



## **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.

**6. 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 CBL, 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	<b>160</b>
	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 ягодичу 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 предвестника 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

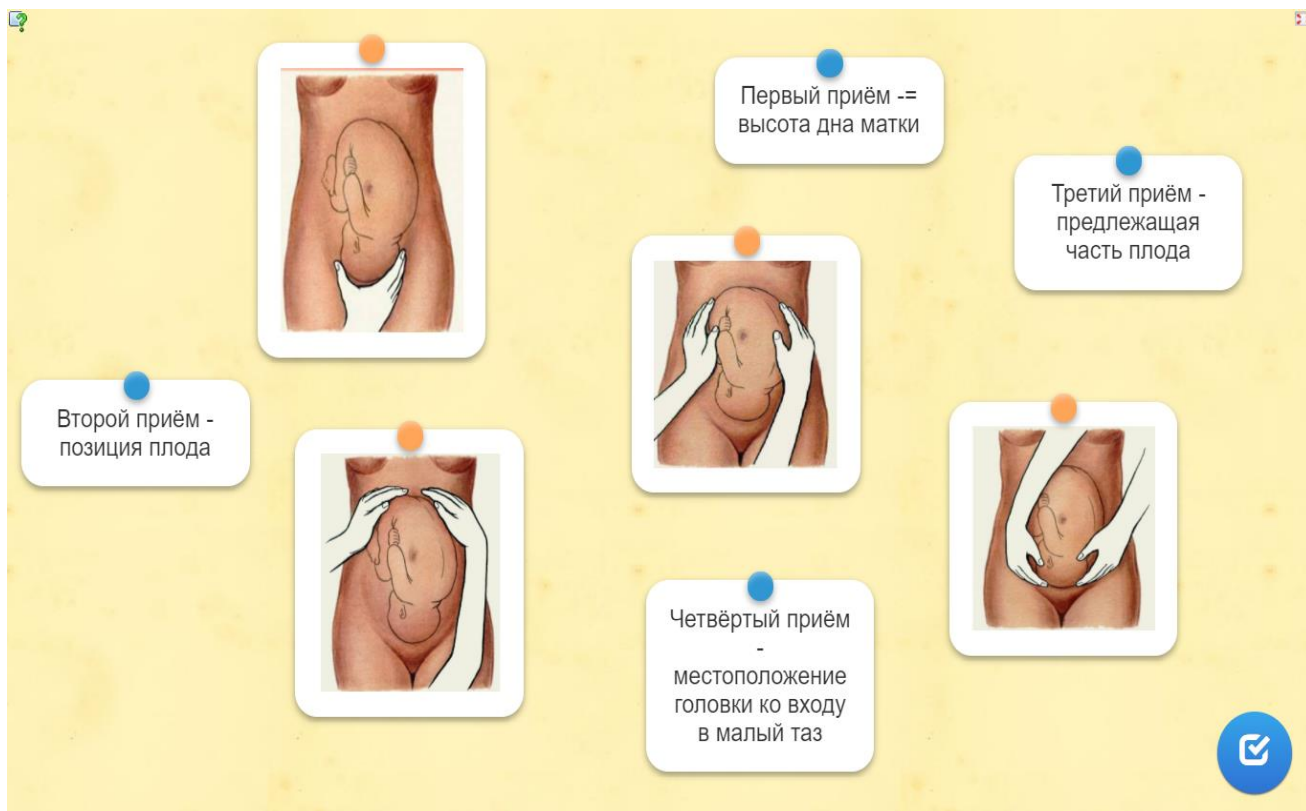
Признак отделения последа по Кюстнеру-Чукалову

