных. Такой контроль должен включать гинекологическое исследование, УЗИ (раз в три месяца), определение динамики уровня онкомаркеров СА 125, РЕА и СА 19-9 в сыворотке крови.

Киста яичника – доброкачественное образование, представляющее собой полость, заполненную полужидким или жидким содержимым. Характер содержимого и размер полости зависят от месторасположения образования и причин его происхождения.

Чаще всего кисту яичника диагностируют у молодых женщин детородного возраста, у женщин старшего возраста (более 50 лет) она встречается крайне редко.

Киста желтого тела. Образуется, когда после овуляции фолликул заполняется не клетками желтого тела, а жидкостью. Образование формируется, как правило, только с одной стороны, и представляет собой полость, заполненную желтой жидкостью, возможно, с примесями крови. Этот вид доброкачественных образований может возникнуть после аборта или во время беременности. В большинстве случаев такие кисты при правильно назначенной терапии быстро рассасываются.

Фолликулярная киста, формирующаяся из оболочки желтого тела или фолликула. Она представляет собой небольшое однокамерное образование, заполненное прозрачным содержимым. Причиной возникновения функциональных образований является гормональный дисбаланс.

Клиника кисты яичника

В большинстве случаев пациентка узнает о своем заболевании при прохождении ультразвукового обследования, так как болезнь может

протекать бессимптомно. Однако, функциональные образования могут проявляться в виде следующих симптомов:

- нарушение менструального цикла (длительные и обильные менструации);
- боль в низу живота;
- воспаление в области придатков.

Лечение кисты яичников

Консервативное лечение возможно только при небольших размерах кист и отсутствии их роста, в остальных случаях лечение кисты может проводиться только хирургически. Консервативное лечение функциональных кист - кисты желтого тела и фолликулярной кисты - проводится оральными контрацептивами, которые назначаются строго индивидуально. При правильно подобранном препарате образование рассасывается в течение трех месяцев, если за это время никаких изменений не произошло, то кисту удаляют хирургически.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

001. Крауроз и лейкоплакия вульвы чаще встречаются у женщин в возрасте

- а) 31-40 лет
- б) 41-50 лет
- в) 51-60 лет

- г) 61-70 лет
- д) независимо от возраста

002. При подозрении на меланому вульвы используют методы

- а) ножевая биопсия
- б) скарификационная биопсия
- в) взятие мазков-отпечатков
- г) пункционная биопсия
- д) все перечисленное верно

003. Морфологические изменения при краурозе вульвы больше выражены

- а) в эпителии
- б) в сосудах вульвы
- в) во всей толще вульвы
- г) в соединительной ткани вульвы

004. Для крауроза вульвы

характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

- а) сморщивания больших и малых половых губ
- б) зуда в области клитора
- в) сухости кожно-слизистых покровов вульвы
- г) сужения входа во влагалище
- д) отека тканей вульвы

005. Особенности дисгерминомы яичника является

- а) одностороннее поражение
- б) возраст больной до 30 лет
- в) благоприятный прогноз при морфологически "чистой"

дисгерминоме

- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

006. Наиболее часто выделяют две стадии крауроза вульвы

- а) атрофическую
- б) склеротическую
- в) промежуточную
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

007. Макроскопическими изменениями при краурозе и лейкоплакии вульвы

- являются все перечисленные, кроме
- а) "белых пятен"
 - б) "перламутрового" оттенка кожи
 - в) телеангиоэктазий
 - г) очаговой пигментации
 - д) атрофии наружных половых органов

008. Лечение больных при лейкоплакии и краурозе вульвы

- включает все перечисленное, кроме
- а) медикаментозного
 - б) гормонального
 - в) хирургического
 - г) новокаиновых блокад
 - д) лучевой терапии

009. При хирургическом лечении больных краурозом и лейкоплакией вульвы

проводится

- а) овариоэктомия
- б) расширенная вульвэктомия
- в) лимфаденэктомия
- г) вульвэктомия

010. Рак вульвы встречается чаще у женщин

- а) репродуктивного возраста
- б) в менопаузе
- в) в постменопаузе
- г) независимо от возраста

