



МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Дисциплина: АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Наименование дисциплины

**Тема: Неотложная помощь при тяжёлых формах позднего гестоза на
догоспитальном этапе**

Наименование темы

Специальность: 0301000 «Лечебное дело»

Шифр и наименование специальности

Квалификация: 0301013 «Фельдшер»

Шифр и наименование специальности

Курс: 3

Семестр: 5

Составили:

Преподаватель

Николаева О.Ю.

Подпись

ФИО

«10» сентября 2020 г.

Рассмотрено и утверждено

на заседании ЦМК «специальных дисциплин»

Протокол №

«__» _____ 2020 г.

Председатель ЦМК

Акчалов М.Г.

Подпись

ФИО

ТЕМА: Неотложная помощь при тяжёлых формах позднего гестоза на догоспитальном этапе

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ: Формировать знания у обучающихся по основным принципам диагностики неотложных состояний в акушерстве и гинекологии, формировать и развивать навыки по оказанию помощи при различных неотложных состояниях, совершенствовать навыки коммуникации с пациентами.

ОБУЧАЮЩИЕ:

1. Формировать у обучающихся умение применять практически полученную и освоенную информацию по оказанию помощи беременным с признаками раннего токсикоза и позднего гестоза.
2. Активизировать мыслительную деятельность обучающихся путём поиска решения возникших проблем в процессе работы с беременной с применением метода кейс-стади.
3. Обучить сопоставлять клинические данные с целью постановки диагноза и определить тактику в соответствии с протоколами и приказами МЗ РК.
4. Обучить учащихся стандартам выполнения акушерских манипуляций на симуляционных тренажёрах.
5. Обеспечить компетентный подход обучающихся по ведению беременных с ранними токсикозами и преэклампсией.

РАЗВИВАЮЩИЕ:

1. Формировать у учащихся умение осуществлять связь изучаемой темы с ранее изученной «Ранние токсикозы беременных».
2. Формировать клиническое мышление, умение работать в команде – «малой группе». Использовать имеющуюся информацию для решения поставленных проблем в заданном кейсе по исследованию беременной, выявлению угрожающего состояния для беременной.
3. Развивать умение применять практические навыки оказания неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии, последовательное и обоснованное их исполнение в соответствии с приказом № 452.
4. Развивать чувство ответственности за здоровье и благополучие матери и новорожденного.
5. Развивать нравственно-этические качества обучающихся через предмет.

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ:

1. Соблюдать технику безопасности, предусмотренную при прохождении данной темы.
2. Воспитывать доброжелательное и бережное отношение к беременным и роженицам с соблюдением приказа № 85 от 3 февраля 2016 года.
3. Формировать чувство ответственности к выполняемой работе.
4. Воспитывать ответственное отношение к наглядным пособиям, тренажёрам.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 270 минут

ТИП ЗАНЯТИЯ: практическое симуляционное занятие.

МЕТОД ОБУЧЕНИЯ: интерактивный метод СBL, TBL, PBL.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: кабинет доклинической практики, кабинет женской консультации

РЕСУРСЫ:

- приказ № 452 МЗ РК от 2012 г;
- тесты, задачи;
- история родов;
- симуляционный акушерский тренажёр;
- акушерско-гинекологический инструментарий;
- слайды.

МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ:

- а) анатомия и физиология, тема «Анатомия женских половых органов,
- б) ОСД приказ № 111.

в) пропедевтика внутренних болезней «Методы исследования»;

г) ОСД «Техника измерения артериального давления», «Техника выполнения внутривенных инъекций», «Техника постановки системы для внутривенных инфузий», «Катетеризация мочевого пузыря»;

ВНУТРИПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ:

- а) «Анатомия репродуктивной системы»;
- б) «Акушерское исследование»;
- в) «Выслушивание сердцебиения плода».

ХРОНОКАРТА ЗАНЯТИЯ

№ п/п	НАЗВАНИЕ РАЗДЕЛА УРОКА	Время в минутах
1.	Организационный момент	2
2.	Актуализация опорных знаний	35
3.	Объяснение и демонстрация техники выполнения практических работ: с демонстрацией слайдов, видеороликов	30
4.	Методические установка: обсуждение кейса, проблем пациентки, поиск решения проблем пациентки, практическое применение решения проблемы. Правила работы в команде	10
5.	Разминка: деление на команды и получение стандартов и заданий, рабочего места	13
6.	Самостоятельная работа малыми группами	160
	1 «команда» - определение и решение проблемы кейса, выполнение стандартов, определяют эффективность и правильность действий	
	2 «команда» - определение и решение	

	проблемы кейса, выполнение стандартов, определяют эффективность и правильность действий	
	3 «команда» - определение и решение проблемы кейса, выполнение стандартов, определяют эффективность и правильность действий	
	4 «команда» - определение и решение проблемы кейса, выполнение стандартов, определяют эффективность и правильность действий	
	Обобщение заданий с демонстрацией оказания неотложной помощи Общая дискуссия	40
	Рефлексия	5
7.	Обратная связь в виде решения задач и интерактивной викторины, оценка командам	33
8.	Задание на дом	2
9.	Итого	270

ХОД УРОКА:

