


МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Акушерство и гинекология»

Утверждено на заседании кафедры
«Акушерство и гинекология»
«19» января 2023 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 В.Г. Волков

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по проведению практических клинических занятий
по дисциплине (модулю)
«Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии»
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

со специализацией
Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-23

Тула 2023 год

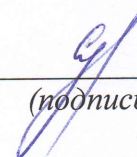
Разработчик(и) методических указаний**Разработчик(и):**

Волков В.Г., заведующий кафедрой АиГ,
д.м.н., профессор

Сурвилло Е.В., доцент кафедры АиГ,
к.м.н., доцент



(подпись)



(подпись)

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. Отеки беременных. Гипертензивные состояния во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.	4
Тема 2. Акушерские кровотечения.	8
Тема 3. Родовой травматизм матери и плода. ДВС-синдром. Эмболия околоплодными водами.	17
Тема 4. Септические заболевания в послеродовом периоде.	20
Тема 5. Острый живот в гинекологии.	25
Тема 6. Гнойно-воспалительные заболевания в гинекологии.	28

Тема 1. Отеки беременных. Гипертензивные состояния во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.

Цель занятия: ознакомить студентов с наиболее часто встречающимися формами раннего токсикоза беременных, гипертензивными состояниями во время беременности, изучить симптоматику, диагностику, осложнения и принципы ведения беременных с гипертензивными состояниями, связанными с беременностью, особенности родоразрешения, вопросы профилактики.

Содержание занятия: Теории возникновения гипертензивных состояний во время беременности. Патогенез развития гипертензивных состояний во время беременности, патофизиологические изменения в органах и системах. Токсикозы I половины беременности. Клинические формы, диагностика, дополнительные методы исследования, основные принципы лечения. Гипертензивные состояния, связанные с беременностью: формы, определение степени тяжести, возможные осложнения, основные и дополнительные методы диагностики, основные принципы лечения. Профилактика гипертензивных состояний во время беременности. Курация беременных. Постановка диагноза. Принципы ведения родов при гипертензивных состояниях разной степени тяжести.

Исходные знания студентов: симптомы типичные для гипертонической болезни, хронического гломерулонефрита, уметь измерять артериальное давление, уметь оценить анализ крови и мочи, знать препараты гипотензивного действия.

Практические навыки: Студенты должны уметь выявить начальные признаки токсикозов беременных, знать все формы их клинического течения, знать дополнительные методы обследования, современные методы лечения, выписывать рецепты наиболее распространенных медикаментозных средств, знать показания к прерыванию беременности при токсикозах беременных. Уметь оказать неотложную помощь при тяжелых формах гипертензивных состояний во время беременности.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

По теме проводится 2 занятия

1-е занятие. Ранний токсикоз беременных. Отеки беременных.

Опрос студентов по заданной теме с применением программированного контроля. Определение токсикозов беременных, их классификация.

Рвота беременных, клиническая классификация. Оценка степени тяжести токсикоза. Слюнотечение.

Разбор у постели беременных ранних форм токсикоза, клиника, данные лабораторных исследований. Определяется степень тяжести.

Перерыв

Вырабатывается план лечения разбираемых больных, обобщаются вопросы терапии. Подробно разбираются показания к прерыванию беременности.

Рассматривается классификация гипертензивных состояний во время беременности. Теории патогенеза. Отеки беременных. Диагностика. Лечение. Курация беременных с отеками. Намечается план лечения. Критерии выписки из стационара.

Решение задач.

2-е занятие. Гипертензивные состояния во время беременности (гипертензия, связанная с беременностью, хроническая артериальная гипертензия, преэклампсия, эклампсия).

Краткий опрос студентов по теме занятия.

Разбор у постели больных с гипертензивными состояниями во время беременности.

Обобщаются вопросы клиники, лечения и профилактики гипертензивных состояний во время беременности. Определение степени тяжести гипертензии, связанной с беременностью. Лечение в зависимости от степени тяжести. Понятие о гипотензивной терапии. Показания к инфузионной терапии. Сроки лечения больных.

Перерыв

Преэклампсия. Диагностика. Лечение. На примере истории родов или решения задач проводится клинический разбор. Дифференциальная диагностика между умеренной и тяжелой преэклампсией.

Эклампсия. Клиника. Неотложная помощь. Принципы ведения родов. Показания к досрочному родоразрешению.

Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблица:

Степень тяжести рвоты беременных.

Показания к досрочному прерыванию беременности при рвоте беременных.

Определение степени тяжести гипертензивных состояний во время беременности.

ВОПРОСЫ:

1. Когда возникают ранние токсикозы?
2. Какие различают клинические формы рвоты беременных?
3. Клиническое течение рвоты беременных легкой степени?
4. Клиническое течение рвоты беременных средней степени тяжести?
5. Клиническое течение рвоты беременных тяжелой степени?
6. Какие показания для прерывания беременности при рвоте беременных?
7. Лечение рвоты беременных различной степени тяжести.
8. Отеки беременных.
9. Степени тяжести отеков беременных.
10. Лечение отеков беременных.

11. Что такое гипертензивные состояния, связанные с беременностью?
12. Какая существует классификация гипертензивных состояний во время беременности?
13. Какая существует классификация отеков беременных?
14. Что такое скрытые отеки и как их можно диагностировать?
15. Какие симптомы характерны для гипертензии, связанной с беременностью?
16. Какие осложнения могут быть при гипертензивных состояниях во время беременности?
17. Как определить степень тяжести гипертензивных состояний во время беременности?
18. Какие симптомы характерны для умеренной преэклампсии?
19. Какие симптомы выявляются при тяжелой форме преэклампсии?
20. Из каких периодов складывается эclamптический припадок?
21. Какие показания к немедленному прерыванию беременности при гипертензивных состояниях, связанных с беременностью?
22. Какие осложнения в родах могут быть при гипертензивных состояниях беременных?
23. Каковы принципы ведения родов при гипертензивных состояниях беременных?
24. Как вести второй период родов при тяжелой форме преэклампсии?
25. Принципы оказания неотложной помощи при эclamпсии.
26. Какие показания к проведению инфузионной терапии при гипертензивных состояниях беременных?

ЗАДАЧИ:

1. При беременности 8 недель у женщины отмечена потеря веса на 2 кг, рвота по 12 раз в сутки, ацетон в моче. *Диагноз?*
2. У беременной на 36 неделе беременности еженедельная прибавка массы 900-1000 г. Соматически здорова. Величина матки обычная для этого срока беременности. *Диагноз?*
3. Беременность 36 недель. Отек нижних конечностей. В моче 0,9 % белка, А/Д 150/90 мм рт. ст. Самочувствие удовлетворительное. *Диагноз?*
4. Первобеременная, 27 лет, поступила в родильный дом при сроке беременности 36 нед с жалобами на головную боль. А/Д 150/100 мм рт. ст. В моче белок 0,132 %, единичные гиалиновые цилиндры. При исследовании глазного дна - гипертоническая ангиопатия. С 17 - летнего возраста страдает гипертонической болезнью, настоящая беременность с ранних сроков сопровождалась повышением А/Д, с 20 нед, патологическая прибавка массы, протеинурия. В отделении патологии беременных в

течение 3 нед проводилась комплексная терапия без эффекта. *Диагноз. Что делать?*

5. Беременная, 20 лет, поступила в родильный дом при сроке беременности 7-8 нед с жалобами на рвоту до 20 раз в сутки. За последние 3 нед потеряла в весе 7 кг. Настоящая беременность первая. Рост 165 см, масса 50 кг. Кожа сухая, АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 96 уд. в 1 мин. Печень не увеличена. Мочеиспускание малыми порциями. Ацетон в моче. *Диагноз. Тактика врача?*

6. Первые роды в срок продолжаются 8 часов. Воды отошли 4 часа назад. Таз нормальный. Сердцебиение плода 130 уд/мин, ясное. Выраженные отеки, резкая головная боль, АД 180/120 мм рт.ст. Начались судороги, потеря сознания. При влагалищном исследовании: открытие зева полное, головка в узкой части полости малого таза.

Диагноз? План ведения?

7. Первобеременная 23 лет. Доставлена машиной скорой помощи без родовой деятельности. Срок беременности 39 нед. Жалобы на сильную головную боль, боль в подложечной области, тошноту, мелькание мушек перед глазами. Артериальное давление 180/100 мм рт. ст., белок в моче. *Диагноз? Что делать?*

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

Акушерство: Учебник / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 331-359.

Дополнительная:

Клинические рекомендации: Гипертензивные состояния во время беременности. Москва. 2012.

Интернет ресурсы:

<http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/pre-eclampsia-University-of-Oxford/index.htm>

Тема 2. Акушерские кровотечения.