011. При лечении лейкоплакии и крауроза вульвы

используются все перечисленные методы, кроме

- а) лазерной терапии
- б) криотерапии
- в) гипертермии
- г) электрофореза лекарственных препаратов

012. Дисплазия вульвы

характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме

- а) атипии во всех слоях многослойного плоского эпителия, кроме поверхностного
- б) нарушения слоистости пласта эпителия
- в) сохранения базальной мембраны
- г) распада клеток

013. Дисплазия и внутриэпителиальный рак вульвы могут

- а) оставаться стабильными

- б) прогрессировать
- в) регрессировать
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

014. Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака вульвы

- а) железистый
- б) светлоклеточный
- в) низкодифференцированный
- г) плоскоклеточный
- д) базальноклеточный

015. Кроме рака вульвы, наиболее частым злокачественным новообразованием

наружных половых органов является

- а) фибросаркома
- б) аденокарцинома
- в) гидраденома
- г) меланома
- д) миосаркома

016. Факторы риска возникновения

гиперпластических процессов и рака эндометрия

- а) нарушение жирового обмена
- б) стрессовые ситуации
- в) нарушение менструального цикла
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

017. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов

и рака эндометрия, секретируются

- а) надпочечниками
- б) гипоталамусом
- в) яичниками
- г) передней долей гипофиза

018. Атипичическая гиперплазия эндометрия морфологически наиболее сходна

- а) с железисто-кистозной гиперплазией
- б) с эндометриальным полипом
- в) с метроэндометритом
- г) с высококодифференцированным раком

019. Атипичическая гиперплазия эндометрия переходит в рак чаще

- а) в репродуктивном возрасте
- б) в климактерическом возрасте
- в) в любом возрасте
- г) в периоде постменопаузы

020. Вторая стадия рака эндометрия характеризуется

- а) увеличением размеров матки
- б) поражением клетчатки таза
- в) поражением яичников
- г) переходом опухоли на цервикальный канал

021. Вторым патогенетический тип рака эндометрия, как правило, характеризуется

- а) отсутствием обменных нарушений
- б) фиброзом яичников
- в) железисто-кистозной гиперплазией эндометрия
- г) верно а) и б)
- д) всем перечисленным

022. Клинические проявления гиперпластических процессов

у женщин в репродуктивном периоде

- а) ациклические кровотечения
- б) наличие предменструальной "мазни"
- в) меноррагии
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

023. Уровень эстрогенов и прогестерона

при гиперпластических процессах в эндометрии соответствует
таковому

- а) в постменопаузе
- б) во второй фазе менструального цикла
- в) всегда различен
- г) в первой фазе менструального цикла

024. Заболеваемость раком шейки матки во второй половине 90-х гг.

- а) является самой высокой
среди всех злокачественных опухолей гениталий
- б) остается стабильной
- в) наметилось ее снижение во всех странах
- г) имеет тенденцию к повышению

025. Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии
- а) всех слоев
 - б) только в поверхностном
 - в) только в отдельных клетках
 - г) во всех слоях, кроме поверхностного
026. Внутриэпителиальный рак шейки матки имеет морфологические признаки злокачественности
- а) в поверхностном слое
 - б) только атипию в некоторых клетках
 - в) только в отдельных участках пласта эпителия
 - г) во всей толще эпителия
027. Противопоказаниями к гормональному лечению больных гиперпластическими процессами в постменопаузе являются все перечисленные, кроме
- а) хронического тромбоза
 - б) миомы матки
 - в) опухоли яичника
 - г) кровянистых выделений из половых путей
028. Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия следует проводить
- а) с субмукозным узлом миомы
 - б) с железисто-фиброзным полипом эндометрия
 - в) с гормонально-активной опухолью яичника
 - г) верно а) и б)
 - д) со всем перечисленным