1. Организационный момент: приветствие и позитивный настрой обучающихся, проверка присутствующих, готовность учащихся и аудитории к занятию.
2. Актуализация опорных знаний тестовым заданием по теме «Ранние токсикозы беременных» в виде интерактивной викторины в программе LearningApp и устного опроса;
3. Объяснение и демонстрация техники выполнения практической работы по стандартам в «команде» по 3 обучающихся: это позволяет вовлечь каждого студента в объём работы. Преподаватель демонстрирует слайды и параллельно показывает на тренажёре практические манипуляции с пояснениями;
4. Методическая установка для самостоятельной работы: преподаватель показывает подготовку рабочего места и правила соблюдения техники безопасности в каждой «команде», даёт указания по использованию профессиональных стандартов;
5. Разминка: Знакомство с кейсом, обучающиеся получают дидактический материал в виде опорных конспектов и профессиональных стандартов, делятся на команды по 3 - 4 человека и получают задания
 - А) этап определения проблемы в заданном кейсе – для каждой команды;
 - Б) этап решения проблемы для группы. Участники сами работают над проблемой: выясняют жалобы, собирают анамнез, знакомятся с приказом МЗ РК по оказанию неотложной № 452. В процессе поиска решения

проблемы: постановка диагноза, определения объёма неотложной помощи, необходимые ресурсы – обучающиеся предоставляется свобода действий.

- Обучающиеся обсуждают роль каждого члена в команде при выполнении неотложной помощи беременной;

- Во время обсуждения преподаватель и команда в целом имеют возможность разъяснить непонятные моменты.

В) этап применения решения проблемы кейса: команда демонстрирует неотложную помощь и обосновывает действия.

Самостоятельная работа: преподаватель наблюдает за выполнением практических навыков обучающимися и контролирует использование времени на решение поставленных задач каждым членом команды, взаимодействие и слаженность работы команды.

6. Для оценки работы команды каждая «малая группа» демонстрирует свой вариант решения проблемы кейса.

7. Общая дискуссия, разбор каждого варианта решения кейса и демонстрация навыков каждой командой.

- Рефлексия: обучающиеся оценивают свою работу в команде.

- Оценка работы обучающихся с комментарием:

№	Ф И О	Тестовое задание	Выполнение стандарта	Коммуник навыки	Общая оценка
1	XXXXXXXXXX	5	5	4	5

- Обратная связь: обучающиеся должны ответить на вопросы –

А) где, когда и как необходимо применить получение знания и умения в практической работе?

Б) как прошло обучение в команде?

В) какие вопросы возникли в процессе обучения?

Задание на дом:

а) конспект-лекция;

б) Гуськова Н.А. ,учебник «Акушерство», стр.114-152;

В) профессиональные стандарты.

8. По окончании изучения темы учащийся должен уметь:

- выявить симптоматику, характерную для гипертензивного состояния во время беременности;

- на основании симптомов определять степень преэклампсии;

- оказывать помощь при преэклампсии;

- следить за состоянием внутриутробного плода

**Кейс: беременная 32 лет обратилась к акушерке женской консультации с жалобами на головную боль, тошноту, «пелену» перед глазами
При осмотре: АД 160/100 мм.рт ст, матка не возбудима.**

При оказании помощи кейс может изменяться: состояние ухудшилось, давление не снижается, сердцебиение плода приглушено, матка возбудима и т.д.

Установка к кейсу:

1. Определите состояние беременной по приказу № 452 затратив положенное время;
2. Определите настоящие и потенциальные проблемы беременной;
3. Соберите анамнез;
4. Дайте обоснование тяжести преэклампсии;
5. Изучить последовательность действий алгоритма оказания неотложной помощи беременной с преэклампсией;
6. Обсудите тактику по оказанию неотложной помощи;
7. Внутри команды распределить ответственных за: измерение АД, катетеризацию мочевого пузыря, проведения акушерского исследования с выслушиванием сердцебиения плода, подготовку медикаментов, шприцев, системы для внутривенной инфузии;
8. Последовательно выполнять необходимые действия по алгоритму;
9. Назвать критерии эффективности оказываемой помощи;
10. Определить уровень родовспомогательного учреждения в зависимости от тяжести гипертензивного состояния;
11. Дайте оценку работы команды и каждого участника.

Ожидаемый результат решения кейса:

1. Развить знания о патологических состояниях во время беременности;
2. Сформировать умение оценивать состояния пациентки;
3. Определять проблемы беременной и оперативно реагировать на полученную информацию;
4. Научить пользоваться приказами МЗ РК;
5. Владеть навыками оказания неотложной помощи;
6. Взаимодействовать в команде.

А) Этап определения проблемы кейса;

- сбор анамнеза;
- оценка состояния беременной;
- определение тяжести выявленного состояния беременной

Б) Этап решения проблемы: обучающие обсуждают в команде наличие признаков тяжести преэклампсии беременных, определяют АД, пульс,

проводят акушерское исследование, выслушивают сердцебиение плода, другие симптомы, ставят диагноз, определяют тактику ведения.

В) этап применения решения проблемы кейса: обучающиеся разыгрывают клиническую картину преэклампсии тяжёлой степени тяжести;

- определяют место каждого члена команды в решении кейса;
- готовят необходимые ресурсы для оказания помощи;
- устанавливают ответственных за выполнение определённых действий, предусмотренных алгоритмом оказания помощи;
- оказывают помощь, обосновывая действия;
- обсуждают эффективность начатого лечения (критерии).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Стандарт «Схема сбора анамнеза у беременной»

1.Паспортные данные.

2.Заболевания, перенесенные в детстве, зрелом возрасте, их течение, лечение.

3.Наследственность.

4.Условия труда и быта.

5.Эпидемиологический анамнез.

6.Аллергологический анамнез.

7.Акушерско-гинекологический анамнез:

менструальная функция (менархе и особенности установления менструального цикла, длительность, болезненность и регулярность менструаций, количество теряемой при менструации крови, дата последней менструации);

половая жизнь (с какого возраста, состоит ли в браке);

гинекологические заболевания (какие, когда, длительность и характер их течения, проведенная терапия, результаты лечения);

генеративная функция - число предыдущих беременностей с подробным выяснением их течения и исхода (искусственных и самопроизвольных аборт, родов);

течение настоящей беременности (первой и второй половины беременности, перенесенные заболевания и на каком сроке, лечение амбулаторное, стационарное).

