

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»**

**Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней  
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии, стоматологии  
и хирургии ФДПО им. В.В. Кулемина  
Кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии**

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА  
ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА,  
БАЗОВЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И КУРАТОРОВ  
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

**Составители:** доцент А.М. Сухарев, профессор М.Г. Омеляненко, доцент А.И. Аркина, профессор Н.И. Коротков, доцент Кузьмин А.Л., доцент Н.И.Бойцов, к.м.н В.М.Чугуевский, к. м. н. А.Н. Чикин., к.м.н. С.Н.Синицын.

Методические разработки составлены в соответствии с Материалами к итоговой государственной аттестации выпускников медицинских и фармацевтических ВУЗов по специальности 040100 «Лечебное дело» (ВУНМЦ, 2000). В издании определены цель и задачи производственной практики в стационаре терапевтического, хирургического и акушерского профиля; общие принципы её организации; регламентированы обязанности студентов, базовых руководителей и кураторов практики. Методические указания содержат подробные инструкции по оформлению дневника производственной практики с образцом его ведения, по проведению санитарно-просветительской работы с указанием рекомендуемых тем бесед и лекций. Описаны условия допуска и методика проведения зачета по производственной практике по терапии в стационаре и критерии оценки знаний студентов. Представлены списки рекомендуемой литературы для подготовки к зачету и написания УИРС.

Методические разработки предназначены для студентов 4 курса лечебного факультета, базовых руководителей и кураторов производственной практики.

**Рецензенты:**

зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней  
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, доцент А.В. Бурсиков;  
зав. кафедрой госпитальной терапии  
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, д.м.н. И.Е. Мишина

© ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2009

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА  
ПО ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА,  
БАЗОВЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И КУРАТОРОВ  
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Производственная практика в стационаре в качестве помощника врача является неотъемлемой и обязательной частью учебного процесса в медицинском ВУЗе.

### **1. ЦЕЛЬ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ:**

приобретение организационных и закрепление лечебно-диагностических и профилактических практических умений, включая неотложную помощь, необходимых в работе врача любой специальности.

### **2. ЗАДАЧИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ:**

- 1) знакомство с организацией работы терапевтического отделения и врача-терапевта в стационаре;
- 2) закрепление полученных при обучении в вузе теоретических знаний и совершенствование практических умений по обследованию, диагностике и лечению больных с заболеваниями внутренних органов (в соответствии с «Рабочей программой производственной практики»);
- 3) формирование умений по диагностике и оказанию помощи при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней (в соответствии с «Перечнем практических умений по терапии...»);
- 4) овладение умениями проведения профилактической и санитарно-просветительной работы, необходимыми в работе врача любой специальности.

### **3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ**

#### **3.1. ФУНКЦИИ БАЗОВОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ПРАКТИКИ**

Базовыми руководителями производственной практики являются заведующие терапевтическими отделениями или ординаторы из числа наиболее опытных врачей, назначаемые приказом главного врача больницы. Базовый руководитель практики осуществляет непосредственный ежедневный контроль за работой студентов в период производственной практики.

Базовый руководитель должен знать цель и задачи летней производственной практики в стационаре, содержание «Рабочей программы по терапии для производственной практики» (см. приложение 2) и «Перечня практических умений по терапии студентов лечебного факультета для производственной практики (4 курс)» (см. п. 4.2).

Базовый руководитель принимает студентов по направлению отдела практики ИвГМА. В направлении указываются день прибытия студента на практику и день ее окончания, что заверяется личной подписью руководителя и печатью лечебного учреждения. После окончания практики направление возвращается в отдел практики. Изменение сроков прохождения практики возможно только по согласованию с отделом практики и с ее куратором.

В первый день практики базовый руководитель проводит инструктаж по технике безопасности и знакомит студентов с графиком работы отделения. Следует напомнить об обязательности соблюдения норм и правил

медицинской этики и деонтологии, в частности, о сохранении врачебной тайны. Необходимо проинформировать студентов о структуре и мощности отделения, охарактеризовать вспомогательные службы и кабинеты, ознакомить с особенностями ведения медицинской документации в отделении. В обязанности базового руководителя практики входит распределение больных для курации, представление студентов врачам, под контролем и с помощью которых они будут работать.

Базовый руководитель должен создать условия для освоения практических умений согласно «Перечню практических умений по терапии...», проводить совместные осмотры и разборы больных и трудных случаев диагностики. Кроме того, базовый руководитель контролирует качество ведения медицинской документации и проводит разбор выявленных ошибок. Базовый руководитель оказывает необходимую помощь при выполнении учебно-исследовательской работы студента (УИРС) на цикле, следит за качеством ведения дневников практики, уровнем овладения практическими умениями, контролирует соблюдение студентами дисциплины и формы одежды.

По завершении практики базовый руководитель заверяет личной подписью и печатью лечебного учреждения «Дневник производственной практики по терапии» (см. приложение 1) с указанием дат прибытия на цикл и убытия с него, графика работы, дат ночных дежурств), «Перечень практических умений по терапии...», путевку на прочитанную лекцию. Кроме того, базовый руководитель дает студенту краткую характеристику, в которой отмечает:

- 1) выполнение «Рабочей программы производственной практики» и уровень овладения практическими умениями с оценкой по пятибалльной системе;
- 2) качество и своевременность оформления медицинской документации;
- 3) соблюдение основных норм медицинской этики и деонтологии;
- 4) активность студента в обследовании и ведении курируемых больных, при проведении врачебных конференций и разборов больных, в проведении санитарно-просветительной работы;
- 5) дисциплину студента при прохождении практики.

Базовые руководители производственной практики работают в тесном контакте с кураторами производственной практики.

### **3.2. ФУНКЦИИ КУРАТОРА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Кураторами являются сотрудники кафедры, ответственной за проведение практики по данному предмету.

До начала производственной практики куратор обеспечивает базовых руководителей необходимыми методическими материалами, знакомит с «Рабочей программой производственной практики» и «Перечнем практических умений по терапии...», которые должны быть освоены в период прохождения практики, а также с критериями оценки работы студентов.

Куратор оказывает методическую помощь студентам: знакомит их с особенностями оформления дневников производственной практики, консультирует по вопросам работы с больными и документацией, руководит проведением УИРС, помогает в овладении практическими умениями, знакомит с требованиями, предъявляемыми к ним на зачете. Помимо этого, куратор оказывает консультативную помощь отделениям, в которых проводится летняя производственная практика, участвуя в совместных обходах и клинических разборах больных.

Совместно с базовым руководителем куратор практики обеспечивает соблюдение учебной дисциплины и правил внутреннего распорядка в лечебном учреждении, представляет в отдел практики сведения о студентах-нарушителях, осуществляет контроль за освоением практических умений и ведением студентами отчетной документации.

После завершения практики куратор в трехдневный срок представляет в отдел практики отчет, в котором указывается число студентов, прошедших и не прошедших практику, отмечаются трудности, выявленные при проведении практики, и высказываются предложения и пожелания по улучшению качества ее проведения.

### **3.3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА ПРАКТИКЕ И ИХ ОБЯЗАННОСТИ**

Производственная практика по терапии в стационаре проводится в восьмом семестре. Ее продолжительность составляет две недели (10 рабочих дней). Студент в период практики подчиняется куратору (преподавателю) и базовому руководителю практики (зав. отделением), работает в терапевтическом стационаре в качестве помощника врача-ординатора и ведет вместе с ним 5-6 больных. Кроме того, за время практики обучающийся должен выполнить два дежурства по оказанию неотложной помощи больным терапевтического профиля в вечерние и ночные часы.

В первый день практики необходимо прибыть в отделение к базовому руководителю в 8 час. 30 мин., пройти первичный инструктаж, ознакомиться с организацией работы отделения.

Ежедневная работа в стационаре складывается из участия в утренней конференции, обхода и осмотра курируемых больных (см. приложение 5), приема вновь поступающих больных, оформления основной медицинской документации (история болезни, карта выбывшего из стационара, эпикриз, выписка из истории болезни, направление на консультацию и обследование, лист назначений и др.). Ведение больных заключается в наблюдении за их состоянием под влиянием лечения, что отражается в дневниках (см. приложение 3). После выполнения намеченного плана дополнительных исследований пишется этапный эпикриз, в котором суммируются клинические и дополнительные данные, формулируется клинический диагноз (в соответствии с принятыми классификациями), вносятся коррективы в лечение больного.

В процессе курации студент участвует в выполнении диагностических и лечебных мероприятий, указанных в «Перечне практических умений по терапии...» (см. п.4.2), стремясь достичь рекомендуемого уровня овладения.

При выписке больного из стационара студент пишет эпикриз (см. приложение 4) и выписку из истории болезни, дает конкретные рекомендации по диете, режиму, медикаментозному и санаторно-курортному лечению, определяет прогноз в отношении трудоспособности и трудоустройства.

В случае летального исхода студент пишет посмертный эпикриз, в котором обосновывается клинический диагноз, описываются особенности течения заболевания, раскрывается причина неэффективности лечения, указывается непосредственная причина смерти больного. Студент обязан участвовать в аутопсиях умерших в отделении, чтобы сопоставить клинические данные и результаты патологоанатомического исследования, уяснить механизмы танатогенеза данного больного. Результаты докладываются на утренней конференции (в отделении или больнице).

Во время вечерних и ночных дежурств студент выполняет обязанности помощника дежурного врача, совместно с ним ведет прием и обследование больных, поступающих по скорой и неотложной помощи, формулирует предварительный диагноз, составляет план дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, оценивает их результаты, назначает лечение. Кроме того, студент участвует в вечернем обходе, осуществляет динамическое наблюдение за состоянием тяжелобольных и, в случае необходимости, назначает неотложные диагностические мероприятия и лечебные процедуры.

Санитарно-просветительная работа включает беседы с больными в палате на медицинские темы и прочтение одной лекции для населения.

Все мероприятия, выполняемые в течение рабочего дня и дежурств, необходимо ежедневно фиксировать в «Дневнике производственной практики» (см. приложение 1).

#### **4. ОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ \***

##### **4.1. ДНЕВНИК ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ**

Дневник производственной практики является **основным документом** отчетности студента по производственной практике и заполняется по единому образцу (см. приложение 1). Записи в дневнике должны делаться ежедневно и отражать весь объем работы, включая практические умения (согласно «Перечню практических умений по терапии...»), степень личного участия в их выполнении и число повторений. Следует описывать изменения в состоянии курируемых больных, результаты лабораторно-инструментальных исследований с их оценкой, лечебные мероприятия и их эффективность. Ежедневно дневник заверяется личными подписями студента и базового руководителя.

Дневник производственной практики должен содержать отчет о двух ночных дежурствах. В отчете о дежурстве необходимо описать весь объем

выполненной работы и на одного больного, поступившего по неотложной помощи, заполнить историю болезни с анализом симптомов, течения заболевания, обоснованием проведенных мероприятий неотложной помощи и указанием их эффективности. Отчет заверяется личными подписями студента и дежурного врача.

\*Перечень документов производственной практики см. в разделе «Методика проведения зачета по производственной практике».

#### 4.2. ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ПО ТЕРАПИИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ (4 КУРС) \*

Умения	Рекомендуемый уровень	Число повторений	Достигнутый уровень	Подпись куратора
<b>Общеврачебные умения</b>				
1. Сбор и оценка анамнеза: социального; биологического; генеалогического	3	6		
2. Антропометрическое обследование пациента, измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, головы, талии	3	6		
<b>Умения доврачебного уровня</b>				
1. Подготовка к рентгеновскому и УЗИ - исследованию желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей	4	3		
2. Подготовка к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта и органов дыхания	4	3		
3. Расчет доз и разведений лекарственных средств	4	12		
4. Подготовка системы для внутривенной инфузии	4	3		
5. Проведение внутривенного переливания жидкостей	4	6		
6. Сбор материала для лабораторных исследований при соматической патологии	4	6		
7. Промывание желудка	3	3		
<b>Клиническое обследование, формулировка диагноза и проведение лечения</b>				
1. Клиническое обследование пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация	3	6		
2. Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза	а) синдромального	3	6	
	б) нозологического	3	6	
3. Определение набора дополнительных методов диагностики, позволяющих подтвердить или поставить диагноз	3	6		
4. Составление плана обследования больного с учетом предварительного диагноза	3	6		

5.Обоснование терапии заболеваний (согласно Рабочей программе 4 курса)		а) этиотропной	3	6		
		б) патогенетическорй	3	6		
		в) синдромной	3	6		
6. Использование характеристики лекарственных препаратов, классификации, фармакодинамики и фармакокинетики, показаний и противопоказаний			3	6		
7.Обоснование тактики ведения больного, методов лечения и профилактики, определение прогноза			3	6		
8. Показания и сущность специальных методов лечения (медикаментозных, физиотерапевтических, лучевых и т.д.)			3	6		
9. Составить план лечения больного с учетом предварительного диагноза			3	6		
<b>Лабораторная диагностика</b>						
Оценка клинических	1. Анализ крови общий		3	12		
	2. Анализ мочи общий		3	12		
	3. Анализ мокроты		3	5		
	4. Анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Амбурже		3	6		
	5. Анализ пробы Зимницкого		3	6		
	6. Анализ копрограммы		3	6		
Оценка биохимических анализов	7. Ревматологический комплекс (общий белок, фракции, сиаловая кислота, проба Вельтмана, С-реактивный белок, формоловая проба, ревматоидный фактор, LE-клетки)		3	3		
	8. Почечный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину, электролиты – калий, кальций, фосфор, натрий, хлор)		3	3		
	9. Печеночный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, фракции липидов, коэффициент атерогенности, триглицериды, общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ)		3	3		
	10. Кислотно-основное состояние крови		3	2		
	11. Сахар крови натощак		3	5		
	12. Амилазы крови, диастазы мочи		3	2		
	13. Оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации		2	2		
<b>Оценка инструментальных методов исследования</b>						
1.УЗИ			3	3		
2. Желудочного зондирования			3	3		
3. Интрагастральной рН-метрии			3	3		
4. Дуоденального зондирования			3	2		
5. Рентгенографического			3	6		

6. ЭКГ	3	6		
7. ФКГ	3	1		
8. ЭхоКГ	3	6		
9. ФВД	3	3		
10. Бронхоскопии и бронхографии	2	1		
11. Плевральной пункции	2	1		
12. ФЭГДС	3	2		
<b>Формулирование клинического диагноза</b>	3	6		
<b>Выполнение врачебных манипуляций</b>				
1. Проведение постурального дренажа бронхов	3	1		
2. Регистрация ЭКГ	4	6		
3. Выполнение непрямого массажа сердца	3	1		
4. Демонстрация работы с дефибриллятором	3	1		
5. Выполнение ИВЛ способом рот-в-рот, рот-в-нос	3	1		
6. Выполнение ИВЛ мешком Амбу	3	1		
<b>Оформление документов</b>				
1. Организация работы и документы сестринского поста	3			
2. Оформление медицинской карты стационарного больного (истории болезни), выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного, журнала учета приема больных и отказов в госпитализации, статистической карты выбывшего из стационара, направления на исследование образцов крови в ИФА на СПИД, журнала учета санитарно-просветительной работы	3	по 6		
<b>Организационные умения</b>				
1. Составление плана и проведение санпросвет работы	4	1		
2. Составление программы лечения и реабилитации больного на госпитальном этапе	3	6		
<b>Оказание неотложной помощи при:</b>				
1. Острой дыхательной недостаточности	3	1(2)		
2. Остром отеке легких	3	1(2)		
3. Отравлениях и интоксикациях	3	1(2)		
4. Шоке у терапевтических больных	3	1(2)		
5. Гипертоническом кризе	3	1(2)		
6. Обмороке, коллапсе	3	1(2)		
7. Острых аллергических реакций	3	1(2)		
8. Приступе бронхиальной астмы	3	1(2)		
9. Ангинозном статусе	3	1(2)		
10. Кетоацидотической коме	3	1(2)		
11. Гипогликемической коме	3	1(2)		
12. Нарушениях ритма сердца и проводимости (фибрилляции предсердий, фибрилляции и асистолии желудочков)	3	1(2)		

\* См. также «Координированный план обследования больного в терапевтическом стационаре» на сайте [www.isma.Ivanovo.ru](http://www.isma.Ivanovo.ru) в разделе «Практика».

### **УРОВНИ ОВЛАДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИМИ УМЕНИЯМИ:**

- 1. Иметь представление, знать показания.**
- 2. Принять участие, ассистировать.**
- 3. Выполнять под руководством, под контролем.**
- 4. Выполнять самостоятельно.**

Итоговое число повторений каждого умения должно соответствовать количеству записей о его выполнении в «Дневнике». Заполненный «Перечень практических умений...» заверяется подписью студента, базового руководителя и печатью лечебного учреждения.

#### **4.3. УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ (УИРС)**

В период производственной практики студент выполняет УИРС, тему которой выбирает самостоятельно (с учетом тематики «Рабочей программы...»; приложение 2) и обсуждает ее с базовым руководителем и куратором практики. В дальнейшем они оказывают методическую помощь в работе.

УИРС заключается в полном описании жалоб, анамнеза, данных осмотра одного из курируемых больных, выделении симптомов и формировании из них синдромов, указании этиологических, предрасполагающих факторов и факторов риска заболевания, формулировании предварительного диагноза, составлении плана лабораторно-инструментальных исследований и оценке их результатов, выделении новых симптомов и синдромов, формулировании клинического диагноза, обосновании этиотропной, патогенетической и синдромной терапии. Анализ конкретного клинического наблюдения должен быть выполнен с привлечением данных литературы (см. «Список рекомендуемой литературы для УИРС»).

#### **4.4. САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА (особенности проведения и примерная тематика бесед и лекций)**

В период летней производственной практики студент должен участвовать в санитарно-просветительной работе. Ее целями являются:

- приобретение умения проведения санитарно-просветительной работы с населением и ознакомление с ее формами;
- повышение уровня санитарной и медицинской грамотности населения, формирование у людей мотивации к ведению здорового образа жизни.

За период практики студент должен прочитать одну лекцию и провести 3-4 беседы на медицинские темы. Лекция может быть прочитана больным отделением, в котором проводится практика, или в других отделениях стационара. По прочтении лекции заполняется путевка, в которой указывается Ф.И.О. лектора, тема лекции, где и когда она была прочитана, число слушателей. Путевка заверяется личной подписью базового руководителя практики и печатью лечебного учреждения.

Беседы проводятся с ограниченным числом участников, например, с пациентами курируемой палаты. Тематика бесед выбирается студентом самостоятельно, исходя из интересов участников беседы. В дневнике

производственной практики делается отметка о проведении беседы с указанием ее темы или круга обсуждавшихся вопросов.

**Примерная тематика лекций и бесед:**

1. Гипертоническая болезнь, ее первичная и вторичная профилактика.
2. О вреде курения.
3. Ожирение, его профилактика и методы лечения.
4. Сахарный диабет и его профилактика.
5. Алкогольная болезнь: механизмы возникновения и последствия.
6. Ишемическая болезнь сердца: факторы риска и профилактика.
7. Закаливание организма и его роль в профилактике заболеваний.
8. О здоровом образе жизни.
9. О рациональном питании.
10. Диетотерапия при заболеваниях ЖКТ (кишечника, печени, поджелудочной железы, почек, сердечно-сосудистой системы).
11. Фитотерапия при заболеваниях внутренних органов (легких, ЖКТ, почек).
12. Минеральные воды и принципы их применения при различных заболеваниях внутренних органов.

**5. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕТНЫХ И ОТЧЕТНЫХ ДОКУМЕНТОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОСВОЕНИЮ В ПЕРИОД ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

- «Медицинская карта стационарного больного» (уч. ф. №003/у).  
«Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного» (уч. ф. №027/у).  
«Статистическая карта выбывшего из стационара» (уч. ф. №066/у).  
«Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации» (уч. ф. №001/у).
5. «Направление на исследование образцов крови в ИФА на СПИД» (уч. ф. №264/у).
  6. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (уч. ф. №090/у).
  7. «Журнал учета санитарно-просветительной работы» (уч. ф. №038/у).