Способ выделения последа по Гентеру

Позывы на потугу

Роженица делает глубокий вдох, акушер наблюдает за пуповиной

Признак отделения последа по Микуличу



3 / 9

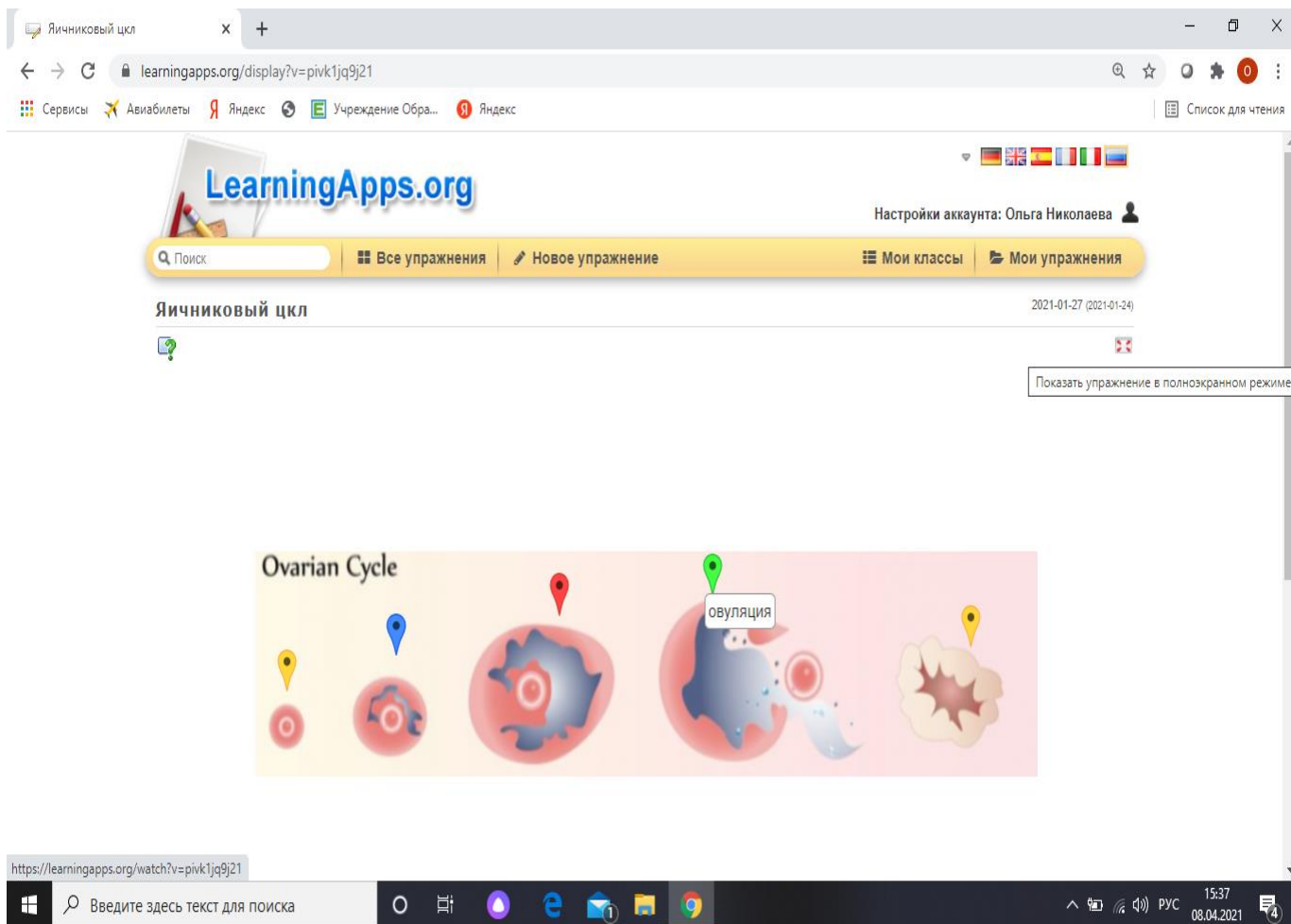
На приёме в ж/консультации беременная в сроке 36 недель пожаловалась на головную боль в затылке, пелену перед глазами. Измерено АД, равно 160/100 мм.рт.ст. Ваши действия:

<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
<b>Рвота беременных лёгкой степени тяжести</b>	<b>Рвота беременных средней степени тяжести</b>	<b>Чрезмерная рвота беременных</b>
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