ПРИЗНАК	ЛЁГКАЯ СТЕПЕНЬ	ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ
АД	140\90 –ММ.РТ.СТ при двукратном измерении с интервалом в 30 мин	СВЫШЕ 160/110 ММ.РТ.СТ. при двукратном измерении с интервалом в 30 мин
БЕЛОК	ДО 1 Г/ЛИТР	СВЫШЕ 3 Г/Л
ДЕФИЦИТ ДИУРЕЗА	15% до 1000 МЛ	СВЫШЕ 25% МЕНЕЕ 500 МЛ

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Уровень ПМСП:

- измерение АД
- общий анализ мочи (белок)
- клинический анализ крови (гемоглобин, тромбоциты)

Тактика лечения ПМСП

Легкая преэклампсия – лечения не требует, только тщательное наблюдение при соблюдении следующих условий:

- пациентка адекватно оценивает свое состояние, выполняет рекомендации врача;
- имеет возможность в любое время обратиться за медицинской помощью.

С признаками тяжелой преэклампсии - необходимо начать терапию сульфатом магния и гипотензивное лечение.

Обязательна госпитализация после стабилизации состояния на месте.

Выписка из протокола МЗ № 239.

Тяжёлая форма преэклампсии –

тяжёлая гипертензия + протеинурия

гипертензия любой степени тяжести + протеинурия + один из следующих симптомов:

1. сильная головная боль
2. нарушение зрения
3. боль в эпигастральной области и/или тошнота, рвота
4. судорожная готовность
5. генерализованные отёки
6. олигоурия (менее 30 мл/час или менее 500 мл мочи за 24 часа) –
7. болезненность при пальпации печени

Противосудорожная терапия

Магнезиальная терапия является методом выбора для регулирования преэклампсии/эклампсии как наиболее изученная, эффективная и безопасная.

Нагрузочная доза - стартовая доза

5г сухого вещества сульфата магния (20 мл 25% р-ра) в/в медленно в течение 10 -15 минут.

Поддерживающая доза

на 320 мл физиологического раствора – 80 мл 25% раствора сульфата магния, вводить с учетом скорости введения

11 кап/мин – 1г сухого вещества/час

22 кап/мин – 2 г сухого вещества/час

Продолжительность непрерывного внутривенного введения сульфата магния в течение 12 - 24 часов (1-2 г в час)

Или (при отсутствии возможности внутривенного введения, в крайних случаях) -10 г сухого вещества, по 5 г в каждую ягодицу внутримышечно с 1 мл 2% новокаина или 1мл 1% лидокаин в одном шприце.

Следить за ЧДД, сухожильными рефлексами и отделением мочи!

Стандарт «Действия акушерки (фельдшера) при эклампсии»

Цель: оказать неотложную помощь.

Ресурсы: роторасширитель.; языкодержатель; воздуховод; маска и мешок Амбу, электроотсос, кислород, тонометр, фонендоскоп, секундомер, термометр, внутривенные катетеры № 16-18, 25% раствор сульфата магния, физиологический раствор, мочевого катетер резиновый, корцанги, ватные и марлевые шарики, марлевые тампоны. Алгоритм действия.

1.Проведите мобилизацию свободного персонала (вызов):

- акушера-гинеколога;
- анестезиолога;
- лаборанта.

2.Оцените состояние женщины – 5 минут:

- артериальное давление;
- пульс;
- температуру;
- кожные покровы;
- частоту дыхания;

3.Уложите пациентку на левый бок; защитите от повреждений, но не удерживайте активно.

4.Обеспечьте подачу кислорода

5.Разожмите челюсти с помощью роторасширителя, зафиксируйте язык языкодержателем После окончания припадка при необходимости очистите отсосом ротовую полость и гортань.

6.Проведите катетеризацию периферической вены (катетер №16, 18).

Начните магниезальную терапию:

- сульфат магния 25% - 20,0 мл медленно в течение 10-15 минут (стартовая доза).

- сульфат магния 25% - 80,0 мл на 320,0 физиологического раствора в/в капельно, 11 капель в минуту (поддерживающая доза).

7.Произведите катетеризацию мочевого пузыря постоянным катетером.

8.Переведите в отделение реанимации, продолжая введение поддерживающей дозы.

9.Передайте информацию в перинатальный центр главному акушеру-гинекологу (круглосуточно).

Стандарт «Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда-Левицкого)»

Цель исследования: определить расположение плода в матке.

Ресурсы: кушетка, фантом, кукла.

Алгоритм действия.

1. Объясните беременной (роженице) цель данного исследования.
2. Уложите беременную на кушетку на спину с выпрямленными ногами.
3. Сядьте справа на кушетку лицом к беременной.
4. **Проведите первый приём для определения высоты стояния дна матки и части плода, расположенной в дне матки.** Для этого ладони обеих рук расположите на дне матки, при этом концы пальцев должны быть направлены друг к другу, но не должны соприкасаться. Определите высоту стояния дна матки по отношению к мечевидному отростку или пупку и часть плода, находящуюся в дне матки.
5. **Проведите второй прием для определения положения, позиции и вида плода в полости матки.** Для этого кисти рук переместите на боковые поверхности матки и ладонными поверхностями кистей произведите пальпацию боковых отделов матки. Определите расположение спинки (гладкая, ровная, без выступов поверхность), мелких частей плода (ручки, ножки) и сделайте заключение. Спинка влево - 1 позиция, спинка вправо - 2 позиция, спинка кпереди - передний вид, спинка кзади - задний вид.
6. **Проведите третий прием для определения" предлежащей части плода.** Для этого правую руку расположите на предлежащей части, при этом большой палец максимально отведите от остальных четырех. Предлежащую часть захватите между большим и средним пальцами над плоскостью входа в малый таз и определите, головка это или тазовый конец (головка плотная, округлая, баллотирует).
7. **Проведите четвертый прием для определения отношения предлежащей части ко входу в малый таз.** Для выполнения данного приема повернитесь лицом к ногам беременной. Кисти рук расположите по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, чтобы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, пропальпируйте предлежащую часть, определяя отношение предлежащей части ко входу в малый таз.
8. Результаты запишите в медицинскую документацию.

