

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Уральский государственный медицинский университет»

**ОРГАНИЗАЦИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПРИ ОСВОЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Методические рекомендации

Екатеринбург
2016

УДК 618
ББК 57.1:57.16
О641

*Печатается по решению
Центрального методического совета УГМУ
(протокол № 4 от 24.02.2016)*

*Ответственный редактор
д-р мед. наук Т.А. Обоскалова*

*Рецензент
д-р мед. наук В.И. Коновалов*

О641 *Организация самостоятельной работы студентов при освоении дисциплины «Акушерство и гинекология» [Текст] : методические рекомендации / под ред. Т. А. Обоскаловой; ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург : Издательство УГМУ, 2016. — 56 с. — ISBN 978-5-89895-772-8.*

Настоящие методические рекомендации созданы для студентов лечебно-профилактического, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов, обучающихся по дисциплине «Акушерство и гинекология». В них включены основные требования по выполнению самостоятельной работы: реферата, эссе, презентаций, отчета о дежурстве, историй родов, историй болезни гинекологической больной, решению ситуационной задачи, санитарно-просветительской работы. Методические рекомендации подготовлены с учетом требований Федеральных государственных образовательных стандартов, письма Минобразования РФ от 27 ноября 2002 года № 14-55-906 ин/15 «Об активизации самостоятельной работы студентов высших учебных заведений» и Положения о самостоятельной работе студентов в УГМУ.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ	4
2. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ: ВИДЫ, ВАРИАНТЫ, ОРГАНИЗАЦИЯ И КОНТРОЛЬ	5
3. ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.	10
3.1. Доклад	10
3.2. Мультимедийная презентация (в Microsoft Power Point)	14
3.3. Реферат	19
3.4. Эссе.	24
3.5. История родов и история гинекологического стационарного больного	26
3.6. Ситуационная задача	38
3.7. Отчет по дежурству	41
3.8. Санитарно-просветительская работа (оформление стенда, плаката, санитарного бюллетеня).	42
4. ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение 1..	45
Приложение 2.	46
Приложение 3.	47
Приложение 4.	48
Приложение 5.	49
Приложение 6.	52

ВВЕДЕНИЕ

Высокий уровень знаний, академическая и социальная мобильность, профессионализм, готовность к самообразованию и самосовершенствованию являются самыми востребованными качествами специалистов. В связи с этим должны измениться подходы к планированию, организации учебно-воспитательной работы, в том числе и самостоятельной работы студентов. Прежде всего, это касается изменения характера и содержания учебного процесса, переноса акцента на самостоятельный вид деятельности, который является не просто самоцелью, а средством достижения глубоких и прочных знаний, инструментом формирования у студентов активности и самостоятельности. Студент при самостоятельной работе становится активным субъектом обучения, что означает: способность занимать в обучении активную позицию; готовность мобилизовать интеллектуальные и волевые усилия для достижения учебных целей; умение планировать и прогнозировать учебную деятельность; привычку инициировать свою познавательную деятельность на основе внутренней положительной мотивации; осознание своих потенциальных учебных возможностей и психологическую готовность составить программу действий по саморазвитию.

Целью методических рекомендаций является организация, управление и обеспечение эффективности самостоятельной работы студентов в процессе обучения.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ: ВИДЫ, ВАРИАНТЫ, ОРГАНИЗАЦИЯ И КОНТРОЛЬ

Существует несколько видов самостоятельной работы, предлагаемых студентам, виды и примеры которой представлены в таблице 1.

Таблица 1

Виды самостоятельной работы студентов

<i>Виды</i>	<i>Примеры</i>
Репродуктивная	Повторение учебного материала к занятию; самостоятельный просмотр, прочтение и конспектирование учебной литературы; прослушивание, запоминание, заучивание и пересказ видеозаписей лекций, представленных на специализированных медицинских сайтах.
Познавательно-поисковая	Написание рефератов; подготовка устных докладов, мультимедийных докладов; подготовка выступлений на практических и семинарских занятиях, проработка литературы по дисциплинарным проблемам, участие в научно-исследовательской работе (УИР) — подготовка теоретического доклада по материалам литературы, перевод научной информации; написание истории болезни курируемого на цикле больного; написание ситуационной задачи и ее решение; дежурство с представлением отчета; подбор литературы и разработка библиографических указателей по предложенным темам; перевод научной медицинской информации; информационно-техническая помощь кафедре.
Творческая	Изготовление и техническое участие в подготовке наглядного материала к занятиям и просветительской работе (таблицы, схемы, слайды, фото, фильмы, мультимедийные лекции); подготовка мультимедийных докладов, научных статей, эссе; информационно-техническая помощь кафедре.