Яичниковый цикл

learningapps.org/display?v=pivk1jq9j21

LearningApps.org

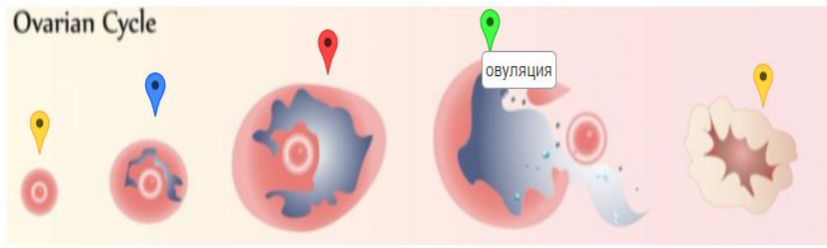
Настройки аккаунта: Ольга Николаева

Поиск: Все упражнения Новое упражнение Мои классы Мои упражнения

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

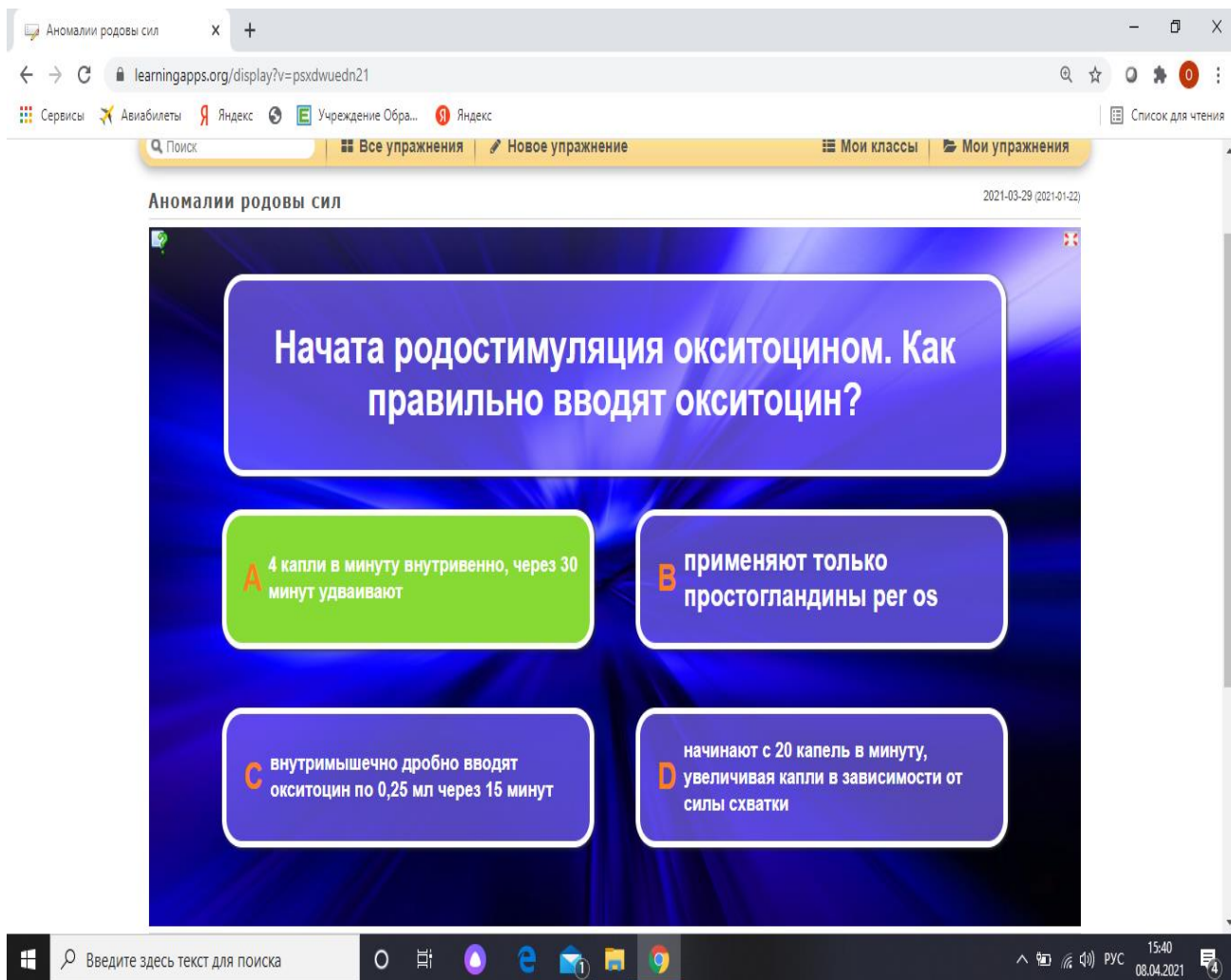
Показать упражнение в полноэкранном режиме