Кровотечения в 1 триместре беременности. Аборт. Внематочная беременность. Пузырный занос.

Цель занятия: Изучить основные причины кровотечений в I триместре беременности. Изучить прерывание беременности в различные сроки, принципы ведения различных форм аборта, лечение. Осложнения аборта. Медицинская помощь. Внематочная беременность. Пузырный занос. Диагностика и лечение.

Содержание занятия Классификация абортов по характеру возникновения, причины самопроизвольных абортов, стадии клинического течения, клиника, тактика ведения. Методы прерывания беременности в ранних и поздних сроках, показания к прерыванию. Осложнения абортов. Внематочная беременность, этиология патогенез, классификация, диагностика и лечение. Пузырный занос.

Исходные знания студентов: структурные изменения шейки матки в процессе ее раскрытия, диагностика срока беременности.

Практические навыки: Студенты должны уметь распознавать формы выкидышей, знать методы их лечения, выписывать рецепты медикаментозных средств, знать методы прерывания беременности в различные сроки, диагностировать угрозу прерывания беременности, назначить лечение. Знать инструменты используемые для прерывания беременности.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Изучение различных форм самопроизвольных абортов (ранний, поздний, привычный, начавшийся, в ходу, полный, неполный, не совершившийся). Криминальный аборт (инфицированный, септический).

Вначале преподаватель опрашивает студентов по вопросам этиологии и классификации выкидышей. Затем в отделении патологии беременных студенты курируют больных с разными формами выкидышей, после чего в присутствии всей группы студенты докладывают результаты обследования, ставят диагноз, уточняют возможные причины выкидыша у данной больной, намечают план лечения. выписывают необходимые рецепты.

Перерыв.

Вторая половина занятия посвящается изучению методов прерывания беременности по желанию женщины и по медицинским показаниям в ранние и поздние сроки беременности. После краткого опроса преподаватель знакомит студентов с инструментарием демонстрирует технику удаления плодного яйца, методы обезболивания.

Преподаватель знакомит студентов с возможными осложнениями операции, их профилактикой и лечением (путем опроса студентов и дополнения).

Разбираются клиническое течение и методы терапии больных с внебольничными абортами (инфицированными и септическими).

Особенно подчеркиваются вопросы тактики ведения при таких осложнениях внебольничных аборт как кровотечение, перфорация матки, задержка плодного яйца в матке.

Разбираются методы контрацепции, обращается особое внимание на характеристику этих методов, показания, противопоказания для их применения. Эффективность современных противозачаточных средств.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятия.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

I. Набор инструментов для операции искусственного аборта.

II. Набор современных противозачаточных средств.

Рисунки:

1. Техника операции искусственного аборта.
2. Перфорация матки кюреткой.
3. Стадии развития аборта.
4. Лечение истмико-цервикальной недостаточности.

Вопросы:

1. Назовите основные причины кровотечений в I половине беременности?
2. Что такое аборт?
3. Как делятся аборты по характеру возникновения?
4. Перечислите причины самопроизвольного аборта.
5. Какие стадии аборта различают и их латинские термины?
6. Какие клинические данные угрожающего выкидыша?
7. Какие клинические данные начавшегося аборта?
8. Какие диагностические данные характерны для аборта в ходу?
9. Назовите клинические данные характерные для полного аборта?
10. Какие клинические данные характеризуют неполный аборт?
11. Какая характерная клиническая картина для задержавшегося выкидыша?
12. Назовите характерную клиническую картину для неосложненного инфицированного аборта.
13. Какая клиническая картина осложненного инфицированного аборта?
14. Какая клиническая картина септического аборта?
15. Перечислите моменты операции выскабливания полости матки.
16. Назовите осложнения медицинского аборта.
17. Что такое перфорация матки?
18. Какими путями производится искусственный аборт до 12 недель.
19. Какие принципы лечения угрожающего аборта?
20. Какие принципы лечения начавшегося аборта?
21. Какие принципы лечения аборта в ходу?
22. Какие принципы лечения полного аборта?

23. Какая врачебная тактика при неосложненном неполном аборте?
24. Какие принципы лечения инфицированного неосложненного аборта?
25. Какие принципы лечения осложненного аборта?
26. Какие принципы лечения септического аборта?
27. Какие имеются противопоказания к выполнению искусственного аборта?
28. Какие данные влагалищного исследования при полном аборте?
29. Что такое пузырьный занос?
30. На основании каких данных можно заподозрить пузырьный занос?
31. Перечислите виды внематочной беременности?
32. Диагностика внематочной беременности?
33. Неотложная помощь при внематочной беременности.

Задачи:

1. Беременность сроком 8 недель. С целью прерывания беременности произведено какое-то внутриматочное вмешательство. Температура 38.0 С, пульс 112 ударов в минуту. Общее недомогание. Шейка пропускает палец, матка увеличена до 8 недель, болезненная. Умеренные кровянистые выделения. Диагноз? План ведения? Группа риска?
2. Больная К., 22 года, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на боли внизу живота и скудные кровянистые выделения из половых путей. Последние месячные 2 мес назад. Соматически здорова. В прошлом перенесла воспаление придатков матки. Проводилось длительное консервативное лечение в стационаре. На фоне воспалительного процесса отмечалось нарушение менструального цикла. Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное, при влагалищном исследовании: кровянистые выделения (скудные), тело матки увеличено соответственно 7 нед. беременности, шейка матки сформирована, наружный зев закрыт. Диагноз. Тактика врача?
3. Женщина 33 лет доставлена в отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей, повышение Т тела до 38 °С. Три дня назад искусственное прерывание беременности. При осмотре: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Матка увеличена как при 8 нед беременности, тестоватой консистенции. Какова тактика ведения больной?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник./Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.— 2009 – С. 297-301, 313-325.

Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Цель занятия: изучить этиологию и патогенез предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, клинику, диагностику, лечение данной патологии. Неотложная помощь.

Содержание занятия: Этиология предлежания плаценты, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, тактика ведения беременности и родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предрасполагающие и непосредственно воздействующие причины, клинические проявления, диагностика, осложнения, акушерская тактика.

Исходные знания студентов: особенности кровоснабжения матки, место прикрепления плаценты в норме, периоды родов. Приемы Леопольда.

Практические навыки: Студенты должны уметь правильно поставить диагноз при кровотечении во второй половине беременности, назначить консервативное лечение, определить показания к хирургическому вмешательству, уметь произвести вскрытие плодного пузыря. Уметь диагностировать ДВС синдром. Уметь оказать неотложную помощь.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Предлежание плаценты: клиника, диагностика, лечение. Разбор историй родов рожениц с предлежанием плаценты. Студенты ставят поэтапный диагноз. Назначают лечение. Изучают УЗИ изображения при предлежании плаценты.

Перерыв.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника, диагностика, лечение. Разбор историй рожениц с преждевременной отслойкой плаценты.

В палате патологии беременных студенты осматривают беременных с предлежанием плаценты.

Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Рисунки:

Виды предлежания плаценты.

Инструментальное вскрытие плодного пузыря.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ретроплацентарная гематома.

Вопросы:

1. Какие виды предлежания плаценты Вы знаете?
2. Что такое полное и неполное предлежание?
3. Что такое боковое и краевое предлежание плаценты?
4. Причины способствующие предлежанию плаценты?

5. Клиника предлежания плаценты.
6. Диагностика предлежания плаценты.
7. Какие следует соблюдать условия при проведении влагалищного исследования при предлежании плаценты?
8. Что такое низкая плацентация?
9. Как следует вести ранний послеродовый период?
10. В чем заключается профилактика предлежания плаценты?
11. Каков прогноз для матери и плода при предлежании плаценты?
12. Что относится к предрасполагающим причинам?
13. Что относится к причинам, непосредственно вызывающим преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты?
14. Каков патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?
15. В каких случаях при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты говорят о матке “Кювелера”?
16. По какой причине нарушается свертываемость крови при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты?
17. Какова клиника преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?
18. Какова диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?
19. С какими патологическими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
20. Каковы методы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты?
21. Как поступать после родоразрешения через естественные родовые пути?
22. Какова профилактика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?

Задачи:

1. У первобеременной 36 лет при сроке 9 акушерских месяцев начались схватки и обильное кровотечение. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода хорошее. Во влагалище и на шейке матки изменений нет. Шейка сглажена. Открытие шейки 4 см. Область внутреннего зева занята плацентой. Предлежащая часть плода при влагалищном исследовании не ясна.

Диагноз? План ведения?