**6. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАЧЕТА**

Зачет по производственной практике является итоговой формой контроля за качеством ее прохождения. К зачету допускаются студенты, выполнившие программу практики и представившие следующие документы:

- 1) направление на практику с отметкой дат прибытия и убытия;
- 2) «Дневник производственной практики по терапии»;
- 3) «Перечень практических умений по терапии ...»;
- 4) УИРС;
- 5) путевку на прочитанную лекцию (если была прочитана на цикле терапии).

Зачет сдается в сентябре по расписанию, подготовленному отделом производственной практики совместно с учебно-методическим отделом. Зачет принимается комиссией в составе зам. декана лечебного факультета, ответственного за данный курс (председатель), куратора производственной практики и преподавателей кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней. Зачетная ведомость оформляется комиссией, оценка в зачетную книжку выставляется председателем комиссии.

На зачете проверяется документация (учитываются качество ее оформления и характеристика, данная студенту базовым руководителем) и проводится опрос по основным разделам «Рабочей программы...» и «Перечня практических умений ...» с использованием типовых ситуационных задач, наборов рентгенограмм, ЭКГ, бланков анализов лабораторных исследований. По «Дневнику производственной практики» оцениваются правильность интерпретации результатов клинического обследования больных, умение составить план дополнительных исследований и оценить полученные результаты, сформулировать предварительный и клинический диагнозы, назначить лечение. Также оценивается умение студента диагностировать и оказывать помощь при неотложных состояниях. В ходе зачета студент комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики», поясняет и отстаивает описанную в нем диагностическую и лечебную тактику, обосновывает достигнутый уровень овладения практическими умениями.

Для оценки знаний студентов на зачете применяется 100-бально-рейтинговая система со следующими критериями:

100-86 баллов – «отлично»,

85-71 балл – «хорошо»,

70-56 баллов – «удовлетворительно»,

менее 55 баллов – «неудовлетворительно».

С учетом структуры производственной практики на 4 курсе (терапия, хирургия, акушерство) удельный вес оценки по терапии на зачете составляет 33 балла и складывается из оценки знаний (24 балла) и оценки за УИРС (9 баллов). Суммарная оценка менее 18 баллов с учетом УИРС считается неудовлетворительной. В случае неудовлетворительной оценки на зачете разрешение на повторную его сдачу студент получает в деканате.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

**1. Внутренние болезни:** Учебник: В 2 т. / Под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 (можно использовать также учебник «Внутренние болезни» издания 2004 года).

**2. Практические умения в клинике факультетской терапии:**

Методические разработки для самостоятельной подготовки студентов 4-6 курсов / Под ред. М.Г. Омеляненко: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава. – Иваново: Издательство «Иваново», 2008.

**3. Классификации внутренних болезней:** Методические разработки для самостоятельной подготовки студентов 4-6 курсов / Под ред. М.Г. Омеляненко: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава. – Иваново: Издательство «Иваново», 2008.

**4. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины:** Учебное пособие для студентов, интернов, клинических ординаторов врачей-терапевтов и врачей общей практики / Под ред. М.Г. Омеляненко: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава. – Иваново, 2007.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ УИРС

- 1. Клинические рекомендации:** Пульмонология / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 2. Клинические рекомендации:** Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 3. Клинические рекомендации:** Гастроэнтерология / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
- 4. Клинические рекомендации:** Кардиология / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007.
- 5. Национальные клинические рекомендации:** Кардиология / Под ред. Р.Г. Оганова, М.Н. Мамедова. М.: «Силица-Полиграф», 2008.
- 6. Нефрология:** Учебное пособие / Под ред. Е.М. Шилова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

**Приложение 1**

**ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА  
ДНЕВНИКА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

ГОУ ВПО «ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»

**ДНЕВНИК ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПИИ**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
студента \_\_\_\_\_ группы, 4 курса, \_\_\_\_\_ факультета  
Цикл практики \_\_\_\_\_  
Место прохождения практики \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. и должность базового руководителя \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. и должность кафедрального куратора \_\_\_\_\_  
Сроки прохождения практики: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 2000 года  
Подпись базового руководителя \_\_\_\_\_ (дата)  
печать ЛПУ

г. Иваново, год

**ОБРАЗЕЦ ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА  
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Дата	Содержание работы
17/06	<p>Знакомство с базой практики. Цикл терапии на базе терапевтического отделения 1 гор. больницы г.Иванова (3 корпус). Отделение на 60 коек. Имеются два процедурных кабинета; физиокабинет, оснащенный аппаратами УВЧ, «Поток», УЗТ, ДДТ, лампа ОРК, ингаляционные аппараты и т. д.; кабинеты функциональной диагностики, эндоскопических и рентгенологических исследований; клиническая, биохимическая и бактериологическая лаборатории расположены в других зданиях. Выполняются: ЭКГ, ЭхоКГ, ФВД и исследование показателей гемодинамики. ФЭГДС и ректороманоскопия проводятся в хирургическом отделении. В больнице работает отделение экстракорпоральной детоксикации. График работы и дни дежурств согласованы с зав. отделением.</p> <p>График работы: с _____ до _____ часов Даты дежурств: _____</p> <p>Подпись студента и базового руководителя.</p> <p>Для курации получена палата №1 (6 больных). Знакомство с историями болезни и другой медицинской документацией, обход курируемых больных с лечащим врачом. Написание дневников в историях болезни (см. приложение 1.)</p> <p>Подпись студента и базового руководителя.</p>
18/06	<p>Участие в утренней конференции отделения. Обход курируемых больных (6), написание дневников в историях болезни (6). В «Дневнике» дать перечень курируемых больных с указанием Ф.И.О., возраста, клинического диагноза (согласно принятым классификациям), тяжести состояния. Интерпретация данных дополнительного обследования (указать, что конкретно и сколько). С зав. отделением участвовал в клиническом разборе тяжелобольного М., 58 лет, с диагнозом: «ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Сердечная астма. Н<sub>IIb</sub>, IV ФК». Намечено дополнительно провести ЭхоКГ и ЭКГ в динамике; внесены изменения в</p>

	<p>лечение (увеличена доза диуретиков, назначен ингибитор АПФ и т.д.). Участвовал в записи и расшифровке ЭКГ у больных с ИБС (3), проведении физиопроцедур (каких конкретно...). С лечащим врачом обследовал двух вновь поступивших больных: Ф.И.О., возраст, выявленные симптомы, синдромы и факторы риска заболевания, диагноз, назначенное обследование и лечение. Интерпретация анализов мокроты (3), общего анализа крови (5), биохимического анализа крови (6). Присутствовал при проведении велоэргометрической пробы (описать уровень нагрузки и заключение).</p> <p>Подпись студента и базового руководителя.</p>
19/06	<p>Участие в утренней конференции отделения. Обход курируемых больных (6). Динамика их состояния. Написание дневников в историях болезни (5). Оформлен выписной эпикриз (Ф.И.О. больного, клинический диагноз, рекомендации). Участвовал в проведении ФЭГДС. Интерпретация общего анализа мочи (4), пробы по Нечипоренко (2), обзорной рентгенограммы органов грудной клетки (1). В КФД принимал участие в проведении и интерпретации результатов исследования ФВД (3). Участие в оказании неотложной помощи больной с гипертоническим кризом (описать клинические проявления криза, лечебные мероприятия и их эффект).</p> <p>Подпись студента и базового руководителя.</p>
20/06	<p>Участие в утренней конференции. Обход с зав. отделением курируемых больных (указать рекомендации по ведению и лечению больных). Дать описание состояния на день осмотра тяжелобольных. Присутствовал при клиническом разборе тяжелобольного в отделении (указать, какие конкретно были диагностические и лечебные трудности и что решено). Написание дневников в историях болезни (6) и т.д.</p> <p>Подпись студента и базового руководителя.</p> <p>В 16.00 заступил на дежурство. По дежурству выполнил клиническое обследование вновь поступившего больного (указать Ф.И.О, возраст, направительный диагноз, выявленные симптомы и синдромы), оформил историю болезни; с дежурным врачом согласовал диагноз, план обследования и лечебные мероприятия. Осмотрены больные, переданные для наблюдения; сделаны записи в историях болезни. Участвовал в вечернем обходе. Обследовал больных, поступивших по «Скорой помощи» (указать Ф.И.О., возраст, диагноз; описать лечебные, включая неотложную помощь, и диагностические мероприятия).</p> <p>Подпись студента и дежурного врача.</p>

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

### **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО ТЕРАПИИ К ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ (4 КУРС)**

1. Атеросклероз.
2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.
3. Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда.
4. Гипертоническая болезнь. Симптоматические артериальные гипертонии.  
Гипертонические кризы.
5. Хронические гастриты.
6. Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь.
7. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
8. Хронические гепатиты.
9. Циррозы печени.
10. Острый и хронические гломерулонефриты.
11. Амилоидоз.
12. Нефротический синдром.
13. Хроническая почечная недостаточность.
14. Бронхиальная астма.
15. Пневмония.
16. Осложнения инфаркта миокарда: острая левожелудочковая недостаточность, кардиогенный шок, экстрасистолии, фибрилляция/трепетание предсердий.
17. Острая ревматическая лихорадка.
18. Митральные пороки.
19. Аортальные пороки.
20. Хроническая сердечная недостаточность.
21. Ревматоидный артрит.
22. Анкилозирующий спондилоартрит.
23. Системная красная волчанка.
24. Дерматомиозит.
25. Ревматическая полимиалгия.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

### **СХЕМА НАПИСАНИЯ ДНЕВНИКА В БОЛЬНИЧНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Дневник должен отражать результаты ежедневного обследования больного лечащим врачом, динамику проявлений болезни под влиянием проводимого лечения, признаки возможного нежелательного (побочного) действия лекарств.

В начале дневника дается оценка общего состояния больного, излагаются жалобы на момент осмотра и за прошедшие сутки. Приводятся краткие объективные данные по органам. Оцениваются сон, аппетит, стул, мочеиспускание и физическая активность. В конце дневника записываются все изменения в лечении с их кратким обоснованием. Новые назначения вписываются в лист назначений. В дневнике необходимо отразить интерпретацию данных дополнительных методов исследования, изменения в тактике лечения, а также факты и причины несоблюдения больным предписаний врача. При отсутствии эффекта от лечения или в случае ухудшения состояния больного указываются возможные причины (нарушения режима, диеты, неадекватность лечения, прогрессирование основного заболевания, неясный диагноз) и вносятся коррективы в обследование и лечение.

Каждые 10-12 дней пребывания больного в стационаре (или при необходимости чаще) оформляется **этапный эпикриз**, в котором отмечаются: динамика симптомов заболевания, данных дополнительных исследований, проведенное лечение и его результаты, тактика дальнейшего ведения больного. В **листе назначений** последовательно записываются: режим, диета, медикаменты (в порядке их важности) с указанием дозы, пути и частота введения, физиотерапевтические процедуры и ЛФК; делаются отметки об отмене или изменении назначений.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### СХЕМА НАПИСАНИЯ ЭПИКРИЗА В БОЛЬНИЧНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Больной (Ф.И.О.), возраст, находился в отделении с (такого числа) по (такое число). Поступил в плановом порядке или по неотложной помощи с целью уточнения диагноза, лечения, обследования по направлению райвоенкомата и др. В стационаре установлен клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания). Следует отразить основные клинические проявления болезни и результаты дополнительных исследований, не переписывая всех данных, и результаты консультаций специалистов. Указывается проведенное в стационаре лечение и его результаты (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение) и кратко описываются основные клинические, лабораторные и инструментальные показатели при выписке. Даются рекомендации по дальнейшему лечению, диспансерному наблюдению и реабилитации на амбулаторном этапе. Отмечается трудоспособность (восстановлена или выписан с открытым больничным листом с указанием даты явки на прием к врачу).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ МИНИМУМ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА

**Общий осмотр.** Общее состояние, сознание, положение; телосложение – конституциональный тип, пропорциональность отдельных частей тела; рост, масса тела; осанка, искривление позвоночника, походка; температура тела, кожные покровы, ногти, видимые слизистые (конъюнктивы, полость рта), подкожно-жировая клетчатка, отеки, состояние глаз, лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые), суставы (конфигурация, припухлость).

**Система органов дыхания.** Осмотр: характер дыхания через нос, форма грудной клетки, симметричность дыхательных движений, число дыханий в одну минуту; сравнительная перкуссия легких, определение нижней границы легких, аускультация легких.

**Система органов кровообращения.** Осмотр области сердца и периферических артерий и вен, пальпация: верхушечный толчок; перкуссия: границы относительной тупости сердца; аускультация сердца, определение артериального пульса, артериального давления.

**Система органов пищеварения.** Осмотр живота, пальпация живота: поверхностная ориентировочная, затем глубокая (сигмовидная, слепая, восходящий отдел ободочной кишки, поперечно-ободочная кишка, нисходящий отдел ободочной кишки); пальпация печени; пальпация селезенки.

**Система органов мочевого выделения.** Определение симптома Пастернацкого.

**Система половых органов.** Осмотр грудных (молочных) желез; вторичные половые признаки – соответствие полу и возрасту.

**Эндокринная система.** Осмотр и пальпация щитовидной железы.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА  
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

**Методические разработки для студентов 4 курса  
лечебного факультета**

## **Общие положения**

Производственная практика (ПП) является обязательной частью подготовки врача. Продолжительность практики определяется государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования и составляет в восьмом семестре обучения 5 недельный курс работы в качестве помощника врача терапевтического, хирургического и акушерского стационаров.

Целью ПП после 4 курса по хирургии является изучение работы врача в хирургическом стационаре. Предполагается, что за это время Вы овладеете умениями по обследованию больных с наиболее частыми хирургическими заболеваниями. Научитесь правильно оценивать данные осмотра и опроса больного, формулировать предварительный диагноз, составлять план обследования, давать ближайший и отдаленный прогноз, рекомендации для амбулаторного лечения, правильно оформлять медицинскую документацию. Познакомитесь с порядком выписки, хранения, учета и назначения сильнодействующих препаратов, работой патологоанатомического отделения.

Общее руководство практикой осуществляет проректор по учебно-воспитательной работе ИвГМА. Организацию практики обеспечивает отдел производственной практики ИвГМА, методическое руководство – кафедра хирургических болезней лечебного факультета. Базами ПП являются лечебные учреждения Ивановской и Владимирской областей с которыми ИвГМА заключила соответствующие договоры. В отдельных случаях разрешено прохождение производственной практики в ЛПУ по месту жительства. Для этого необходимо официальное письменное согласие руководителя данного учреждения. При этом должны быть выполнены все требования программы практики.

В лечебном учреждении приказом главного врача назначается базовый руководитель. На кафедре приказом ректора назначаются кураторы практики.

### **Базовый руководитель практики:**

1. Принимает студента на базе практики, отмечая в направлении даты прибытия и убытия с практики, скрепляя их своей подписью и печатью ЛПУ.
2. Обеспечивает студенту возможность освоения практических умений по предмету согласно перечню.
3. Проверяет уровень освоения практических умений студентом, отмечает посещаемость и прилежание, интерес к предмету, качество ведения дневника, регулярно подписывает дневник студента.
4. По итогам практики дает краткую характеристику студенту, где оценивает уровень освоения практических умений по пятибалльной системе (неудовлетворительно- не в состоянии выполнить, удовлетворительно –выполняет практическое умение, но допускает существенные ошибки, хорошо – владеет практическим умением в его

принципиальных основах, отлично- владеет практическим умением качественно и на рекомендуемом уровне).

5. По совокупности овладения практическими умениями выставляет оценку студенту за работу на практике, скрепляя ее своей подписью и печатью ЛПУ.

### **Куратор практики:**

1. Методически обеспечивает прохождение практики по предмету (особенности оформления дневника, перечень практических умений, рекомендуемый уровень их освоения).
2. Знакомит с требованиями к зачету.
3. Консультирует студентов во время прохождения ПП по сложным и неясным вопросам.
4. Руководит УИР студентов по своему предмету.
5. Предоставляет отчет в отдел практики по итогам летней производственной практики (количество студентов, прошедших и не прошедших практику, оценки, трудности, предложения).
6. Участвует в работе комиссии по приему зачета по производственной практике.

### **Обязанности студента**

Студенты во время практики работают под контролем прикрепленного врача-хирурга. Рабочий день студента на ПП равен рабочему дню врача. Во время ПП в обязанности студента входит прием и ведение больных хирургического профиля, участие в проведении диагностических и лечебных манипуляций, работе конференций различного уровня и клинических разборах больных, работа в перевязочных, участие в проведении экстренных и плановых операций. Для выполнения программы студент обязан выполнить одно дежурство по оказанию экстренной хирургической помощи с 15.00 до 20.00.

### **Инструкция по ведению дневника практики**

В дневнике студент отражает всю выполненную работу. Он является обязательной формой учета. В начале цикла следует представить график, в нем указывается продолжительность работы в стационаре, даты дежурств. В первой вступительной записи приводится краткая характеристика отделения. Сведения для этого студент получает во время общего знакомства с отделением из рассказа заведующего. В описании отделения целесообразно представить данные о помещении, количестве коек, персонале, наличии вспомогательных служб, оснащении, характере патологии у основной массы пациентов, объеме диагностических и лечебных мероприятий, основные показатели деятельности и пр. В первом же дневнике приводится перечень полученных для ведения больных. Указываются фамилии и инициалы больных; возраст; дата поступления; клинический диагноз. У оперированных больных указывается дата и характер операции. Запись может быть

дополнена сведениями, раскрывающими особенности диагностики, тактики, осложнений заболевания в данном случае.

В каждом последующем дневнике в произвольной форме необходимо отразить:

а) структурные этапы дня (присутствовал на утренней конференции; сделал обход курируемых больных; участвовал в обходе врача или заведующего отделением; присутствовал, ассистировал или самостоятельно выполнял операцию, диагностическую или лечебную манипуляцию; заполнял дневники и прочую медицинскую документацию; оформлял историю болезни на вновь поступившего; присутствовал на секции, клинико-анатомической конференции; читал лекцию или беседу; оказывал экстренную помощь по дежурству).

б) качественную сторону работы (на конференции обсуждался такой – то вопрос, во время обхода курируемых больных наблюдал такие-то варианты течения, осложнения заболеваний; знакомство с новыми нозологическими формами заболеваний; необходимо также указывать диагнозы обследованных вновь поступивших больных, особенности выполнения перевязок, названия манипуляций, операций и т.д.).

в) количественную сторону работы (число больных, осмотренных в обходе; количество различных манипуляций, перевязок операций, заполнения дневников, историй болезни и т.д.).

### **Образец оформления дневника за день**

<b>Дата</b>	<b>Содержание работы</b>
20.06.05	<p>Утренняя конференция.</p> <p>По экстренной помощи в отделение поступило 4 человека. Наиболее тяжелый больной Березин П.С. 62 лет доставленный с кровотечением из хронической язвы желудка. Помещен в ПИТ, где проводится гемостатическая, заместительная терапия. Обсуждался вопрос о целесообразности оперативного вмешательства. Основываясь на отсутствии признаков продолжающегося кровотечения по данным ФЭГДС, решено продолжить консервативное лечение.</p> <p>Совместный обход с лечащим врачом курируемых больных.</p> <p>Больной Петров С.В. оперированный 17. 06. (грыжесечение, пластика по Бассини) чувствует себя хорошо, боли в ране незначительные, снимаются введением р-ра анальгина. Проведена перевязка.</p> <p>Участвовал в операции в качестве 3 ассистента проведенной по поводу хронического калькулезного холецистита. Выполнена холецистэктомия с интраоперационной холангиографией. В анамнезе у больной желтуха. Выполнил обработку операционного поля.</p> <p>Самостоятельно провел первичный осмотр и записал медицинскую карту пациентки с пупочной грыжей поступившей для планового оперативного лечения. Провел оценку общего анализа крови и мочи, ЭКГ.</p>
20.06.05	<p>Дежурство по экстренной помощи</p> <p>Госпитализированы 3 пациентов. Аксенова А.П. 27 лет с подозрением на острый аппендицит. Больной себя считает в течение 8 часов. Беспокоят боли в нижних отделах живота. Гинекологической патологии в анамнезе нет. Нарушений менструальной функции не отмечает. При пальпации определяется</p>

	<p>болезненность в правой подвздошной области и над лоном, признаков раздражения брюшины нет. В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - без патологии. Нуждается в динамическом наблюдении. Назначены инъекции но-шпы 2,0x2р.</p> <p>Шмелев С.К. 68 лет с инфицированным ожогом правой стопы и голени I – II ст. S = 5%. Травма в быту, 5 дней назад получил ожог горячей водой, за медицинской помощью не обращался. При осмотре на тыльной поверхности стопы и передней поверхности голени имеется раны с участками покрытыми струпом и гнойным отделяемым, края их неровные. Активные движения в голеностопном суставе ограничены. Произведена обработка р-ром перекиси водорода, повязки с р-ром хлоргексидина. Назначены инъекции анальгина, оксамп 0,5x4 раза в/м.</p> <p>Кровцов С.К. 43 года с перфоративной язвой желудка. Доставлен бригадой СП через 1ч. 25 мин. от момента появления сильных болей в животе. Язвенный анамнез 4 года. Страдает от боли. При осмотре живота наблюдается выраженная мышечная защита, положительный симптом Спигарного, Шеткина – Блюмберга. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется газ под куполом диафрагмы. Оперирован, произведено ушивание язвы по Поликарпову. За время дежурства самостоятельно провел исследование прямой кишки, заполнил две медицинских карты, выполнил перевязку, обработку операционного поля, ассистировал на операции.</p>
--	--

Врач любой специальности обязан заниматься пропагандой медицинских знаний среди населения. Одной из форм данной работы является проведение лекций и бесед с больными. Необходимо в доступной форме рассказать пациенту о причинах его заболевания, факторах способствующих прогрессированию и осложнениям, характере и режиме питания, физических нагрузок. Для подготовки беседы необходимо составить ее план и конспект, где должны быть отражены основные положения.