**Ovarian Cycle**



овуляция

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

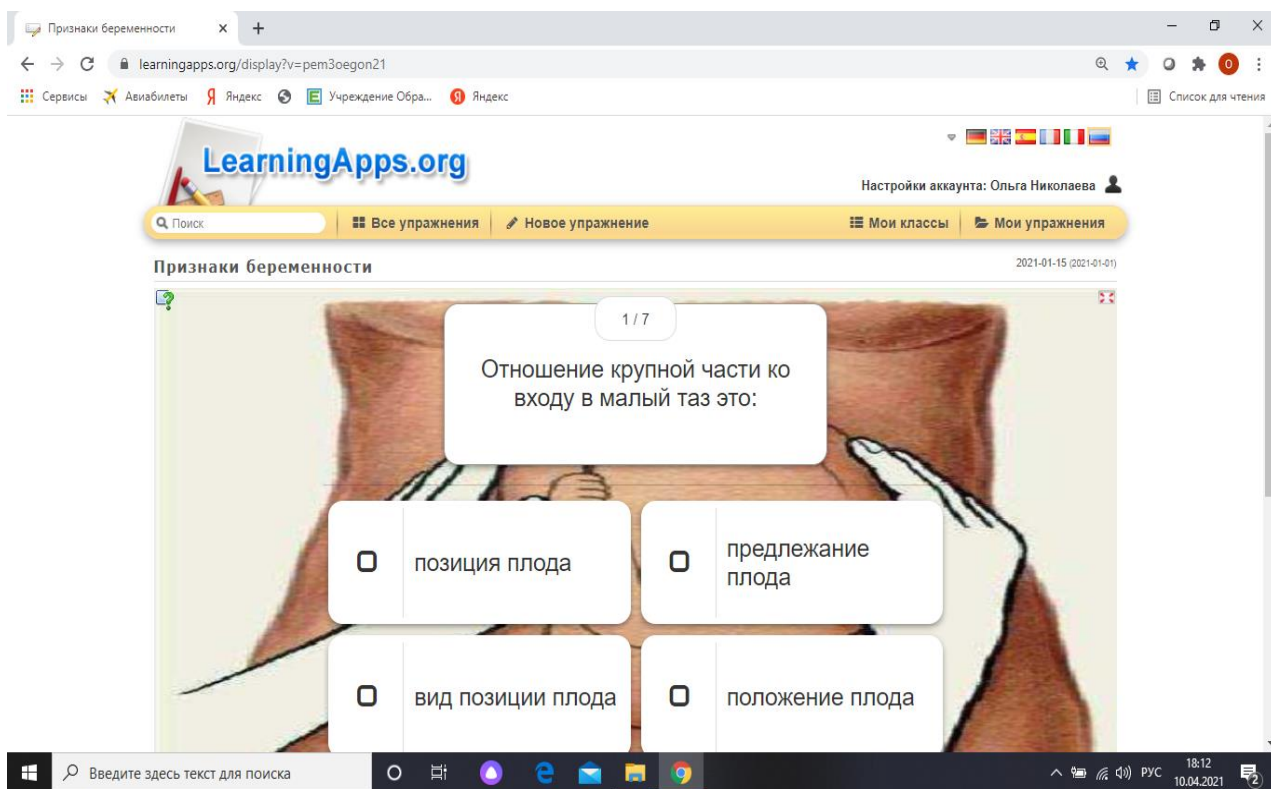


Аномалии родовой сил

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.