2. Роды 4 хорошие схватки, головка над входом в малый таз. Воды целы. Сердцебиение плода 120 ударов в 1 мин. Появились умеренные кровянистые выделения. При влагалищном исследовании открытие шейки 4 см. Сбоку справа определяется рыхлая ткань, на остальных участках - оболочки.

Диагноз? План ведения?

3. Своевременные роды. Головка над входом в малый таз. Шейка раскрыта на 4 см. Плодный пузырь цел. Слева третья часть зева занята плацентарной тканью. Кровотечение умеренное.

Диагноз? Что делать?

4. У роженицы с нефропатией в анамнезе после начала родовой деятельности появились резкие боли в животе. Матка напряжена, между схватками не расслабляется, при пальпации на передней стенке матки ближе к лону определяется болезненная припухлость. Пульс 130 уд. в 1 мин. А/Д-100/60 мм рт.ст. *Диагноз. План ведения?*

5. Беременная 31 года, доставлена в роддом с жалобами на боли внизу живота 6.06.91 г. в 8 час 20 мин. Анамнез заболевания: заболела остро в 5 часов утра, проснулась от резких болей внизу живота, боли не уменьшались, появилась слабость в связи с чем была доставлена в родильный дом. При поступлении беспокойна, жалуется на боли внизу живота. Из анамнеза выяснено, что в течение 2 лет страдает гипертонической болезнью. Беременность 7 роды 3. Предыдущие роды и аборт без особенностей. На учете с 9 нед беременности. Артериальное давление 140/100-130/90 мм рт.ст.

Объективно: телосложение правильное, кожные покровы бледные, АД - 100/60, пульс 68 уд мин. Масса тела 69 кг, рост 158 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см, матка напряжена, не расслабляется, форма ее правильная резко болезненная при пальпации. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается.

Влагалищное исследование: шейка матки длиной 2 см, пропускает 1 поперечный палец, края плотноваты, плодный пузырь цел, напряжен, предлежит головка, мыс не достигается. Выделения незначительные молочного цвета. *Диагноз. Что делать?*

6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Состояние роженицы средней тяжести. Симптомы внутреннего кровотечения нарастают. Открытие 4 см. С/биение плода не выслушивается. Плодного пузыря нет. *Что делать?*
7. После падения беременной на улице началось кровотечение из половых путей. При осмотре обнаружено: беременность 39 нед, кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин, А/Д 90/40 мм рт.ст., матка напряжена, болезненна, особенно слева, ближе к дну, там же определяется небольшая

припухлость. С/биение плода не выслушивается. Шейка матки закрыта. В сводах пастозности не отмечается. *Диагноз? План ведения?*

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.– 2009 – С. 429-445.

Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

Цель занятия: изучение причин, клиники, диагностики и методов лечения кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Неотложная помощь.

Содержание занятия: Причины кровотечения в послеродовом периоде. Патология прикрепления плаценты, клиника, тактика. Гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Этиология, диагностика, принципы и этапы оказания помощи. Борьба с острой кровопотерей и геморрагическим шоком. Профилактика. ДВС -синдром в акушерстве. Причины, диагностика, методы лечения.

Исходные знания студентов: ведение третьего периода родов, механизм отделения и выделения последа.

Практические навыки: студент должен уметь провести профилактические мероприятия в последовом и раннем послеродовом периодах, установить источник возникшего кровотечения и оказать необходимую помощь, провести ручное обследование полости матки. Уметь оказать неотложную помощь при кровотечении в последовом и раннем послеродовом периодах.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с помощью программированного контроля.

Разбор в учебной комнате причин, диагностики и комплекса мероприятий при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах в связи с гипотонией матки. Перед опросом следует кратко повторить клинику и течение последового и раннего послеродового периодов. На фантоме студенты обучаются ручному отделению плаценты и выделению последа, обследованию стенок полости матки.

Перерыв.

Занятие в родильном отделении. Студенты следят за роженицами в последовом и раннем послеродовом периодах, под руководством преподавателя проводят комплекс профилактических мероприятий, выделяют из матки отделившийся послед, измеряют кровопотерю, оценивают реакцию на нее родильницы.

Важно обратить внимание студентов на состояние матки в раннем послеродовом периоде и характер крови, вытекающей из половых путей. Знакомятся с готовностью родильного дома по борьбе с кровопотерей.

В учебной комнате проводится поэтапный разбор историй родов, осложнившихся кровотечением в последовом и раннем послеродовом

периодах. Выбор и обоснование методов лечения. ДВС синдром в акушерстве. Причины, диагностика. Методы лечения. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях.

Решение задач.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Рисунки:

Последовый период - задержка отслоения части плаценты, прикрепленной в трубном углу.

Ущемление плаценты при спазме маточного зева.

Истинное приращение плаценты.

Выделение последа по Абуладзе

Выжимание последа по Гентеру.

Выжимание последа по Креде-Лазаревичу.

Ручное отделение плаценты.

Массаж матки на кулаке.

Места перевязки маточных и яичниковых сосудов.

Таблица:

Схема поэтапных мероприятий при гипотоническом кровотечении.

Причины ДВС синдрома в акушерстве.

Принципы терапии массивных акушерских кровотечений.

Вопросы:

1. Какой основной симптом при задержке в матке плаценты или ее частей?
2. Какова сила кровотечения и от каких причин она зависит?
3. Какие еще могут быть симптомы при задержке детского места или его частей в матке?
4. Как диагностируется задержка последа или его частей в полости матки?
5. Каковы методы лечения при задержке детского места или его частей в полости матки?
6. Какие меры профилактики задержки частей последа в полости матки?
7. Что такое плотное прикрепление плаценты?
8. Что такое истинное приращение плаценты?
9. Каковы методы лечения при патологии прикрепления плаценты?
10. Какова клиника гипотонического кровотечения?
11. Послед отделился, но не выделился, что делать?
12. Клинические проявления частичного приращения плаценты в 3 периоде родов?
13. От каких факторов зависит развитие тяжелого состояния родильницы при гипотонических кровотечениях.
14. Какова диагностика гипотонии матки?
15. С чем следует дифференцировать гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде?

16. Каковы методы лечения при гипотонических кровотечениях?
17. Каковы мероприятия при остановке кровотечения?
18. Каковы мероприятия по борьбе с острой анемией?
19. Какова профилактика кровотечений в раннем послеродовом периоде?

Задачи:

1. Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное. *Диагноз? План ведения?*
2. Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 уд/мин. АД 90/60 мм рт. ст. *Диагноз? План ведения?*
3. Через 15 минут после рождения последа, который при осмотре оказался целым, появилось кровотечение, кровопотеря 400 мл. Матка дряблая. Слабость, бледность родильницы. Пульс 110 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. *Диагноз? План ведения?*
4. Плод погиб 5 недель назад. Роды при сроке беременности 38 недель мертвым плодом. Самостоятельно отделился и выделился послед. Детское место целое, оболочки все. После рождения последа началось кровотечение. Матка плотная. Вытекающая из половых путей кровь не свертывается в течении 15 мин.

Диагноз? План ведения? Какова ошибка врача женской консультации?

5. У роженицы с массой тела 60 кг через 20 минут после рождения плода началось кровотечение. Кровопотеря 250,0 мл. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? Что делать?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.— 2009 – С. 445-463.

Тема 3. Родовой травматизм матери и плода. ДВС-синдром. Эмболия околоплодными водами.

Цель занятия: Изучить повреждения в родах различных тканей родовых путей и матки. Клинику, диагностику и технику операций при зашивании разрывов промежности, влагалища, шейки матки и тактику ведения при угрозе разрыва матки, неотложная помощь. Научить студентов диагностике, лечению и профилактике различных видов травматизма плода.

Содержание занятия: Разрыв матки: классификация. Клиника угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки, акушерская тактика. Разрывы шейки матки, промежности, степени повреждения, лечение. Расхождение и разрыв лонного сочленения. Диагностика, лечение. Гипоксия плода: причины, диагностика гипоксии плода, методы исследования состояния внутриутробного плода. Асфиксия новорожденного, степени тяжести, лечение. Родовая травма.

Исходные знания студентов: Анатомическое строение наружных половых органов. влагалища, шейки и тела матки. Кровоснабжение половых органов.

Практические навыки: студенты должны уметь поставить диагноз разрыва матки, овладеть техникой осмотра родовых путей, владеть методами восстановления разрывов промежности влагалища и шейки матки. Знать причины внутриутробной асфиксии, уметь поставить диагноз, наметить необходимые мероприятия по профилактике и лечению родового травматизма плода и новорожденного.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Вместе с преподавателем студенты производят осмотр родовых путей после родов, участвуют в наложении швов на разрывы шейки матки, влагалища и промежности, знакомятся с установками по восстановлению целостности промежности при разрывах 3 степени.

При разборе истории родов, закончившихся разрывом матки, заостряется внимание на вопросах патогенеза, клиники и лечения разрывов матки, на возможных операциях при различных стадиях разрыва.

В отделении патологии беременных проводят осмотр беременных с рубцом на матке, ставят диагноз полноценного или неполноценного рубца, намечают план ведения беременности и родов, изучают симптомы разрыва матки по рубцу.

Перерыв

В родильном отделении под руководством преподавателя проводят аускультацию, оценивают состояние внутриутробного плода, намечают мероприятия по профилактике и лечению асфиксии новорожденного.

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных после перенесенной асфиксии и внутричерепной травмы и обучают ведению травмированных новорожденных.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятия.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Инструменты: влагалищные зеркала, пулевые щипцы, корнцанги, иглы, иглодержатели, шовный материал, аппарат искусственного дыхания.

Рисунки:

Разрывы промежности 1, 2, 3 степени.

Правильное и неправильное наложение швов при восстановлении целостности промежности.

Разрывы шейки матки 1, 2, 3 степени и техника наложения швов при разрывах шейки матки.

Техника перинеотомии и эпизиотомии.

Высокое, косое стояние контракционного кольца.

Разрывы матки полные и неполные.

Локализация разрывов матки.

Рентгенограммы при расхождении и разрыве лонного сочленения.

Техника интубации новорожденных.

Вопросы:

1. Каковы признаки угрожающего разрыва промежности?
2. Что необходимо сделать при угрожающем разрыве промежности?
3. Какие ткани повреждаются при III степени разрыва промежности?
4. Назовите последовательность наложения швов при ушивании разрыва промежности III степени?
5. Чем может быть обусловлено нарушение эластичности тканей шейки матки?
6. К чему сводится лечение разрывов шейки матки?
7. Каковы причины образования мочеполовых и кишечных свищей?
8. Каковы признаки угрозы образования акушерских свищей?
9. Какова профилактика мочеполовых свищей?
10. Что следует понимать под выворотом матки?
11. Каковы симптомы расхождения лонных костей?
12. Какое лечение назначается при расхождении и разрыве лонных костей?
13. Какие факторы являются предрасполагающими к разрыву матки?
14. Какими факторами может быть обусловлена анатомофункциональная неполноценность стенки матки?
15. Какие симптомы угрожающего разрыва матки?
16. Какие различают разрывы матки по их локализации?
17. Какие сведения в анамнезе могут указывать на неполноценность рубца на матке?
18. Какова тактика врача при угрожающем или начавшемся разрыве матки?
19. В чем заключается профилактика разрыва матки?

20. Каковы клинические признаки совершившегося полного разрыва матки?
21. Что делать при свершившемся разрыве матки?

Задачи:

1. При хорошей родовой деятельности, длящейся 16 часов у повторнородящей, головка плода остается прижатой ко входу в малый таз. Воды отошли 8 часов назад. Матка вне схватки, болезненная. Напряжена. Открытие зева почти полное, отек передней губы шейки матки. Не мочится. Появились кровянистые выделения из влагалища. Контракционное кольцо на уровне пупка. Круглые связки напряжены. Сердцебиение плода 100 ударов в 1 мин.

Диагноз? План ведения?

2. После длительных безуспешных родов в домашних условиях роженица доставлена в родильный дом в состоянии шока. При обследовании установлено: при пальпации части плода определяются чрезвычайно ясно, сердцебиение плода отсутствует. Рядом с плодом пальпируется плотное тело, верхний полюс которого стоит на уровне пупка. Из влагалища кровяные выделения в умеренном количестве.

Диагноз? Что делать?

3. Беременная поступила в родильный дом с доношенной беременностью и жалобами на тошноту и рвоту, боли в эпигастральной области и внизу живота. 2 года назад было кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности. Состояние средней тяжести, пульс 100 уд/мин, А/Д -110/65 мм рт. ст. Рубец на передней стенке живота интимно спаян с подлежащими тканями и маткой, болезненный. Родовой деятельности нет, матка не напряжена, контуры ее четкие, болезненность в области рубца. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение 156 уд/мин. Шейка матки сохранена, зев закрыт. Выделений из половых путей нет.

Диагноз? План ведения?

Литература

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.– 2009 – С. 463-485.

Тема 4. Септические заболевания в послеродовом периоде.

Цель занятия: Изучение различных форм послеродовых септических заболеваний, этиологии, клиники, диагностики и методов лечения.

Содержание занятия: Частота, этиология, патогенез послеродовых заболеваний. Связь послеродовых септических заболеваний матери и новорожденного. Роль микро- и макроорганизма. Классификация послеродовых заболеваний. Основные клинические формы заболеваний: послеродовые язвы, эндометрит, понятие о лохиометре, тромбоз вен таза, бедра и голени. Перитонит. Генерализованная септическая инфекция, септический шок. Клиника, диагностика, профилактика и лечение послеродовых заболеваний в современных условиях. Воспаление молочных желез (мастит). Патологический лактоз. Гипогалактия. Этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика заболеваний молочных желез.

Исходные знания студентов: Организация работы акушерского стационара, характер изменения в организме роженицы в течение физиологического послеродового периода, клиника и ведение послеродового периода. Антибактериальные средства.

Практические навыки: студенты должны уметь диагностировать и проводить правильную терапию, освоить мероприятия предупреждающие послеродовые заболевания.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Занятия во II акушерском отделении. У постели больных студенты знакомятся с различными послеродовыми заболеваниями. Ставят диагноз. Назначают лечение.

Перерыв.

Занятия во II акушерском отделении. Разбор историй родов, осложненных различными видами послеродовых заболеваний. Поэтапная постановка диагноза и назначение лечения, разбор продолжительности послеродового отпуска при осложненном послеродовом периоде.

Решение акушерских задач для контроля усвоения темы занятий.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Послеродовый параметрит.

Послеродовой пиосальпинкс.

Послеродовый тазовый перитонит.

Тромбоз вен бедра и голени.

Вскрытие абсцесса молочной железы.

Таблицы:

Вопросы:

1. Какие микроорганизмы являются чаще всего возбудителями послеродовых септических заболеваний?

2. Причины послеродовых септических заболеваний.
3. Какие пути распространения послеродовой септической инфекции Вам известны?
4. Сколько этапов в развитии инфекции в послеродовом периоде Вы знаете?
5. Классификация послеродовых септических заболеваний по Сазонову-Бартельсу.
6. Что такое послеродовая язва?
7. Что такое эндометрит?
8. Что такое параметрит?
9. Что такое сальпингоофорит?
10. Какая клиническая картина метротромбофлебита?
11. Классификация перитонита по клиническому течению, распространению и характеру экссудата.
12. Какая клиническая картина разлитого перитонита в послеродовом периоде?
13. Что такое септический эндотоксический шок?
14. Что такое сепсис без метастазов?
15. Что такое сепсис с метастазами?
16. Что такое серозный мастит?
17. Что такое инфильтративный мастит?
18. Что такое гнойный мастит?
19. Что включают в себя консервативные методы лечения послеродовых септических заболеваний?
22. Какие принципы антибактериальной терапии при послеродовых септических заболеваниях?
23. Принципы профилактики послеродовых септических заболеваний.
24. Этиологические факторы послеродовых инфекционных заболеваний и их особенности.
25. Физиологические противинфекционные барьеры женского полового тракта.
26. Особенности гуморального и клеточного иммунитета у беременных и родильниц.
27. Особенности родового тракта у родильниц, способствующие возникновению послеродовых инфекционных заболеваний.
28. Факторы, возникающие во время беременности и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
29. Факторы, возникающие в родах и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
30. Факторы послеродового периода, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
31. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний.
32. Клиническая картина послеродового эндомиометрита.
33. Диагностика послеродового пельвиоперитонита.
34. Основные принципы лечения послеродовых инфекционных заболеваний.

35. Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.

Задачи.