**Санитарно-просветительская работа: темы лекций и бесед в хирургическом стационаре**

1. Желчнокаменная болезнь - причины возникновения и принципы лечения.
2. Как проявляют себя осложнения язвенной болезни.
3. Режим питания после резекции желудка.
4. Чем опасно грыженосительство.
5. Варикозная болезнь – профилактика и лечение.
6. Как вести себя после операции.
7. Меры профилактики лактационного мастита.
8. Злоупотребление алкоголя как причина острого панкреатита.

В целях достижения оптимального режима в приобретении практических навыков и их конкретизации в соответствии с требованиями квалификационной характеристики выпускника и требованиями Государственного образовательного стандарта по специальности «Лечебное дело» (2000) на кафедре разработан ниже приведенный перечень. Все умения, вынесенные на практику, отражают реальную работу врача-хирурга. Для каждого конкретного умения указаны рекомендуемый уровень освоения и минимальное число повторений. Освоение умений на рекомендуемом

уровне является основной задачей практики. Оценка достигнутого уровня освоения будет проведена на зачете по практике.

**Ф.И.О.**

студента \_\_\_\_\_

4 курс лечебный факультет, группа № \_\_\_\_\_

**Перечень практических умений для производственной практики по хирургии 4 курса лечебного факультета (2009)**

**Уровни овладения практическими умениями:**

1. Иметь представление, знать показания.
2. Принять участие, ассистировать.
3. Выполнить под руководством, под контролем.
4. Выполнить самостоятельно.

п/п	У м е н и я	Рекомендуемый уровень	Минимальное число повторений	Достигнутый уровень	Фактически выполнено
<b>1. Физикальное обследование пациента</b>					
1.	Сбор и оценка анамнеза: социального; биологического; генеалогического*	IV	5		
2.	Антропометрическое обследование пациента: измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы*.	IV	5		
3.	Клиническое обследование пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация*.	III	5		
4.	Проведение и оценка результатов функциональных, нагрузочных проб по Штанге-Генча.	III	5		
5.	Измерение и оценка АД, ЧСС, частоты дыхания в 1 минуту.	IV	5		
6.	<i>Диагностика терминальных состояний, требующих сердечно-легочной реанимации</i> а/ диагностика острой дыхательной недостаточности б/ диагностика острой сердечно-сосудистой недостаточности	II	2		
7.	Диагностика и оценка тяжести шока:				
	Травматического	III	2		
	Гиповолемического	III	2		
	Ожогового	III	2		
9.	<i>Диагностика артериального, венозного, смешанного, капиллярного кровотечений</i>	III	2		
10.	<i>Диагностика внутреннего кровотечения</i>	II	2		
11.	<i>Диагностика желудочно-кишечных кровотечений</i>	II	2		

12.	<i>Диагностика легочного кровотечения.</i>	III	2		
13.	<i>Определение величины кровопотери по клинически признакам</i>	II	3		
14.	<i>Определение показаний для проведения общей, местной и регионарной анестезии, в том числе новокаиновых блокад</i>	III	2		
15.	<i>Диагностика проникающих ранений</i>	II	2		
16.	<i>Диагностика "острого живота"</i>	II	3		
17.	<i>Диагностика печеночной колики</i>	II	2		
18.	<i>Диагностика почечной колики</i>	II	2		
19.	<i>Диагностика электротравмы</i>	II	2		
20.	<i>Диагностика солнечного и теплового удара</i>	II	2		
21.	<i>Диагностика обморока и коллапса</i>	II	2		
22.	<i>Диагностика открытых и закрытых повреждениями опорно-двигательного аппарата, живота, груди, головы, головного и спинного мозга, мягких тканей, глаз и ЛОР органов</i>	II	3		
23.	<i>Оценка глубины поражения и площади ожогов</i>	III	2		
25.	<i>Определение реакции зрачков на свет</i>	III	3		
24.	<i>Выполнение пальцевого исследования прямой кишки*</i>	III	3		
26.	<i>Оценка и описание местного патологического статуса (status localis)</i>	III	3		
27.	<i>Определение показаний, вида сроков и техники наложения швов на рану</i>	III	2		
<b>II. Формулировка диагноза и назначение обследования</b>					
1.	Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза	а) синдромального*	III	3	
		б) озологического*	II	3	
2.	Определение набора дополнительных методов диагностики, позволяющих подтвердить или поставить диагноз**	II	3		
3.	Составить план обследования пациента на основе предварительного диагноза**.	II	3		
<b>III. Диагностика манипуляции и оценка лабораторных данных</b>					
1.	Анализ крови общий*	III	5		
2.	Анализ мочи общий*	III	5		
3.	Анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Амбурже	III	3		
4.	Анализ пробы по Зимницкому	III	3		
5.	Анализ копрограммы	III	3		
6.	Лабораторные показатели объема кровопотери: гемоглобин, гематокрит, ОЦК и ОЦЭ	III	2		

7.	Почечный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину, электролиты- калий, кальций, фосфор, натрий, хлор)	III	3		
8.	Печеночный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ)	III	5		
9.	Кислотно-основное состояние крови	III	2		
10.	Сахар крови натощак	III	3		
11.	Амилазы крови, диастазы мочи	III	3		
12.	Оценка коагулограммы: время свертывания; длительность кровотечения; толерантность к гепарину; протромбиновый индекс; протромбиновое время; время рекальцификации, международное нормализованное отношение (МНО)	III	3		
13.	Определить группу крови по системе АВО	II	3		
14.	Определить резус принадлежность экспресс-методом	II	3		
15.	Проведение пробы на совместимость крови и кровозаменителей при гемотрансфузии по системе АВО* - Rh - Биологическая проба	II	3		
<b>1У. Оценка результатов инструментальных методов исследования</b>					
1.	УЗИ, доплерографии	II	3		
2.	Рентгенографического исследования	II	3		
3.	Изотопной ренографии	II	3		
4.	Плевральной пункции	II	2		
5.	<i>ФГДС, РН-метрии</i>	II	2		
<b>У. Формулировка окончательного диагноза и назначение лечения</b>					
1.	<i>Формулировка развернутого клинического диагноза, его обоснование</i>	II	3		
2.	<i>Обоснование тактики ведения больного, показаний для экстренной или плановой госпитализации, показаний и противопоказаний для экстренной или плановой операции, методов лечения, профилактики, определение прогноза</i>	II	3		
3.	<i>Выбор показаний и противопоказаний для выбора консервативного метода лечения, лекарственных препаратов и метода обезболивания</i>	II	3		
4.	<i>Определение объема инфузионно-трансфузионной терапии при кровопотере</i>	II	3		
5.	<i>Окончательная остановка наружного кровотечения - перевязка сосуда в ране</i>	II	3		

	<i>-перевязка на протяжении</i>				
6.	<i>Пункция периферической вены</i>	IV	3		
7.	<i>Катетеризация периферической вены</i>	II	3		
8.	<i>Выполнение местной инфильтрационной анестезии поверхностных мягких тканей</i>	II	2		
<b>Врачебные манипуляции</b>					
1.	<i>Хирургическое вмешательство при абсцессе</i>	II	3		
2.	<i>Удаление атеромы</i>	II	3		
3.	<i>Наложение повязок на все области тела</i>	III	5		
4.	<i>Перевязка чистой раны.</i>	III	5		
5.	<i>Перевязка гнойной раны.</i>	III	5		
6.	<i>Наложение контурных повязок при ожогах</i>	II	2		
7.	<i>Пункции плевральной полости при</i> <i>- пневмотораксе</i> <i>- гемотораксе</i>	II	2		
8.	<i>Подготовка набора инструментов, материалов, медикаментов для ПХО раны</i>	III	2		
9.	<i>Проведение первичной хирургической обработки раны (ПХО).</i>	II	2		
10.	<i>Наложение швов и снятие швов с раны.</i>	III	3		
11.	<i>Наложение эластичного бинта на нижнюю конечность</i>	III	3		
12.	<i>Провести обработку рук дезраствором.</i>	III	3		
13.	<i>Провести обработку рук перед операцией.</i>	III	3		
14.	<i>Провести предоперационную подготовку операционного поля.</i>	III	3		
15.	<i>Обработать операционное поле.</i>	III	3		
16.	<i>Одеть и сменить стерильные перчатки.</i>	III	5		
17.	<i>Одеть и сменить стерильный халат самостоятельно и с помощью медицинской сестры.</i>	IV	5		
18.	<i>Обработать и профилактировать пролежни.</i>	III	3		
19.	<i>Удаление дренажей и тампонов.</i>	II	3		
20.	<i>Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером</i>	II	2		
21.	<i>Наложить и снять калоприемник.</i>	III	3		
22.	<i>Промыть желудок.</i>	III	3		
23.	<i>Постановка очистительных, сифонных и лекарственных клизм</i>	II	3		
24.	<i>Выполнение внутривенных инъекций</i>	IV	3		
25.	<i>Подготовка системы для внутривенной инфузии</i>	IV	3		
26.	<i>Оценка пригодности крови, кровезаменителей, растворов к трансфузии</i>	III	3		
27.	<i>Проведение внутривенного переливания жидкостей</i>	III	3		
<b>УП. Оформление документов</b>					
1.	<i>Оформление истории болезни (уч.ф.003/у) (оформить эпикриз и выписки).</i>	III	5		
2.	<i>Журнал учета приема больных и отказов в</i>	III	3		

	<i>госпитализации /уч.ф.0.001/у).</i>				
3.	<i>Журнал записи оперативных вмешательств (уч.ф.008/у).</i>	III	3		
4.	<i>Лист регистрации переливания трансфузионных средств (уч.ф.005/у).</i>	III	3		
<b>УШ. Организационные умения</b>					
III	<i>Составление плана и проведение санпросвет работы (проводить беседы в палатах).</i>	IV	5		
<b>IX. Оказание неотложной помощи при:</b>					
1.	Ожогах	I	-		
2.	Ожогах пищевода	I	-		
3.	Шоке у хирургических и травматологических больных	I	-		
4.	Электротравме	I	-		
5.	ДВС синдроме	I	-		
6.	<i>Приступе печеночной колики.</i>	II	3		
7.	Укусах животными и змеями	I	-		
8.	<i>Открытом, закрытом, клапанном и спонтанном пневмотораксе.</i>	I	-		
9.	<i>Острой кровопотере.</i>	II	2		
10.	<i>Легочном кровотечении.</i>	I	-		
11.	<i>Желудочно-кишечном кровотечении</i>	II	2		
12.	<i>Внутреннем кровотечении.</i>	I	-		
13.	<i>Синдроме длительного сдавления (СДС) в периоде декомпрессии .</i>	I	-		
14.	<i>ТЭЛА</i>	I	-		
15.	<i>Острой задержке мочи</i>	II	2		

Студент..... Базовый руководитель..... М.П.

### **Инструкция для подготовки учебно-исследовательской работы**

Для развития аналитических способностей и навыков проведения исследований во время III предполагается выполнения учебно-исследовательской работы. Главная цель ее проведение сравнительного анализа реальных жизненных ситуаций с теоретическими знаниями, полученными во время обучения. Для этого проводится анализ 1 истории болезни по избранному вопросу. Темы, по которым возможно выполнение работы представлены ниже. По согласованию с ассистентом – руководителем возможен выбор другой тематики.

#### **Темы УИРС по хирургии**

1. Острый аппендицит (особенности у беременных, детей, пожилых, лечение осложненных форм).
2. Тактика при остром холецистите.
3. Лечение острого панкреатита.
4. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Непроходимость кишечника.
6. Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях.
7. Хирургическая тактика при закрытой травме живота.
8. Грыжи живота (все виды осложнений).
9. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Варианты лечения.
10. Хирургическая тактика при тромбозах.
11. Диагностика и хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы.

На титульном листе указывается название работы, исполнитель, базовый руководитель и руководитель практики из академии, год, название базы.

В первом разделе работы (ВВЕДЕНИЕ) используя данные литературных источников обосновывается актуальность избранной темы, формулируется цель исследования.

Во втором разделе (МАТЕРИАЛЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) приводятся анализ положенного в основу работы клинического материала, данных полученных из историй болезни или других источников.

### **Ориентировочный перечень вопросов для анализа**

1. Пол, возраст, профессия больного, удельный вес патологии в структуре данного лечебного учреждения
2. У экстренно госпитализированного пациента – сроки и особенности госпитализации.
3. Клиническая форма заболевания
4. Особенности диагностики и используемые методы.
5. Сроки установления клинического диагноза. Причины поздней диагностики.
6. Особенности клинических проявлений
7. Разновидности использованных методов лечения. Принципы, тактические подходы.
8. Содержание консервативных видов лечения, особенности технически применяемых оперативных вмешательств.
9. Непосредственные результаты консервативного и оперативного лечения.
10. Анализ осложнений у неудовлетворительных результатов лечения.

В третьем разделе (ЗАКЛЮЧЕНИЕ) в краткой форме излагаются основные результаты выполненной работы, проводится сравнительный анализ в лечении с данными литературы. Делаются выводы и выдвигаются предложения направленные на улучшение оказываемой медицинской помощи. В конце приводится список использованных литературных источников

## Контрольные вопросы к зачету по хирургии

1. Организация работы хирургического стационара.
2. Обязанности врача–хирурга.
3. Диагностика заболеваний объединенных понятием ”острый живот”.
4. Подготовка больного к экстренному оперативному вмешательству.
5. Организация работы операционного блока.
6. Принципы лечения чистых и гнойных ран.
7. Диагностика и оценка степени тяжести шока.
8. Что относится к объективным признакам желудочно-кишечного кровотечения.
9. Принципы лечения острого холецистита.
10. Диагностика и лечение повреждений живота.
11. Меры профилактики тромбоэмболии легочной артерии в послеоперационном периоде.
12. Оказание помощи при напряженном пневмотораксе.
13. Неотложная помощь при ожогах и повреждении электричеством.
14. Неотложные мероприятия при ожогах пищевода.
15. Помощь при укусах животных и змей.
16. Диагностика и принципы лечения осложненных грыж брюшной стенки.
17. Диагностика и меры направленные на профилактику гнойных осложнений.
18. При рентгеновском обследовании желудка у больного с язвенным анамнезом возникло усиление болей в эпигастральной области. Через 4 часа боли распространились по всему животу, живот «доскообразный», отсутствует перистальтика, язык сухой. Каков диагноз, тактика хирурга стационара?
19. В паховой области определяется плотное болезненное образование, которое в брюшную полость не вправляется. Длительность заболевания 2 суток. Имеются признаки непроходимости кишечника. Больному 80 лет, имеются выраженные изменения со стороны легких и сердца. Каков диагноз и тактика врача?

Алгоритм осмотра и лечения больного в стационаре  
(на примере острого холецистита)

Последовательность действий	Выявление объективных признаков заболевания	Теоретические основы действий и технологии вмешательств
1. Определение причины обращения за медицинской помощью.	Получение информации о состоянии здоровья, рекомендаций по лечению, документа, подтверждающего освобождение от работы.	Периодически возникающие боли в животе создают угрозу и резко нарушают качество жизни.
2. Провести опрос больного, выявить жалобы с последующей их детализацией	Постоянные, интенсивные боли в правом подреберье, горечь во рту, чувство тошноты, рвота.	Основной причиной болей является спазм гладкой мускулатуры желчного пузыря развивающийся в следствии нарушения оттока желчи (обструкция пузырного протока камнем). Раздражение рефлексогенных зон гепато-дуоденальной зоны вызывает антиперистальтику и приводит к возникновению рвоты.
3. Собрать анамнез заболевания.	Периодические боли в правом подреберье появились около года назад. При проведенном 6 месяцев назад УЗИ в желчном пузыре обнаружены 2 камня до 6 мм в диаметре. Приступ сильных болей развился после употребления жирной пищи 12 часов назад.	Обострение заболевания может быть обусловлено с несоблюдением режима питания, употреблением жирной, острой пищи, перееданием.
4. Собрать анамнез жизни: выявить хронические заболевания, которые могут вызвать подобные симптомы.	Хронические заболевания отсутствуют. Имеется ожирение II степени.	Симптомы, явившиеся поводом для обращения, могут быть обусловлены такими заболеваниями как

		острый гастроэнтерит, обострение язвенной болезни, острый панкреатит.
5. Осмотреть больного по системам, обратить особое внимание на пораженные системы.	Кожа горячая, влажная. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, напряжен. При пальпации определяется болезненность в точке проекции желчного пузыря. Положительны симптомы Кера, Мерфи, Ортнера. Симптомов раздражения брюшины нет.	Выявлены объективные признаки воспаления желчного пузыря.
6. Определить показания для госпитализации в хирургическое отделение	Учитывая данные анамнеза (ЖКБ), объективные признаки острого воспаления желчного пузыря, необходима экстренная госпитализация	Прогрессирование воспалительных изменений в стенке желчного пузыря может привести к ее деструкции, последующей перфорации с развитием желчного перитонита.
6. Поставить предварительный диагноз – диагноз, основанный на данных анамнеза и физикальных методов исследования.	ЖКБ. Обострение хронического калькулезного холецистита.	Данные УЗИ – наличие камней в желчном пузыре. Острое начало заболевания, характерная локализация боли и провоцирующий фактор.
7. Определите набор дополнительных методов, позволяющих подтвердить или поставить диагноз.	УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. КТ, МСКТ Анализ крови общий. Анализ мочи общий. Диастаза мочи.	УЗИ – увеличение размеров желчного пузыря, утолщение стенок, наличие вклиненного камня в шейке пузыря. В анализе крови повышение уровня лейкоцитов, нейтрофильный сдвиг

		<p>в формуле, повышение СОЭ свидетельствуют об остром воспалительном процессе. Анализ мочи должен быть без патологических изменений. Наличие цилиндров, увеличение числа лейкоцитов, повышение уровня белка свидетельствуют о латентно протекающей инфекции мочеполовых путей. Резкое повышение уровня диастазы в сочетании с ультразвуковыми признаками поражения поджелудочной железы свидетельствуют о развитии холангиогенного панкреатита.</p>
<p>8. Составить план обследования с учетом предварительного диагноза.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Биохимический анализ крови.</li> <li>2. ЭКГ, RV.</li> <li>3. Рентгеноскопия легких.</li> <li>4. ФЭГДС.</li> <li>5. МНО.</li> <li>6. Исследование функции внешнего дыхания.</li> <li>7. Определение группы крови и резус фактора.</li> </ol>	<p>В биохимическом анализе крови повышение билирубина, может быть связано с поражением протоковой системы (холедохолитиаз, папиллит). Учитывая возможность срочного или планового оперативного вмешательства, необходима информация о состоянии сердца, легких, свертывающей системы крови.</p>
<p>9. Обоснование тактики</p>	<p>Отказ от приема пищи</p>	<p>Отсутствие признаков</p>