Стандарт «Выслушивание сердцебиения плода с помощью акушерского стетоскопа»

Цель исследования: определение частоты сердечных тонов плода.

Ресурсы: акушерский стетоскоп, секундомер, кушетка.

Алгоритм действия.

1. Предупредите беременную о предстоящем исследовании.
2. Уложите беременную на кушетку на спину с выпрямленными ногами.
3. Определите предлежание, позицию и вид плода приёмами Леопольда-Левицкого (см. стандарт «Приёмы наружного акушерского исследования»).
4. Выслушайте сердцебиение плода со стороны его спинки ближе к головке с помощью акушерского стетоскопа, плотно прижав его к брюшной стенке. При необходимости передвигайте стетоскоп, пока не найдёте точку наиболее ясного выслушивания сердцебиения плода.

5. Подсчитайте количество сердечных ударов плода в одну минуту.
 6. Одновременно сосчитайте пульс у беременной (во избежание того, чтобы не принять его за сердцебиение плода).
 7. Отметьте полученный результат.
 8. Помогите беременной встать с кушетки (повернувшись на бок).
 9. Вымойте руки.
 10. Стетоскоп протрите ветошью, смоченной в дез.растворе.
 11. Запишите результат измерения в медицинскую документацию
- Примечание:** При двойне сердцебиение плодов выслушивается в двух фокусах отчетливо, независимо друг от друга (между ними отмечается «зона молчания»).

Приложение 2

Задача № 1

Произошли роды живым доношенным плодом весом 3300,0 г, длиной 50 см. Через 5 минут отделился и выделился послед - ткань цела, оболочки все.

1. Ваш диагноз и ведение наступившего периода родов
2. Как ведут наступивший период родов?
3. Какие принципы грудного вскармливания?
4. Осмотри послед и дай ему оценку, осмотри родильницу в зеркалах.

Эталон ответа:

1. Доношенная беременность. Срочные роды. Ранний послеродовый период. Ранний послеродовый период продолжается 2 часа. Родовые пути осматривают в зеркалах. Раны – ушивают.
2. Наблюдают за сокращением матки и количеством выделений из половых путей, Производят оценку кровопотери. Измеряют АД через 15 минут в первый час и через 30 минут второй час, оценивают общее состояние. Переводят в послеродовое отделение через 2 часа при отсутствии противопоказаний.
3. Не давать сосок и рожков, кормить только грудью, кормить по требованию без ночных перерывов.
4. Стандарт осмотра последа.

ЗАДАЧА № 2

Произошли роды живым доношенным плодом весом 3200,0г, длиной 50 см. Крик сразу, после отсасывания слизи, кожа розовая, движения активные.

1. Ваш диагноз и дать характеристику начавшего периода родов.
2. Какие способы ведения начавшегося периода существуют по приказу №239?
3. По каким признакам оценивают состояние плода?
4. Покажи признаки отделения последа.

Эталон ответа:

1. Доношенная беременность. 3 период родов. Последовый период начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа. Послед, под действием последовых схваток отделяется с периферии – по Дункану или с центра по Шульцу, с образованием ретроплацентарной гематомы.
2. Последовый период ведут физиологически, без применения медикаментов и активное с введением 10 ЕД окситоцина, что снижает возможную кровопотерю в 2,5 раза.
3. Оценка новорожденного производится по шкале Апгар.
4. Стандарт определения признаков отделения последа.

ЗАДАЧА № 3

К акушерке женской консультации обратилась беременная в сроке 6 – 7 недель с жалобами на рвоту 7 – 8 раз в сутки, не связанную с приёмом пищи, слабость. При осмотре – имеется потеря массы тела, АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин.

1. Ваш диагноз и характеристика данного заболевания.
2. Какие принципы лечения данного заболевания?
3. Какие осложнения возможны при данной патологии?
4. Определите диагональную конъюгату

Эталон ответа:

1. Беременность 6-7 недель. Рвота беременных средней степени тяжести. Это заболевание, которое характеризуется нарушением адаптации организма женщины на развитие плодного яйца. Различают 3 степени рвоты. 1 степень лечится амбулаторно, следующие – стационарно.
2. Лечебно-охранительный режим; диета; церукал перорально или внутримышечно и внутривенно; изотонический раствор, гемодез – внутривенно; эссенциале.
3. При не лечённой рвоте средней тяжести может возникнуть чрезмерная рвота, происходит обезвоживание организма, нарушение функции жизненно важных органов, особенно почек, печени, сердца. Возможно прерывание беременности.
4. Стандарт определения диагональной конъюгаты

ЗАДАЧА № 4

В отделение патологии родильного дома поступила беременная в сроке 32 недели с отёками на нижних конечностях, АД 140/90 и 160/100 мм.рт.ст., в моче белок – до 3 г/л, диурез составляет 800 мл/сут.