1. Родильница 24 лет, 4 день после родов. К концу 3 суток после родов повысилась температура тела до 37,3 °С, появилось общее недомогание, головная боль, жжение в области промежности и влагалища. Дно матки на 3 поперечных пальца ниже пупка, матка плотная безболезненная. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации. *Диагноз. Лечение.*

1. Родильница 25 лет на 7 сутки после родов жалуется на общую слабость, озноб, боль внизу живота и в левой паховой области. Отмечено повышение температуры тела до 39 °С. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод (безводный промежуток 20 час). Послеродовый период осложнился кровотечением, ручным отделением последа. Шейка матки и промежность целые. Общее состояние стало прогрессивно ухудшаться с 4 суток после родов. Пульс 96 уд. в 1 мин. Живот вздут, участвует в акте дыхания, верхние области при пальпации безболезненны. Дно матки на 3 поперечных пальца ниже пупка. Дизурические расстройства отсутствуют. Шейка матки сформирована, отверстие проходимо для 1 пальца, своды свободны. Матка недостаточно сокращена, округлой формы, болезненная при пальпации. От левого угла матки отходит опухолеподобный конгломерат неправильной формы, ограниченно подвижный, величиной с куриное яйцо, очень болезненный при пальпации. Выделения бурого цвета с неприятным гнилостным запахом. *Диагноз. Лечение.*

1. Роженица на 2 сутки после экстренного кесарева сечения предъявляет жалобы на сильную боль сначала внизу, а затем по всему животу, тошноту, рвоту, задержку газов и стула. Кожа бледная с сероватым оттенком, черты лица заостренные, выражение лица страдальческое, губы и язык сухие. Температура тела 38,5 °С, пульс 120 ударов в 1 мин. Живот вздут болезнен при пальпации, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии определяется экссудат в нижних и боковых отделах живота. Перистальтика кишок резко ослаблена. Уровень лейкоцитов - $17,5 \cdot 10^9$, СОЭ - 39 мм час. *Диагноз. Тактика ведения. Принципы терапии.*

Задача 1

Роды первые, срочные. Дородовое излитие вод. Продолжительность родов 10 часов 30 минут. Безводный промежуток 12 часов 30 минут. С III триместра отмечено снижение гемоглобина до 95 г/л.

На 4-е сутки после родов поднялась температура до 38-39°C, появились тахикардия, озноб. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Молочные железы мягкие, соски чистые, отток хороший. Тело матки на 2 см ниже пупка, мягкой консистенции, болезненное при пальпации. Лохии - мутные с запахом.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2

Во время обхода на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом родильница предъявляет жалобы на боль и жжение в области вульвы. Температура 36,9°C, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее - отечные и гиперемизированные.

Диагноз? Что делать?

Контрольные вопросы:

1. Чем обусловлено возрастание частоты гнойно-септических заболеваний?
2. Что называют септическим шоком? Какие факторы, кроме наличия инфекции, необходимы для возникновения шока?
3. Что способствует развитию септического шока, когда очагом инфекции является послеродовая матка?
4. Первичные расстройства при септическом шоке.
5. Фазы септического шока и их клинические проявления.
6. Наиболее тяжелые осложнения септического шока.
7. Меры, необходимые для наиболее ранней диагностики септического шока.
8. Принципы неотложной помощи при шоке.
9. Чем обусловлена повышенная заболеваемость маститами.
10. Наиболее распространенная классификация маститов.
11. Основные местные и общие проявления мастита.
12. Дополнительные методы диагностики маститов.
13. Основные принципы терапии маститов.
14. Профилактика маститов.
15. Чем обусловлено развитие перитонитов в послеродовом периоде?
16. Каковы особенности акушерского перитонита?
17. Фазы перитонита.
18. Причины развития перитонита после кесарева сечения?

Диагностика.

19. Каковы основные принципы лечения перитонита?

Задача № 1.

5-е сутки после операции кесарева сечения. Состояние средней тяжести. Температура тела 38°C. Пульс 100 уд./мин. Умеренный парез кишечника. Болезненность над лоном. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости, в области швов на матке - «ниша».

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 2.

12-е сутки послеродового периода. У роженицы внезапно повысилась температура до 38,5°, озноб, головная боль, появились боли в молочной железе. При осмотре - умеренное нагрубление, уплотнение и болезненность в глубине молочной железы.

Диагноз? Тактика врача.

Основная:

Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – 2009 – С. 559-575.

Тема 5. Острый живот в гинекологии.

Симптомокомплекс, развивающийся в результате острой патологии в брюшной полости и проявляющемся болевым синдромом, перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии больной. Своевременная диагностика и лечение «острого живота» приводит к сохранению репродуктивной функции в 85-90% случаев.

Цель занятия: изучить патологические состояния, объединенные общим понятием «острый живот» в гинекологии, причины, клинику, методы диагностики, дифференциальные признаки этих нозологий, тактику врача.

Исходные знания: знание анатомии и физиологии женской репродуктивной системы, методов обследования в гинекологии, хирургической патологии.

Практические навыки: знать симптомы все нозологических форм, уметь обследовать пациенток при подозрении на «острый живот», владеть методами диагностики и лечения этих патологических состояний

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ:

Тестовый контроль уровня знаний студентов. Проводится опрос по основным вопросам темы. План занятия:

- научить студентов использовать полученные знания для объяснения причин возникновения «острого живота»;
- показать на клинических примерах (разбор больных, истории болезни) особенности клинического течения «острого живота» в зависимости от причин его возникновения;
- научить проводить дифференциальную диагностику причин острого живота, исходящих из гениталий (внематочная беременность, перекрут ножки опухоли яичника или трубы, разрыв капсулы опухоли придатков матки, апоплексия яичника, восходящая инфекция) с причинами экстрагенитального характера (аппендицит, перфоративные язвы желудка и кишечника, холецистит, острая кишечная непроходимость, абдоминальная форма крупозной пневмонии или инфаркта миокарда);
- обучить основным этапам организации и оказания экстренной помощи больным с диагнозом «острый живот»;

ВОПРОСЫ:

1. Основные заболевания, вызывающие «острый живот» в гинекологии.
2. Какая беременность называется эктопической?
3. Перечислите основные причины эктопической беременности.
4. Перечислите причины эктопической беременности, связанные с нарушением прохождения плодного яйца в матку.
5. Перечислите овологенные причины внематочной беременности.
6. Возможные локализации эктопической беременности.
7. Наиболее частая локализация трубной беременности.
8. В каких отделах маточной трубы может развиваться беременность?
9. Каковы исходы трубной беременности?
10. Наиболее типичная локализация скопления крови при трубном аборте.
11. Перечислите симптомы трубного аборта.
12. Какой симптом является ведущим при разрыве трубы?
13. Особенности анамнеза у больных с трубной беременностью.
14. Методы диагностики трубного аборта.
15. Каков вероятный исход беременности в ампулярном отделе трубы?
16. Исход развития беременности в истмическом и интерстициальном отделах трубы.

17. Какие выделения из половых путей характерны при нарушении эктопической беременности?
18. Данные бимануального исследования при трубном аборте.
19. Данные бимануального исследования при разрыве трубы.
20. С какими заболеваниями надо дифференцировать трубный аборт?
21. С какими заболеваниями надо дифференцировать разрыв маточной трубы?
22. Какой признак позволяет исключить эктопическую беременность и поставить диагноз нарушенной внутриматочной беременности?
23. Тактика врача при установлении диагноза эктопической беременности.
24. Объем типичной операции при трубной беременности.
25. В чем заключается профилактика эктопической беременности?
26. С какими заболеваниями следует дифференцировать внематочную беременность?
27. Назовите провоцирующие моменты при апоплексии яичника.
28. Назовите формы апоплексии яичника.
29. Объем оперативного вмешательства при апоплексии яичника.
30. Перечислите возможные осложнения опухолей яичника.
31. Что входит в состав «анатомической ножки» яичниковой опухоли?
32. Что входит в состав «хирургической ножки» опухоли?
33. Объем операции при перекруте опухоли яичника.
34. Клиническая картина пельвиоперитонита.
35. С чем следует дифференцировать пельвиоперитонит?
36. Причины разлитого перитонита генитального происхождения.

ЗАДАЧИ:

Задача № 1.

К., 27 лет, поступила в оперативное отделение в состоянии средней тяжести, с жалобами на слабость, головокружение, схваткообразные боли внизу живота справа, мажущиеся кровянистые темного цвета выделения из влагалища. В анамнезе 1 роды и 2 медаборта. Три дня назад на фоне задержки менструации на 2 недели появились схваткообразные боли внизу живота справа, обморочное состояние и появились кровянистые выделения из влагалища мажущегося характера. Сегодня приступ боли повторился и появилась резкая общая слабость. При поступлении умеренная бледность кожных покровов, АД 95/60 мм рт. ст., пульс 92 уд./мин, ритмичный. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном, где отмечается притупление перкуторного звука и слабо выраженный симптом Щетки-на—Блюмберга. При влагалищном исследовании: смещение шейки матки резко болезненно, задний свод нависает, пальпация его болезненна, матка увеличена до 5-6 недель беременности, размягчена, слегка болезненна при смещении, справа от матки пальпируется ретортообразное образование размерами 10х5х4 см, слегка болезненное при пальпации. Выделения тёмно-красные в небольшом количестве. ДИАГНОЗ? ЧТО ДЕЛАТЬ?