<p>ведения больного и методов лечения.</p>	<p>(создает функциональный покой). Внутривенно вводят солевые растворы, раствор 5% глюкозы, спазмолитики и противовоспалительные средства (но-шпа, баралгин). Антибиотики (препараты выбора цефалоспорины II-III поколения). Возможно выполнение паранефральной новокаиновой блокады или блокады круглой связки печени.</p>	<p>деструктивного холецистита и перитониальной симптоматики позволяет начать лечение с консервативной терапии, при отсутствии эффекта от ее проведения необходимо выполнить пункционную декомпрессию желчного пузыря или срочное оперативное вмешательство. Проводимые мероприятия способствуют отхождению камня в просвет пузыря и восстановлению проходимости пузырного протока.</p>
<p>10. Обосновать показания к проведению оперативного вмешательства.</p>	<p>Клиническая картина калькулезного холецистита, подтвержденного данными УЗИ, профилактика возможных осложнений является показанием к проведению оперативного вмешательства. Плановая операция может быть выполнена после стихания острых воспалительных явлений.</p>	<p>Операция является основным вариантом лечения данной патологии. Наиболее оптимально проведение лапароскопической холецистэктомии. Преимуществом данной методики является короткий послеоперационный период, быстрая реабилитация пациента, отсутствие условий для образования послеоперационной грыжи.</p>
<p>11. Определить критерии</p>	<p>Отсутствие болевых</p>	<p>Одной из причин</p>

<p>выздоровления и дать рекомендации по питанию и физической активности.</p>	<p>ощущений в зоне оперативного вмешательства. Заживление ран первичным натяжением. Нормальная температура тела. Самостоятельный стул и мочеиспускание. Отсутствие острых воспалительных изменений в анализе крови и мочи.</p>	<p>образование желчных камней является нарушением обменных процессов в печени, поэтому в послеоперационном периоде целесообразно провести курс лечения гепатопротекторами. Выключение резервуарной функции желчного пузыря, адаптация протоковой системы требует снижения пищевой нагрузки. Ограничение потребления острой, жирной пищи. Отсутствие большого лапаротомного разреза позволяет вести активный образ жизни, исключены чрезмерные физические нагрузки.</p>
<p>12. Оформить медицинскую документацию: историю болезни, статистическую карту, эпикриз.</p>	<p>В истории болезни описываются жалобы больного, сведения полученные при сборе анамнеза болезни и жизни, данные физикального обследования. Результаты лабораторных и инструментальных исследований. Определяются показания к оперативному вмешательству, вносится протокол его проведения. В дневниках фиксируется изменение состояние пациента, отражающее эффективность проводимого лечения. В эпикризе в краткой форме</p>	<p>История болезни – юридический документ, подтверждающий факт стационарного лечения, по истории болезни эксперт страховой компании оценивает качество оказания медицинской помощи. Она является документом на основание которого выдается больничный лист, история болезни является основным документом при разрешении судебных споров при защите прав пациента и</p>

	приводятся сведения об основных этапах лечения, даются рекомендации.	медицинского работника..
--	--	--------------------------

## Список рекомендуемой литературы

1. Евтихов Р.М., Путин М.Е., Шулутко А.М. Клиническая хирургия: учебник для послевузовского образования. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 864 с.: илл.
2. Хирургические болезни: учебник + CD: в 2 т. / Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. – М.: «ГЭОТАР - Медиа», 2008. – Т. 1. – 608 с.; Т.2 – 400 с.: илл
3. Коротков Н.И. и соавт. Дифференциальный диагноз при синдроме «острого живота». - Мет. раз. – Иваново, 2001.
4. Конден Р., Найус Л. (ред). Клиническая хирургия – М., 1998.
5. Львов С.Е., Коротков Н.И., Щенников Е.П. (ред.) Практические навыки по специальностям хирургического профиля (неотложная помощь). – Уч.-мет. пособие.- Иваново, 1998.
6. Хирургические болезни: Учебник для мед. вузов / Под ред. Кузина М.И. – М.: «Медицина», 2005. – 784 с.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА  
ПО АКУШЕРСТВУ.  
ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ.**  
Методические разработки

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о летней производственной практике**  
**студентов лечебного и педиатрического факультетов**  
**Ивановской государственной медицинской академии**

Производственная практика (ПП) является обязательной частью учебного плана и проводится в отведённые сроки после летней экзаменационной сессии:

- после 4 курса – помощником врача в течение 5 недель в терапевтическом, в хирургическом, акушерско-гинекологическом стационарах.
- Целью ПП является совершенствование организационных, лечебно-диагностических, профилактических умений и практических навыков, включая неотложную помощь, соответственно уровню подготовки.

От прохождения ПП никто не может быть освобожден. Перенос сроков практики может быть разрешен отдельным студентам в исключительных случаях (болезнь, беременность) по согласованию с отделом практики и деканатами факультетов.

Запрещается направление студентов за счёт времени ПП на другие мероприятия (спортивные лагеря и прочее).

ПП проводится только на тех лечебных базах г. Иванова и Ивановской области, и г. Владимира и Владимирской области, с которыми академией заключены договоры. В отдельных случаях студенту может быть разрешено прохождение ПП в ЛПУ по месту жительства при наличии официального письменного согласия руководителя данного учреждения. При этом должны быть выполнены все требования положения о ПП, методических разработок по практике.

Организацию ПП обеспечивает отдел ПП, деканаты факультетов, проректоры по лечебной и учебной работе ИГМА.

Учебно-методическое руководство ПП осуществляют соответствующие клинические кафедры, заведующие которыми несут ответственность за качество ПП. Отчёты руководителей ПП должны ежегодно заслушиваться на кафедральных совещаниях.

Студенты во время практики ведут дневники отражающие основные виды работы. Ежедневные записи в дневнике визируются заведующим отделением (студентам 3, 4, 5 курсов) или другим ответственным лицом (старшей медицинской сестрой – студентам 2 курса). В конце каждого цикла выставляется оценка по пятибалльной системе и пишется индивидуальная характеристика.

Дневник по ПП является обязательным документом, который студент представляет на зачёт, а затем сдаёт в отдел практики.

Пропущенные дни отрабатываются без сокращения часов за счёт дежурств или в выходные дни.

Руководитель практики – преподаватель ИГМА – контролирует прохождение циклов и оценивает работу студента. При выполнении всего объёма работы, предусмотренного планом ПП и представлении всех необходимых документов, преподаватель принимает зачёт по графику, составленному отделом практики и выставляет итоговую оценку.

Студенты, проходящие ПП в г. Иваново, сдают зачёт сразу после окончания соответствующего цикла практики. Зачёт для студентов, проходивших ПП на других базах, проводится в первые две недели сентября по расписанию, подготовленному отделом практики совместно с деканатами.

Итоговая оценка или неявка студента на зачёт выставляется в ведомость, которая сдаётся в отдел практики в тот же день.

Итоговая оценка по ПП выставляется отделом практики как среднеарифметическая оценок за зачёт по разным циклам (отдельно вузовского руководителя и руководителя практики в лечебном учреждении).

Итоговая оценка:

- «удовлетворительно» выставляется при среднем балле от 3 до 3,75;
- «хорошо» – при среднем балле от 3,76 до 4,49;
- «отлично» - при среднем балле от 4,5 до 5,0.

Студент, не выполнивший программу практики или получивший отрицательный отзыв о работе или неудовлетворительную оценку на зачёте, а также пропустивший практику по болезни или другим уважительным причинам, направляется на практику повторно на базу соответствующей кафедры, проходя её в вечернее время или в период зимних студенческих каникул. Повторно зачёт сдаётся тому же руководителю практики, у которого получена неудовлетворительная оценка. В случае отсутствия данного руководителя (отпуск, командировка), преподаватель, повторно принимающий зачёт по ПП, должен иметь информацию кафедры о причинах неуспешной сдачи зачёта в первый раз (не явился в срок, явился без документов, получил неудовлетворительную оценку).

Студенты, не отчитавшиеся по практике в установленные сроки (после окончания циклов или в первые две недели сентября), подают в деканат объяснительную записку, в которой указывают причины задолженности. Задолженность по практике приравнивается к несдаче курсового экзамена.

Вопрос о продолжении обучения в ИГМА этих лиц решается индивидуально на совместном совещании проректоров по учебной и лечебной работе, зав. отделом практики, деканов факультетов и заведующего соответствующей кафедрой.

Продолжительность акушерского цикла – 10 дней, в том числе:

- 2 дня - практика в женской консультации,
- 8 дней – акушерский стационар:
- 4 дня – родовой блок и послеродовое отделение,
- 2 дня – отделение патологии беременных,
- 2 дня – наблюдационное отделение.

Производственная практика по акушерству студентов 4 курса является продолжением учебного процесса и ставит перед собой цели:

- проверить и закрепить знания, полученные в течение учебного года по основным разделам физиологического, патологического и оперативного акушерства,
- закрепить освоенные на занятиях практические навыки,

- усовершенствовать знания вопросов организации работы акушерского стационара и женской консультации,
- познакомиться с условиями работы врача акушера-гинеколога в районе и на селе,
- освоить проведение санитарно-просветительной работы.

Работая в стационаре и в женской консультации, студент закрепляет приобретенные навыки обследования беременных, рожениц и родильниц, знакомится с санитарно-противоэпидемическим режимом роддома и его соответствием приказу МЗ РФ № 345 от 26.11.97.

Необходимым условием выполнения ПП является самостоятельная работа студента под контролем зав. отделением в строгом соответствии с индивидуальным планом, составленным на основе программы производственной практики по акушерству.

План работы составляется так, чтобы время работы каждого студента во всех отделениях было четко распределено по дням практики. В план включаются и дни дежурств (не менее двух) на период практики. План согласовывается с зав. отделением и преподавателем – руководителем практики. Базовый руководитель ежедневно контролирует выполнение плана работы каждого студента.

В соответствии с программой итоговой государственной аттестации врач выпускник, освоивший основную образовательную профессиональную программу по специальности «Лечебное дело», должен уметь провести обследование пациента, поставить предварительный диагноз общего соматического заболевания, принять решение о направлении его к соответствующим специалистам, а также выполнять основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; по отношению ко всем специальным методам лечения, включая оперативное, необходимо знание показаний и сущности их проведения.

Каждый студент обязан в процессе прохождения ПП освоить весь обязательный минимум практических умений.

Учет приобретаемых студентом умений ведется преподавателем кафедры. Результаты оцениваются как «выполнил» с учетом уровня овладения умением:

1 уровень - Иметь представление и уметь объяснить манипуляцию, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению.

2 уровень - Участие в выполнении манипуляции, исследований, процедур, ассистенция.

3 уровень - Выполнение манипуляций под контролем преподавателя.

4 уровень - Самостоятельное выполнение манипуляции.

Студенты, не освоившие умения, не допускаются к сдаче экзамена по дисциплине.

Перечень обязательного минимума практических умений,  
приобретенных студентами за время обучения на практических занятиях и  
производственной практике по акушерству (уровень овладения)

1. Сбор и оценка анамнеза: социального, биологического, гениалогического, акушерско-гинекологического. Выявление факторов риска (4 уровень).
2. Проведение наружного акушерского исследования (4 приема Леопольда-Левицкого, фетометрия, пельвиометрия, аускультация сердцебиения плода) (4 уровень).
3. Определение срока беременности, родов и предоставления декретного отпуска (4 уровень).
4. Взять мазки из влагалища на степень чистоты, флору и цитологию, на околоплодные воды и оценить результаты (2 уровень).
5. Провести влагалищное исследование при беременности с оценкой степени «зрелости» шейки матки и в родах (2 уровень).
6. Провести обработку влагалища у беременных (2 уровень).
7. Оценка данных УЗИ и КТГ (4 уровень).
8. Поставить предварительный диагноз и составить план ведения беременности и родов (4 уровень).
9. Принять роды в головном предлежании плода (мониторное наблюдение в родах, 5 принципов защиты промежности) (2 уровень).
10. Профилактика кровотечения в III периоде родов (2 уровень).
11. Оценка признаков отделения плаценты, целостности последа и кровопотерь в родах (3 уровень).
12. Осмотр при помощи зеркал шейки матки, влагалища, промежности после родов, ушивание разрыва шейки матки, влагалища и промежности (2 уровень).
13. Снятие швов с промежности после родов (3 уровень).
14. Операция кесарева сечения (1 уровень).
15. Оказание неотложной помощи при кровотечениях, тяжелых формах гестоза, аномалиях родовой деятельности (2 уровень).
16. Ведение послеродового периода (2 уровень).
17. Оценка новорожденного по шкале Апгар и Downes (4 уровень).
18. Проведение первичной реанимации новорожденных (2 уровень).
19. Проведение первичного туалета новорожденного (2 уровень).
20. Медикаментозная терапия при беременности и в родах (гестоз, ПН, невынашивание, АРД, гипоксия плода, обезболивание родов). (3 уровень).
21. Ведение медицинской документации (диспансерной карты беременной, истории родов, истории новорожденного, истории гинекологической больной) (3 уровень).
22. Составление плана и проведение санпросвет работы (психопрофилактика) (4 уровень).

## **Прохождение производственной практики по отделениям**

При работе в приёмном отделении акушерского стационара студент должен:

- Овладеть методикой заполнения истории родов на поступающих рожениц и беременных.
- Научиться оценивать степень тяжести состояния поступающих рожениц и беременных, обращая внимание на анамнез (общесоматический, аллергологический, иммунологический, наследственный, гинекологический, акушерский), особенности течения настоящей беременности с ранних её сроков.
- Под контролем врача и акушерки выявлять показания для приёма и перевода в наблюдательное акушерское отделение.

При работе в отделении патологии беременных студент проводит под контролем врача:

- Наружное и внутреннее акушерское обследование.
- Оценку состояния плода.
- Постановку диагноза, оценку степени риска, составление плана родоразрешения.
- Заполнение и ведение истории родов.
- При ведении пациенток в отделении патологии беременных ежедневно обращают внимание на следующие моменты:
  - Контроль состояния больной (жалобы, пульс, АД, температура, суточный диурез, наличие отёков, прибавка массы тела, величина матки, тонус матки, характер выделений);
  - Контроль состояния плода (положение, предлежание, шевеление, сердцебиение, данные КТГ, УЗИ);
  - Соблюдение плана обследования и лечения;
  - Оценка эффекта от проводимого лечения, коррекция назначений при необходимости;
  - Составление при выписке рекомендаций по дальнейшему ведению беременности.

При работе в родовом блоке студент под контролем врача:

- Проводит динамическое наблюдение за роженицей и заполнении истории родов.
- Участвует в обезболивании родов и профилактике осложнений.
- Участвует в приёме родов, профилактике кровотечения при ведении послеродового и раннего послеродового периода.

- Проводит первичный туалет новорожденного.

При работе в послеродовом отделении студент под контролем врача:

- Проводит ежедневный обход родильниц и заполнение историй родов.
- Проводит необходимые лечебные манипуляции.
- Оформляет документы на выписывающихся родильниц.

При работе на приёме в женской консультации под контролем врача:

- Участвует в проведении обследования и оформлении взятия на учёт по беременности.
- Оценивает факторы риска и составляет план ведения беременной с учетом степени риска планирует проведение профилактических мероприятий.
- Знакомится с проведением физио-психопрофилактической работы.
- Проводит санитарно-просветительную работу.

Всю выполненную работу студент отражает в дневнике, который заполняется регулярно с указанием времени и места работы в соответствии с планом, количественные данные. Дневник ежедневно подписывается зав. отделением и еженедельно ассистентом руководителем практики.

Пример заполнения дневника:

Дата. Время. Присутствие на утренней конференции и отчёте дежурного врача (количество родов за сутки, осложнения в родах и т.д.)

Дата, время. За время ночного дежурства принял количество родильниц, проводил следующие манипуляции и исследования, участвовал в приеме родов, проведении обезболивания, провёл первичный туалет новорожденных –число.

Дата, время. Проводил обход беременных (Ф.И.О., диагноз, что производилось (обследование, составление плана ведения родов и т.д.). Описал вновь поступившую беременную или роженицу с диагнозом:.

Дата, время. Проводил обход в послеродовой палате (Ф.И.О. родильниц, что произведено, записи в историях родов).

Дата, время. Провел беседу на тему:

Дата, время, с по. Работал на приёме в женской консультации. Участвовал в приеме число – беременных со следующими сроками беременности. Определял время предоставления дородового отпуска беременным. Проводил или присутствовал на занятии по психопрофилактической подготовке беременных.

## Практические умения по акушерству

### 1. СБОР И ОЦЕНКА АНАМНЕЗА: СОЦИАЛЬНОГО, БИОЛОГИЧЕСКОГО, ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО, АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО; ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА.

Обследование беременной включает данные общего и специального анамнеза, объективного обследования.

Общий анамнез должен включать паспортные данные (фамилия, имя отчество, возраст, условия труда и быта, место жительства). Возраст для беременных женщин имеет значение, так как первая беременность в возрасте 30 лет и старше (первородящие старшего возраста), как и первая беременность, раньше 18 лет («юные» первородящие), сопровождаются рядом осложнений в течение беременности и родов. Наиболее благоприятный возраст для первой беременности — 18-25 лет. Повторные роды обычно протекают легче первых.

Социальный анамнез. Условия труда и быта имеют большое значение для здоровья беременной женщины и развития плода. Это профессия, характер и интенсивность труда, санитарно-гигиенические условия на работе и в быту, питание, отдых, сон. Необходимо создать для беременной наиболее благоприятные условия труда и быта. Место жительства, особенно проживание в зонах, загрязненных радионуклидами, оказывает неблагоприятное влияние как на организм беременной, так и на внутриутробный плод. В частности, при этом повышена вероятность возникновения аномалий развития плода.

В генеалогический и биологический анамнез входят наследственность и перенесенные заболевания. Некоторые заболевания могут передаваться по наследству — психические, болезни крови, нарушений обмена веществ, генетически обусловленные аномалии развития. Крайне неблагоприятно влияют на течение беременности, и особенно на внутриутробный плод, интоксикации у родителей алкоголизмом и никотином.

Из перенесенных заболеваний большое значение имеют заболевания в детском возрасте. Перенесенный в детстве рахит может вызвать аномалии костей таза, что в значительной степени способно осложнить течение родового акта.

Острые и хронические инфекционные заболевания, перенесенные в детском возрасте (корь, краснуха, туберкулез, ревматизм тонзиллиты) могут отражаться на половом развитии девочек и создавать предпосылки к инфантилизму. Последний нередко — причина недонашивания беременности, аномалий родовой деятельности. Заболевания, перенесенные в зрелом возрасте, особенно вызвавшие нарушение функции пораженного органа, могут сказаться на течении беременности и родов. Помимо этого беременность, оказывая повышенную нагрузку на все органы и системы женского организма, может способствовать обострению ранее перенесенных заболеваний сердца, печени, почек и других.

Что касается специального акушерско-гинекологического анамнеза, то сюда следует отнести менструальную функцию, половую, детородную и течение данной беременности.

Менструальная функция во многом определяет состояние здоровья женщины и должна быть выяснена подробно. Так, время появления первых менструаций в 12-14

лет — это норма, в 10 лет и раньше, в 16 лет и позже — патология. Кровопотеря в норме составляет 50-150 мл. Менструации должны быть регулярными, продолжительностью 2-7 дней, повторяться каждые 20-36 дней. Позднее наступление месячных (16 лет и позже), длительный промежуток времени их установления, боли во время менструации обычно указывают на общее недоразвитие организма женщины и в том числе на недоразвитие половых органов. Нарушение менструальной функции после начала половой жизни чаще всего — признак воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Дата начала последней менструации в известной степени позволяет судить о сроке беременности.

Половая функция (либидо, оргазм) большого значения в акушерстве не имеет. Однако, если муж здоров, и беременность долгое время не наступает, можно думать о каких-то патологических состояниях половых органов (инфантилизм, воспалительные заболевания). Половая жизнь запрещается в первые недели беременности и в конце ее, так как это может быть причиной занесения инфекции в половые пути или наступления преждевременного прерывания беременности (выкидыши, преждевременные роды).

Анамнез детородной функции включает данные о течении и исходах предыдущих беременностей. Полученные сведения имеют значение для прогноза данной беременности и родов. Необходимо собрать точный анамнез о течении каждой беременности и каждого родов. Предыдущие самопроизвольные аборты требуют мероприятий по профилактике прерывания данной беременности, это чаще всего пребывание в стационаре в сроки предыдущих прерываний беременности. Так же ставится вопрос о наличии в прошлом преждевременных родов. Необходимо выяснить были ли токсикозы беременности, так как это может повториться и в течение настоящей беременности, особенно ранние токсикозы (тошнота, рвота) и вторичные поздние гестозы, которые возникают часто на фоне таких заболеваний как гипертоническая болезнь, хронический нефрит, сахарный диабет, пороки сердца. Неблагоприятные в прошлом роды, например, затяжные, оперативные вмешательства, мертворождения ухудшают прогноз предстоящих родов. Необходимо выяснить состояние и массу тела новорожденных от предыдущих родов, живы ли дети, а если нет, то в каком возрасте умерли и причины их смерти. Выясняется течение послеродового периода, лактация. Правильная оценка полученных данных, как правило, способствует предупреждению возникновения осложнений в течение данной беременности и родов.

Весьма существенно выяснение вопроса о течении данной беременности. Не было ли в первой ее половине тошноты, рвоты (ранний гестоз) и в связи с этим значительной потери массы тела. Не отмечались ли отеки нижних конечностей, лица (водянка беременных) во второй половине беременности. Дата первого шевеления плода позволяет уточнить срок родов: у первородящих это отмечается в 20 недель беременности, у повторнородящих — в 18 недель. Боли внизу живота, особенно схваткообразного характера, указывают на угрозу прерывания беременности. Выделения из влагалища с примесью крови в первой половине беременности чаще всего признак прерывания беременности, а во второй — признак преждевременной отслойки плаценты. Помимо акушерских вопросов необходимо выяснить, не было ли каких-то общих заболеваний,

особенно инфекционных. Последние могут осложнить течение послеродового периоде и быть источником инфицирования внутриутробного плода.

Все указанные анамнестические данные позволяют в каждом отдельном случае правильно оценить течение беременности, выбрать правильную тактику ее ведения, а при необходимости дать советы женщине или назначить конкретное лечение.

Выявление факторов риска необходимо для выделения и диспансеризации беременных в группы риска. Стратегия риска в акушерстве предусматривает контроль женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской и экстрагенитальной патологией. Беременные могут быть отнесены к группам риска по развитию: а) перинатальной патологии; б) акушерской патологии; в) экстрагенитальной патологии. Для количественной оценки факторов риска применена балльная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов (таблица 1).

Таблица 1. Пренатальные факторы риска (в баллах)

№	Факторы риска	Оценка
<b>I. Социально-биологические</b>		
1	Возраст матери, до 20 лет	2
	30-34	2
	35-39	3
	40 лет и более	4
2	Возраст отца 40 лет и более	2
3	Профессиональные вредности у матери	3
	у отца	3
4	Вредные привычки: Мать курение 1 пачки сигарет в день	1
	злоупотребление алкоголем	2
	Отец злоупотребление алкоголем	2
	Эмоциональные нагрузки	1
6	Рост и весовые показатели матери	2
	рост 150 см и менее вес на 25% выше нормы	2
<b>II. Акушерско-гинекологический анамнез</b>		
1	Паритет (которые роды) 4 7 и более	1
		2
2	Аборты перед первыми настоящими родами: 2	2
		3
3.	Аборты перед повторными родами или после последних родов. 3 и	2
4	Преждевременные роды 1 2 и более	2
		3
5.	Мертворождение 1 2 и более	3 8
6	Смерть в неонатальном периоде. 1 2 и более	2
		7
7	Аномалия развития у детей	3
8	Неврологические нарушения	2
9	Вес доношенных детей до 2500 г и 4000 г и более	2
10	Бесплодие 2—4 года 5 лет и более	2
		4
11.	Рубец на матке после операции	3
12	Опухоли матки и яичников	3
13	Истмико-цервикальная недостаточность	2
14	Пороки развития матки	3
№	Факторы риска	Оценка
<b>III. Экстрагенитальные заболевания</b>		
1	Сердечно-сосудистые а) пороки сердца без нарушения кровообращения б) пороки сердца с нарушением кровообращения в) гипертоническая болезнь I-II-III степени	3
		10
		2-8-12
2	Заболевания почек а) до беременности б) обострение при беременности	3
		4
3	Эндокринопатии а) диабет б) диабет родных в) заболевания	10
		1

4	Анемия Нв(г%)9-10-11	4-2-1
5	Коагулопатии	2
6	Миопия и другие заболевания	2
7	Хронические специфические инфекции(туберкулез, бруцеллез, сифилис,	3
8	Острые инфекции при беременности	2
<b>IV. Течение настоящей беременности</b>		
1	Выраженный ранний токсикоз	2
2	Поздний токсикоз а) водянка б) нефропатия I - II - III степени в) эклампсия г) преэклампсия	2 3-5-10 12 11
3	Кровотечение в I и II половине беременности	3-5
4	Rh и ABO изосенсибилизация	5-10
5	Многоводие	4
6	Маловодие	3
7	Тазовое предлежание плода	3
8	Многоплодие	3
9	Переношенная беременность	3
10	Неправильно положение плода (поперечное, косое)	3
<b>V. Оценка состояния плода</b>		
1.	Гипотрофия плода	10
2.	Гипоксия плода	4
3.	Содержание эстриола в суточной моче 4,9 мг/сут в 30 нед, 12,0 мг/сут в 40 нед	34 15
4.	Изменения вод при амниоскопии	8
<b>ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ</b>		

Исходя из расчета оценки каждого фактора в баллах, выделяют следующие факторы риска:

- высокую — 10 баллов и выше;
- среднюю — 5-9 баллов;
- низкую — до 4 баллов.

## **2. ПРОВЕДЕНИЕ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

После проведения сбора анамнеза, общего осмотра, обследования по системам, взвешивания, измерения роста, АД, проводится наружное акушерское исследование.

К основным методам наружного акушерского исследования относится пальпация живота. При пальпации определяются величина матки, положение, предлежание, позицию, вид, отношение предлежащей части ко входу в малый таз, ощущают шевеление плода, получают представление о количестве околоплодных вод.

Пальпацию живота беременной проводят применяя последовательно четыре приема наружного исследования (Леопольда-Левицкого):

Положение беременной: женщина находится в положении лёжа на спине на жесткой поверхности (топчан в процедурной), ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах для расслабления мышц живота.

Первый приём: ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы сближают, осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности. Первым приёмом определяется часть плода, расположенная в дне матки; чаще это тазовый конец плода. Тазовый конец – крупная, но менее плотная и менее округлая часть, чем головка.

Второй приём: обе руки со дна матки перемещают книзу до уровня пупка и располагают ладонные поверхности на боковых поверхностях матки. Вторым приёмом определяют спинку и мелкие части плода, по положению спинки судят о позиции и виде. Пальпацию частей плод производят поочередно правой и левой рукой. Левая рука лежит на одном месте, пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности матки и пальпируют обращенную туда часть плода, затем наоборот, правая рука неподвижна, а пальцами левой руки ощупывают части плода обращенные к правой стенке матки. При продольном положении плода с одной стороны пальпируется спинка плода в виде равномерной площадки, а с другой стороны пальпируются мелкие части плода в виде небольших выступов, иногда меняющих своё положение.

Второй приём наружного исследования позволяет определить тонус матки и её возбудимость (сокращения в ответ на пальпацию), прощупать круглые связки матки, их толщину и расположение.

Третий приём: служит для определения предлежащей части плода. Исследующий стоит справа, лицом к лицу беременной. Одну руку (обычно правую) размещают немного выше симфиза так, чтобы 1 палец находился на одной стороне, а четыре остальных - на другой стороне нижнего сегмента матки.

Медленными движениями на выдохе пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть:

- Головка пальпируется в виде плотной округлой части, имеющей чёткие контуры.
- При тазовом предлежании прощупывается объёмистая мягковатая часть, не имеющая округлой формы.
- При поперечных и косых положениях плода предлежащая часть не определяется.

Третьим приёмом можно определить подвижность головки. Короткими лёгкими толчками стараются сдвинуть её справа налево и наоборот, при этом исследующие пальцы ощущают баллотирование головки, чем выше головка над входом в малый таз, тем яснее баллотирование. При отсутствии баллотирования головка фиксирована во входе в малый таз.

Четвёртый приём: является дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части плода, но и уровень её стояния. Исследующий становится справа, лицом к ногам беременной. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно, во время выдоха, проникают вглубь по направлению к полости малого таза и кончиками пальцев определяют предлежащую часть и высоту её стояния. При высоком стоянии головки – исследующий может подвести под неё пальцы рук.

Данный приём позволяет выявить, находится ли головка над входом в малый таз или прошла через плоскость входа в таз малым или большим сегментом, если головка опустилась в полость малого таза, пальпируется только её основание. О степени вставления головки судят по данным пальпации, получаемым при движении кончиков пальцев по головке по направлению кверху. Если кончики пальцев расходятся – головка малым сегментом во входе в малый таз. Если кончики пальцев сходятся – головка большим сегментом во входе в малый таз.

Оценка предполагаемой массы плода (фетометрия):

Предполагаемую массу плода вычисляют несколькими способами:

- Расчёт по Жордания: окружность живота (см) x высоту стояния дна матки над лоном (см).
- Модифицированная таблица Рудакова для определения массы доношенного плода (таблица 2).

Таблица 2

Полуокружность плода, см	Продольный размер плода, см						
	25	27	29	31	33	35	37
20						250 0	250 0
22					260 0	280 0	290 0
24				260 0	280 0	300 0	320 0
26		250 0	270 0	290 0	310 0	330 0	350 0

28	250 0	270 0	290 0	310 0	330 0	360 0	380 0
30	270 0	290 0	310 0	340 0	360 0	390 0	410 0
32	290 0	310 0	340 0	360 0	390 0	410 0	440 0

- Расчёт по Ланковицу: (рост беременной в см + масса тела в кг + окружность живота в см + ВДМ в см) x 10

#### **Пельвиометрия:**

**distancia spinarum – 25-26 см,**

**cristarum – 28-29 см,**

**trochanterica - 30-31 см,**

**наружная конъюгата - 20-21 см,**

**Индекс таза (сумма предыдущих размеров, в норме более 100 см)**

**Крестцовый ромб: 11x11 см, правильной формы,**

**индекс Соловьева – в норме не более 15 см,**

**индекс Матвеева - (Рост – Высота стояния дна матки) = в норме более 120 см).**

Аускультация сердцебиения плода: выслушивание сердечных тонов плода при помощи акушерского стетоскопа. Аускультация позволяет оценить частоту сердцебиения плода, что важно для оценки его состояния. Сердечные тоны плода лучше выслушиваются со стороны спинки плода:

- при затылочном предлежании: при первой позиции – слева ниже пупка, при второй позиции – справа ниже пупка,
- при тазовых предлежаниях – выше пупка соответственно позиции,
- при поперечных положениях плода на уровне пупка ближе к головке,
- при многоплодной беременности - в разных отделах матки.

Обычно частота сердцебиения плода составляет 120-160 ударов в минуту, во время родов при схватках и потугах происходит физиологическое урежение частоты сердцебиения плода с последующим его восстановлением после окончания схватки. Учащение сердцебиения более 160 ударов в минуту и замедление менее 120 ударов в минуту указывают на угрожающую и начавшуюся гипоксию внутриутробного плода.

### **3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДЕКРЕТНОГО ОТПУСКА (ранних и 30 недель).**

Для оценки срока беременности используют следующие данные:

1. Данные анамнеза:

- дата последней менструации,

- возможный или предполагаемый день зачатия,
- срок беременности при первой явке в ж/к,
- дата начала шевеления плода

2. Данные объективного исследования:

- высота стояния матки над лоном,
- окружность живота,
- конституциональные особенности беременной,
- данные УЗИ.

Длительность беременности составляет 280 дней (40 недель) от начала последней менструации.

Упрощенно, дата предполагаемых родов высчитывается путём отсчёта назад от даты первого дня последней менструации 3 месяцев и прибавлением к полученному числу 7 дней.

Высота стояния матки над лоном является одним из основных критериев для определения срока беременности, при этом важно учитывать конституциональные особенности беременной (рост, массу тела и развитие жировой ткани). При наличии задержки развития плода высота стояния дна матки уменьшается (таблица 3).

К концу 12 недели беременности, дно матки можно пропальпировать над лоном, в 24 недели - дно матки достигает уровня пупка.

Ощущение шевеления плода появляется обычно между 16-20 неделями беременности. С 17-19 недель беременности стетоскопом можно выслушать сердцебиение плода.

Таблица 3. Соответствие срока беременности и высоты стояния дна матки

Срок беременности (в неделях)	Высота стояния матки над лоном (ВДМ) в см.
16	6-7
20	12-13
24	20-24
28	24-28
32	28-30
36	32-34
40	28-32

Критерии определения беременности сроком 30 недель (таблица 4).

Таблица 4

Критерии	Рост 160 см Масса			Рост до 165 Масса	Рост до 170 см Масса	
	55 кг	65 кг	80 кг	55 кг	75 кг	90 кг
Высота дна матки (см) средняя интервал	28 27-29	29 28-30	30 29-31	29 28-30	29 28-31	30 29-32
Окружность живота (см) средняя интервал	87 83-90	91 88-94	99 95-103	88 85-91	98 94-102	102 98-106

Показатели фетометрии при УЗИ в 30 недель беременности (таблица 5).

Таблица 5

РАЗМЕР	Средний размер	Интервал
Бипариетальный размер головки (БПР)	7,5 см	8,3-6,7
Лобно-затылочный размер (ЛЗР)	9,8 см	10.8-8,8
Средний размер головки (БПР+ЛЗР):2	8,6 см	9,5-7,7
Средний диаметр живота	8,0 см	9.1-6.8
Длина бедренной кости	5,6 см	6,3-4,7

**4. ВЗЯТИЕ МАЗКОВ ИЗ ВЛАГАЛИЩА НА СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ, ФЛОРУ И ЦИТОЛОГИЮ, НА ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ И ОЦЕНИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Мазки берутся в процессе осмотра:

- из уретры - на Gп,
- из цервикального канала – на Gп, слизь на симптом “папоротника”
- из влагалища – на флору, степень чистоты, кольпоцитологию,
- с шейки матки – на онкоцитологию.

Желательно предупредить пациентку о том, что накануне и в день взятия мазков она не должна иметь половых сношений, не делать спринцеваний, не должна мочиться за 2 часа до взятия мазков.

Оснащение:

- предметные стёкла помеченные стеклоглафом:
  - (U) - uretra - уретра,
  - (C) - cervix – цервикальный канал,
  - (V) - vagina – влагалище,
- шпатели, ложечка Фолькмана или желобоватый зонд (инструменты должны быть стерильными – одним инструментом нельзя брать мазки из разных мест).

Техника выполнения.

Мазок из уретры:

- стерильным тампоном протирают область уретры,
- затем вводят ложечку Фолькмана на 1 см в мочеиспускательный канал,
- материал получают лёгким поскобливанием слизистой стенки уретры,
- полученный материал наносят на предметное стекло с отметкой (U),

можно в виде аналогичной буквы,

Взятие мазка из цервикального канала:

- шейку после осмотра протирают стерильным ватным шариком,
- вводят ложечку Фолькмана в цервикальный канал на глубину 1 см,
- производят лёгкое поскобливание слизистой цервикального канала,
- полученный материал наносят на предметное стекло с отметкой - (C),

можно в виде аналогичной буквы,

Взятие мазка из влагалища.

На степень чистоты:

- материал берут шпателем из задне-бокового свода влагалища,
- полученный материал наносится на предметное стекло с отметкой (V),

можно в виде аналогичной буквы,

На кольпоцитологию:

- материал берут шпателем с боковой стенки влагалища,
- полученный материал наносят на предметное стекло тонким слоем.

На околоплодные воды:

• содержимое влагалища берут стерильной пипеткой из верхнего отдела, раскрывая его зеркалами,

• материал наносят на предметное стекло, высушивают и определяют симптом «папортника»;

• проводят «Амниотест», основанный на определении плацентарного альфа-1 микроглобулина в отделяемом из влагалища.

**Оформляется направление в лабораторию с указанием Ф.И.О. пациентки, возраста, адреса, диагноза и даты забора, после чего мазки отправляются в лабораторию.**

## **5. ПРОВЕСТИ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ОЦЕНКОЙ СТЕПЕНИ «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ И В РОДАХ.**

Влагалищное исследование выполняется при тщательном выполнении всех правил асептики и антисептики. Перед проведением исследования обеззараживают руки врача одним из способов: после мытья в течение 1 минуты, руки высушиваются стерильной салфеткой и обрабатываются хлоргексидином глюконатом 0,5% раствором в 70,0% этиловом спирте, затем надевают стерильные резиновые перчатки. Наружные половые органы обрабатывают 4% водным раствором хлоргексидина.

Положение больной: лежит в гинекологическом кресле или на Рахмановской кровати, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и

разведены. I и II пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы и осматривают половую щель, вход во влагалище, клитор, наружное отверстие уретры, промежность. Затем осторожно вводят во влагалище II и III пальцы правой руки (I палец отведен кверху, IV и V пальцы прижаты).

Порядок проведения исследования:

1. Определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища, выявляют рубцы, опухоли, перегородки и патологические изменения.

2. Находят шейку матки и определяют её расположение в малом тазу, оценивают её форму, величину, консистенцию, степень «зрелости» (расположение в малом тазу, укорочение, размягчение, проходимость цервикального канала); при исследовании рожениц определяют степень сглаженности шейки (сохранена, укорочена, сглажена).

3. Исследуют состояние наружного отверстия шейки матки (форма круглая или щелевидная, закрыто или открыто). У рожениц определяют состояние краёв зева (мягкие или ригидные, толстые или тонкие) степень его раскрытия. В зев вводят кончик одного или обоих пальцев и выясняют величину его раскрытия (раскрытие 10-12 см считается полным).

4. У рожениц при влагалищном исследовании выясняют состояние плодного пузыря (цел, степень напряжения, отсутствует).

5. Определяют подлежащую часть (головка, ягодицы, ножки), где она находится (над входом в малый таз, во входе в малый таз малым или большим сегментом, в полости малого таза (в широкой или узкой её части), в выходе таза), опознавательные точки на ней ( на головке – швы, роднички, на тазовом конце – крестец, ягодичная складка и др.), по их расположению судят о механизме родов.

6. Получив полное представление о состоянии влагалища, шейки матки, зева, плодного пузыря и подлежащей части, пальпируют внутреннюю поверхность крестца, симфиза и боковых стенок таза, с целью выявления деформаций и возможности судить о ёмкости таза.

7. Затем измеряют диагональную конъюгату.

8. В конце исследования оценивают выделения (слизистые, околоплодные воды, кровянистые)

Степень «зрелости» шейки матки определяют накануне родов, которая является интегральным показателем готовности организма к родам. "Зрелость" шейки матки определяется в баллах. Наиболее распространена шкала M.S.Burnhill в модификации Е.А.Чернухи (таблица 6). При влагалищном исследовании определяют консистенцию шейки матки, ее длину, проходимость цервикального канала и расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза. Каждый признак оценивают в баллах - от 0 до 2. При оценке 0-2 балла шейку матки следует считать "незрелой", 3-4 балла - "недостаточно зрелой", 5-8 баллов - "зрелой".

Таблица 6. Шкала оценки "зрелости" шейки матки

Признаки	Степень "зрелости", баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но плотная в области внутреннего	Мягкая
Длина шейки матки	Больше 2 см	1- 2 см	Меньше 1 см или сглажена
Пройодимость цервикального канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал шейки проходим для одного пальца, но плотный в области внутреннего зева	Больше одного пальца
Положение шейки	Кзади	Кпереди	Срединное

## 6. ПРОВЕСТИ ОБРАБОТКУ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ

Общие положения:

1. Обработка проводится после получения результатов бактериологического исследования содержимого влагалища

2. Обработка проводится на гинекологическом кресле, под пациенткой стерильная подкладная.

3. Подготовка пациентки: опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку, провести туалет наружных половых органов.

4. Обработка проводится в стерильных перчатках

Цель манипуляции: лечение воспалительных заболеваний влагалища при подготовке к родам.

Оснащение: стерильные влагалищные зеркала.

Техника выполнения: после подготовки пациентки, врач, обработав руки, надевает стерильные перчатки и проводит осмотр наружных половых органов.

После проведения осмотра наружных половых органов:

- раздвигают половые губы левой рукой,
- осторожно вводят правой рукой ложкообразное зеркало по задней стенке влагалища до заднего свода,

- другой рукой вводят подъёмник, которым приподнимают переднюю стенку влагалища,

- стерильным тупфером на концанге обрабатывают влагалище растворами антисептиков (фурациллин, водный раствор хлоргескидина, раствор перекиси водорода и другие). Извлекая зеркала, начинают от шейки матки, затем задний и передний своды влагалища, влагалище, вульву и наружные половые органы.

## 7. ОЦЕНКА ДАННЫХ УЗИ И КТГ.

Ультразвуковое исследование – высокоинформативный, безопасный неинвазивный метод динамического наблюдения за состоянием плода с ранних этапов его развития.

Основные задачи в акушерстве:

1. эмбриометрия и фетометрия;
2. диагностика аномалий развития плода;
3. оценка функционального состояния плода;
4. плацентография

Ультразвуковой скрининг беременных проводится в сроки 10-14, 20-24 и 30-34 недели.

Диагностика беременности возможна с ранних сроков. Наиболее точный показатель срока беременности в I триместре – КТР (копчико-теменной размер). Оценка жизнедеятельности оценивается на регистрации сердечной деятельности и двигательной активности. При изучении роста и развития плода во II и III триместре беременности проводят фетометрию (измерение бипариетального размера головы, диаметров или окружности живота, длину бедренной кости). Исследуют структуры внутренних органов для диагностики большинства аномалий развития плода.

Детально изучают плаценту (плацентография). Определяют локализацию плаценты, ее толщину (в мм примерно соответствует сроку беременности в неделях), структуру и степень зрелости (таблица 7).

Таблица 7. Соответствие степени зрелости плаценты гестационному сроку

0 степень	20-30 недель
1 степень	30-32 недели
2 степень	34-36 недель
3 степень	38-40 недель

Кардиотокография – метод диагностики функционального состояния плода путем регистрации показателей сердечной деятельности плода в ante- и интранатальном периодах. Для интерпретации кардиотокограммы предложена балльная система оценки (таблица 8).

Таблица 8. ШКАЛА ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (W. Fisher, 1976, Савельева Г.М., 1984)

ПАРАМЕТРЫ ЧСС	0 баллов	1 балл	2 балла
Базальная ЧСС, уд/мин	<100; >180	100-200	120-160
Частота осцилляций/мин	<3	3-6	>6
Амплитуда осцилляций/мин	5 или синусоидальная	5-9 или >25	6 или 10-25

Акцелерации	отсутствуют	периодические	спорадические
Децелерации	поздние, длительные или вариабельные	поздние, кратковременные или вариабельные	отсутствуют или ранние

Оценка 8-10 баллов свидетельствует о нормальном состоянии плода, 5-7 баллов указывает на начальные признаки нарушения его жизнедеятельности,

4 балла и менее - серьезные изменения состояния плода.

## **8. ПОСТАВИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И СОСТАВИТЬ ПЛАН ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.**

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб, субъективного обследования (анамнез), общего объективного обследования, специального (акушерского) наружного и внутреннего исследования.

Предварительный диагноз: Срок беременности. Период родов. Осложнения беременности. Сопутствующие заболевания. Состояние плода. Осложнения в родах. Пособия и операции в родах.

Составляют детальный план ведения родов с позиций прогнозирования вероятных осложнений для матери и плода в целях снижения материнской и перинатальной смертности. Для этого выявляют факторы риска среди беременных для выделения «групп риска» с целью интенсивного ведения беременных, предусматривающего комплексное обследование с привлечением смежных специалистов, дородовую госпитализацию, лечение соматических заболеваний и осложнений беременности.

При составлении плана ведения беременности и родов обращают внимание на дифференцированное родоразрешение в зависимости от степени риска родов и выбора оптимальных сроков, методов и уровня родовспомогательного учреждения.

План родоразрешения складывается в процессе наблюдения за беременной с учетом выявляемых антенатальных факторов риска. Определяют уровень родовспомогательного учреждения для роженицы (таблица 9).

Важным является определение срока родоразрешения. Самопроизвольные роды в срок (40 недель) проводятся у здоровых, неотягощенных факторами риска женщин без дородовой госпитализации. Родоразрешение при доношенной беременности (37-38 недель) путем программированных родов с родовозбуждением или планового кесарева сечения показано у женщин некоторых групп повышенного риска с обязательной дородовой госпитализацией. Роды при пролонгированной и переносимой беременности (41-42 недели и более) ведутся в зависимости от состояния плода, родовых путей и других условий. Досрочное родоразрешение (28-36 недель) может быть спонтанным (преждевременные роды), плановым по показаниям со стороны матери и плода и экстренным в связи с предлежанием плаценты или ПОНРП, несостоятельностью рубца на матке, тяжелым гестозом и другими осложнениями.

Таблица 9. Распределение беременных для родоразрешения в зависимости от степени риска

Контингент беременных	Тип акушерского стационара
Повторнобеременные (до 3-х родов включительно), Первобеременные без акушерских и экстрагенитальных осложнений (30%)	Стационар I степени риска: Родильное отделение участковой больницы, сельской ЦРБ
Беременные с ЭГЗ, акушерскими осложнениями в анамнезе и при данной беременности Повышенный перинатальный риск (55-60%)	Стационар II степени риска: родильное отделение городской ЦРБ, городской родильный дом, акушерско- гинекологическая больница
Беременные с тяжелыми ЭГЗ, осложненными гестозом, ПОНРП и предлежанием плаценты, осложнениями во время родов, способствующими нарушению гемостаза и акушерским кровотечениям (10-15%)	Стационар III степени риска: акушерское отделение областной или многопрофильной больницы, клиника НИИ, база кафедры, перинатальный центр.

Следующим кардинальным аспектом плана родоразрешения является выбор метода. Самостоятельные роды через естественные родовые пути проводятся у молодых здоровых женщин с минимальной степенью риска. В ряде случаев при родоразрешении через естественные пути планируется исключение потуг путем наложения акушерских щипцов, эпизио- и перинеотомия. В связи с интранатально возникшими осложнениями (упорная слабость родовой деятельности, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода, клинически узкий таз), врач, ведущий роды должен предусмотреть возможность кесарева сечения в родах.

У определенной категории женщин (с отягощенным акушерским анамнезом, первородящими в возрасте старше 30 лет, с тазовым предлежанием плода, с анатомическим узким тазом и другими) вопрос о выборе способа родоразрешения должен решаться с позиций планового кесарева сечения.

Для ведения родов у женщин со средней и высокой степенью риска необходима их дородовая госпитализация, сроки которой определяются степенью тяжести акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний.

## **9. ПРИНЯТЬ РОДЫ В ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (МОНИТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В РОДАХ, 5 ПРИНЦИПОВ ЗАЩИТЫ ПРОМЕЖНОСТИ).**

### 1 период – период раскрытия.

В нем выделяют фазы:

- Латентная фаза – промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки (до раскрытия на 3-4 см.), длительность её у первородящих 6,4 часа, у повторнородящих – 4,8 часа, зависит от состояния зрелости шейки матки, паритета, влияния фармакологических средств и не зависит от массы плода. Скорость раскрытия шейки матки – 0,35 см/час.

- Активная фаза - характеризуется быстрым раскрытием маточного зева (от 3-4 см до 8-9 см), скорость раскрытия 1,5-2 см у первородящих, 2-2,5 см у повторнородящих.

- Фаза замедления - раскрытие идет более низкими темпами 1-1,5 см/час.

При использовании спазмолитиков и обезболивающих средств темпы раскрытия шейки матки возрастают.

2 период родов – период изгнания – прохождения головки через малый таз. Скорость опускания головки плода при раскрытии близком к полному у первородящих составляет 1 см/час, у повторнородящих-2 см/час. Скорость опускания головки зависит от эффективности плодоизгоняющих сил. Головка не должна находиться в одной плоскости более 1 часа (риск возникновения свищей в послеродовом периоде).

3 период родов – последовый период – происходит отделение плаценты и выделение последа. Выделяют 3 фазы: латентную, отделения и выделения последа.

Общая продолжительность родов зависит от многих факторов, из которых наибольшее значение имеют:

- Возраст женщины,
- Особенности костных и мягких тканей родового пути,
- Размеры плода,
- Характер предлежащей части, особенности ее вставления.
- Характер родовой деятельности.

В настоящее время средняя продолжительность родов у первородящих – 11-12 часов, у повторнородящих – 7-8 часов.

Затяжные роды – продолжительность более 18 часов.

Быстрые роды – у первородящих 4-6 часов,  
у повторнородящих – 2-4 часа.

Стремительные роды – у первородящих менее 4 часов,  
у повторнородящих менее 2 часов.

Принципы ведения родов:

- Оценить степень риска беременной накануне родов.
- Осуществить выбор стационара в соответствии со степенью риска.
- Выбрать адекватный метод родоразрешения.
- Осуществлять мониторинг контроль в родах за состоянием матери и плода.
- Ведение партограммы.
- Обезболивание родов.
- Бережное оказание пособия в родах.
- Профилактика кровотечения в родах.
- Оценить состояние ребенка при рождении и при необходимости своевременно оказать помощь.

Ведение I периода родов:

- Постоянное наблюдение за общим состоянием роженицы (пульс, АД на обеих руках, частота и характер схваток ), записи в истории родов каждые 2 – 3 часа.
- Наблюдение за динамикой раскрытия шейки матки, ведение партограммы. Влагалищное исследование проводится как правило при поступлении, затем плановое исследование проводится через 6 часов, а по экстренным показаниям (излитие околоплодных вод, появление кровянистых выделений, изменение состояния роженицы и плода) при необходимости.

- Оценка состояния плода (выслушивание сердцебиения не реже чем через 15-20 минут, а после излития околоплодных вод через 5-10 минут), соотношения головки с плоскостью входа в малый таз.

Ведение II периода родов:

- Постоянное наблюдение за общим состоянием роженицы (пульс, АД на обеих руках, частота и характер схваток, появление потуг), записи в истории родов через 10-15 минут.

- Контроль состояния нижнего сегмента матки – нет ли его перерастяжения и болезненности.

- Оценка состояния плода (выслушивание сердцебиения после каждой потуги) и продвижения головки по малому тазу (головка во входе в малый таз – малым сегментом, большим сегментом, головка в полости малого таза – в широкой, в узкой его части, головка на тазовом дне). Головка не должна стоять в одной плоскости свыше 2 часов, ибо для первородящих весь II период родов длится не более 2 часов, а для повторнородящих – 1 час.

- Своевременный перевод роженицы в родовую (с началом врезывания головки ).

Прием нормальных родов в головном предлежании.

При акушерском пособии следует:

- Защищать промежность от повреждений;
- Бережно выводить плод из родовых путей, охраняя его от неблагоприятных воздействий.

Для выполнения этих задач необходимо соблюдать следующие условия:

- Прорезывающаяся головка должна продвигаться медленно и постепенно, что способствует растяжению тканей промежности без повреждений.
- Головка должна прорезываться наименьшим (для данного предлежания) размером. Чем меньшей окружностью прорезывается головка, тем меньше она растягивает промежность и меньше сдавливается стенками родового канала.

**Врач стоит справа от роженицы и начинает оказывать помощь с самого начала прорезывания головки:**

- сдерживает чрезмерно быстрое продвижение головки, способствуя постепенному прорезыванию её;
- предупреждает преждевременное разгибание головки, задерживая преждевременное разгибание головки, способствует её прорезыванию в согнутом состоянии.

Приём родов при головном предлежании состоит из следующих моментов:

1. Регулирование продвижения прорезывающейся головки. Три пальца правой руки располагают на прорезывающейся головке. Касаясь головки пальцами во время потуги, задерживают быстрое продвижение головки и предупреждают её преждевременное разгибание.

2.левой рукой осуществляется заём тканей и ослабление натяжения тканей промежности, сведение тканей с прорезывающейся головки. Однако сохранение промежности не самоцель, если выявляется угроза разрыва промежности или гипоксия плода производится перинеотомия.

3. Выведение головки осуществляют после рождения затылка и формирования точки фиксации. С этого момента и до выведения всей головки осуществляют регуляцию потуг, осторожно вне потуги освобождают теменные бугры и под контролем левой руки медленно разгибают головку, в то же время правой рукой осуществляют защиту промежности.

4. Освобождение плечевого пояса. После рождения головки во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и головка совершает наружный поворот, плечики встают в прямой размер таза. С целью облегчения врезывания переднего плечика головка, расположенная на руке акушера опускается книзу, а после завершения врезывания плечика и образования точки фиксации, головку приподнимают кверху левой рукой, а правой рукой защищают промежность осуществляя заём тканей, ослабление натяжения тканей и выведение заднего плечика вне потуги.

5. После рождения плечевого пояса ладони с обеих сторон кладут на грудную клетку плода и направляют туловище кверху по проводной оси таза, при этом рождение нижней части туловища происходит без затруднений.

Ведение третьего периода родов.

- Контроль состояния роженицы (пульс, АД, окраска кожных покровов и слизистых, жалобы).

- Опорожнение мочевого пузыря путём его катетеризации.
- Под женщину подкладывается почкообразный тазик для учёта кровопотери.
- Контроль визуальных и контактных признаков отделения плаценты.
- После появления признаков отделения плаценты женщине предлагают потужиться и если послед не рождается после этого самостоятельно то используют способы выделения отделившегося последа: Абуладзе, Гентера.
- Холод на низ живота.

## **10. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В III ПЕРИОДЕ РОДОВ**

- 1мл метилэргометрина в 20мл 40% раствора глюкозы в момент прорезывания головки у первородящих и при врезывании головки у повторнородящих.
- Внутривенное капельное введение окситоцина 5-10 МЕ в группе риска на кровотечение – с конца II периода родов, скорость введения можно постепенно увеличивать до 40 капель в 1 минуту.

### Принципы активного ведения последового периода.

При отнесении роженицы в группу риска на возникновение кровотечения в плановом порядке надёжно катетеризируют периферическую вену, и начиная с конца II периода родов внутривенно капельно вводят физиологический раствор, чтобы при необходимости без промедления начать инфузию необходимых средств.

- По прошествии первых 10 минут и отсутствии признаков отделения плаценты – введение окситоцина внутривенно капельно.
- По прошествии вторых 10 минут и отсутствии признаков отделения плаценты – отключить окситоцин, заменив его на физиологический раствор
- При отсутствии признаков отделения плаценты через 20 минут после рождения плода – врач готовится к ручному контролю полости матки.
- По окончании 30 минут – ручное отделение плаценты и выделение последа.

## **11. ОЦЕНКА ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, ЦЕЛОСТНОСТИ ПОСЛЕДА И КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ**

Контроль визуальных и контактных признаков отделения плаценты проводят в третьем периоде родов.

Визуальные:

- Шредера – после рождения плода матка сокращается и вытягивается в длину; при отделении последа матка становится асимметричной и отклоняется в сторону.
- Альфельда – зажим, наложенный на пуповину у половой щели, опускается на 10-12см.
- Микулича – позыв на дефекацию после отделения последа.
- Клейна – при потуге пуповина не втягивается.
- Симптом песочных часов – валик над лобком.
- Хохенбихлера – если послед не отделился, то во время схватки сосуды пуповины скручиваются.

- Мюзо – кровянистые выделения во время схватки – начало отделения последа по Дункану.

- Довженко – втягивание пуповины во время вдоха.

- Росье – гребень в области дна матки при отделившемся последе, так как сближаются передняя и задняя стенки.

Контактные:

- Штрассмана – легкая перкуссия дна матки передается на сосуды пуповины.

- Чукалова-Кюстнера – при потягивании пуповины и не отделившемся последе – она втягивается обратно.

После появления признаков отделения плаценты женщине предлагают потужиться и если послед не рождается после этого самостоятельно то используют способы выделения отделившегося последа: Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича

Определение целостности последа:

Плаценту, обращенную материнской поверхностью вверх, кладут на гладкий поднос и тщательно осматривают целостность плацентарной ткани. Поверхность плаценты должна быть гладкой, обращают особое внимание на края плаценты – край должен плавно переходить в оболочки. Обращают внимание на изменение её ткани: наличие обызвествлений, участков жирового перерождения, старых сгустков крови. При наличии дефекта или даже при подозрении на дефект плаценты, показано немедленное ручное обследование полости матки и удаление задержавшейся дольки плаценты.

Оболочки осматривают с плодовой стороны, уточняется место разрыва плодных оболочек и все ли они родились. Уточняется место впадения пуповины в плаценту, характер распространения сосудов в плацентарную ткань, ни один сосуд не должен выходить за пределы плацентарной ткани – если такое выявлено – необходимо отыскать дополнительную дольку плаценты на оболочках с материнской стороны – при её отсутствии показано ручное обследование полости матки.

Оценка кровопотери в родах:

Вся изливающаяся из половых путей кровь собирается в почкообразный лоток, учитывается и кровь впитавшаяся в пелёнки.

- Физиологическая кровопотеря – 0,3% (250-300мл).

- Предельно допустимая кровопотеря – 0,5% от массы тела (не более 400 мл).

- Патологическая кровопотеря – объём выше объема допустимой кровопотери.

## **12. ОСМОТР ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА, ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ РОДОВ, УШИВАНИЕ РАЗРЫВА ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ.**

После завершения III периода родов у каждой родильницы проводится осмотр родовых путей при помощи зеркал с целью выявления разрывов (шейки матки, стенок влагалища, тканей вульвы и промежности).

Осмотр проводится в асептических условиях после обработки наружных половых органов раствором антисептика.

Врач одевает фартук и, после обработки рук, стерильные перчатки.

В набор стерильного инструментария входят: влагалищное зеркало и подъёмник, шеечные окончатые щипцы, корнцанг, пинцет, ножницы, иглодержатель, шовная игла, шовный материал (кетгут, шёлк), ватно-марлевые тампоны.

Техника проведения осмотра родовых путей:

- Вводят влагалищное зеркало и подъёмник и обнажают шейку матки и осматривают её – прослеживают непрерывность каймы ткани шеечного зева, при необходимости перебирают края шеечного зева окончатыми зажимами. При выявлении разрыва шейки матки производят восстановление целостности шейки матки, накладывая отдельные кетгутовые швы.

- Затем производят осмотр стенок влагалища. Вначале осматривают переднюю стенку влагалища – тампоном оттесняя шейку матки книзу, осматривают передний и боковые влагалищные своды, затем ассистент медленно удаляет подъёмник, а врач осматривает переднюю стенку влагалища. Оттесняя тампоном шейку матки кпереди осматривают задний и боковые своды влагалища, затем медленно удаляя влагалищное зеркало осматривают заднюю и боковые стенки влагалища. При выявлении разрывов восстанавливают целостность стенок влагалища наложением отдельных кетгутовых швов.

- Осматривают ткани в области наружных половых органов и при выявлении разрывов ушивают их.

Правила ушивания разрывов промежности:

- Проводится с обязательным обезболиванием (местным или общим).
- Вначале восстанавливается целостность задней стенки влагалища (сверху-вниз) накладывая отдельные кетгутовые швы.

- Затем накладывают отдельные погружные кетгутовые швы на мышцу, поднимающую задний проход, мышцы среднего и поверхностного слоя промежности и фасции.

- Края кожной раны соединяют отдельными шелковыми швами

## **13. СНЯТИЕ ШВОВ С ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ РОДОВ.**

Послеоперационный уход при разрывах промежности сводится к содержанию поверхности швов в чистоте. При уходе поверхность швов обсушивают стерильным тампоном и обрабатывают настойкой йода или бриллиантового зеленого, после мочеиспускания и дефекации производят дополнительный туалет наружных половых органов и обсушивают область швов.

На 4 день назначают очистительную клизму. На 5 день в асептических условиях с помощью пинцета и скальпеля удаляют швы с кожи промежности, заканчивая процедуру обработкой спиртовым раствором йода.

#### **14. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.**

Кесарево сечение – родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через произведенный разрез на матке. Кесарево сечение может быть плановым и экстренным. Необходимо стремиться к увеличению количества плановых кесаревых сечений, за счет уменьшения экстренных.

Существуют абсолютные и относительные показания к кесареву сечению.

Относительные показания: извлечение плода через естественные родовые пути может быть выполнено, но со значительно большим риском для матери или плода.

Абсолютные показания это такие клинические ситуации, при которых извлечение плода через естественные родовые пути.

Сочетанные показания это совокупность осложнений беременности и родов, каждое из которых само по себе не является показанием к кесареву сечению, однако при их сочетании есть угроза для жизни матери или плода при родах через естественные родовые пути.

Кесарево сечение бывает интраперитонеальным (доступ через рассечение брюшины) и экстраперитонеальным (без проникновения в полость брюшины), а также кесарево сечение с временным ограничением брюшной полости.

В настоящее время наиболее часто выполняется операция кесарева сечения в нижнем сегменте.

Техника кесарева сечения в нижнем сегменте.

1. Лапаротомия (нижнесрединная; по Пфаненштилю – поперечный разрез над лоном).

2. После вскрытия брюшной полости видим матку. Мочевой пузырь отодвигают зеркалом вниз. Вскрывают *plica vesico-uterina* и тупо отслаивают ее вниз. В области наибольшей окружности делают разрез и вводят в рану пальцы и раздвигают ее. Рука вводится за головку, ассистент при этом давит на дно матки, извлекают головку, затем освобождают пояс и затем и всего ребенка. Между двумя зажимами пересекают пуповину и отдают ребенка педиатру. Рукой удаляют послед.

3. Производят ушивание раны матки двумя рядами кетгутовых швов. Можно накладывать швы непрерывно.

4. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки брюшины. Проверка гемостаза, туалет брюшной полости. Послойное зашивание брюшной полости наглухо.

Противопоказания:

1. Инфекция любой локализации.
2. Длительный безводный период.
3. Внутриутробная гибель плода ( кроме мертвый плод при ПОНРП).
4. Плод в состоянии асфиксии и нет уверенности в рождении живого ребенка.

Условия для производства кесарева сечения:

1. наличие операционной, инструментария, квалифицированного хирурга.
2. Безводный период не более 12 часов.
3. Отсутствие симптомов эндометрита в родах (хориоамнионита).
4. Живой плод.

Методы анестезиологического пособия:

1. Местная инфильтрационная анестезия (в настоящее время не применяется).

2. Эпидуральная или  $\square$ охи $\square$ е $\square$ озговая анестезия.

3. Общая анестезия и ИВЛ,

Ведение послеоперационного периода:

1 день: Стол 0. Режим постельный. К концу суток должна стоять рядом с кроватью. Назначают антибиотики. Ребенку назначают бифидум. Инфузионная терапия. Обезболивание. Витамины. Сокращающие средства.

2 день: Стол 1. Стоять рядом с кроватью, движения. Антибиотики. Обезболивание. Сокращающие средства

3 день: Стол 1, бульон, протертые овощи. Антибиотики. Сокращающие средства. Очистительная клизма.

7 сутки снимают швы. 10 сутки выписывают.

## **15. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ГЕСТОЗОВ, АНОМАЛИЯХ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

### Предлежание плаценты

1. При подозрении на предлежание плаценты беременная или роженица подлежит обязательной госпитализации в акушерский стационар II или III степени риска.

2. Визуальный осмотр влагалища или шейки матки с помощью зеркал для исключения других патологических изменений (рак, полипы, варикозный узел и другие).

### **3. ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНО ТОЛЬКО ПРИ РАЗВЕРНУТОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ, НАЛИЧИИ ДОСТАТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ, КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ, ВЛАДЕНИИ ВРАЧАМИ ТЕХНИКОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.**

4. Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) показано при часто повторяющихся небольших кровотечениях, однократной (300 – 400 мл) и более кровопотере, профузном кровотечении, полном предлежании плаценты.

5. При оперативном родоразрешении характер разреза на матке должен быть корпоральным.

6. Необходимо восполнение кровопотери до начала операции, соответственно проведение инфузионной терапии в процессе операции, а при необходимости в послеоперационном периоде.

7. После извлечения плода оценка состояния нижнего сегмента, тщательный осмотр плаценты, места ее прикрепления, характер и трудности отделения от стенок нижнего сегмента (возможность истинного приращения), что

требует расширения операции до экстирпации матки.

8. В процессе операции при массивной кровопотере, плохом сокращении нижнего сегмента показана экстирпация матки.

9. При небольших кровянистых выделениях в родах после открытия маточного зева на 3-4 см показано инструментальное вскрытие плодного пузыря, если кровотечение продолжается, то показано кесарево сечение.

10. При родоразрешении через естественные родовые пути (роды ведутся с иглой в вене) после рождения плода показано ручное отделение последа с одновременной тщательной ревизией стенок матки под соответствующим тщательным обезболиванием.

11. В послеродовом (послеоперационном) периоде обязательное проведение профилактических мероприятий по предупреждению кровотечения (наблюдение в первые 8-10 часов, периодическое введение сокращающих матку средств (окситоцин, метилэргометрин по 0,5 – 1,0 мл 2-3 раза в сутки).

#### Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

1. При подозрении на отслойку плаценты женщина должна обязательно госпитализироваться в акушерский стационар II или III степени риска.

2. Выбор метода родоразрешения зависит от акушерских условий, величины отслойки плаценты, состояния женщины и выраженности гемодинамических расстройств.

3. В родах при небольшой кровопотере, удовлетворительном состоянии роженицы показано вскрытие плодного пузыря (широко развести оболочки и медленно выпустить околоплодные воды).

4. При отслойке плаценты в конце периода раскрытия или изгнания после вскрытия плодного пузыря в случае нахождения головки в полости малого таза роды заканчиваются с помощью акушерских щипцов, при мёртвом плоде – краниотомия, тазовых предлежаниях – извлечение за тазовый конец.

5. При тяжелой форме отслойки во время беременности (нарастающее внутреннее кровотечение), в периоде раскрытия шейки матки, во втором периоде родов при подвижной предлежащей части над входом в малый таз (даже при гибели плода) в интересах матери показано оперативное родоразрешение путём кесарева сечения.

6. При кесаревом сечении показана экстирпация матки в случае маточно-плацентарной апоплексии (матка имеет диффузную или крупно-очаговую темно-фиолетовую окраску, мышечный слой дряблый, хрупкий и не реагирует на механические и фармакологические препараты) и развитии синдрома ДВС.

7. Выполнение операции кесарева сечения с одновременной трансфузией свежзамороженной плазмы в сочетании с кровезаменителями низкой массы (реополиглюкин, инфукол). Интенсивное проведение противошоковых мероприятий необходимо осуществлять путем трансфузии жидкостей в две, три вены струйно, а в последующем при стабилизации АД – капельным способом.

8. При родоразрешении через естественные родовые пути производят ручное отделение плаценты с одновременной тщательной ревизией стенок матки (для исключения нарушения целостности их в месте отслойки). На протяжении 2-6 часов после родов с целью профилактики гипотонического кровотечения –

введение сокращающих (внутривенно окситоцин, метилэргометрин).

9. При появлении признаков нарушения свертывания крови – терапия синдрома ДВС с учетом клинических и лабораторных данных (спазмолитики, гепарин, трасилол, реополиглюкин, желатиноль, фибриноген, гидрокортизон, свежезамороженная плазма, андроксон (0,025% раствор 1 мл), трентал (100 мг в 250-500 мл физиологического раствора), гордокс (6,0 мл в/в), дипиридамол (0,5% раствор 4-6 мл), никотиновая кислота (1,0 – 5,0 мл в/в).

10. После операции больная должна находиться в операционной до стабилизации гемодинамических показателей (это достигается длительной трансфузионно-инфузионной терапией, введением сердечных средств, кортикостероидов, проведением коррекции обменных и электролитных нарушений).

#### Кровотечения в последовом периоде

1. Последовый период при кровопотере до 200-300 мл в течение 30 минут ведется консервативно-выжидательно до полного отделения плаценты (по признакам Шредера, Альфельда, Довженко, Клейна и др.), используют наружные методы выделения последа (по Абуладзе, Гентеру).

2. Опорожнить мочевой пузырь мягким катетером, внутривенно медленно ввести 1 мл метилэргометрина или 1 мл окситоцина на 20 мл 40% раствора глюкозы.

3. Кровопотеря свыше 0,5 % массы роженицы (350-400 мл) является патологической, поэтому необходимо III период родов закончить ручным отделением и выделением последа под соответствующим обезболиванием.

4. Перед проведением внутриматочных манипуляций, в случае невозможности проведения наркоза можно ограничиться премедикацией: в/в 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл 1% раствора димедрола и 0,5 – 1,0 мл 0,1% раствора атропина сульфата.

5. В случае подозрения на дефект плаценты также показано ручное обследование полости матки с последующим массажем ее на кулаке. После окончания операции показано введение сокращающих матку средств (окситоцин, метилэргометрин, маммофизин), на низ живота – пузырь со льдом.

6. При истинном приращении плаценты показана лапаротомия и экстирпация матки. В процессе подготовки к операции проводится трансфузия СЗП, введение кровезаменителей гемодинамического действия (инфукол, реополиглюкин, полиглюкин, желатиноль и др.).

7. При ведении III периода родов во всех случаях, где можно предполагать повышенную кровопотерю в родах, после рождения плода необходимо наладить в/в капельное вливание 5% раствора глюкозы или физиологического раствора. Одновременно все должно быть подготовлено для борьбы с возможным кровотечением (система для переливания крови, кровь, кровезаменители, кровь на совместимость).

8. Трансфузионно-инфузионная терапия проводится с началом кровотечения, при необходимости (с учетом кровопотери, данных АД, пульса, шокового индекса) она осуществляется в 2-3 вены.

#### Послеродовые гипотонические кровотечения

1. При кровопотере более 250-300 мл после опорожнения мочевого пузыря, осмотра шейки матки, влагалищных стенок и сводов с помощью зеркал, проводится легкий прерывистый массаж матки через брюшную стенку. Круговые движения кроме дна должны захватывать как часть передней, так и задней стенки матки.

2. Введение фармакологических препаратов тономоторного действия: в/в метилэргометрин (1 мл) или 1 мл (5 ЕД) окситоцина, разведенных в 20 мл 40% раствора глюкозы, при необходимости сразу перейти на длительное (не менее 1 часа) в/в капельное введение окситоцина со скоростью 20-30 капель в минуту.

3. При продолжающемся кровотечении (кровопотеря более 400 мл) прижать аорту к позвоночнику кулаком (по Шмидту) или пальцами (по Бирюкову) на 10-15 минут, произвести ручное обследование полости матки для удаления обрывков оболочек, сгустков крови, остатков плацентарной ткани. Затем, не извлекая руки, производится наружно-внутренний массаж матки (массаж должен быть прерывистым с промежутками 2-3 минуты и общей продолжительностью до 15-20 минут). После прекращения кровотечения при соответствующем тоне матки и появлении сокращений достаточной силы рука удаляется из её полости.

4. Одновременно с перечисленными выше мероприятиями проводится трансфузионно-инфузионная терапия, направленная на восстановление объема циркулирующей крови, борьбу с коллапсом, анемией, (переливание инфузола, свежезамороженной плазмы, альбумина), подготовка операционной.

5. Категорически неприемлемо повторное применение методов, оказавшихся неэффективными при первом применении.

6. При отсутствии эффекта от массажа матки и продолжающемся гипотоническом кровотечении показана лапаротомия и экстирпация матки.

7. Массивное кровотечение, сопровождающееся снижением АД ниже критического уровня (70 мм рт.ст.) и даже развитие терминального состояния не являются противопоказанием к оперативному вмешательству с целью остановки кровотечения. В этих случаях операция проводится в три этапа: срочная лапаротомия на фоне трансфузионной терапии и временный гемостаз путем наложения клемм на сосуды матки без выведения ее в рану; операционная пауза, во время которой все манипуляции в брюшной полости прекращаются, пока АД не повысится до безопасного уровня (95-100 мм рт.ст.); радикальная операция и остановка кровотечения – удаление матки (предпочтительнее – экстирпация, ибо оставшаяся культя шейки матки может быть дополнительным источником кровотечения). В процессе операции большое внимание следует уделить анестезиологическому пособию.

8. Быстрое восполнение объема циркулирующей крови: одновременное использование 2-3 вен, переливание плазмозаменителей в 2,5-3 раза больше учтенной кровопотери. При артериальном давлении 0 мм рт.ст. скорость введения жидкостей 300-400 мл в минуту, при АД критическом (60-70 мм рт.ст.) – 200-250 мл в минуту и при АД 95-100 мм рт.ст. – капельно.

9. При тяжелом состоянии больной, критическом уровне АД показано введение глюкокортикоидов – гидрокортизон 15-30-50 мг/кг (суточная доза до 1-1,5 грамма)

10. Для коррекции нарушений гемокоагуляции обосновано применение свежезамороженной плазмы – не менее 1 литра, альбумина.

11. При позднем послеродовом кровотечении, если оно связано с задержкой в полости матки частей плаценты или оболочек, необходимо удалить их путем выскабливания. Перед операцией необходимо наладить внутривенное капельное введение плазмозаменителей, сокращающих матку средств, продолжающееся кровотечение является показанием для лапаротомии и экстирпации.

12. При позднем обильном послеродовом кровотечении с инфицированным процессом, вышедшим за пределы матки, производится лапаротомия и экстирпация матки (на фоне комплексной интенсивной антисептической и кровезамещающей терапии).

#### Тяжелые формы гестоза (нефропатия, преэклампсия, эклампсия).

1. Обязательная госпитализация в акушерский стационар II или III степени риска в палату интенсивной терапии.

2. В момент поступления в стационар, при санитарной обработке, транспортировке, инъекциях – создание лечебно-охранительного режима (введение седуксена по 2 мл в/в с 20 мл раствора глюкозы, дроперидола и др.)

3. Оперативные вмешательства – щипцы, ручное отделение и выделение последа, ручное обследование полости матки, ушивание разрывов мягких тканей осуществляется под тщательным обезболиванием.

4. При преэклампсии, эклампсии (в момент припадка) внутривенное введение 2 мл седуксена с 1 мл 2% раствора промедола в сочетании с 2,5% раствором пипольфена (1 мл) или димедрола (1 мл).

5. Использование при тяжелых формах нефропатии нейролептических препаратов – дроперидол внутривенно или внутримышечно по 2 мл, а при преэклампсии и эклампсии до 4-6 мл. Повторное введение препарата по показаниям осуществляется через 4 часа в дозе 2/3 или 1/2 от первоначальной. Предварительно до введения дроперидола вводится 20 мл 40% раствора глюкозы с 0,5-1 мл 0,06% раствора коргликона и 100 мг кокарбоксилазы внутривенно.

6. Из спазмолитических препаратов используются следующие: 1% раствор дибазола 4-6 мл внутривенно или внутримышечно, 2-3 раза в сутки, 2% раствор папаверина хлорида по 2-4 мл внутримышечно, но-шпа по 2 мл 3-4 раза в сутки внутривенно или внутримышечно, эуфиллин 2,4% раствор по 5-10 мл внутривенно 2-3 раза в сутки, применение сульфата магния 25% раствора по 24 мл 4 раза в сутки внутримышечно (повторный курс через 12 часов) или внутривенно капельно 25% раствор 20-40 мл (не целесообразно применение в родах).

7. Применение антиадренергических препаратов: клофелин (гемитон) по 0,075-0,15 мг 2-3 раза в день (до 0,3-0,6 мг в сутки), допегит (альдомет) по 0,25 г 2 раза в день (до 0,75 г в сутки), адреноблокаторы (октадин, исмелин, изобарин по 2,5 мг в день, до 50-75 мг в сутки).

8. При тяжелых формах использование ганглиоблокаторов: орнид 5% раствор по 0,5-1 мл 2-3 раза в сутки, пентамин 5% раствор по 0,5 мл внутримышечно, гигроний (0,05-0,1% раствор), арфонад, имехин (0,05-0,1% раствор в 5% растворе глюкозы) внутривенно с 10 капель в минуту, общая доза не

более 500 мг). Целесообразно их использование только в родах для управляемой гипотонии.

9. Для нормализации ОЦК, онкотического давления, улучшения микроциркуляции, выведения недоокисленных продуктов – применение белковых препаратов, плазмозамещающих р-ров: плазма (сухая, нативная 150-200 мл) внутривенно капельно, протеин (250 мл), альбумин (10% раствор 100 мл), реополиглюкин (400 мл внутривенно капельно), полиглюкин (200-250 мл), гемодез (300 мл). При использовании декстрантов наблюдается кратковременное повышение АД (на 15-20 мм рт.ст.), поэтому при высокой гипертензии, низком пульсовом давлении необходимо предварительное проведение гипотензивной терапии.

10. Для усиления диуреза, выведения солей натрия, уменьшения гидрофильности тканей при нормо- или гиповолемии, а при дефиците ОЦК после коррекции можно использовать диуретики (гипотиазид, бринальдикс, верошпирон, фуросемид и другие).

11. Кесарево сечение является операцией выбора для родоразрешения беременных, рожениц при следующих осложнениях:

- 1) эклампсия, коматозное состояние;
- 2) преэклампсия, если в ближайшие 24-36 часов нет эффекта от проводимой терапии;
- 3) кровоизлияние в глазное дно с явлениями ретинопатии (кровоизлияние или «ватоподобные» белые очаги трансудативного характера, транзиторный спазм артерий сетчатки);
- 4) угроза развития внутричерепного кровоизлияния;
- 5) нарастающий отёк мозга;
- 6) расстройство мозгового кровообращения;
- 7) анурия, продолжающаяся более 18-24 часов;
- 8) отслойка сетчатки, амавроз;
- 9) отслойка нормально расположенной плаценты;
- 10) при нефропатии, если отсутствует эффект от проводимой терапии в течение 5-7 дней.

12. После родоразрешения должна быть продолжена адекватная терапия гестоза.

#### Угрожающий разрыв матки

1. Лечебная помощь должна быть оказана немедленно на месте, любая транспортировка противопоказана, при отсутствии квалифицированных специалистов срочно вызов их «на себя».

2. Немедленная дача глубокого наркоза (эндотрахеальный эфирно-кислородный с миорелаксантами, в чрезвычайных случаях – эфирный масочный наркоз).

3. В состоянии глубокого наркотического сна быстрое родоразрешение.

4. Кесарево сечение проводится при благоприятном состоянии внутриутробного плода (он живой, незначительно пострадал, есть уверенность в рождении живым и здоровым).

5. При мертвом плоде или сомнительной жизнеспособности, длительном

безводном периоде производится плодоразрушающая операция.

6. В тех случаях, когда нет возможности для кесарева сечения, роды заканчиваются плодоразрушающей операцией на живом плоде.

7. После проведения плодоразрушающей операции обязательно ручное обследование стенок матки, особенно оценка состояния стенок нижнего сегмента.

8. После ревизии (ручной) стенок матки или родоразрешения путем кесарева сечения холод на живот, введение сокращающих (окситоцин 1 мл или метилэргометрин 1 мл с 5% раствором глюкозы внутривенно), выпустить мочу

#### Совершившийся разрыв матки

1. Немедленное чревосечение с одновременным переливанием кровезаменителей (инфукол, полиглюкин, реополиглюкин, полидез, желатиноль), свежезамороженной плазмы, альбумин, протеин). При снижении гемоглобина менее 80 г/л переливание одногруппной однорезусной крови малых сроков хранения (еще лучше теплой донорской и свежеситратной).

2. Производство операции под эндотрахеальным наркозом с искусственной аппаратной вентиляцией легких (ИВЛ).

3. После вскрытия брюшной полости – удаление плода и последа, жидкой крови, сгустков, мекония, околоплодных вод и тщательный осмотр матки и соседних органов (мочевой пузырь и кишечник), которые могут быть повреждены, особенно при насильственных разрывах матки.