1. Ваш диагноз и характеристика данного заболевания.
2. Какие симптомы указывают на утяжеление заболевания?
3. Принципы лечения?

4. Собери необходимое и окажи помощь при приступе эклампсии.

Эталон ответа:

1. Беременность 32 недели. Преэклампсия тяжелой степени. Основные признаки заболевания – повышение АД, появление белка в моче. Делится на 2 степени, что определяется повышением показателей увеличения АД, протеинурии.
2. За утяжеление свидетельствует появление мозговых симптомов – головная боль в затылке, мелькание мушек перед глазами, пелена. Появление болей в эпигастральной области, снижение диуреза до олигурии. Может перейти в эклампсию – развитие судорожного припадка с отслойкой сетчатки, почечной и печёночной недостаточностью, развитием синдрома ДВС, гипоксией и антенатальной гибелью плода.
3. Лечебно-охранительный режим; магниезальная терапия как неотложная помощь, спазмолитики, гипотензивные препараты, реополиглюкин.
4. Стандарт оказания экстренной помощи при эклампсии.

ЗАДАЧА № 5

На 5й день после родов у роженицы прекратились выделения из половых путей. Об-но: Т 39 градусов С, озноб, учащение пульса. При пальпации – матка увеличена, стенки её неравномерно утолщены.

1. Ваш диагноз и причина развития данной патологии?
2. Перечислите классификацию указанной патологии.
3. Общие принципы лечения послеродовых заболеваний.
4. Обработайте швы на промежности.

Эталон ответа:

1. Послеродовый период. Лохиометра. Перегиб матки или закупорка канала шейки матки сгустком крови, частицами оболочек.
2. Послеродовые заболевания делят на 4 этапа: 1 – инфекция ограничена входными воротами - язва, эндометрит, лохиометра. 2 - инфекция вышла за пределы раны, но остаётся локализованной: метрит, аднексит. Ограниченный тромбофлебит, параметрит. 3 – инфекция близка к генерализованной – разлитой перитонит, прогрессирующий тромбофлебит. 4 – генерализованная инфекция – септицемия, септикопиемия.
3. Противовоспалительная терапия, десенсибилизирующая терапия, детоксикоционная терапия, симптоматическое лечение.
4. Стандарт обработки швов на промежности.

ЗАДАЧА № 6

На второй неделе послеродового периода у женщины поднялась Т до 39 градусов С, был озноб, появились боли в икроножных мышцах при ходьбе, боли по ходу подкожных вен нижней конечности, отёчность, гиперемия.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие клинические предвестники данного заболевания?
3. Какие имеются дополнительные методы диагностики указанной патологии?
4. Проведи пробу с манжеткой.

Эталон ответа:

1. Поздний послеродовой период. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей.
2. Клинически п/родовым заболеваниям предшествует длительный субфебрилитет. Ступенеобразное учащение пульса, боли в икроножных мышцах.
3. Проба с манжетой. При давлении менее 140 мм.рт.ст. начинаются боли в икроножных мышцах. В норме – 170 -180 мм.рт.ст.
4. Стандарт проведения пробы с манжетой

Тестовые задания викториной

Признак отделения последа по Шредеру

Признак отделения последа по Альфельду

Признак отделения последа по Довженко

Способ выделения последа по Абуладзе

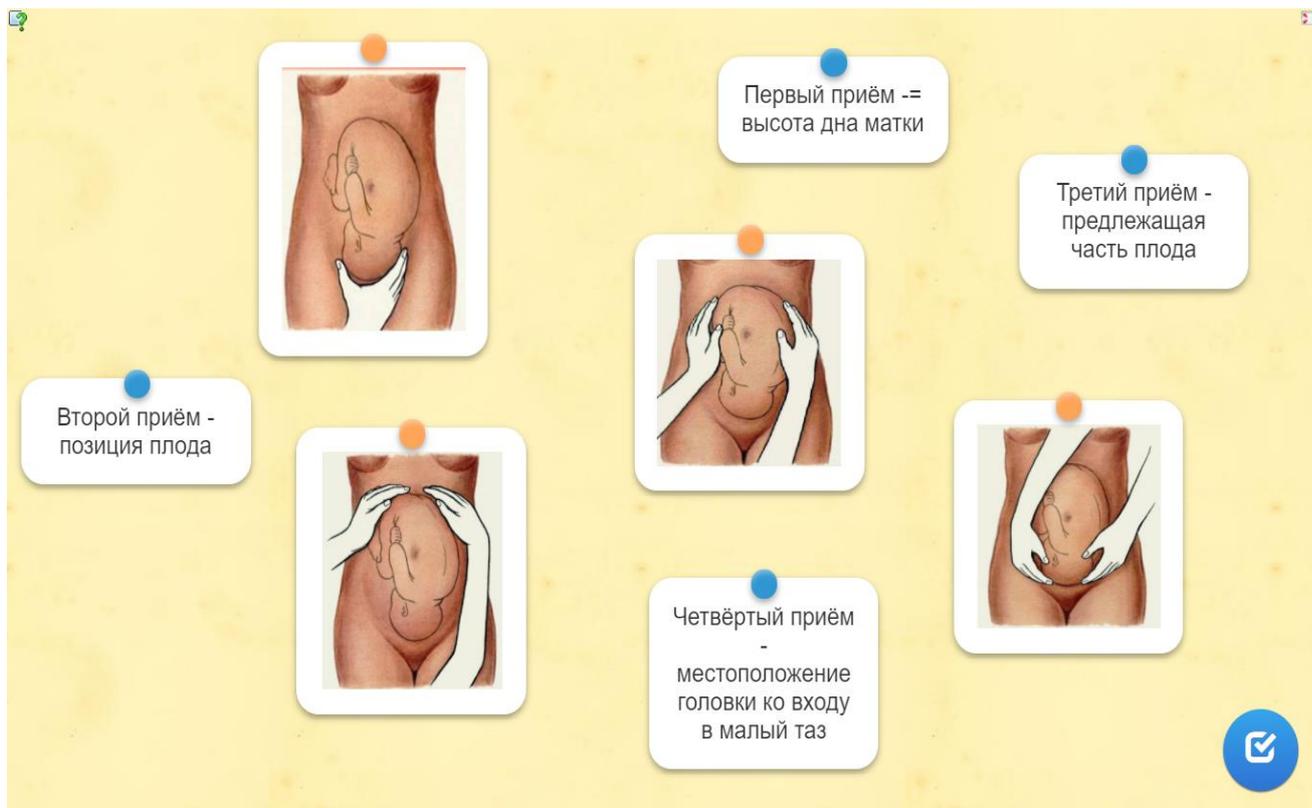
Признак отделения последа по Кюстнеру-Чукалову