029. Основной путь метастазирования при раке эндометрия
- а) гематогенный
 - б) лимфогенный
 - в) имплантационный
 - г) контактный
030. Первая стадия рака эндометрия разделяется на варианты (а, б, в) в зависимости
- а) от степени распространения опухоли за пределы матки
 - б) от степени инвазии опухоли в миометрий
 - в) от величины полости матки
 - г) от размеров матки
031. Наиболее часто при раке эндометрия I стадии производят
- а) экстирпацию матки с придатками и верхней третью влагалища
 - б) экстирпацию матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфаденэктомию
 - в) расширенную экстирпацию матки с придатками по Вертгейму
 - г) верно а) и б)
 - д) верно все перечисленное
032. Профилактика развития рака эндометрия состоит
- а) в устранении нарушений овуляции
 - б) в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни
 - в) в применении гормональной контрацепции
 - г) верно а) и б)
 - д) во всем перечисленном

033. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это

- а) предрак
- б) начальная форма рака
- в) фоновый процесс
- г) дисгормональная гиперплазия

034. Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки является все перечисленное, кроме

- а) отсутствия инвазии в подлежащую строму
- б) сохранения базальной мембраны
- в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия
- г) очагового проникновения группы клеток в строму

035. Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является

- а) визуальный осмотр
- б) кольпоскопия
- в) радионуклеидный метод
- г) цитологическое исследование мазков

036. Микроинвазивный рак шейки матки называют "компенсированным"

в связи с тем, что он имеет

- а) малую стромальную инвазию
- б) низкую потенцию к метастазированию
- в) раковые эмболы в лимфатических щелях
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

037. Микроинвазивный рак шейки матки

по своему клиническому течению сходен

- а) с тяжелой дисплазией
- б) с внутриэпителиальным раком
- в) с инвазивным раком
- г) верно а) и б)
- д) со всем перечисленным

038. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток

методом выбора лечения является

- а) экстирпация матки с придатками
- б) экстирпация матки без придатков
- в) криодеструкция
- г) электроконизация

039. При внутриэпителиальном раке шейки матки у женщин 50 лет и старше

с лечебной целью целесообразно производить

- а) экстирпацию матки с придатками
- б) экстирпацию матки без придатков
- в) криодеструкцию
- г) электроконизацию

040. При микроинвазивном раке шейки матки

у женщин репродуктивного возраста

применяются все перечисленные виды лечения, кроме

- а) лазерной конизации
- б) высокой ножевой ампутации шейки матки
- в) операции Вертгейма

г) экстирпации матки без придатков

041. Комбинированный метод лечения

больных с онкогинекологической патологией

включает комбинацию двух методов (из числа указанных), кроме

а) хирургического и химиотерапевтического

б) лучевого и химиотерапевтического

в) гормонотерапии и хирургического

г) хирургического и лучевого

д) всех перечисленных

042. Операция Вертгейма отличается от простой экстирпации матки удалением

а) связок матки

б) параметральной клетчатки

в) подвздошных лимфатических узлов

г) верхней трети влагалища

и всего лимфатического коллектора, окружающего матку

д) всего перечисленного

043. Больные с какими заболеваниями шейки матки

не должны состоять на учете у онколога-гинеколога?

а) рецидивирующий полипоз

б) простая форма лейкоплакии

в) лейкоплакия с атипией

г) дисплазия

д) эритроплакия

044. Для диагностики трофобластической болезни

наиболее эффективно определение

- а) хорионического гонадотропина
- б) трофобластического β -глобулина
- в) хорионического соматотропина
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

045. Наиболее часто хориокарцинома возникает после

- а) абортов
- б) пузырного заноса
- в) нормальных родов
- г) преждевременных родов

046. Патогенетические варианты хориокарциномы

- а) хориокарцинома после нормальной беременности
- б) хориокарцинома после патологической беременности
- в) хориокарцинома в постменопаузе
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

047. Наличие лютеиновых кист у больных хориокарциномой матки

влияет на прогноз

- а) благоприятно
- б) неблагоприятно
- в) не имеет влияния
- г) неизвестно

048. Химиотерапия у больных после удаления пузырного заноса

- а) не рекомендуется
- б) обязательна

- в) зависит от морфологической картины
- г) на усмотрение врача,
в зависимости от клинических и лабораторных данных

049. Больным с хориокарциномой

в зависимости от распространенности процесса целесообразно
проводить

- а) монокимиотерапию
- б) полихимиотерапию
- в) противовоспалительную терапию
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

050. К раку яичников относятся

- а) все злокачественные опухоли яичника
- б) только герминогенные опухоли
- в) только стромальные опухоли
- г) только опухоли эпителиального происхождения

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Тема 30.Итоговое занятие.