Варианты самостоятельной работы для студентов, обучающихся дисциплине «Акушерство и гинекология», учитываемые при получении баллов в соответствии с балльно-рейтинговой системой:

1. Выступление с докладом.
2. Создание мультимедийной презентации.
3. Написание реферата.
4. Написание эссе.
5. Написание ситуационной задачи и ее решение.
6. Написание истории болезни курируемой на цикле пациентки.
7. Дежурство с представлением отчета.
8. Изготовление и техническое участие в подготовке наглядного материала к занятиям и просветительской работе (таблицы, схемы, слайды, фото, фильмы, мультимедийные лекции).
9. Участие студентов в клинических и инструментальных исследованиях с заполнением медицинской документации (КТГ, партограмма, выписка из истории гинекологического больного).
10. Отработка практических навыков и умений, включенных в перечень балльно-рейтинговой системы оценки знаний студента, в Центре Практика.

Варианты самостоятельной работы для студентов, обучающихся дисциплине «Акушерство и гинекология», учитываемые для получения премиальных баллов:

1. Научно-исследовательская работа, в том числе: работа в архиве ЛПУ с последующим анализом полученной информации, статистическая обработка материалов (представление доклада на конференциях различного уровня, написание статьи).
2. Участие в олимпиаде по акушерству и гинекологии (вузовской, межвузовской).
3. Подбор литературы и разработка библиографических указателей по всем темам учебного плана, тематике научных исследований кафедры (работа студентов в отделе научно-медицинской информации и патентном отделе является существенной помощью кафедре).

4. Перевод иностранной научной медицинской литературы.
5. Информационно-техническая помощь кафедре.

Этапы выполнения самостоятельной работы:

- 1-й этап — определить цели самостоятельной работы;
- 2-й этап — конкретизировать познавательные (практические или проблемные) задачи;
- 3-й этап — оценить собственную готовность к самостоятельной работе по решению познавательных задач;
- 4-й этап — выбрать оптимальный способ действий (технологии, методы и средства), ведущий к достижению поставленной цели через решение конкретных задач;
- 5-й этап — спланировать (самостоятельно или с помощью преподавателя) программу самостоятельной работы;
- 6-й этап — реализовать программу самостоятельной работы;
- 7-й этап — представить отчет о проделанной работе вышеперечисленными способами.

Планирование и контроль преподавателем самостоятельной работы студентов необходим для ее успешного выполнения. Преподаватель заранее планирует систему самостоятельной работы, учитывает все ее цели, формы, отбирает учебную и научную информацию и методические средства коммуникаций, продумывает свое участие и роль студента в этом процессе. Вопросы для самостоятельной работы студентов, указанные в рабочей программе дисциплины, предлагаются преподавателями в начале изучения дисциплины. Студенты имеют право выбирать дополнительно интересующие их темы для самостоятельной работы.

Ориентировочное содержание деятельности преподавателя и студента при выполнении самостоятельной работы представлено в таблице 2.

Таблица 2

Содержание деятельности при выполнении самостоятельной работы

<i>Основные характеристики</i>	<i>Деятельность преподавателя</i>	<i>Деятельность студентов</i>
Цель выполнения СР	<p>Объяснить смысл и цель самостоятельной работы.</p> <p>Дать подробный инструктаж о требованиях, предъявляемых к самостоятельной работе и методах ее выполнения.</p> <p>Продемонстрировать образец самостоятельной работы.</p>	<p>Понять и принять цель самостоятельной работы как лично значимую.</p> <p>Познакомиться с требованиями и образцами самостоятельной работы.</p>
Мотивация	<p>Раскрыть теоретическую и практическую значимость выполнения самостоятельной работы.</p> <p>Сформировать познавательную потребность студента и готовность к выполнению самостоятельной работы; мотивировать студента на достижение цели.</p>	<p>Сформировать у себя познавательную потребность в выполнении самостоятельной работы.</p> <p>Сформировать целевую установку и принять решение о выполнении самостоятельной работы.</p>
Управление	<p>Осуществлять управление через воздействие на каждом этапе процесса выполнения самостоятельной работы.</p> <p>Дать оптимальные технологии выполнения самостоятельной работы.</p>	<p>Самому осуществлять управление самостоятельной работой (проектировать, планировать, рационально распределять время и т.д.) на основе предложенных технологий.</p>

<p>Контроль и коррекция выполнения</p>	<p>Осуществлять входной контроль, предполагающий выявление начального уровня готовности студента к выполнению самостоятельной работы.</p> <p>Наметить дальнейшие пути выполнения самостоятельной работы.</p> <p>Осуществлять итоговый контроль конечного результата выполнения самостоятельной работы.</p>	<p>Осуществлять текущий и итоговый операционный самоконтроль за ходом выполнения самостоятельной работы.</p> <p>Самоанализ, исправление допущенных ошибок и внесение корректив в работу.</p> <p>Ведение поиска оптимальных способов выполнения самостоятельной работы.</p> <p>Осуществлять рефлекссию к собственной деятельности.</p>
<p>Оценка</p>	<p>Давать оценку самостоятельной работе на основе сличения результата с образцом.</p> <p>Давать методические рекомендации по выполнению самостоятельной работы, выявлять затруднения и типичные ошибки, подчеркивать положительные и отрицательные стороны.</p> <p>Устанавливать уровень и определять степень продвижения студента, формируя тем самым у него мотивацию достижения успеха в учебной деятельности.</p>	<p>Дать оценку собственной работе, своим познавательным возможностям и способностям, сопоставляя достигнутый результат с целью самостоятельной работы.</p>

3. ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

3.1. Доклад

Доклад — это развернутое устное сообщение, посвященное заданной теме, сделанное публично, в присутствии слушателей. Основным содержанием доклада может быть описание состояния дел в какой-либо научной или практической сфере, авторский взгляд на ситуацию или проблему, анализ и возможные пути решения проблемы.

Темами доклада обычно являются вопросы, не освещенные в полной мере или вообще не рассматриваемые на лекциях, предполагающие самостоятельное изучение студентами.

Доклад изначально планируется как устное выступление и должен соответствовать определенным критериям. Для устного сообщения недостаточно правильно построить и оформить письменный текст, недостаточно удовлетворительно раскрыть тему содержания. Устное сообщение должно хорошо восприниматься на слух, а значит, должно быть интересно подано аудитории. Для представления устного доклада необходимо составить тезисы — опорные моменты выступления (обоснование актуальности, описание сути работы, основные термины и понятия, выводы), ключевые слова, которые помогут логичнее изложить тему. Во время выступления можно опираться на пояснительные материалы, представленные в виде слайдов, таблиц, схем, рисунков, фотографий или фильмов. Это поможет более ярко и четко изложить материал, а слушателям наглядно представить и полнее понять проблему, о которой идет речь в докладе.

Тезисы доклада являются самостоятельной разновидностью научной публикации и представляют собой текст небольшого объема, в котором кратко сформулированы основные положения доклада. Тезисы обычно имеют объем до 2-х страниц, содержат в себе самые существенные идеи, сохраняют логику доклада и его основное содержание.

Этапы подготовки к докладу:

- выбрать вместе с преподавателем тему;
- ознакомиться с методическими указаниями по данному вопросу;
- изучить тему по базовому учебнику и учебно-методическому пособию;
- вычленить основные идеи будущего выступления;
- прочесть рекомендуемую по данной теме литературу;
- составить план доклада или сообщения;
- выявить ключевые термины темы и дать их определение с помощью словарей, справочников, энциклопедий;
- составить тезисы выступления;
- подобрать примеры и иллюстративный материал (по многим темам доклад уместно сопровождать показом презентаций Power Point);
- подготовить текст доклада (сообщения);
- проконсультироваться при необходимости с преподавателем;
- отрепетировать выступление с целью определить его длительность (например, перед товарищем по группе или перед зеркалом).

Рекомендуемая продолжительность доклада составляет 10 минут. Печатный текст доклада должен составлять 3—5 печатных листов. Данный объем текста обеспечит выступление студента в течение 7—10 минут в соответствии с регламентом. Следовательно, необходимо тщательно отбирать материал для доклада, не перегружая его лишней информацией. Очень важно уложиться в отведенное для доклада время. Если вас прервут на середине доклада, то вы не сможете сообщить самого главного — результатов вашей самостоятельной работы, что отрицательно отразится на качестве выступления и существенно снизит оценку. После выступления докладчика предусматривается время для его ответов на вопросы аудитории и для резюме преподавателя.

Структура публичного выступления

В классической риторике сложилась трехчастная структура развернутого устного выступления: вступление, основная часть, заключение.

Вступление — это способ привлечения внимания слушателей к обсуждаемой теме, их включение в проблематику выступления. Оно обычно составляет одну восьмую часть всего времени доклада. Любое выступление начинается с формулировки темы. Нет единых правил по составлению вступления. Часто в нем показывают значение избранной темы в общественной жизни, ее место в общественном сознании. Отмечаются актуальность, личные мотивы избрания данной темы, степень ее разработанности в трудах специалистов.

Основная часть речи посвящается раскрытию темы и содержит изложение сведений и доказательства. Высказываемые мысли должны удовлетворять логичным требованиям, быть связанными друг с другом, вытекать одна из другой.

Заключение должно быть кратким и ясным. Оно не содержит новых, дополнительных сведений или мыслей. Заключение призвано напомнить слушателям основное содержание речи, ее главные выводы (на слух не все хорошо запоминается с первого раза). В заключении можно выразить слушателям благодарность за внимание.

Успешность выступления. Удержание внимания слушателей зависит от динамичности движений выступающего, его мимики, жестов, повышения и понижения голоса, дикции, тембра голоса, использования пауз. Выразительная жестикуляция оживляет речь, а частые и однообразные жесты раздражают слушателей. Удерживают внимание аудитории убедительные примеры, сравнения, иллюстрации, метафоры, цитаты. Они вызывают интерес слушателей, помогают установить контакт с ними, выяснить их позицию.

Принципы успешного выступления

1. Начинать подготовку к выступлению нужно за несколько дней, а не накануне. Это позволяет в должной мере изучить тему, понять ее, почувствовать себя в ней уверенно, а не лихорадочно заучивать текст в последний момент.
2. Речь надо репетировать, по меньшей мере, один раз, а лучше — дважды или трижды.
3. Перед репетицией на листе бумаги составляют план речи, заранее обдумывая основные элементы ее структуры. Для короткого выступления — это перечень основных мыслей в нужной последовательности, для более обстоятельного —

развернутый план, отражающий завершённую форму будущей речи.

4. Для большого выступления готовят конспект — несколько листов бумаги, которые удобно держать в руке. Они содержат необходимый фактический и справочный материал: цифры, цитаты, примеры, доказательства.
5. Репетировать речь нужно как целое, а не отдельными фрагментами. Менять последовательность изложения, дополнять или сокращать содержание, если в том есть необходимость, лучше при следующей репетиции. Это позволяет воспроизвести ситуацию реального выступления.
6. Репетируя, не надо заучивать фразы или отдельные обороты речи. Целью является запоминание идей, а не их языковой формы. Выступая, надо беседовать со слушателями, а не декламировать текст наизусть.
7. При каждой репетиции речь получается немного новой, как правило, улучшенной. Репетируя, обращаются к написанному плану только в том случае, если забывают ход мысли.
8. Произнося пробную речь, по возможности представляют себе обстоятельства будущего выступления — помещение, слушателей.
9. На листке плана удобно оставить широкие поля — на них можно записать опорные (ключевые) слова, по которым легко восстановить в памяти весь соответствующий раздел. На основной же части листка можно записать конспект выступления.

Критерии оценки:

10. Практическая значимость работы.
11. Использование презентации.
12. Оригинальность работы.
13. Соответствие результатов работы современным тенденциям развития науки.
14. Глубина изучения состояния проблемы.
15. Использование современной научной литературы при подготовке работы.
16. Ответы на вопросы слушателей.
17. Логика изложения доклада, убедительность рассуждений.

18. Структура работы (имеются: введение, цель работы, постановка задач, решение поставленных задач, выводы).

Типичные ошибки:

1. Несоблюдение регламента.
2. Преобладание введения (актуальности) над содержанием и заключением.
3. Отсутствие знаний по излагаемому вопросу, что выясняется при ответе на вопросы.
4. Чтение доклада «с бумажки» или представление всего текста доклада на слайдах мультимедийной презентации.
5. Отсутствие четких фактов и данных, излишняя эмоциональность при изложении темы.
6. Выход за пределы рассматриваемой темы.
7. Отсутствие четкого плана изложения материала.
8. Излишнее дробление рассматриваемых вопросов (в докладе не должно быть более пяти основных положений, иначе внимание слушателей рассеивается).
9. Перескакивание с одного вопроса на другой.

3.2. Мультимедийная презентация (в Microsoft Power Point)

Презентация дает возможность наглядно представить аудитории инновационные идеи, разработки и планы. Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студента, с помощью которой он наглядно демонстрирует материалы публичного выступления перед аудиторией.