Способ выделения последа по Гентеру

Позывы на потугу

Роженица делает глубокий вдох, акушер наблюдает за пуповиной

Признак отделения последа по Микуличу



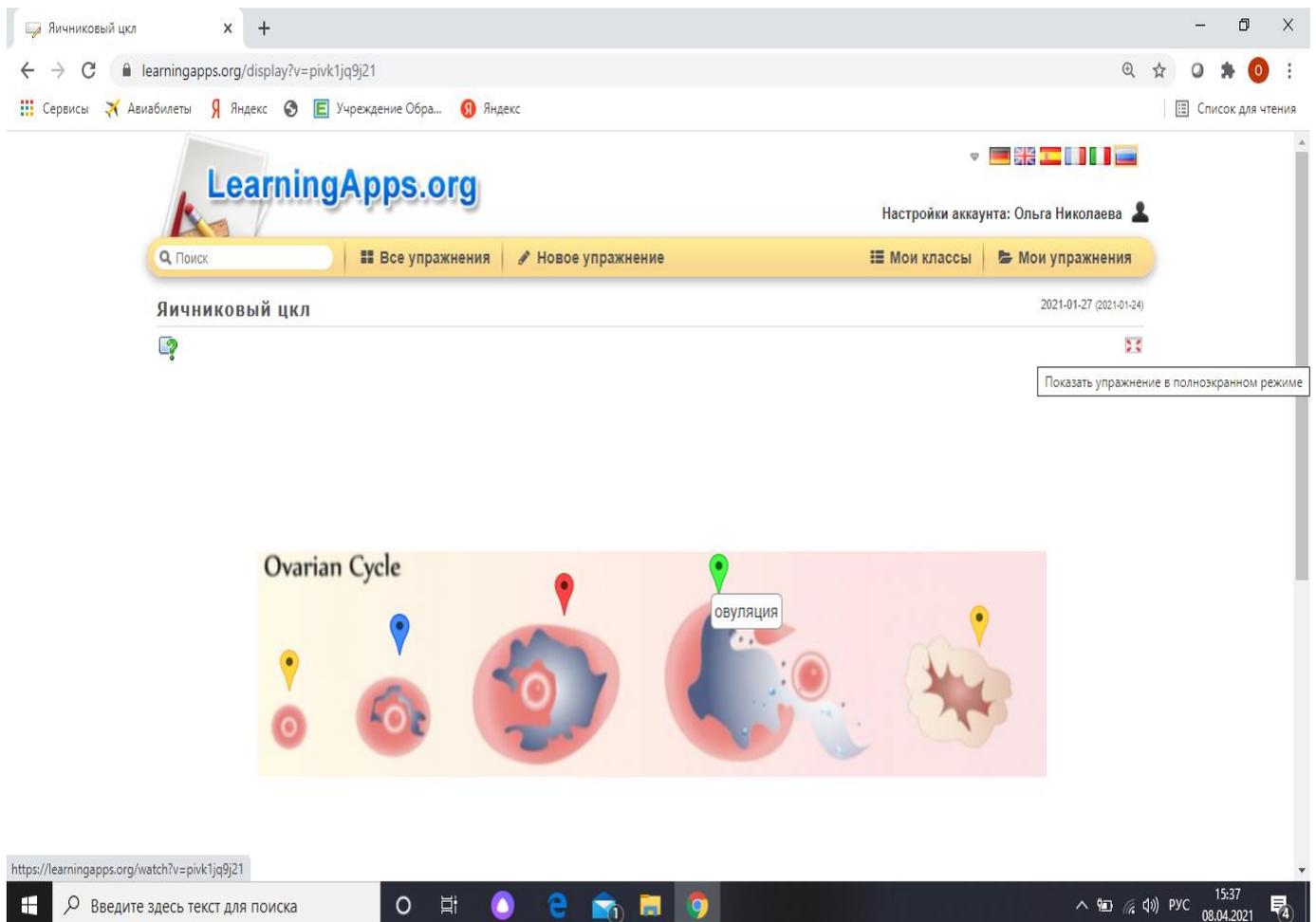
3 / 9

На приёме в ж/консультации беременная в сроке 36 недель пожаловалась на головную боль в затылке, пелену перед глазами
 Измерено АД, равно 160/100 мм.рт.ст. Ваши действия:

<input checked="" type="checkbox"/>	ввести раствор сульфата магния 25%-20мл в/в в течение 10-15 мин	<input type="checkbox"/>	ввести раствор глюконата кальция 10% -10,0 мл в/в медленно
<input type="checkbox"/>	ввести раствор эуфиллина 2,4% -10,0 мл в/в медленно	<input type="checkbox"/>	ввести раствор диазепама 10мг в/в медленно