4. Объем оперативного вмешательства (зашивание разрыва, ампутация или экстирпация) разрешается индивидуально, в зависимости от характера разрыва, фактора времени, общего состояния.

5. Экстирпация матки показана при разрыве нижнего сегмента с образованием гематомы в параметральной клетчатке, отрыве матки от влагалищных сводов, инфицированности, а в остальных – надвлагалищная ампутация, при локализации в области дна матки после иссечения размозженных тканей – ушивание.

#### **6. При терминальных состояниях операция проводится в три этапа:**

• **ПАРАЛЛЕЛЬНО С ПРОВЕДЕНИЕМ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЛАПАРОТОМИЯ И ВРЕМЕННЫЙ ГЕМОСТАЗ ПУТЕМ НАЛОЖЕНИЯ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ ЗАЖИМОВ ИЛИ ПЕРЕВЯЗКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ МАТКИ;**

• **ОПЕРАЦИОННАЯ ПАУЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВЫВЕДЕНИЮ ИЗ ШОКА И ТЕРМИНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДО ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПРЕДЕЛАХ 95-100 мм рт.ст.);**

• **ВЫПОЛНЕНИЕ ПОКАЗАННОГО ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ.**

7. После окончания операции ИВЛ должна продолжаться до стабилизации устойчивой гемодинамики, одновременное продолжение инфузионно-трансфузионной терапии шока.

8. Выполнение всех реанимационных мероприятий должно проводиться одновременно: остановка кровотечения, полное обезболивание, длительная искусственная вентиляция легких, трансфузионно-инфузионная терапия.

9. При разрыве матки по рубцу (широкий рубец, истонченный на значительном протяжении, корпоральное кесарево сечение с нагноением послеоперационной раны с обширным рубцово-спаечным процессом, маточно-брюшностеночным свищем, гипотоническое состояние матки) также показано удаление матки.

## **16. ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.**

Послеродовой период начинается сразу после окончания родов и длится 4-6 недель. В течение этого периода репродуктивная система женщины возвращается к тому состоянию, которое было до беременности.

Ранний послеродовой период. Его продолжительность 2 часа, за это время обычно реализуются механизмы послеродового гемостаза (моторный и коагуляционный) и надёжно тромбируются сосуды плацентарной площадки.

Родильница наблюдается в течение раннего послеродового периода в родовой. Периодически врач оценивает состояние родильницы, жалобы, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, показатели гемодинамики (пульс, АД, частоту дыхания), состояние матки (её величина, консистенция, количество выделений).

Через 2 часа родильница переводится в послеродовое отделение, в истории родов пишется переводной дневник и даются назначения на послеродовой период.

Поздний послеродовой период длится с 3 часа после родов до 42 дня после родов.

Инволюция матки.

В течение 5-6 недель размеры матки уменьшаются, её масса снижается с 1000 г сразу после родов до 100 г, что обусловлено значительным уменьшением размеров мышечных клеток и снижением их количества. Высота стояния дна матки уменьшается на 1-2 см в сутки, на 5 сутки дно матки находится на середине расстояния между лоном и пупком, к 10-12 дню – на уровне лона. Кормление грудью ускоряет инволюцию матки, так как при стимуляции сосков происходит выделение окситоцина из нейрогипофиза, что и вызывает сокращения миометрия.

Лохии – послеродовые выделения, продолжающиеся 5-6 недель, при инфицировании лохии приобретают неприятный запах. Характер лохий изменяется:

- красные лохии – выделения с примесью крови, исчезающие в первые несколько дней послеродового периода;
- серозные лохии – через 3-4 дня после родов лохии бледнеют, становятся серозно-сукровичными;
- белые лохии – после 10 дня лохии приобретают белый или желтоватый цвет. При микроскопическом исследовании находят значительное количество лейкоцитов.

При ведении женщин в послеродовом периоде обращают внимание на следующие моменты:

- контроль общего состояния родильницы (самочувствие, жалобы, температура, показатели гемодинамики);

- контроль состояния молочных желез и соблюдение оптимального режима кормления;
- контроль инволюции матки и характера лохий, состояния швов;
- проведение туалета наружных половых органов и использование стерильных подкладных, при наличии швов на промежности – их обработка;
- лабораторное обследование на третий день после родов
- (анализ крови общий, анализ мочи, мазки на Gn.);
- УЗИ матки на третий день после родов.

Выписка после неосложнённых родов осуществляется обычно на 5-6 сутки.

## 17. ОЦЕНКА НОВОРОЖДЁННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР И ДОУНС (DOWNES)

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар (таблица 10) проводится на первой минуте и через 5 минут жизни, а при необходимости проведения реанимационных мероприятий и далее через интервалы в 5 минут до 20-й минуты при одновременном проведении необходимых мероприятий.

Таблица 10

Симптом	Баллы		
	0	1	2
ЧСС (уд/мин)	отсутствует	Менее 100	Более 100
Дыхание	Отсутствует	Брадипноэ, нерегулярное	Регулярные дыхательные движения, громкий крик
Мышечный тонус	Отсутствует	Снижен	Активные движения
Рефлекторная возбудимость	Отсутствует реакция на раздражение подошв	Появляется grimаса или движения	Движения, громкий крик
Цвет кожи	Бледность, резкий цианоз	Туловище розовое, акроцианоз	Розовый

Здоровые новорожденные – 8-10 баллов  
 Легкая асфиксия – 6-7 баллов  
 Асфиксия средней тяжести – 4-5 баллов,  
 Тяжелая асфиксия – 1-3 балла.

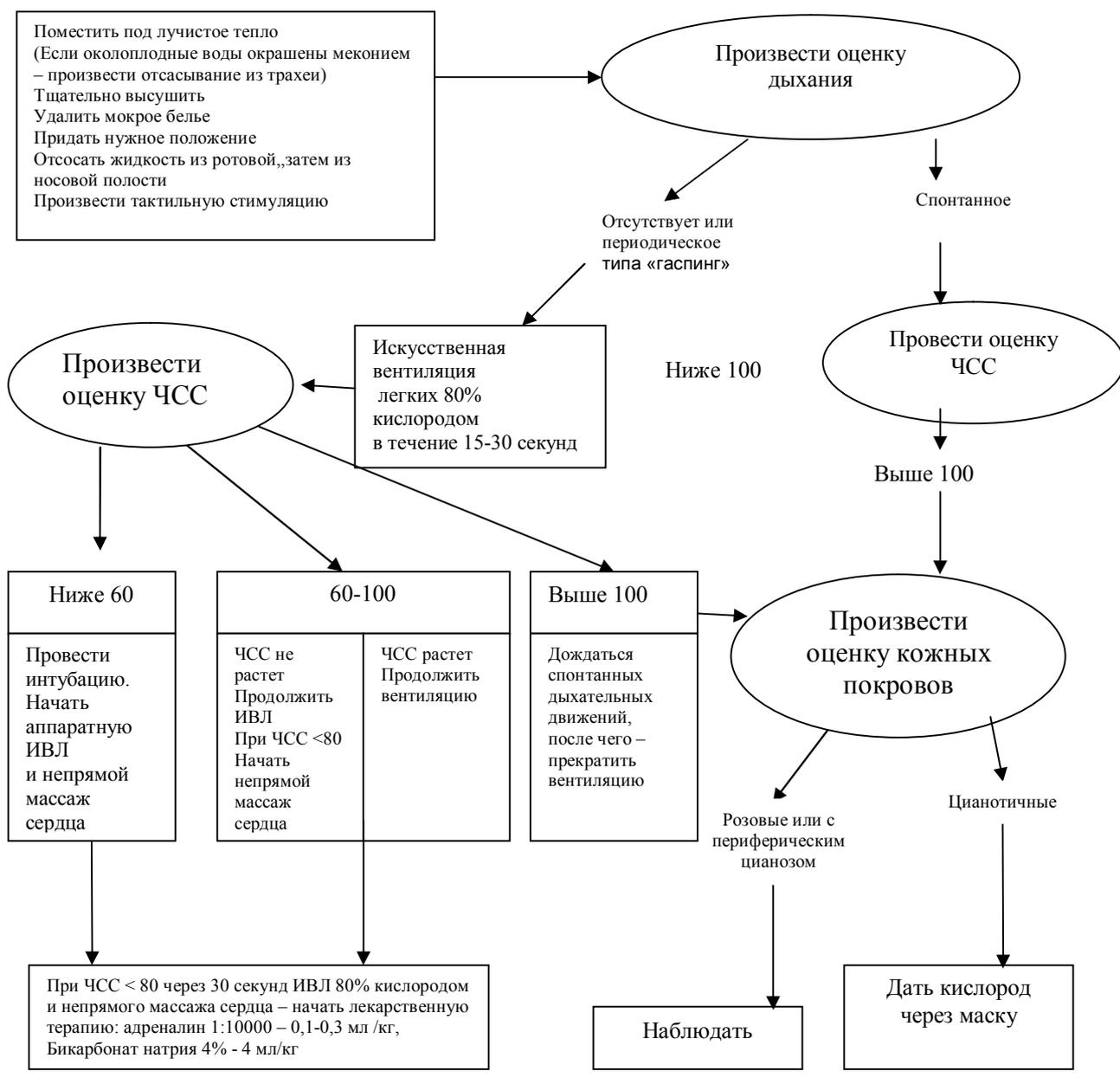
Оценка по шкале Доунс (таблица 11) проводится для оценки степени тяжести респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Таблица 11

Симптом	Баллы		
	0	1	2
Частота дыхания	Менее 60	60-80	Более 80 или апноэ
Цианоз	Нет	Есть, но исчезает при вдыхании воздушно- кислородной смеси 40%	Не исчезает или сичезает при вдыхании воздушно- кислородной смеси более 40%
Втяжения грудной клетки	Нет	Умеренные	Выраженные
Экспираторный «шумный» выдох, «стонущее» дыхание	Нет	Выслушивают при аускультации	Слышно на расстоянии
Характер дыхания при аускультации	Пуэрильное	Изменено (ослаблено)	Плохо выслушиваемо

Легкая степень тяжести – 2-3 балла.  
 Средняя степень тяжести – 4-6 баллов.  
 Тяжелая степень – более 6 баллов.

## 18. ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ



## 19. ПЕРВИЧНЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО

1. Отсасывают слизь из полости рта и носа. Ребёнка после рождения укладывают в лоток, накрытый стерильной пелёнкой. Пуповину натягивать нельзя. Ребёнок должен быть расположен на одном уровне с роженицей.

2. Профилактика гонобленнореи по методу Матвеева-Креде: веки ребёнка протирают стерильным ватным тампоном (отдельно для каждого глаза) и закапывают в глаза свежеприготовленный 30% раствор альбумида 2-3 капли (девочкам для профилактики гонореи также и в половую щель).

Профилактику гонобленнореи повторяют после рождения 3 раза каждые 10 минут.

3. Первичная обработка пуповины: на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца пуповину обрабатывают 96% этиловым спиртом, после чего на неё накладывают два стерильных зажима Кохера на расстоянии 2-3 см друг от друга. Затем пуповину пересекают между наложенными зажимами, а детский конец пуповины заворачивают вместе с зажимом в стерильную марлевую салфетку. После забора крови для определения АВО- и Резус- принадлежности крови ребёнка на материнский конец пуповины у половой щели накладывают шёлковую лигатуру или зажим.

4. Вторичная обработка пуповины: ребёнка, завернутого в стерильную пелёнку, переносят на обогреваемый пеленальный столик.

- Перевязка пуповины с использованием скобки Роговина. Перед наложением скобки пуповину рассматривают под источником света, протирают салфеткой, смоченной в 96% спирте и выжимают двумя пальцами Вартонов студень. Затем накладывают скобку. Пуповину отсекают на 0,4 см выше скобки, протирают сухим марлевым тампоном и убедившись в правильности наложения скобки (отсутствие кровотечения), обрабатывают пуповинный остаток 5% раствором перманганата калия.

- В дальнейшем уход за пуповинным остатком осуществляется открытым способом.

- При Резус- и АВО – несовместимости между кровью матери и ребёнка пуповину обрабатывают иначе. Вслед за рождением ребёнка немедленно пережимают пуповину (не ожидая прекращения пульсации сосудов). Так как после рождения ребёнка иногда возникает необходимость обменного переливания крови, целесообразно оставить отрезок пуповины длиной 8-10 см, перевязав его шёлковой лигатурой.

5. Для удаления сыровидной смазки с тех мест, где она особенно густо покрывает кожу плода (например в паховых складках и в подмышечных впадинах), используют стерильную вату, пропитанную стерильным вазелиновым маслом. Смазку снимают аккуратно, что бы не повредить кожу.

6. Закончив первичный туалет новорождённого, определяют его массу, длину тела, окружность головки и груди. Затем на запястья рук надевают браслеты из стерильной клеёнки с написанными на них фамилией, именем и отчеством родильницы, номером истории родов, полом ребёнка, массой и длиной тела, датой рождения. Ребёнка заворачивают в тёплое стерильное бельё (пелёнки, распашонки, одеяльце) и прикладывают к груди матери, а затем оставляют на

обогреваемом пеленальном столике на 2 часа, после чего переносят в палату для новорождённых, или размещают в палату для совместного пребывания с матерью.

## **20. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ (ГЕСТОЗ, ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, НЕВЫНАШИВАНИЕ, АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ГИПОКСИЯ ПЛОДА, ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ).**

Студенту необходимо знать препараты медикаментозной терапии, их клиническую фармакологию, дозировку, путь введения при осложнениях беременности и родов.

### Обезболивание родов

Боль во время схватки обусловлена:

- раскрытием шейки матки,
- гипоксией тканей матки,
- сдавлением нервных окончаний,
- натяжением маточных связок.

Методы обезболивания делят на:

Немедикаментозные:

- Психопрофилактическая подготовка к родам.
- Присутствие на родах мужа или близкого человека.
- Свободное движение роженицы особенно в 1 периоде родов.
- Принятие душа, ванны, массаж, музыка, гипноз.
- Иглорефлексотерапия. Чрескожная электронейростимуляция.
- Наружное использование тепла, холода, трав, ароматических масел.

Медикаментозные.

Требования, предъявляемые к медикаментозному обезболиванию родов:

- Хороший болеутоляющий эффект.
- Отсутствие отрицательного влияния на организм матери и плода.
- Простота и доступность для родовспомогательного учреждения любого типа.

Неингаляционные анестетики (системные анальгетики): промедол, анальгин. Их введение показано при установившейся родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 4-5 см.

Ингаляционные анестетики: закись азота в смеси с кислородом 1/1.

Региональные методы анальгезии (эпидуральная анальгезия).

Показания для ее применения:

- сильная боль в родах,
- гестоз,
- дискоординация родовой деятельности,
- гипертензия в родах,
- роды при наличии ЭГП (заболевания сердца и легких),
- миопия средней степени.

Возможные осложнения:

- головные боли,
- боли в спине,
- гипотензия,
- дыхательная недостаточность,
- нарушение функции мочевого пузыря,
- пункция твердой мозговой оболочки.

Фармакологические методы не должны заменять персонального внимания к роженице.

## **21. ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ (ДИСПАНСЕРНОЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННОЙ, ИСТОРИИ РОДОВ, ИСТОРИИ НОВОРОЖДЕННОГО)**

### Ведение диспансерной карты беременной.

Все беременные и родильницы находятся на диспансерном наблюдении в женской консультации, основные цели которого – рождение здорового ребенка, укрепление здоровья матери, профилактика и снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. На всех женщин, сохраняющих беременность имеется картотека, которая составляется из индивидуальных карт беременных (уч.ф. №111). Формуляр карты заполняется в соответствии с размеченными графами. Все данные опроса и обследования беременной, а также советы и назначения записываются в уч.ф. №111 при каждом посещении и подписываются врачом.

Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и родильном доме на руки каждой беременной на сроке 22-23 недели выдают обменно-уведомительную карту беременной и родильницы (уч.ф. №113), в которую заносят основные данные о состоянии здоровья женщины в соответствии с размеченными графами. Эту карту она передает врачу при поступлении в родильный дом.

### Заполнение и ведение истории родов.

Формуляр истории родов заполняется в соответствии с размеченными графами.

Диагноз при поступлении: Срок беременности. Период родов. Осложнения беременности. Сопутствующие заболевания. Состояние плода. Осложнения в родах. Пособия и операции в родах

Составляют детальный план ведения родов.

### Протокол течения родов:

Первый период родов:

В первом периоде родов дневниковые записи производить каждые 2 часа, а при патологии чаще, отмечая состояние роженицы, характер схваток (частота, сила продолжительность), место расположения предлежащей части, её продвижение, характеристику сердцебиения плода, момент излития и характер околоплодных вод, их количество, проводимые лечебные и профилактические мероприятия.

Второй период родов: время регистрации полного раскрытия, начала потуг.

В дневниках регистрировать состояние роженицы, с/б плода (не реже чем через 10 минут), характер потуг, сердцебиение плода выслушивать после каждой потуги, детально описать прием родов, приемы защиты промежности, механизм родов.

Зарегистрировать рождение ребенка, время, оценка по шкале Апгар, степень доношенности, антропометрические данные. Подробно описать первичный туалет новорожденного.

Третий период родов:

Следить за признаками отделения последа, особенностями отделения и выделения его, объемом кровопотери, проводить профилактику кровотечения, провести оценку целостности последа, зафиксировать длительность 3-го периода родов.

Ранний послеродовой период:

Осмотр родовых путей (шейки матки, влагалища), промежности, состояние матки, состояние родильницы, объем кровопотери.

Послеродовой период:

Ведутся ежедневные записи, отражающие состояние родильницы, степень инволюции матки. характер лохий, становление лактации, состояние молочных желез.

Назначения.

Выписной эпикриз.

### **23. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА И ПРОВЕДЕНИЕ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА (ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К РОДАМ).**

В задачу санитарно-просветительной работы акушерско-гинекологических учреждений входит пропаганда знаний, направленных на обеспечение нормального течения беременности, родов и послеродового периода, рождения здорового доношенного ребенка, на предупреждение и снижение гинекологической заболеваемости.

Основная цель работы среди беременных и родильниц – повышение санитарной культуры и воспитание ответственного отношения к своему здоровью для благоприятного исхода беременности и родов и нормального течения послеродового периода, обучение правилам вскармливания новорожденного и ухода за ним.

Ответственным за санитарно-просветительную работу в родильном доме является главный врач. Он составляет тематический и календарный план работы. План составляется с учетом условий жизни населения, уровня санитарной культуры, соматической и инфекционной заболеваемости.

Примерный перечень тем для санитарно-просветительной работы:

1. Алкоголизм и беременность.
2. Вред аборта.
3. Современные средства планирования семьи.
4. Профилактика венерических заболеваний.

5. Профилактика злокачественных заболеваний.

6. Важность регулярного наблюдения в женской консультации при беременности.

7. О рациональном питании беременных.

Санитарно-просветительная работа среди беременных предусматривает: ознакомление с изменениями, происходящими в организме при беременности. Факторами, благоприятно и отрицательно влияющими на течение беременности и развитие плода; знакомство с гигиеническими правилами в различные сроки беременности, включая правила личной гигиены и подготовку молочных желез к кормлению ребенка, диету, режим труда и отдыха, гигиеническую гимнастику, гигиену половой жизни; разъяснение значения систематического медицинского наблюдения за течением беременности и развитием плода; ознакомление с основами ухода за новорожденным; физиопсихопрофилактическую подготовку к родам.

Психопрофилактическая подготовка к родам заключается в том, чтобы путем словесного действия создать более правильные функциональные взаимоотношения между корой головного мозга и подкорковыми образованиями, снизить возбуждение в подкорковых центрах и уравновесить процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Цель подготовки – устранить страх перед родами и другие отрицательные эмоции, возникающие во время беременности, выработать и закрепить представления о родовом акте как о физиологическом и неболезненном процессе, воспитать новое положительное чувство, связанное с предстоящим материнством.

Занятия по психопрофилактической подготовке к родам проводит врач в специально оборудованной комнате. Психопрофилактическую подготовку необходимо сочетать с физическими упражнениями, которые рекомендуется проводить с самого начала беременности.

## Литература

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Акушерство и гинекология. Практикум / Т.Е. Белокриницкая и др. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – 416 с.
3. Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 656 с.