Цели:

- углубление и систематизация знаний;
- применение знаний;
- развитие умения работать с учебной литературой;
- развитие навыков организации самостоятельного учебного труда и контроля над его эффективностью;
- воспитание самостоятельности.

Теоретическая часть:

Аборт — искусственное или самопроизвольное прерывание беременности в первые 28 недель. Ранний аборт - в течение первых 14-15 недель, поздний аборт в сроки 16-28 недель.

Азооспермия — отсутствие в семенной жидкости сперматозоидов.

Акиноспермия (также акинозооспермия) — полная неподвижность сперматозоидов в эякуляте.

Акрсомная реакция — растворение сперматозоидом оболочек яйцеклетки.

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

Аменорея — отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более.

Амниоцентез — диагностическая процедура: аспирация околоплодных вод в первые 3-4 месяца беременности для диагностики генетических аномалий.

Анализ спермы — лабораторное исследование спермы для определения количества и качества сперматозоидов.

Анализ спермы — лабораторное исследование спермы для определения количества и качества сперматозоидов.

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

Анаэякуляторный синдром — отсутствие семяизвержения, несмотря на значительную длительность коитуса.

Андрогены — мужские половые гормоны.

Андролог — специалист по лечению мужского бесплодия.

Ановуляция — отсутствие овуляции.

Антиген — любое вещество, вызывающее образование антител.

Антиспермальные антитела — антитела, вырабатываемые против сперматозоидов, блокирующие их движение либо препятствующие акросомной реакции.

Антитела — защитные тела, вырабатываемые иммунной системой в ответ на проникновение чужеродных субстанций. Связывая чужеродные объекты, антитела дезактивируют их.

Аспирация — забор содержимого с помощью инструмента, например фолликулярной жидкости из фолликула.

Аутоантитела — антитела, действующие против собственных тканей.

Базальная температура тела (БТТ) — это температура, которая измеряется утром в заднем проходе, сразу после пробуждения, до подъема с постели. Измерение базальной температуры - один из методов функциональной диагностики деятельности яичников. В норме в первой половине менструального цикла температура находится в пределах 36,4-36,8 °С, а во второй половине - 37,0-37,4 °С.

Бесплодие — диагноз, который ставится при безуспешных попытках забеременеть в течение года регулярной половой жизни без предохранения.

Бесплодие пары — длительное отсутствие беременности в супружеской паре, хотя один из супругов или даже оба могут быть способны к воспроизводству потомства.

Биопсия — диагностическая процедура: забор кусочка ткани с последующим исследованием под микроскопом.

Бластомер — клетка раннего эмбриона.

Вагинит — воспаление слизистой оболочки влагалища. То же, что и "кольпит".

Вазограмма — диагностическая процедура: рентгенологическое исследование семявыносящих протоков у мужчин.

Вазэктомия — хирургическое удаление семявыносящих протоков с целью мужской контрацепции.

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

Внутриматочная инсеминация — искусственное введение подготовленной спермы в полость матки женщины.

ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) — все методы лечения и процедуры, связанные с обработкой яйцеклеток или сперматозоидов в целях наступления беременности. К ВРТ относятся: внутриматочная инсеминация, ЭКО, ГИФТ, ЗИФТ, криоконсервация зародышей, донорство яйцеклеток и зародышей, суррогатное материнство.

Гамета — половая клетка: сперматозоид у мужчин и яйцеклетка у женщин.

Ген — единица наследственности - участок хромосомы, состоящий из ДНК и контролирующей образование какого-либо признака.

Гидротубация — диагностическая процедура: введение жидкости в фаллопиевы трубы для контроля их проходимости и лечения.

Гипертонус матки — повышенный тонус матки. Во время беременности свидетельствует об угрозе невынашивания.

Гипофиз — эндокринная железа в основании головного мозга, продуцирующая гонадотропные, лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий (ФСГ), гормоны, которые, в свою очередь, стимулируют половые железы к продукции половых клеток и гормонов.

Гистеросальпингография (ГСГ) — диагностическая процедура: рентгенологическое исследование полости матки и фаллопиевых труб.