Рвота беременных лёгкой степени тяжести	Рвота беременных средней степени тяжести	Чрезмерная рвота беременных
Т тела нормальная	Тахикардия 100-110 уд/мин	потеря массы тела до 8 кг
потеря массы тела до 3 кг	следы кетоновых тел в моче +	рвота до 20 раз в сутки
тахикардия до 90 уд/мин	количество рвоты до 10 раз в сутки	Тахикардия 110-120 уд/мин
Рвота беременных лёгкой степени тяжести	Рвота беременных средней степени тяжести	Чрезмерная рвота беременных
АД 90/50 мм.рт.ст	потеря массы тела до 5 кг	АД 80/40 мм.рт.ст
кетонные тела в моче отсутствуют	Т тела субфебрильная	в моче кетоновые тела +++++
рвота до 5 раз в сутки	АД 100/70 мм.рт.ст	Т тела высокая



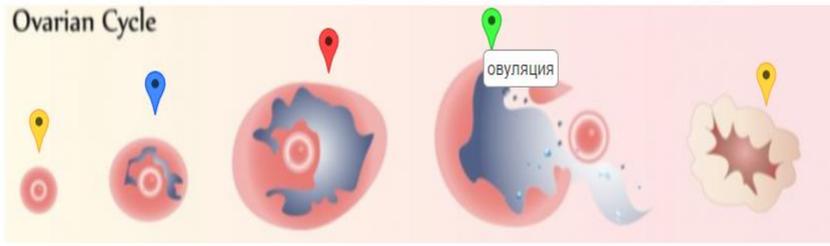
LearningApps.org

Настройки аккаунта: Ольга Николаева

Яичниковый цикл 2021-01-27 (2021-01-24)

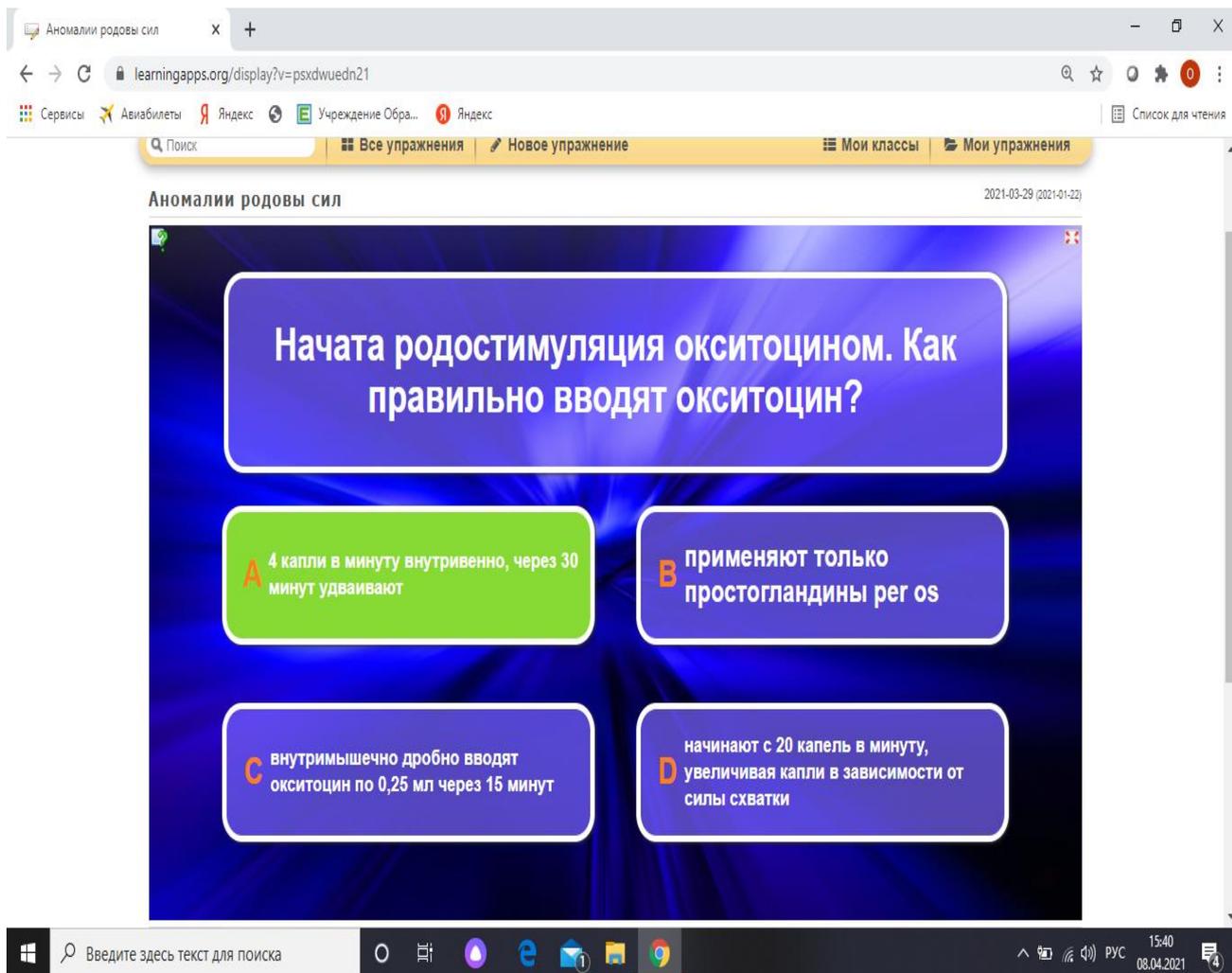
Показать упражнение в полноэкранном режиме