Задача №2.

И., 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту, озноб. Газы отходят плохо. В анамнезе 2 родов, 4 медаборта. Последний осмотр гинекологом был около 2 лет назад. Болеет 4 дня, когда после физического напряжения появились интенсивные боли внизу живота слева, был жидкий стул и двукратная рвота. Доставлена в райбольницу с диагнозом гастроэнтероколит. Осмотрена гинекологом на 3 день и переведена в оперативное отделение. Объективно умеренная бледность кожных покровов, язык сухой, обложен беловатым налетом, температура 38,2 градуса, пульс 108 уд./мин. удовлетворительного качества. Живот незначительно вздут, мягкий, в нижних отделах выражены симптомы раздражения брюшины. Над лоном пальпируется плотная туго-эластичная опухоль, верхний полюс которой на 4 п/п выше лона. При внутреннем исследовании матка

небольших размеров, плотная, отклонена кзади, смещение ее болезненно. Слева и спереди от нее определяется округлое, резко болезненное, ограниченно подвижное образование размерами 12х14х10 см. Придатки матки справа не увеличены. Выделения светлые, слизистого характера. ДИАГНОЗ? ЧТО ДЕЛАТЬ? ОШИБКИ В ВЕДЕНИИ ДАННОГО СЛУЧАЯ?

Задача №3.

В оперативное отделение ОАГБ санавиацией из ЦРБ доставлена 3., 34 лет, в состоянии тяжелого шока. Около 7 часов назад был произведен криминальный аборт на сроке 12-13 недель. При опорожнении матки во влагалище была низведена петля нисходящей кишки с полным поперечным ее разрывом (аборт производила медсестра на дому). При поступлении в ОАГБ: состояние тяжелое, заторможена, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, покрыты потом. Черты лица заострены. АД 80/40 мм рт. ст., пульс нитевидный, частый. Живот вздут, напряжен, резко болезнен, в отлогих местах притупление перкуторного звука. Из влагалища на 4-5 см выступает разорванная петля кишки. Выделения кровянистые в умеренном количестве.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 – С. 317-343.

Тема 6. Гнойно-воспалительные заболевания в гинекологии.

Цель занятия: Изучить патогенез, симптомопатологию, методы диагностики и принципы лечения наиболее распространенных форм воспаления женских половых органов.

Содержание занятия: Этиология и патогенез воспалительных заболеваний женских половых органов. Клинические проявления заболевания в зависимости от этиологического фактора, морфологических изменений, локализаций, стадии воспалительного процесса. Методы обследования больных с воспалительными заболеваниями гениталий, лабораторная диагностика. Принципы лечения больных. Установление критерия излеченности. Пути профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов.

Практические навыки: В результате изучения данной темы студент должен уметь: провести осмотр в зеркалах; влагалищное исследование; взятие мазков; составить план обследования и лечения больных с различными нозологическими формами воспаления гениталий.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ

Опрос студентов с применением программированного контроля.

Клинический разбор больных с острым и подострым воспалением женских половых органов (эндометрит, эндоцервицит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит). В смотровом кабинете анализируется анамнез, проводится общее обследование, оценивается общее состояние больной (температурная реакция, пульс, язык, исследование живота и т.д.). Во время гинекологического исследования необходимо последовательно обратить внимание студентов: а) на признаки воспаления (или их отсутствие) при осмотре наружных половых органов; оценить состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, парауретральных желез и выводных протоков бартолиновых желез; б) на состояние слизистой влагалища и шейки матки, наружного отверстия шейного канала, на характер и количество выделений; в) при двуручном влагалищно-брюшностеночном исследовании на состояние стенок влагалища, на форму и консистенцию шейки матки, наружный маточный зев, на болезненность при смещении шейки матки. Далее определяются положение матки и придатков, их величина, подвижность, поверхность, консистенция, болезненность, отношение друг к другу и к окружающим органам и тканям, одностороннее или двустороннее поражение. Фиксируются состояние влагалищных сводов, их глубина, смещаемость слизистой влагалища, состояние крестцово-маточных связок и параметральной клетчатки. Оценивается характер выделений на пальцах исследующего.

Поставив предварительный диагноз, студенты вместе с преподавателем намечают план обследования с учетом проведения дифференциального диагноза курируемой больной. Следует отметить, что при остром воспалении придатков матки дифференциальный диагноз проводится с экстрагенитальными заболеваниями (в первую очередь с острым аппендицитом, перитонитом, затем с непроходимостью кишечника, с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки) и с гинекологическими заболеваниями: внематочной беременностью, перекрутом ножки опухоли яичника, пельвиоперитонитом, параметритом. Проводится аналитический разбор имеющихся лабораторных исследований (анализ крови и мочи, бактериоскопическое исследование выделений и др.). Необходимо подчеркнуть, что у каждой больной с воспалительными заболеваниями при поступлении, независимо от тяжести ее состояния, до мочеиспускания берутся мазки на флору и чувствительность к антибиотикам.

При формулировке окончательного диагноза следует указать клиническую стадию воспалительного процесса (острое, подострое, хроническое воспаление). Необходимо подчеркнуть, что при остром воспалении этиологическим моментом заболевания является инфекционное начало (на фоне предрасполагающих факторов), а при обострении хронического процесса в настоящее время большое значение придается сенсibilизации организма и изменением реактивности организма.

Намечается план лечения больной в зависимости от локализации и клинической стадии воспалительного процесса. Принципы лечения воспалительных заболеваний гениталий складываются из общих воздействий на организм, воздействий на инфекционное начало, десенсибилизации, симптоматического лечения, физиотерапевтического и хирургического лечения. Необходимо четко определить, что при острой стадии воспалительного процесса комплексное лечение складывается из антибактериального, дезинтоксикационного, десенсибилизирующего, общеукрепляющего и симптоматического. При этом необходимо уделить особое внимание вопросам неотложной помощи при воспалительных заболеваниях гениталий. Следует особенно подчеркнуть, что наблюдение за больной в течение нескольких часов дает возможность дифференцировать пельвиоперитонит и перитонит, при одновременном проведении интенсивного лечения, что может являться и подготовкой к операции. Приводится контроль за общим состоянием, состоянием пульса, ощущением сухости во рту, уровня напряжения мышц передней брюшной стенки, за динамикой лейкоцитоза. Создается возвышенное положение головного конца кровати. Назначаются лед на низ живота, инфузионная терапия. Категорически запрещается применение обезболивающих средств во время наблюдения за состоянием больной - это может затруднить диагностику перитонита. Ухудшение состояния больной, несмотря на проводимую терапию, указывает на наличие перитонита или произошедший разрыв пиосальпинкса. В этом случае лечение должно быть оперативным с обязательным дренированием брюшной полости (производится задняя кольпотомия и дренирование через контрапертуры в передней брюшной стенке). Нужно остановиться на признаках гнойного расплавления тканей при параметрите, на симптомах угрожающего и уже совершившегося прорыва гноя в кишечник и мочевого пузыря. План лечения больных в подострой и хронической стадии процесса такой же, что и в острой стадии. На фоне антибактериальной терапии при подостром воспалении назначают физиотерапевтические процедуры. В хронической стадии основа лечения - это десенсибилизирующая и физиотерапия, в том числе санаторно-курортное лечение. Необходимо указать на нецелесообразность антибактериальной терапии в этой стадии.

Следует обратить внимание студентов на методы лечения tuboовариальных воспалительных образований: физиотерапевтические процедуры назначаются с осторожностью, чаще ставится вопрос о хирургическом лечении. Подчеркивается, что показанием для хирургического лечения являются рецидивирующие пиосальпинксы, гнойные образования, не поддающиеся консервативной терапии.

Перерыв

При совместном осмотре больной (или соответствующей истории болезни) преподаватель обращает внимание на моменты анамнеза, которые указывают на наличие гонорейной инфекции: случайные половые связи, частые обострения заболевания в связи с менструациями, родами, абортами. Обращается внимание на острое начало, яркую выраженность острого воспаления (вплоть до явлений пельвиоперитонита) и относительно удовлетворительное состояние больной, на быстрое купирование воспалительного процесса при проведении лечения. При гинекологическом исследовании преподаватель обращает внимание на состояние выводящих протоков парауретральных и больших вестибулярных желез (гонорейные пятна), обращает внимание на первичные

очаги поражения (уретра и шейный канал). Поскольку для выявления этиологического фактора воспаления используется бактериологическое исследование отделяемого из уретры, канала шейки матки и влагалища, целесообразно продемонстрировать заранее приготовленные мазки, при этом обращается внимание студентов на частое сочетание в мазках гонококков и трихомонад. Уточняется понятие гонореи нижнего и верхнего (восходящая или осложненная) отделов мочеполового тракта.

При постановке диагноза следует разобрать вопросы классификации гонореи: свежая (острая, подострая, торпидная), хроническая, латентная. Дифференциальный диагноз проводится с теми же заболеваниями, что и при септических воспалительных процессах.

Обсуждается лечение больной острой гонореей; особое внимание обращается на то, что стрептомицин применять не следует, поскольку при этом гонококки быстро видоизменяются, превращаясь в Л-формы, что затрудняет диагностику заболевания. При хронической гонорее с лечебной целью используется гоновакцина, физиопроцедуры. Проговаривается определение критерия излеченности гонореи, методы провокации, сроки учета в венерологическом диспансере, осложнения и последствия женской гонореи. Обращается внимание на то, что все больные с воспалительными заболеваниями подлежат обследованию на гонорейную инфекцию.

Демонстрируется больная (или история болезни) трихомониазом; подчеркивается, что это венерическое заболевание. Наиболее эффективно комбинированное (общее и местное) лечение обоих партнеров. При наличии гонореи и трихомониаза обязательно сочетанное лечение обоих заболеваний.

Подведение итогов занятия. Задание на дом.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблицы (4 степени чистоты влагалищного содержимого, схема гонорейного поражения мочеполового тракта, туберкулезное поражение гениталий; спаечный пельвиоперитонит, пиосальпинкс); муляжи (туберкулезное поражение гениталий, пиосальпинкс, tuboовариальное воспалительное образование); микропрепараты (гонококк, трихомонада); рентгенограммы (проходимые и непроходимые маточные трубы, туберкулезное поражение гениталий, трубы при половом инфантилизме); фотографии картин воспаления при лапароскопии.

Вопросы:

1. Перечислите пути распространения септической инфекции при воспалительных процессах гениталий.
2. Назовите факторы, способствующие распространению инфекции в женских половых органах по протяжению (каналикулярно).
3. Перечислите причины, вызывающие воспалительные заболевания женских половых органов
4. Какие возбудители вызывают воспалительные септические заболевания гениталий?

5. Перечислите нозологические формы септических воспалительных заболеваний внутренних половых органов.
6. Перечислите осложнения при септических воспалительных процессах внутренних гениталий
7. Назовите жалобы при остром эндометрите (эндомиометрите).
8. Укажите данные гинекологического исследования больной с эндомиометритом.
9. Перечислите симптомы (жалобы и данные гинекологического исследования) острого сальпингита.
10. Назовите общие симптомы хронического воспаления внутренних гениталий.
11. Перечислите общие симптомы острого воспаления внутренних гениталий.
12. Какие симптомы указывают на хронический сальпингит (жалобы, гинекологическое исследование).
13. Какие патологические изменения наблюдаются при эндомиометрите?
14. Какие патологоанатомические изменения отмечаются при остром сальпингите?
15. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при гидросальпинксе?
16. По каким признакам отмечают гидросальпинкс?
17. Какие патологоанатомические изменения характерны для пиосальпинкса?
16. По каким клиническим признакам (жалобы, данные гинекологического исследования) констатируют острый пиосальпинкс?
19. По каким клиническим признакам (жалобы, гинекологический статус) думают о хроническом пиосальпинксе?
20. Дайте понятие трубно-яичникового воспалительного образования.
21. Что такое пиовар?
22. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при трубно-яичниковом воспалительном образовании?
23. Назовите клинические признаки (жалобы, гинекологический статус) трубно-яичникового воспалительного образования.
24. Дайте определение пельвиоперитонита.
25. Что способствует распространению инфекции на тазовую брюшину?
26. Какие пути распространения инфекции способствуют возникновению пельвиоперитонита?
27. Каковы особенности клинической картины (жалобы, исследования живота, гениталий) септического пельвиоперитонита?
28. Каковы данные осмотра живота при остром септическом пельвиоперитоните?
29. Перечислите данные гинекологического исследования при остром септическом пельвиоперитоните.
30. Что понимают под параметритом?
31. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при параметрите?
32. Перечислите стадии развития параметрита.
33. Каковы данные двуручного исследования при параметрите?
34. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать острое воспаление внутренних гениталий?
35. Перечислите дополнительные исследования, рекомендуемые при септических воспалительных процессах внутренних гениталий.
36. Какие дополнительные исследования рекомендуются при пельвиоперитоните?
37. Какие дополнительные исследования рекомендуются при параметрите?
38. Какие дополнительные исследования целесообразны при остром сальпингоофорите?
39. Какие дополнительные исследования целесообразно провести при подозрении у больной пиосальпинкса?
40. Какие дополнительные исследования нужно использовать для подтверждения диагноза - tuboооварияльное воспалительное образование?

41. Какие методы лечения применяют при септических воспалительных процессах внутренних гениталий (независимо от стадии процесса)?
42. Назовите принципы лечения больных с острым пельвиоперитонитом.
43. Перечислите физиотерапевтические процедуры, применяемые для лечения хронического воспалительного процесса гениталий.
44. Перечислите физиотерапевтические процедуры, применяемые в подострой стадии воспалительного процесса
45. Перечислите противопоказания к физиотерапевтическому лечению
46. Какие виды лечебных мероприятий рекомендуется при остром эндометрите?
47. Назовите виды лечебных мероприятий при остром сальпингите (сальпингоофорите).
48. Какое лечение рекомендуется при хроническом сальпингите (сальпингоофорите)?
49. Какое лечение рекомендуется при пиосальпинксе?
50. Укажите принцип лечения tuboовариальных воспалительных образований
51. Перечислите виды лечебных мероприятий, рекомендуемых при остром параметрите.
52. При каких ситуациях рекомендуется хирургическое лечение параметрита?
53. Какие осложнения возможны при пиосальпинксе?
54. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при подозрении на tuboовариальное воспалительное образование?
55. Дайте характеристику гонококка.
56. Какие различаются клинические формы гонореи?
57. Что считают хронической формой гонореи?
58. Какую форму гонореи называют латентной?
59. Какие стадии заболевания различают при свежей гонореи?
60. Дайте понятие подострой стадии свежей гонореи.
61. Дайте понятие торпидной стадии свежей гонореи.
62. Какие органы чаще поражаются при гонорее нижнего отдела мочеполовой системы?
63. Какие органы чаще поражаются при гонорее верхнего отдела гениталий?
64. Назовите факторы, способствующие распространению гонорейной инфекции в вышележащие органы.
65. Укажите пути заражения гонореей взрослой женщины.
66. Укажите пути распространения инфекции при гонорее.
67. Перечислите клинические формы гонореи при поражении нижнего отдела мочеполового аппарата.
68. Перечислите клинические формы заболевания при восходящей гонорее.
69. Что является границей между нижним и верхним отделами мочеполового аппарата (при заболевании гонореей)?
70. Какие общие патоморфологические и патофизиологические изменения отмечаются при гонорее?
71. Перечислите патоморфологические и патофизиологические изменения, наблюдаемые при остром гонорейном уретрите.
72. Какие патоморфологические и патофизиологические особенности отмечают при гонорейном пельвиоперитоните?
73. Положите данные обследования при остром гонорейном уретрите (жалобы, осмотр, пальпация).
74. Перечислите данные осмотра при остром гонорейном бартолините.
75. Укажите клинические проявления гонорейной инфекции (независимо от очага поражения).
76. Укажите клинические проявления гонорейного острого сальпингита (сальпингоофорита).
77. В чем особенности клинического проявления пельвиоперитонита гонорейной этиологии?