Гистероскопия — диагностическая процедура: обследование полости матки с помощью оптической системы, введенной через влагалище и цервикальный канал.

ГИФТ (трансплантация гамет в фаллопиевы трубы) — процедура ВРТ, заключающаяся в извлечении яйцеклеток из яичников женщины, соединении их со спермой и помещении неоплодотворенных яйцеклеток и спермы в фаллопиевы трубы женщины.

Гонадотропины — гормоны, продуцируемые гипофизом, - фолликулостимулирующий и лютеинизирующий (ЛГ).

Гонады — органы, продуцирующие половые клетки и половые гормоны. Яички у мужчин, яичники у женщин.

Гормон — вещество, продуцируемое эндокринной железой, переносимое током крови к органу-мишени.

Дисменорея — расстройства менструаций, нерегулярные месячные.

Дисфункция — нарушенная функция.

ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота; вещество, содержащееся в ядре клетки. В структуре молекулы этого вещества закодирована наследственность организма.

Донорская инсеминация (ИИСД) - искусственная инсеминация спермой донора. —

Донорский эмбрион — эмбрион, образовавшийся из яйцеклетки женщины-донора, переданный женщине, не способной к зачатию со своими собственными яйцеклетками (реципиент).

Донорство яйцеклетки — взятие яйцеклетки у одной женщины для другой с целью оплодотворения "in vitro" (в пробирке).

Железа — орган, продуцирующий и выделяющий в кровь специфические для организма вещества, например гормоны.

Желтое тело — временная эндокринная железа в организме женщины, развивающаяся в яичнике после овуляции и выделяющая гормон прогестерон. В случае беременности способствует ее сохранению до образования плаценты.

Заболевание, передающееся половым путем (ЗППП) — заболевание, вызванное возбудителем, переданным во время полового сношения.

Зародыш — то же, что и "эмбрион".

Зигота — оплодотворенная яйцеклетка до начала процесса деления.

ЗИФТ (трансплантация зигот в фаллопиевы трубы) — процедура ВРТ, при которой яйцеклетки берутся из яичников женщины и оплодотворяются в лаборатории. После этого образовавшиеся зиготы (оплодотворенные яйцеклетки) помещаются в фаллопиевы трубы женщины.

Извлечение яйцеклеток (также называется извлечением ооцита) — процедура сбора яйцеклеток, содержащихся в фолликулах яичников.

Имплантация — прикрепление эмбриона к слизистой оболочке матки, происходящее, как правило, через 5-7 дней после оплодотворения.

Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ) — микрохирургическое введение сперматозоида непосредственно в яйцеклетку. Наиболее часто используется при мужском бесплодии.

Искусственная инсеминация (ИИ, ИД, ИОСД) — введение подготовленной спермы в полость матки или шейку матки.

Кариотип — хромосомный набор.

Кариотипирование — определение формы и размера хромосом с целью обнаружения хромосомных отклонений.

Катетер — трубка для аспирации (отсасывания) или инъекции жидкости.

Киста яичника — жидкостное, в основном качественное, образование в яичнике.

Кольпоскопия — диагностическая процедура: исследование шейки матки с помощью микроскопа для обнаружения патологических образований.

Комбинированное бесплодие — бесплодие, вызванное проблемами как с мужским, так и с женским здоровьем.

Лапароскопия — диагностическая процедура: обследование органов таза с помощью оптической системы, введенной через тонкий прокол передней брюшной стенки.

Лютеинизирующий гормон (ЛГ) — гормон гипофиза, вызывающий продукцию половых гормонов в яичках мужчин и яичниках женщин.

Лютеиновая фаза — постовулярная фаза женского цикла. Характеризуется подъемом уровня ЛГ в крови после созревания яйцеклетки и повышения базальной температуры до 37,2-37,3 °С.

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

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

Менархе — первые месячные.

Менопауза — естественные возрастные изменения в организме женщины, приводящие к прекращению менструаций.

Менструация — периодические кровянистые выделения из матки в течение детородного периода, связанные с овуляцией.

Многоплодная беременность — беременность, приводящая к рождению более чем одного ребенка.

Мониторинг яичников — использование ультразвука и (или) анализа крови или мочи для мониторинга развития фолликулов яичника.

Мошонка — кожная складка внизу живота, в которой располагаются яички, их придатки и семя-выносящие протоки.

Недостаточность лютеиновой фазы — неадекватное функционирование желтого тела, низкий уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ), что может препятствовать имплантации плодного яйца или вызывать ранний выкидыш.

Некроспермия (также некро-зооспермия) — отсутствие живых сперматозоидов в эякуляте.

Необъяснимое бесплодие (идиопатическое бесплодие) — бесплодие, причина которого не была обнаружена, несмотря на подробное обследование.

Нестимулированный цикл — цикл ВРТ, при котором женщина не получает лекарства для стимуляции яичников на выработку большего, чем обычно, количества фолликулов. Фолликулы развиваются естественным путем.

Овуляция — выход созревшей, готовой к оплодотворению яйцеклетки из фолликула яичника в маточные трубы. Происходит примерно за две недели до предполагаемого начала следующей менструации.

Олигоменорея — редкие и нерегулярные менструации.

Оогенез — процесс созревания яйцеклетки в яичнике.

Ооцит — то же, что "яйцеклетка".

Оплодотворение — слияние мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток. У женщины естественное оплодотворение происходит в верхней части (воронке) маточной трубы.

Оплодотворение "in vitro" (дословно, "в стекле, в пробирке") — оплодотворение вне организма, в лабораторных условиях. То же, что и "экстракорпоральное оплодотворение".

Перенос эмбриона — перенос оплодотворенной в лаборатории яйцеклетки в полость матки для последующего вынашивания беременности.

Перенос яйцеклетки (также называется переносом ооцита) — перенос извлеченных яйцеклеток в фаллопиевы трубы женщины с помощью лапароскопии. Эта процедура используется только для ГИФТ.

Перитониальный фактор бесплодия — наличие спаек в брюшной полости или спаечный процесс внутри маточных труб.

ПикЛГ — выброс лютеинизирующего гормона (ЛГ), вызывающий высвобождение из фолликула зрелой яйцеклетки (овуляцию).

Плазма спермы — то же, что и "семенная жидкость".

Плод — развивающийся ребенок от второго месяца беременности до рождения.

Плодный пузырь — заполненный жидкостью мешок, в котором развивается плод, видимый при ультразвуковом исследовании.

Полное эффективное спермальное число — среднее число сперматозоидов, способных к оплодотворению.

Постокоитальный тест — проба на способность сперматозоидов проникать в шейку матки.

Предстательная железа (простата) — желези-стомышечный орган массой около 25 г, размерами 3x4x2,5 см, располагающийся в малом тазу мужчины. Через простату проходит начало мочеиспускательного канала, в который в толще простаты впадают семявыводящие пути. Простата вырабатывает до 25% жидкой части спермы. Патологические изменения простаты могут приводить к нарушениям репродуктивной и (или) сексуальной функции.

Преимплантационная генетическая диагностика — выявление генетических нарушений у эмбриона до имплантации.

Придаток яичка — тонкие извитые каналы (длиной около 6 метров), расположенные в мошонке около каждого яичка; здесь сперматозоиды развивают способность к передвижению.

Прогестерон — женский гормон, продуцируемый желтым телом после овуляции, подготавливающий слизистую оболочку матки к имплантации плодного яйца и поддерживающий беременность.

Пролактин — гормон гипофиза, стимулирующий выработку молока в молочных железах.

Пункция хориона — диагностическая процедура: забор материала зародыша путем пункции в срок 2 недели беременности для выявления генетических аномалий.

Пункция яйцеклеток (пункция ооцита) — процедура отбора яйцеклеток, содержащихся в фолликулах яичников.

Репродукция (размножение) — воспроизведение потомства.

Ретроградная эякуляция — обратная эякуляция в мочевой пузырь.

Рождение живого ребенка — любой ребенок, рожденный с признаками жизни после 28 недель беременности.

Семенная жидкость — (семенная плазма, плазма спермы) - жидкость спермы, образующаяся в семенных пузырьках (2-4 мл), предстательной железе (0,5-1,5 мл) и в ряде других желез. Содержит вещества, активирующие и питающие сперматозоиды.