Ovarian Cycle



овуляция

https://learningapps.org/watch?v=pivk1jq9j21

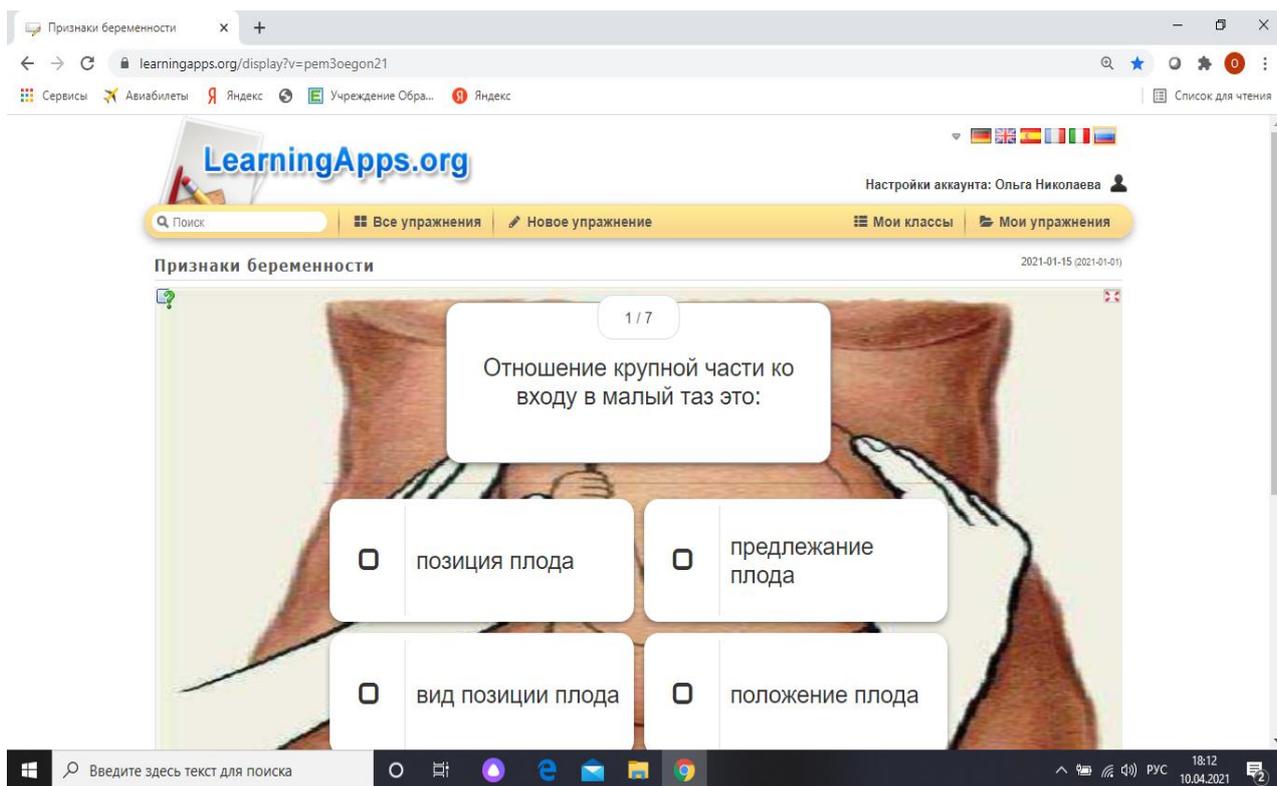


Аномалии родовой сил

2021-03-29 (2021-01-22)

Начата родостимуляция окситоцином. Как правильно вводят окситоцин?

- A** 4 капли в минуту внутривенно, через 30 минут удваивают
- B** применяют только простагландины per os
- C** внутримышечно дробно вводят окситоцин по 0,25 мл через 15 минут
- D** начинают с 20 капель в минуту, увеличивая капли в зависимости от силы схватки



Признаки беременности

2021-01-15 (2021-01-01)

1 / 7

Отношение крупной части ко входу в малый таз это:

- позиция плода
- предлежание плода
- вид позиции плода
- положение плода

КОНТРОЛЬ ПЛАНИРУЕМОГО РЕЗУЛЬТАТА

1. ИНТЕРАКТИВНЫЕ ВИКТОРИНЫ ПО ПРОЙДЕННОМУ И ТЕКУЩЕМУ МАТЕРИАЛУ
2. РЕШЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

6.1. ЛИТЕРАТУРА И СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ

ОСНОВНАЯ:

1. АКУШЕРСТВО: УЧЕБНИК + СД. РАДЗИНСКИЙ В.Е. , Москва, 2008г.
2. ГУСЬКОВА Н.А., АКУШЕРСТВО, учебник, С-П, 2014г.
3. БОДЯЖИНА В.И. АКУШЕРСТВО. Учебник, М, 2009г.

6.2. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. ПРИКАЗ № 239 МЗ РК ОТ 07.04 2010г.
2. ПРИКАЗ № 452 от 13.07.2012 г
3. ПРИКАЗ МЗ РК от 16 апреля 2018 года № 173.
4. РАДЗИНСКИЙ В.Е., РУКОВОДСТВО К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО АКУШЕРСТВУ, М, 2004г

6.3. СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ

1. ДИДАКТИЧЕСКИЕ И НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ;
2. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ НА БУМАЖНЫХ И ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ;
3. УЧЕБНЫЕ ВИДЕОФИЛЬМЫ, ВИДЕОРОЛИКИ, СЛАЙДЫ;
4. АКУШЕРСКИЕ ТРЕНАЖЁРЫ;
5. СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ.