

Методические указания к практическому занятию по теме: «Послеродовый период: ранний и поздний. Инволюция в системах женского организма. Лактация. Особенности ведения раннего и позднего послеродового периодов. Период новорожденности. Понятие. Транзиторные состояния новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития плода»

Цель: изучить физиологию и особенности ведения раннего и позднего послеродового периодов, механизмы инволюции в системах женского организма, физиологию периода новорожденности.

Задачи: рассмотреть физиологию и тактику ведения послеродового периода, изучить инволютивные процессы в системах организма женщины, особенности лактации, вопросы послеродовой контрацепции, физиологию периода новорожденности.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, самостоятельная работа – изучение учебной и научной литературы, подготовка учебной ЛКК.

Иметь представление об организации медицинской помощи родильницам в раннем и позднем послеродовом периоде, помощи новорожденным при развитии транзиторных состояний, об инволютивных процессах в организме женщины, о методах оценки лактации, о вопросах послеродовой контрацепции на фоне лактации и при ее отсутствии.

Ординатор должен знать:

1. особенности физиологии раннего и позднего послеродового периода;
2. механизмы инволюции в системах женского организма в послеродовом периоде;
3. тактику ведения раннего послеродового периода;
4. тактику ведения позднего послеродового периода;
5. особенности физиологии и патологии лактации;
6. понятие «молочиво», «лактостаз»;
7. методы послеродовой контрацепции при лактации;
8. послеродовая контрацепция при отсутствии лактации;
9. понятия «транзиторные состояния новорожденных», «задержка развития плода»
10. основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь обследовать родильницу в раннем и позднем послеродовом периоде, оценивать характер лактации, обследовать молочную железу при лактации, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований в послеродовом периоде, оказывать неотложную помощь при лактостазе, назначать терапию при лактостазе. Должен уметь оценить состояние новорожденного, дифференцировать транзиторные состояния новорожденного.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования родильницы в раннем и позднем послеродовом периоде, оценивать характер лактации, методами обследования молочную железу при лактации, интерпретации данных основных лабораторных, инструментальных исследований в послеродовом периоде, оказания неотложной помощи при лактостазе, принципами терапии при лактостазе, критериями подбора методов послеродовой контрацепции.

Учебно-тематический план темы:
Клиническое практическое занятие – 4 часа
Самостоятельная работа – 2 час
Всего – 6 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор родильницы с лактостазом, субинволюцией матки
4. Клинический разбор новорожденного с транзиторным состоянием, задержкой развития.
5. Интерпретация исследований: клинического анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи, инструментальных исследований (данные УЗИ органов малого таза).
6. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при ведении раннего и позднего послеродового периода.
7. Разбор историй родов и послеродового периода, в ведении которых допущены типичные ошибки.
8. Ролевые игры: маршрут родильницы от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи), врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
9. Отработка практических навыков: обследование родильниц с обследованием молочных желез, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (УЗИ) методов исследований; обучение родильниц основам личной гигиены в послеродовом периоде, сцеживанию, уходу за молочной железой при лактации, методам послеродовой контрацепции.

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие «послеродовый период»
2. Понятие «транзиторное состояние новорожденного»
3. Дифференциальный диагноз лактостаза и серозного лактационного мастита
4. Послеродовая контрацепция при наличии и отсутствии лактации

Хронокарта клинического практического занятия по теме: **«Послеродовый период: ранний и поздний. Инволюция в системах женского организма. Лактация. Особенности ведения раннего и позднего послеродового периодов. Период новорожденности. Понятие. Транзиторные состояния новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития плода»**

	180 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	8 мин
Тестирование	18 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	36 мин

Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	90 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	18 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. Послеродовая контрацепция
2. Транзиторные состояния новорожденного

Основные темы докладов:

1. Синдром задержки развития плода и недоношенность.
2. Послеродовые кровотечения

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-5

1. Родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении после окончания родов в течение
 1. 30 минут
 2. 1 часа
 3. 2 часов
 4. 4 часов
 5. 6 часов

ПК-5

2. Необходимость тщательного наблюдения за родильницей в условиях родильного отделения в течение первых 2-х часов после родов связана с высокой степенью риска развития
 1. острой сердечной недостаточности
 2. послеродового кровотечения
 3. инфекционно-токсического шока
 4. острой дыхательной недостаточности
 5. эклампсии

ПК-5

3. Молозиво после родов вырабатывается в течение

1. 1-2 недель
2. 9-10 дней
3. 12-14 дней
4. 3-4 дней
5. 1-2 дней

ПК-5

4. Выраженное нагрубание молочных желез обычно наблюдается

1. во время беременности
2. на 1-2 сутки послеродового периода
3. на 3-4 сутки послеродового периода
4. на 5-6 сутки послеродового периода

ПК-5

5. В первые сутки послеродового периода дно матки обычно находится

1. на уровне пупка
2. на 2 см выше пупка
3. на 3 см ниже пупка
4. на середине расстояния между пупком и симфизом
5. на 13 см выше лонного сочленения

