



Кемеровская государственная медицинская академия

Г. А. Ушакова, Н. П. Григорук,
О. Н. Новикова, С.И. Ёлгина

КЛИНИЧЕСКИЕ ТРЕНИНГИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Кемерово
КемГМА
2009

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию
Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Г. А. Ушакова, Н. П. Григорук,
О. Н. Новикова, С. И. Ёлгина

КЛИНИЧЕСКИЕ ТРЕНИНГИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия
для системы послевузовского профессионального образования врачей

Кемерово
КемГМА
2009

УДК [618.1:618.2/7](075.8)

Ушакова Г. А., Григорук Н. П., Новикова О. Н., С. И. Ёлгина.
Клинические тренинги в акушерстве и гинекологии: уч. пособие для студентов медицинских вузов. – Кемерово: КемГМА. – 87 с.

В последнее время деловые и имитационные игры находят все более широкое применение в самых различных областях, в том числе и в медицине. Они используются для подготовки специалистов, для решения задач исследования, прогноза, апробирования намеченных нововведений, а также как способ коммуникации между специалистами разных областей. Основой разработки игры является создание имитационной и игровой моделей, которые должны органически накладываться друг на друга.

Деловые игры обладают мощным педагогическим потенциалом, поскольку дают возможность эффективного решения многоаспектных проблем за счет погружения участников игры в особую игровую атмосферу и одновременно втягивают их в решение не учебной, а совершенно реальной проблемы во всей ее сложности.

В настоящем учебном пособии представлены сценарии наиболее распространенных клинических ситуаций в акушерской и гинекологической практике; освещены преимущества активных игровых методов обучения, описана методика проведения игр.

Методические рекомендации предназначены для студентов медицинских вузов по специальности 060101 – «Лечебное дело».

Рецензенты:

Башмакова Н. В. – д. м. н., проф., зам. директора по НИР ФГУ «ГУНИИ ОММ Росмедтехнологий»;

Брюхина Е. В. – д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия».

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2009.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ	7
СЦЕНАРИИ ИГР	8
Клинически узкий таз, кесарево сечение	8
Вторичная слабость родовой деятельности. Акушерские щипцы	15
Гипотоническое кровотечение	23
Предлежание плаценты	32
Угрожающий разрыв матки	38
Физиологические роды	44
Внематочная беременность	56
Пельвиоперитонит	66
Пузырный занос	73
Ювенильное кровотечение	80
ЛИТЕРАТУРА	87

ПРЕДИСЛОВИЕ

Общеизвестно, что традиционная система обучения характеризуется прежде всего пассивным восприятием учебных сведений и направлена на получение знаний о предмете обучения, практическими же умениями овладевает далеко не каждый учащийся. Существующая сейчас система обучения со своими основными дидактическими принципами не ориентирована на управление развитием личности человека в процессе обучения, не обеспечивает формирования научно-теоретического мышления и, главное, не формирует самой способности учиться. Современное преподавание, как справедливо замечает В. В. Давыдов, осуществляется через наглядный показ образцов действий и их усвоение учащимися путем прямого подражания. «Конечно, отдельные учащиеся, – говорит В. В. Давыдов, – приобретают сродства творческого мышления и при нынешнем образовании, но все это происходит стихийно, весьма несовершенно, наперекор внутренним установкам традиционной системы обучения». Такое образование и обучение, начинающееся в начальной школе и продолжающееся в старших классах, институте и на всем пути дальнейшего образования человека, создает прочные, с трудом пересматриваемые репродуктивные и утилитарные формы деятельности и мышления.

В настоящее время интенсивно развиваются многообразные формы активного воздействия на образовательный процесс, среди которых следует выделить игровые формы обучения. Именно недостатки таких традиционных «вербальных» методов обучения, как лекции, семинарские занятия, вынудили искать новые способы и пути передачи знания, информации, опыта.

Деловые игры дают обучающий эффект благодаря присутствию почти во всех играх момента дискуссии, анализа и обсуждения участниками своих действий между собой и с координатором игры. Именно в этом моменте они действительно рефлексивно и исследовательски относятся к собственной деятельности и ее организации. То, насколько хорошо будет организована эта сторона игрового процесса, и определит меру эффективности формирования рефлексивно-мыслительного и исследовательского отношения к действительной профессиональной деятельности. Участники игры начинают отходить от узкопредметных вопросов и направляют свою активность на анализ и организацию коллективной деятельности в конкретных условиях игры, то есть осуществляют собственно игровую деятельность. Они переносят внимание с продуктов и результатов мыслительных действий на процессы, способы и логику.

Деловые игры направлены на обучение технике принятия решения, умениям на практике применять теоретические знания, полученные на

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ

Этапы подготовки деловой игры:

1. Знакомство участников игры с тематикой, целями и задачами предстоящей игры, необходимым объемом исходных теоретических знаний и практических умений, полученных на предыдущих курсах и предшествующих занятиях по специальности.
2. Краткое знакомство со сценарием деловой игры.
3. Выбор координатора игры.
4. Распределение ролей (с учетом пожеланий участников), описание в индивидуальном порядке инструкций игрокам.
5. Создание обстановки, максимально приближенной к реальной действительности.
6. Организация технического обеспечения в зависимости от вида игры.
7. Для оценки степени участия игроков подготовка цветных карточек в необходимом количестве (на одного игрока около десяти карточек разных цветов).
8. Консультирование играющих по возникшим вопросам проведения игры.

Проведение игры

1. Проведение игры соответственно принятому сценарию, вступление игроков по ходу игрового процесса или самостоятельно с учетом сложившейся клинической ситуации, или по распоряжению координатора игры.
2. Разрешение «конфликтных» ситуаций.
3. В процессе проведения игры играющим выдаются цветные карточки соответственно «заработанным» баллам.
4. Оценка игроками собственных действий и действий других участников, обсуждение «конфликтных» ситуаций.
5. Заключение координатора игры с балльной оценкой каждого игрока на основе полученных цветных карточек (определение среднего балла).

СЦЕНАРИИ ИГР

Клинически узкий таз, кесарево сечение

I. Выбор и обоснование темы

Одной из причин нарушения физиологического течения родов являются аномалии костного таза.

Несмотря на значительное снижение частоты грубо деформированных тазов и больших степеней его сужения, проблема узкого таза не потеряла своей актуальности в связи с возрастающей частотой общего и генитального инфантилизма, увеличением частоты крупного плода.

Ведение родов при узком тазе является одним из наиболее трудных разделов акушерства в связи с возможностью ряда осложнений для матери и для плода. Роды у женщин с узким тазом могут осложняться тяжелой травмой плода, и особенно его головного мозга; травмами родовых путей матери; сопровождаются увеличением оперативного родоразрешения; являются одной из причин послеродовых гнойно-септических осложнений, что находит свое отражение в структуре материнской и перинатальной смертности.

В акушерстве существует понятие анатомически узкого таза и клинически узкого таза. Если первый характеризуется уменьшением одного или нескольких размеров таза на 1,5–2 см и более, то для клинически узкого таза характерно несоответствие головки плода (крупные размеры, гидроцефалия, разгибательные вставления) размерам суженного или даже нормального таза. Иногда его обозначают как «неадекватный таз».

Диагноз клинически узкого таза устанавливается в родах. Существует три степени несоответствия головки плода и таза матери. Если при I степени несоответствия роды через естественные родовые пути возможны, то при II и III степени показано кесарево сечение.

Знание признаков несоответствия, умение своевременно сориентироваться в постановке диагноза позволяют избежать тяжелых осложнений для матери и для плода.

II. Цели игры:

- создание модели профессиональной деятельности в реальной ситуации;
- формирование клинического мышления в созданной конкретной обстановке;
- освоение диагностических навыков и методики кесарева сечения нафантоме.

III. Исходные знания и умения для участия в игре

1. Для участия в игре студентам необходимо знать:

- анатомическое строение и размеры женского таза по плоскостям, строение матки, топографию органов малого таза, кровоснабжение матки;

VII. Заключение

В конце игры проводится обсуждение: выслушивается мнение всех участников, отмечаются положительные и отрицательные моменты, даются рекомендации по совершенствованию игры.

Преподаватель проводит итоговую оценку игры вообще и каждого участника конкретно.

Вторичная слабость родовой деятельности. Акушерские щипцы

I. Выбор и обоснование темы

Слабость сократительной деятельности матки является наиболее частым осложнением родового процесса и влечет за собой развитие других патологических состояний у матери и плода.

Частота данной патологии колеблется в значительных пределах от 1,6 до 12,2 %. Обусловлено это в основном тем, что часто не регистрируется как патология те случаи, когда получен хороший лечебный эффект и продолжительность родов не превышала физиологическую.

Нарушение сократительной деятельности матки нередко требует оперативного родоразрешения. Наиболее часто это кесарево сечение или наложение акушерских щипцов. Наблюдающееся при слабости родовой деятельности затяжное течение родов повышает риск развития септических послеродовых заболеваний. Причем риск подобных осложнений в несколько раз выше, чем при физиологической длительности родов.

Слабость родовой деятельности ведет к увеличению заболеваемости и смертности детей в постнатальном периоде. У каждой третьей женщины со слабостью родовой деятельности отмечается патологическая кровопотеря в родах.

Все сказанное свидетельствует о значимости данной проблемы.

II. Цель игры

Приобретение навыков по диагностике слабости родовой деятельности, выбору консервативного или оперативного метода родоразрешения, развития клинического мышления.

III. Исходные знания и умения, необходимые для участия в игре:

1. К началу проведения учебной игры студенту необходимо знать:

- физиологию сократительной деятельности матки;
- кровоснабжение и иннервацию матки;
- строение тазового дна;
- фармакологическое действие половых гормонов, тономоторных средств;
- влияние перенесенных аборт, воспалительных процессов в миометрии;
- клинику, течение и ведение физиологических родов;
- различные положения головки в малом тазу во время родов;

Вводная № 3

За две тракции извлечена головка до теменных бугров. Последующее рождение плода произошло без затруднений. Родилась девочка массой 3600 г, с однократным обвитием пуповиной вокруг шеи. Состояние ребенка: частота с/б 120 ударов в минуту, совершает дыхательные движения, но не кричит, на отсасывание слизи из полости носа и рта реагирует гримасой, мышечный тонус снижен, кожные покровы розовые, но цианоз конечностей.

Ребенок передан неонатологу, состояние в динамике нормализовалось.

Под в/в наркозом произведено ручное отделение плаценты и удаление последа, ревизия стенок матки, матка цела. Шейка матки осмотрена в зеркалах, повреждений нет. Целость промежности восстановлена послойно. Общая кровопотеря – 350 мл.

Оцените правильность наложения щипцов, дайте оценку новорожденному по шкале Апгар, сформулируйте заключительный диагноз.

Таблица 16

1. Где на головке новорожденного видны следы ложек.	Ложки легли бипариетально в проекции большого косого размера головки.
2. Оценка новорожденного по шкале Апгар.	6 баллов, что свидетельствует об умеренной асфиксии.
3. Заключительный диагноз.	Беременность 40 недель. Срочные роды. Головное предлежание, вторая позиция, передний вид. ОАГА. Вторичная слабость родовой деятельности. Острая гипоксия плода. Выходные акушерские щипцы, ручное отделение плаценты, выделение последа, ревизия полости матки. Эпизиотомия, ушивание промежности.

VII. Заключение

Преподаватель благодарит студентов, принимавших активное участие в игре. По маркерам оценивает каждого участника.

Несмотря на недостатки (отмечает их), основные цели игры достигнуты.

Приобретены практические навыки в диагностике аномалий родовой деятельности, принципах ее лечения, технике наложения щипцов (на фантоме), оценке состояния новорожденного.

Гипотоническое кровотечение

I. Выбор и обоснование темы

Гипотонические кровотечения являются одной из актуальнейших проблем в акушерстве. Несмотря на совершенствование медицинских знаний, частота гипотонических кровотечений остается примерно на

Пациентка оставляется под наблюдение анестезиолога в операционной на продленной ИВЛ, продолжающейся инфузионной терапии.

VIII. Заключение

Уважаемые коллеги, вы смогли показать хорошую теоретическую подготовку, сумели профессионально подойти к решению вопросов диагностики и тактики серьезной акушерской патологии – гипотоническом кровотечении.

Своими правильными действиями вы подтвердили способность справиться с экстремальной ситуацией. Проведенная работа принесла вам удовлетворение, цель игры достигнута.

Во время операции дополнительная кровопотеря составила 500 мл, диагноз гипотонии матки подтвержден, операция протекала без технических сложностей и осложнений.

Женщина через час переведена в палату реанимации в удовлетворительном состоянии со стабильными показателями гемодинамики. Выписана на восьмые сутки в удовлетворительном состоянии с ребенком.

Основываясь на наличии маркеров и активности студентов, преподаватель оценивает каждого участника игры. Проводится анализ ошибок, если таковые имелись.

Предлежание плаценты

I. Выбор и обоснование темы

Под предлежанием плаценты (*placenta praevia*) понимается неправильное прикрепление плаценты, при котором она располагается в области нижнего сегмента матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев. Согласно литературе, данная патология наблюдается у 0,2–0,9 % беременных.

Предлежание плаценты чаще возникает у повторнобеременных и повторнородящих, перенесших ранее аборт, послеабортные и послеродовые септические заболевания. На основании этого считается, что главной причиной неправильного прикрепления плаценты являются дистрофические изменения слизистой оболочки матки. К другим причинам можно отнести: пороки развития матки, наличие подслизистой миомы матки или рубца после перенесенной операции на матке; у первобеременных – половой инфантилизм.

Среди причин акушерских кровотечений предлежание плаценты занимает одно из ведущих мест. Наиболее часто маточное кровотечение возникает во второй половине беременности, что связано с преждевременной отслойкой предлежащей плаценты в результате дистракции мышечных волокон в области нижнего сегмента матки при ее сокращениях. Кровотечение может остановиться вследствие тромбоза сосудов и прекращения отслойки плаценты. Характерны повторные

Таблица 29

Диагноз	Беременность 35 недель. Положение плода продольное, предлежание тазовое. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Привычное невынашивание. Прогрессирующая отслойка предлежащей плаценты. Геморрагический шок I стадии. Острая гипоксия плода.
Тактика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая кровотечение, связанное с отслойкой предлежащей плаценты, геморрагический шок I стадии, решено в экстренном порядке начать операцию кесарева сечения под ЭТН с одновременным восполнением кровопотери. 2. В данном случае (в связи с расположением плаценты в области нижнего сегмента матки, в целях избежания дополнительной кровопотери) целесообразно делать корпоральное кесарево сечение. 3. Во время кесарева сечения нужно быть готовым к затруднениям, которые могут возникнуть при отделении плаценты. 4. После отделения плаценты оценить сократительную функцию матки, провести профилактику гипотонического послеоперационного кровотечения введением утеротоников.

Родился ребенок с признаками недоношенности, массой 2500 г, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов (вероятно, за счет воздействия наркоза).

Общая кровопотеря составила около 1100 мл, что соответствует 20 % от исходного ОЦК.

Объем инфузионной терапии должен превышать кровопотерю в 1,5 раза и составлять 1700 мл. Соотношение инфузионных сред: 1/3 – кристаллоидные растворы, 1/3 – коллоидные, 1/3 – эритроцитарная масса.

VIII. Заключение

После завершения деловой игры оценить игру персонажей: их грамотность, последовательность действий. Оценить правильность ответов на вопросы участников и их активность.

Студенты дают собственную оценку проведенной игре, отмечают положительные моменты, дают рекомендации по отношению к тому, что нужно улучшить.

Угрожающий разрыв матки

I. Выбор и обоснование темы

Разрыв матки является самой тяжелой травмой родовых путей, сопровождающейся высокой материнской и перинатальной смертностью. Частота данной патологии составляет 0,1–0,05 % к общему числу родов.

Несмотря на совершенствование организации оказания помощи беременным в амбулаторных условиях (диспансеризация в группе риска), улучшение качества помощи в родах, внедрение современных технологий в процесс обследования, существенного уменьшения частоты разрывов матки не отмечается.

VIII. Заключение

Уважаемые коллеги, вы смогли показать хорошую теоретическую подготовку, сумели профессионально подойти к решению вопросов диагностики и тактики самой серьезной акушерской патологии – разрыва матки.

Своими правильными действиями вы подтвердили способность справиться с экстремальной ситуацией в виде угрожающего разрыва матки. Проведенная работа принесла вам удовлетворение, цель игры достигнута.

Во время операции диагноз угрожающего разрыва матки подтвержден, что выражалось в значительном истончении нижнего сегмента матки, высоком стоянии контракционного кольца.

Извлечен мальчик массой 3900 г в состоянии умеренной асфиксии (оценка по шкале Апгар на первой минуте – 6 баллов). После проведенного лечения – 8 баллов. Операция протекала без осложнений, кровопотеря составила 800 мл.

Основываясь на наличии маркеров и активности студентов, преподаватель оценивает каждого участника игры. Проводится анализ ошибок, если таковые имелись.

Приложение:

- данные УЗИ, КТГ;
- фишки разных цветов.

Физиологические роды

I. Выбор и обоснование темы

Роды – физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности. Срочными считаются роды на 37–42-й неделе, преждевременными – от 22 до 37-й недели, запоздалыми – после 42-й недели.

До настоящего времени причины наступления родовой деятельности остаются не вполне ясными, хотя выяснение причин возникновения и развития регулярной родовой деятельности позволило бы решить ряд важных акушерских проблем (перенашивание беременности, преждевременные роды, аномалии родовой деятельности и другие). Современные исследования позволяют считать, что причины наступления родов множественны; роды возникают в результате физиологических изменений, возникающих в нервной, эндокринной, половой и других системах организма беременной.

К концу беременности и началу родов у женщины наблюдается преобладание процессов торможения в коре головного мозга и повышение возбудимости подкорковых структур, повышается уровень эстрогенов и снижается содержание прогестерона, которые через систему нуклеиновых кислот активируют синтез актомиозина, усиливают синтез катехоламинов,

Осмотр родовых путей	Осмотр шейки матки в зеркалах с помощью двух «окончатых» зажимов. Осмотр сводов и стенок влагалища, слизистой вульвы и области промежности.
Оценка кровопотери	Подсчет величины кровопотери.
Профилактика гипотонического кровотечения	Наружный массаж матки, холод на низ живота, внутривенное введение 1,0 мг метилэргометрина на 20 мл 5 %-ного раствора глюкозы.

VIII. Заключение

В заключение преподаватель подводит итоги деловой игры, оценивает в целом правильность действий каждого игрока, подробно объясняет имеющиеся ошибки, к каким последствиям могла бы привести та или иная неверная тактика.

Внематочная беременность

I. Выбор и обоснование темы

Частота внематочной беременности по отношению к общему числу гинекологических заболеваний составляет около 6 % и не имеет тенденции к снижению, более того, некоторые авторы отмечают ее учащение: 84,3 % всех случаев внематочной беременности наблюдается у женщин в возрасте 20–35 лет, наиболее же часто эктопическая беременность встречается в период от 26 до 35 лет (67,1 %). Частота повторной трубной беременности, по данным разных авторов, колеблется от 4 до 12 %.

К развитию внематочной беременности приводят причины, нарушающие нормальную функцию маточных труб. Основной причиной нарушения функции маточной трубы являются анатомические изменения в ее стенке или окружающих тканях и органах, которые чаще всего являются следствием разнообразных воспалительных процессов. Перенесенные воспалительные процессы половых органов занимают первое место среди причин внематочной беременности. Воспалительный процесс повреждает ткани трубы. Повреждение слизистой оболочки приводит к спаечным процессам внутри трубы с формированием сужений, карманов. Повреждение мышечной оболочки нарушает сократительную функцию трубы, а повреждение воспалительным процессом серозной оболочки трубы приводит к образованию спаек и сращений ее с окружающими органами, образованию перегибов, закрытию абдоминального конца трубы. Одновременно в значительной степени повреждается нервный аппарат стенки трубы, что нарушает ее функциональное состояние. На функции труб сказывается нарушение функции яичников при воспалительном процессе в них. Значительное место отводится искусственному аборту как причине патологических изменений в трубах и яичниках.

Пельвиоперитонит

I. Выбор и обоснование темы

Интерес к проблеме воспалительных заболеваний половых органов связан с их частотой, «омоложением». Несвоевременное или неадекватное лечение воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО) приводит к хроническим процессам и является причиной бесплодия, внематочных беременностей, тазовых болей, причиняющих страдание и инвалидизирующих женщин в возрасте социальной активности. Несмотря на применение новых медикаментозных препаратов, частота ВЗПО не имеет тенденции к снижению.

Больные с ВЗПО составляют 60–65 % гинекологических больных, обращающихся в женскую консультацию, и 30 % среди направляемых на стационарное лечение. Рост ВЗПО женщин является следствием возрастающей миграции населения, урбанизации, изменения полового поведения молодежи, проституции.

Спектр микробной флоры, вызывающей ВЗПО женщин, весьма разнообразен. Не потеряла своего значения гонококковая инфекция. По-прежнему велика роль стафилакокков и кишечной палочки. За последние годы заметно увеличилась доля неспорообразующих анаэробных микробов. Несомненна роль хламидийной инфекции. В современных условиях к развитию ВЗПО приводит смешанная флора, в том числе ассоциации анаэробов, гонококков, хламидийной инфекции.

По топографическому принципу ВЗПО подразделяется на:

1. Воспаление наружных половых органов: вульвит, фуникулит вульвы, бартолинит, абсцесс бартолиновой железы преддверия влагалища, уретрит, скенеит.

2. Воспаление влагалища и внутренних половых органов: вагинит, вагиноз, цервицит, эндоцервицит, эндометрит, метроэндометрит, параметрит, абсцесс матки, сальпингит, перисальпингит, оофорит, периоофорит, сальпингооофорит – аднексит, аднекстумор, абсцесс трубы, пиосальпинкс, абсцесс яичника, tuboовариальный абсцесс, параметрит, тазовый целлюлит, тазовая флегмона, абсцесс малого таза, тазовый перитонит, целлюлит, фасциит, миозит, флегмона таза, генерализированная инфекция (разлитой перитонит, сепсис, инфекционно-токсический шок).

С позиций клиники и патофизиологии выделяют стадии: острую, подострую, хроническую, резидульную, «следовых реакций».

Гинекологический перитонит при ВЗПО может иметь следующие формы:

- местный: ограниченный (абсцесс) и неограниченный;
- распространенный: разлитой и диффузный.

По характеру выпота различают серозный, фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный, геморрагический и гнилостный перитонит.

3. Наметьте план лечения после стихания острого процесса, дайте рекомендации при выписке.

Таблица 57

План лечения	1. Через 3–5 дней при улучшении состояния можно добавить к лечению физиопроцедуры: УФО «трусиковой» области, затем электрофорез цинка на низ живота. 2. Коррекция биоценоза влагалища (свечи с лактобактерином, бифидобактерином, наринне, ацилакт по 1 во влагалище № 10–14). 3. Терапия дисбактериоза (кисломолочные продукты с содержанием бифидобактерий). 4. Рассасывающая терапия (алоэ – 1,0 в/м, фибс – 1,0, тромболизин – 2,0 в/м через день № 10–15).
Рекомендации	1. Половой покой 1 месяц. 2. Наблюдение гинеколога. 3. Контроль мазков на гонорею трижды с провокацией. 4. Контрацепция 3–6 месяцев гормональными препаратами (можно мерсилон, марвелон, тримерси, диана-35 в зависимости от фенотипа). 5. ФТО: ультразвук на низ живота № 10–15 или индуктотермия № 10–15. 6. Санаторно-курортное лечение – лечебные грязи, бальнеотерапия.

VIII. Заключение

В заключение преподаватель подводит итоги деловой игры, оценивает в целом правильность действий каждого игрока, подробно объясняет имеющиеся ошибки и к каким последствиям могла привести та или иная неверная тактика.

Пузырный занос

I. Выбор и обоснование темы

Пузырный занос – изменение ворсинчатой оболочки, в основе которого лежит перерождение ворсин хориона. Отмечается резкий отек стромы ворсин и превращение самих ворсин в пузырьки. Конгломераты пузырьков по внешнему виду напоминают гроздь винограда. Нередко в центре пузырного заноса имеются остатки плодного яйца, иногда – частицы распадающихся тканей зародыша.

При микроскопическом исследовании обнаруживается резкое уменьшение количества кровеносных сосудов в строме ворсин хориона и выраженная пролиферация эпителия ворсин. Синцитий, покрывающий пузырьки, обладает способностью не только к пролиферации, но также и к ферментативному расплавлению децидуальной оболочки. Поэтому

Ювенильное кровотечение

I. Выбор и обоснование темы

Под ювенильным кровотечением следует понимать расстройство менструального цикла у девочек периода полового созревания, проявляющееся маточными кровотечениями ациклического или циклического характера. Встречаются подобные кровотечения у 2–3 % девочек, чаще в возрасте 13–14 лет. Существует большое количество этиологических факторов. Они могут быть предрасполагающими: осложнения течения беременности и родов у матери, конституциональные особенности, инфекционные заболевания, неблагоприятные бытовые условия и другое; обуславливающими: нарушения функции ЦНС, нарушения метаболизма эстрогенов; разрешающими: психические потрясения, физические перегрузки, простудные заболевания, обострения очагов хронической инфекции.

В основе патогенеза ювенильных кровотечений лежат нарушения функции яичников, чаще всего на почве ановуляции. Большое значение имеет повышенная чувствительность рецепторов эндометрия к эстрогенам.

Ювенильные кровотечения чаще всего наблюдаются при первых месячных и в течение первого года становления менструального цикла, при этом кровотечение может быть внезапным, а кровопотеря достигать значительной степени.

При целенаправленном патогенетическом лечении прогноз при ювенильных кровотечениях благоприятный, но примерно в 30 % случаев возникают рецидивы кровотечений. Лечение должно проводиться в 2 этапа. На первом этапе необходима возможно быстрая остановка кровотечения, на втором – регуляция менструальной функции, общеукрепляющее лечение.

При столкновении в практической деятельности с подобным осложнением необходимо правильно выбрать метод остановки кровотечения, настроить пациентку на важность реабилитации и регуляции менструального цикла в амбулаторных условиях.

II. Цели игры

1. Создание для студента реальной модели профессиональной деятельности в конкретной экстренной ситуации.

2. Формирование у студента клинического мышления в диагностике и лечении urgentных состояний.

3. Освоение студентом навыков применения диагностических исследований и методов остановки кровотечения в период полового созревания.

III. Исходные знания и умения для участия в игре

1. Для участия в игре студентам необходимо знать:

– анатомию внутренних половых органов;

Учебное издание

*Ушакова Галина Александровна
Григорук Надежда Петровна
Новикова Оксана Николаевна
Ёлгина Светлана Ивановна*

Клинические тренинги в акушерстве и гинекологии

*Корректор, технический редактор – Аносова К. М.
Художественный редактор – Сапова Т. А.
Ответственный редактор – Ушакова Г. А.*

Подписано в печать 03.09.2008. Тираж 100 экз. Формат 21×30½.
Условных печатных листов 5,1. Печать трафаретная.