78. С какими заболеваниями следует дифференцировать гонорейное воспаление гениталий?
79. С какими заболеваниями следует дифференцировать гонорейный сальпингоофорит?
80. С какими заболеваниями следует дифференцировать гонорейный пельвиоперитонит?
81. Перечислите дополнительные исследования, применяемые при подозрении на гонорею.
82. Какие дополнительные исследования целесообразно провести при подозрении свежей формы гонореи?
83. Перечислите дополнительные исследования, применяемые для уточнения гонорейного происхождения острого эндоцервицита.
84. Какие дополнительные исследования целесообразны при хроническом бартолините для уточнения гонорейной этиологии заболевания?
85. Какие дополнительные исследования можно использовать для уточнения диагноза восходящей гонореи?
86. Перечислите дополнительные исследования, которые используются для подтверждения гонорейной этиологии хронического воспалительного процесса.
87. Перечислите методы провокации гонореи.
88. В какие сроки берут мазки после провокации гонореи?
89. Какова микроскопическая картина мазка, подозрительного на гонорею?
90. У больной К. 39 лет. наблюдаются явления острого сальпингоофорита. видимо гонорейной этиологии. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить диагноз?
91. У больной И. 35 лет. отмечаются явления острого пельвиоперитонита. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить (или исключить) гонорейную этиологию заболевания?
92. Назовите основные принципы лечения гонореи.
93. В чем состоит комплекс лечебных мероприятий, применяемых при острой „восходящей гонорее“?
94. В чем заключается лечение острого эндоцервицита гонорейной этиологии?
95. В чем заключается лечение хронического эндоцервицита гонорейной этиологии?
96. В каких случаях считают гонорею излеченной?
97. Какими методами определяют излеченность гонореи?
98. Какие группы антибактериальных препаратов рекомендуются при гонорее?
99. Какой антибиотик чаще вызывает образование устойчивых форм гонококков?
100. Перечислите особенности гонореи у девочек.
101. Каковы особенности клинического течения воспаления внутренних гениталий гонорейной этиологии?
102. Укажите пути заражения трихомонадами.
103. Перечислите факторы, способствующие возникновению трихомониаза.
104. Назовите формы трихомониаза по клиническому течению процесса.
105. Перечислите клинические формы трихомониаза по локализации процесса.
106. На что жалуются больные трихомониазом?
107. Укажите данные осмотра при остром трихомонадном кольпите.
108. С какими заболеваниями следует дифференцировать трихомониаз?
109. Какие дополнительные исследования применяют при подозрении на трихомониаз?
110. Перечислите методы лечения, используемые при трихомониазе.
111. Какие специфические препараты применяют для общего лечения трихомониаза?
112. Какие специфические препараты используют для местного лечения трихомониаза?
113. Перечислите разновидности клинического течения туберкулеза гениталий.
114. Какова наиболее частая локализация туберкулеза гениталий?

115. В каких отделах гениталий туберкулезная инфекция локализуется сравнительно редко?
116. Перечислите морфологические формы туберкулезного поражения маточных труб.
117. Какие морфологические поражения встречаются при туберкулезе тела матки?
118. Перечислите морфологические формы поражения при туберкулезе шейки матки.
119. Какие общие и клинические проявления отмечаются при туберкулезе гениталий?
120. Какие жалобы предъявляют больные туберкулезом гениталий?
121. Перечислите результаты осмотра гениталий при туберкулезе маточных труб.
122. Перечислите особенности клинического течения воспаления гениталий туберкулезной этиологии.
123. Перечислите признаки туберкулезного поражения шейки матки.
124. Каковы особенности течения сальпингита туберкулезной этиологии?
125. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при туберкулезе матки?
126. Перечислите дополнительные методы исследования больных, подозрительных на туберкулез гениталий.
127. Какой материал подвергается бактериологическому исследованию при подозрении на туберкулез гениталий?
128. Какой материал подвергается гистологическому исследованию при подозрении на туберкулез гениталий?
129. Перечислите принципы лечения туберкулеза гениталий.
130. Назовите виды консервативной терапии при туберкулезе гениталий.
131. Перечислите антибактериальные препараты, применяемые для лечения туберкулеза гениталий.
132. Каковы показания к хирургическому лечению туберкулеза гениталий?

Задачи:

1. Больной Н. 32 года. В анамнезе - бесплодие, двусторонний аднексит с частыми обострениями. При поступлении отмечают высокую температуру, озноб, боли в нижнем отделе живота. Живот вздут, напряжен во всех отделах, болезненный, с выраженным симптомом Щеткина-Блюмберга. Язык суховат. Пульс 120 уд в 1 мин. При влагалищном исследовании смещение шейки резко болезненно, придатки и матку определить не удается из-за болезненности. Кровяные выделения из половых путей. Каковы диагноз и план ведения?

2. Больной И. 42 года. Жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснице. В течение ряда лет страдает воспалительным процессом придатков матки с частыми обострениями. Неоднократно проводила комплексную терапию амбулаторно и в стационаре, дважды проводила лечение грязями на курортах. При осмотре обнаружено: придатки утолщены до 4 см в поперечнике, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

Поставьте диагноз. Составьте план ведения.

3. Больной Ж. 40 лет. В анамнезе - двусторонний аднексит с частыми обострениями. При поступлении в больницу температура 37,8 С, пульс 100 уд в 1 мин. При пальпации болезненность внизу живота, симптом Щеткина-Блюмберга выражен слабо. В придатках слева и справа образование 8х10 см, неподвижное, плотноэластическое с неровной поверхностью, малоболезненное.

Каков Ваш диагноз? Составьте план ведения.

4. Больной У. 27 лет. Заболела остро на третий день менструации. Высокая температура, озноб, боли внизу живота. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Пульс 120 уд. в 1 мин. Язык влажный. Живот напряжен в нижнем отделе, болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Выделения из влагалища слизисто-гнойные, смещение шейки болезненное. Тело матки и

придатки четко не контурируются из-за резкой болезненности, своды глубокие, число лейкоцитов 10.000.

Каковы диагноз и план ведения?

5. Больной Н. 30 лет. Заболела остро: была высокая температура, резкие боли внизу живота, но через два дня (принимала норсульфазол) температура снизилась, стала нормальной. Продолжают беспокоить боли. При осмотре живот мягкий, в нижних отделах болезненный. В области придатков с обеих сторон тугоэластические образования, болезненные, пальпируемые и через задний свод.

Поставьте диагноз. Составьте план ведения на данном этапе и в последующем.

6. Больной Ш. 30 лет. Отмечается нарушение менструального цикла по типу гипоестрогении (гипоменструального синдрома). Беспокоят ноющие боли внизу живота и пояснице в течении многих лет, бесплодие (в браке 6 лет). При осмотре обнаружено: больная пониженного питания, бледна, матка небольшая, придатки утолщены, в спайках, чувствительны. Выделения слизистые. Каковы диагноз и план лечения?

7. Больной С. 34 года. Отмечаются жалобы на сильные боли внизу живота, пояснице, озноб, высокая температура, частые позывы на акт дефекации, выделения слизи из прямой кишки. Две недели назад произведен криминальный аборт в домашних условиях. При осмотре отмечено: живот мягкий, болезненный, в нижних отделах симптомов раздражения брюшины нет. Матка смещена кпереди и вправо. Придатки определить не удастся. Задний и левый своды уплощены, инфильтрированы, стенка влагалища неподвижна а заднем своде определяется очаг размягчения. Пальпация резко болезненна

Поставьте диагноз. Составьте план ведения.

Литература

Основная:

Гинекология: Учебник для мед. вузов под ред. Г.М. Савельевой. – М: Геотар-Медиа, 2009 С.108-169.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

Основная литература

1. Баисова, Б. И. Гинекология: учебник / под ред. Савельевой Г. М., Бреусенко В. Г. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4309-5. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970443095.html>. - ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Савельева Г.М., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-3295-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

Дополнительная литература

1. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Айламазян Э.К., Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс]: руководство для врачей / Э. К. Айламазян и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-3331-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433317.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
3. Апресян С.В., Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Электронный ресурс] / С. В. Апресян; под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3238-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432389.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
4. Баисова Б.И., Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2254-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422540.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
5. Капительный В.А., Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-4009-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440094.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
6. Озолиня Л.А., Влияние различных факторов на плод [Электронный ресурс] / Л.А. Озолиня, И.В. Бахарева, А.В. Тягунова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-4100-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441008.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
7. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

8. Радзинский В.Е., Акушерство. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. - ISBN 978-5-9704-3250-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432501.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

9. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения".) - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501969.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

1. <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/pre-eclampsia-University-of-Oxford/index.htm> – Оксфордский институт материнского и перинатального здоровья (OMPHI)
2. <https://www.megamedportal.ru> – Медицинский информационный портал.
3. <http://medobook.com> – Сайт профессиональной медицины.
4. <https://mirvracha.ru> – Профессиональный портал «Мир врача».
5. <https://medportal.ru> – Информационный медицинский портал о здоровье человека.
6. <http://umedp.ru> – Медицинский портал для врачей.

Перечень информационных технологий, необходимых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

Перечень необходимого ежегодно обновляемого лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

1. Текстовый редактор Microsoft Word;
2. Программа для работы с электронными таблицами Microsoft Excel;
3. Программа подготовки презентаций Microsoft PowerPoint;
4. Пакет офисных приложений «МойОфис»

Перечень необходимых современных профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.rusmedserv.com> – Русский медицинский сервер.
2. <http://www.medical-enc.ru> – Медицинская энциклопедия.
3. <https://medi.ru> – Справочник лекарств для медицинских работников.
4. https://medelement.com/page/opisanie_spravочноy_sistemyi – Профессиональная медицинская справочная система.