Семенные пузырьки — парные железы в основании мочевого пузыря, продуцирующие большую часть семенной жидкости.

Семявыносящий проток — канал, по которому движутся сперматозоиды от придатка яичка к мочеиспускательному каналу. Непроходимость семявыносящих протоков может привести к азооспермии.

Семяизвержение (эякуляция) — выделение спермы из пениса во время оргазма мужчины. Количество выделяемой спермы - 2-5 мл.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) — это комплекс патологических симптомов, иногда возникающих на фоне гормональной стимуляции овуляции; характеризуется увеличением яичников, вздутием, ощущением тяжести, болями внизу живота и др.

Синдром персистирующего фолликула — невозможность высвобождения яйцеклетки из фолликула.

Синдром поликистозных яичников — эндокринное заболевание, встречающееся у неовулирующих женщин, характеризуемое множественными кистами яичников и повышением содержания андрогенов.

Спайки — сращения между различными внутренними органами. Спаечный процесс между маткой и придатками (маточные трубы-яичники) может приводить к бесплодию.

Сперма — жидкость, содержащая сперматозоиды и секреты яичек, а также простаты и семенных пузырьков, которая выделяется во время эякуляции.

Сперматогенез — образование сперматозоидов в яичках. У человека длится около 72 дней.

Сперматозоид — мужская половая клетка: состоит из головки, содержащей ядро с наследственной информацией, и хвоста, служащего для движения. Сперматозоиды образуются в яичках, накапливаются в придатках яичек и выделяются в составе спермы.

Спермицид — вещество, убивающее сперматозоид.

Спермограмма — совокупность результатов качественного и количественного исследования эякулята (спермы).

Спермотест — исследование подвижности сперматозоидов, подготовленных для ЭКО. Проводится с целью установить, сколько времени остаются подвижными сперматозоиды "in vitro", а также подобрать оптимальные условия выделения и культивирования сперматозоидов для предстоящего ЭКО.

Стерильность — неспособность к воспроизводству потомства.

Стимулированный цикл — цикл ВРТ, при котором женщина получает лекарства для стимуляции яичников с целью выработки фолликулов, содержащих несколько яйцеклеток.

Стимуляция суперовуляции — контролируемая стимуляция множественной овуляции с помощью гормональных препаратов для получения нескольких яйцеклеток.

Суррогатная мать — женщина, искусственно вынашивающая беременность после ЭКО и передающая ребенка в семью генетических родителей.

Тест на беременность — анализ крови или мочи, который определяет уровень хорионического гонадо-тропина человека (ХГЧ). Повышенный уровень этого гормона является химическим подтверждением беременности.

Тестикулярная биопсия — биопсия фрагмента яичка для исследования под микроскопом. Проводится в том случае, когда в эякуляте нет сперматозоидов, но предполагается, что это следствие непроходимости семяпроводящих путей.

Тестостерон — основной мужской половой гормон.

Техника "свим-ап" — техника, при которой отбираются и концентрируются сперматозоиды, наиболее способные к оплодотворению яйцеклетки.

Трубный фактор — причина бесплодия, связанная со структурным или функциональным повреждением одной или обеих маточных труб.

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

Уролог — врач, специализирующийся на хирургическом лечении болезней мочевыводящих путей и мужской половой системы.

Фертильность — способность давать потомство. Мужская фертильность - способность сперматозоидов к оплодотворению яйцеклеток. Женская фертильность - способность яйцеклеток быть оплодотворенными сперматозоидами и способность к вынашиванию беременности.

Фолликул — жидкостное образование в яичнике, содержащее яйцеклетку.

Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) — гормон гипофиза, стимулирующий рост фолликула у женщин и образование сперматозоидов у мужчин.

Фолликулярная фаза — предовуляторная фаза (I фаза) менструального цикла, во время которой происходит рост фолликула и эндометрия под действием высокого уровня эстрогенов.

Хирург-репродуктолог — акушер-гинеколог или уролог, специализирующийся на хирургической коррекции анатомических аномалий, нарушающих репродуктивную функцию.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) — белковый гормон, продуцируемый в ранние сроки беременности, косвенно способствует выработке желтым телом прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Может быть введен для стимуляции овуляции и продукции прогестерона в виде медицинского препарата. Повышенное содержание в крови (ХГЧ) свидетельствует о беременности.