ПК-5

6. При нормально протекающем послеродовом периоде формирование внутреннего зева цервикального канала заканчивается

1. к 3-м суткам
2. к 10-м суткам
3. к 30-м суткам
4. к 21-м суткам
5. к концу послеродового периода

ПК-5

7. При нормальном течении родов и послеродового периода роженице можно разрешить вставать

1. через 2 часа после родов
2. через 6 часов после родов
3. через 24 часа после родов
4. через 36 часов после родов
5. через 48 часов после родов

ПК-5

8. В раннем послеродовом периоде нормальные выделения из матки (лохии)

1. сукровичные в умеренном количестве
2. кровянисто-серозные, обильные
3. серозные в умеренном количестве
4. кровянистые в умеренном количестве
5. кровянистые, обильные

ПК-5

9. О нормальной инволюции матки судят

1. по количеству лохий

2. по общему состоянию родильницы
3. по данным влагалищного исследования
4. по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий
5. по состоянию наружного зева цервикального канала

ПК-5

10. На 1-3 сутки послеродового периода лохии

1. кровянистые
2. серозно-кровянистые
3. серозные
4. слизистые
5. кровянисто-серозные

ПК-5

11. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

1. лечение кортикостероидными препаратами
2. использование пероральных контрацептивов в анамнезе
3. отягощенный аллергологический анамнез
4. наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы
5. наличие 3-х и более влагалищных исследований в родах

ПК-5

12. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

1. при гестозе
2. при гестационном сахарном диабете
3. при патологической кровопотере в родах
4. при использовании наружной кардиотокографии в родах
5. при продолжительности безводного промежутка свыше 12 часов

ПК-5

13. Послеродовый эндометриит

1. не имеет характерных эхографических признаков
2. всегда сопровождается лихорадкой
3. проявляется субинволюцией матки
4. является показанием к назначению утеронитических средств
5. диагностируется на основании положительных симптомов раздражения брюшины

ПК-5

14. Послеродовый лактационный мастит

1. обычно вызывается золотистым стафилококком
2. чаще является вторичным процессом
3. чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом
4. в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами
5. в большинстве случаев бывает двухсторонним

ПК-6

15. Профилактика послеродового лактационного мастита

1. должна начинаться в раннем послеродовом периоде
2. включает профилактическую обработку сосков молочных желез кремом декспантенол («бепантен») после каждого кормления
3. включает профилактику лактостаза

4. может включать назначение профилактической фитотерапии
5. включает УФО или дарсонвализацию сосков и ареол молочных желез

ПК-5

16. Лактационный мастит

1. обычно развивается на 2-4 неделе послеродового периода
2. не входит в статистический инфекционно-эпидемиологический отчет роддома, если болевание началось после выписки из стационара
3. на первой стадии развития требует только симптоматической терапии
4. в серозной стадии диагностируется редко
5. обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции

ПК-6

17. Оптимальными средствами для подавления лактации при абсцедирующем мастите являются

1. верошпирон
2. бромкамфора
3. бромокриптин (парлодел 2.5 мг/таб)
4. каберголин (достинекс 0.5 г/таб)
5. Прогестерон

ПК-6

18. Для лечения трещин сосков применяется

1. мазь календулы
2. крем декспантенол («бепантен»)
3. УФО сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней
4. временный отказ от кормления больной грудью
5. парентеральное использование антибиотиков

ПК-5

19. «Послеродовая язва»

1. возникает вследствие инфицирования трещин, разрывов слизистой вульвы, влагалища
2. проявляется нагноением швов
3. обычно не требует системной антибактериальной терапии
4. лечится местным применением антисептиков, УФО, лазеротерапии
5. является показанием для перевода в наблюдательное акушерское отделение

ПК-5

20. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

1. после продолжительных родов
2. после быстрых родов
3. после кровопотери свыше 0.5% массы женщины
4. после перинеоррафии
5. после запоздалых родов

ПК-5

21. Название "послеродовая язва" применяется к инфицированным

1. ранам промежности
2. ранам шейки матки
3. ранам стенок влагалища
4. ранам передней брюшной стенки после чревосечения
5. трещинам соска молочной железы

ПК-5

22. К диагностическим критериям послеродового сепсиса относятся

1. самочувствие больной
2. признаки синдрома системной воспалительной реакции
3. полиорганная недостаточность при выходе инфекционного процесса за пределы первичного очага
4. микробиологическая идентификация инфекционного возбудителя в крови
5. наличие первичного инфекционного очага

ПК-5,ПК-6

23. Родильница 23-х лет на третьи сутки после первых срочных родов, протекавших без осложнений, предъявляет жалобы: на повышение температуры тела до 39°C, выраженное нагрубание молочных желез.

Выберите тактику, исходя из необходимости дифференцированного диагноза между нагрубанием молочных желез и начинающимся маститом

1. назначить дегидратационную терапию
2. опорожнить молочные железы
3. назначить но-шпу, окситоцин
4. произвести УЗ-исследование молочных желез
5. выполнить клинический анализ крови

ПК-5

24. У родильницы на 16-й день послеродового периода отмечается: повышение температуры тела до 38°C, озноб, локальная болезненность при пальпации левой молочной железы.

Предположительный диагноз

1. нагрубание молочных желез (лактостаз)
2. серозный лактационный мастит
3. абсцесс молочной железы
4. гнойный мастит

Контрольные вопросы

1. Ведение раннего послеродового периода; ПК-6
2. Физиология послеродового периода; ПК-5
3. Лактационный мастит; ПК-5,ПК-6
4. Послеродовая контрацепция; ПК-6
5. Транзиторные состояния новорожденного; ПК-5
6. Диагностика синдрома задержки развития плода ПК-5

Ситуационные задачи.

ПК-5,ПК-6

Задача № 1

Первородящая 30 лет родоразрешена путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки в экстренном порядке, учитывая отсутствие эффекта от родовозбуждающей терапии при преждевременном излитии околоплодных вод (безводный промежуток составил 20 часов) и начавшейся гипоксии плода. Перед оперативным родоразрешением

применялись антибактериальные средства (цефалоспорины II поколения, в/м), температура тела – субфебрильная.

По истечении двух суток после операции у родильницы появился озноб, температура тела повысилась до 39°C. Затем выявлено нарастающее вздутие живота, появление рвоты зеленоватыми массами и застойным содержимым.

Объективно: состояние соответствует средней степени тяжести. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Кожные покровы бледноватые, лицо – гиперемировано. Язык обложен бурым налетом, сухой. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах. Перистальтика кишечника не выслушивается. Матка мягковатая, дно ее находится на уровне пупка, чувствительная при пальпации. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Из наружных половых путей – небольшие кровянистые выделения.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию в течение дальнейших 12 часов улучшения состояния родильницы не наступило. Температура тела оставалась высокой, тахикардия, отмечалась повторная рвота. Вздутие живота нарастало, перистальтические шумы не выслушивались. Постепенно нарастали боли в нижних отделах живота, где появился умеренно выраженный симптом Щеткина-Блюмберга. Выявлено укорочение перкуторного звука в отлогих местах живота. Суточный диурез составил 250 мл.

При повторном анализе крови: количество лейкоцитов $20 \times 10^9/\text{л}$, токсическая зернистость лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных – 12; сегментоядерных – 80), СОЭ – 58 мм/час.

1. Факторы риска возникновения гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения. Какие из них имелись у данной родильницы? Какой фактор родоразрешения объективно мог повлиять на возникновение осложнений?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Патогенетические варианты развития данного осложнения после операции кесарева сечения.
4. Принципы лечения и прогноз заболевания.

ПК-5, ПК-6

Задача № 2

Родильница 27 лет с ОАА (два искусственных аборта до 12 нед. срока), после первых срочных родов per vias naturales, протекавших на фоне длительного безводного промежутка и слабости родовой деятельности (преждевременное излитие вод, родостимулирующая терапия в I и во II периодах родов, ручное выделение задержавшейся дольки плаценты, кровопотеря – физиологическая), находится в отделении наблюдения по поводу наличия субинволюции матки. В ходе вечернего обхода дежурного врача на VII сутки послеродового периода предъявила жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 38,8°C. Катаральных явлений нет.

1. С какими заболеваниями могут быть связаны жалобы родильницы?

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. АД 110/60 мм рт.ст. Температура тела 38,8°C. Лактация достаточная, сцеживание молока – с затруднением. Обе молочные железы увеличены, упругие. На сосках молочных желез – трещины. В нижне-наружном квадранте правой молочной железы имеется инфильтрат размерами 5х3 см, умеренно болезненный при пальпации, кожные покровы над ним гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка плотная, дно ее на 2 п/п выше уровня лона, безболезненная при пальпации. Выделения – кровянисто-серозные, умеренные.

2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие причины могут приводить к развитию данного заболевания?
4. Лечебная тактика на данном этапе.

Учитывая сложившуюся клиническую ситуацию, планируемая выписка роженицы домой отложена. Через 3 дня, несмотря на проводимую антибактериальную и симптоматическую терапию, у роженицы вновь появился озноб, повышение температуры тела до $39,1^{\circ}\text{C}$, слабость, головная боль, усилились боли в правой молочной железе.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пульс 108 ударов в минуту, напряжен. АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, с белым налетом. Правая молочная железа увеличена, отечная, кожные покровы ее гиперемированы с участками цианоза. Наблюдается расширение подкожной венозной сети, лимфангит и лимфаденит. В нижне-наружном квадранте – определяется участок флюктуации, размерами 5x4x3 см, резко болезненный при пальпации. Сцеживание молока из правой молочной железы затруднено, болезненное.

Дополнительные лабораторные данные:

клинический анализ крови: лейкоциты $17,2 \times 10^9/\text{л}$, п-12%, л-8%, токсическая зернистость нейтрофилов; эритроциты $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb 100 г/л.

5. О чем свидетельствует клиническая симптоматика?
6. Какие принципы лечения заболевания на данном этапе?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения".) - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501969.html>
4. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>

б) дополнительная литература:

1. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html>
2. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

в) Электронные фонды учебно-методической документации

1. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»