Хромосомы — структурные элементы ядра клетки, содержащие ДНК, носители наследственной информации.

Цервикальная (истмико-цервикальная) недостаточность — неспособность шейки оставаться закрытой на протяжении всей беременности.

Цервикальная слизь — слизь шейки матки, способствующая продвижению сперматозоида.

Цервикальный канал — шейный канал матки.

Человеческий менопаузальный гонадотропин (ЧМГ, менотропин) — препарат, содержащий лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий гормоны (ФСГ), используется для индукции суперовуляции в различных репродуктивных схемах лечения.

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

Щитовидная железа — эндокринная железа на передней поверхности шеи, продуцирующая тиреоидные гормоны, регулирующие процессы обмена.

Экстракорпоральное оплодотворение (оплодотворение в пробирке, оплодотворение "in vitro", ЭКО) — процедура ВРТ, которая заключается в извлечении яйцеклеток из яичников женщины и оплодотворении их в лаборатории. Возникающие в результате этих действий эмбрионы переносят в матку через шейку матки.

Эктопическая (внематочная) беременность — беременность, локализованная вне матки; наиболее часто - в маточной трубе.

Эмбриолог — специалист в области эмбриологии и биологии развития.

Эмбрион (зародыш) — стадия развития организма от оплодотворения до завершения формирования основных систем органов. У человека до 12-й недели беременности.

Эндометрий — слизистая оболочка матки.

Эндометриоз — разрастание ткани эндометрия вне его обычной локализации.

Эстрадиол — женский половой гормон из группы эстрогенов, продуцируемый яичником.

Эстрогены — женские половые гормоны.

Эякулят — жидкость, содержащая сперматозоиды.

Яичко — мужская половая железа, продуцирующая сперму и мужские половые гормоны.

Яичник — женская половая железа: продуцирует яйцеклетки и женские половые гормоны.

Яйцеклетка (ооцит) — женская половая клетка.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по дисциплине.

Задание 2.

Дополните определения:

_____ — белковый гормон, продуцируемый в ранние сроки беременности, косвенно способствует выработке желтым телом прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Может быть введен для стимуляции овуляции и продукции прогестерона в виде медицинского препарата. Повышенное содержание в крови (ХГЧ) свидетельствует о беременности.

_____ — структурные элементы ядра клетки, содержащие ДНК, носители наследственной информации.

_____ — неспособность шейки оставаться закрытой на протяжении всей беременности.

_____ — слизь шейки матки, способствующая продвижению сперматозоида.

_____ — шеечный канал матки.

_____ — препарат, содержащий лютеини-зирующий (ЛГ) и фолликулости-мулирующий гормоны (ФСГ), используется для индукции суперовуляции в различных репродуктивных схемах лечения.

- _____ — нижняя часть матки, находящаяся в глубине влагалища.

_____ — эндокринная железа на передней поверхности шеи, продуцирующая тиреоидные гормоны, регулирующие процессы обмена.

_____ — процедура ВРТ, которая заключается в извлечении яйцеклеток из яичников женщины и оплодотворении их в лаборатории. Возникающие в результате этих действий эмбрионы переносят в матку через шейку матки.

_____ — беременность, локализованная вне матки; наиболее часто - в маточной трубе.

_____ — специалист в области эмбриологии и биологии развития.

_____ — стадия развития организма от оплодотворения до завершения формирования основных систем органов. У человека до 12-й недели беременности.

_____ — слизистая оболочка матки.

Задание 3.

решите задачу:

3 января к фельдшеру ФАП обратилась беременная 30 лет.

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

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

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

Задания

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

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы задачи
- правильность дополнения определений
- написание диктанта по глоссарию.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Список использованной литературы:

основная:

Фролькис, Л.С. Пропедевтика клинических дисциплин. Сборник заданий: задачник / Фролькис Л.С. — Москва: КноРус, 2020.

<https://book.ru/book/934649>

дополнительная:

Бородулина, Е.А. Фтизиатрия: учебное пособие / Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е. — Москва : КноРус, 2021

<https://book.ru/book/938483>