Компьютерная презентация — это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд автоматически в отличие от текстового документа. Студенту — автору презентации — необходимо уметь распределять материал в пределах слайда и грамотно размещать отдельные объекты. В этом ему может помочь целый набор готовых объектов: пиктограмм, геометрических фигур, текстовых окон, элементов анимации, аудио- и видеофрагментов, способных не только существенно украсить презентацию, но и повысить ее информативность.

Бесспорными достоинствами презентации является то, что она помогает самому выступающему не забыть главное и точнее расставить акценты, а также возможность при необходимости быстро вернуться к любому из ранее просмотренных слайдов или буквально на ходу изменить последовательность изложения материала. При необходимости можно переслать файл презентации по электронной почте, опубликовать в Интернете или сделать сообщение дистанционно.

Одной из основных программ для создания презентаций в мировой практике является программа Power Point компании Microsoft.

Структура презентации

Удерживать активное внимание слушателей можно не более 15 минут, следовательно, при среднем расчете времени просмотра — 1 минута на слайд, значит, количество слайдов не должно превышать 15-ти.

Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя. На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации. Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы. На заключительный слайд выносятся самое основное, главное из содержания презентации.

Рекомендации по оформлению презентаций в Microsoft Power Point

Макет презентации должен быть оформлен в строгой цветовой гамме. Соблюдайте единый стиль оформления. Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации (цветы, салюты и т.д.). Вспомогательная информация (управляющие кнопки) не должна преобладать над основной информацией (текст, рисунки). Рекомендуется использовать не более 3 цветов на одном слайде: один для фона, один для заголовков, один для текста. Фон не должен быть слишком ярким или пестрым (яркие картины, фотографии). Для фона выбирайте более холодные и бледные тона (белый, бледно-серый, бледно-бежевый). Для фона и текста используйте контрастные цвета. Текст должен хорошо читаться. Одни и те же элементы на разных слайдах должны быть одного цвета.

Шрифты не должны быть слишком вычурными, витиеватыми или угловатыми. Выбирайте сглаженные шрифты, например Arial: их легче читать с большого расстояния. Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одной презентации. Размер шрифта для заголовков — не менее 24, для информации — не менее 18. Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).

Каждый слайд должен содержать заголовок. В конце заголовков точка не ставится. В заголовках должен быть отражен вывод из представленной на слайде информации. Заголовки должны привлекать внимание аудитории.

Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка. Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние $\frac{3}{4}$ площади слайда (экрана), поскольку нижняя часть экрана плохо просматривается с последних рядов.

На слайде следует помещать не более 10 строк и не более 5 — 7 слов в предложении. Расположение информации на странице предпочтительно горизонтальное. Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней.

Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.

Для иллюстрации наиболее важных фактов следует использовать рамки, границы, заливку, разные цвета шрифтов, штриховку, стрелки, рисунки, диаграммы, схемы.

Для обеспечения разнообразия следует использовать разные виды слайдов: с текстом, с таблицами, с диаграммами.

Порядок и принципы выполнения компьютерной презентации

Перед созданием презентации необходимо четко определиться с целью создаваемой презентации, построить вступление и сформулировать заключение, придерживаться основных этапов и рекомендуемых принципов ее создания.

Основные этапы работы над компьютерной презентацией

1. Спланируйте общий вид презентации по выбранной теме, опираясь на собственные разработки и рекомендации преподавателя.
2. Распределите материал по слайдам.
3. Отредактируйте и оформите слайды.
4. Задайте единообразный анимационный эффект для демонстрации презентации.
5. Распечатайте презентацию.
6. Прогоните готовый вариант перед демонстрацией с целью выявления ошибок.
7. Доработайте презентацию, если возникла необходимость.

Основные принципы выполнения и представления компьютерной презентации

- Помните, что компьютерная презентация не предназначена для автономного использования, она должна лишь помогать докладчику во время его выступления, правильно расставлять акценты.
- Не усложняйте презентацию и не перегружайте ее текстом, статистическими данными и графическими изображениями. Наиболее эффективная презентация Power Point – простая презентация.
- Не читайте текст на слайдах. Устная речь докладчика должна дополнять, описывать, но не пересказывать, представленную на слайдах информацию.
- Дайте время аудитории ознакомиться с информацией каждого нового слайда, а уже после этого давать свои комментарии показанному на экране. В противном случае внимание слушателей будет рассеиваться.
- Делайте перерывы. Не следует торопиться с демонстрацией последующего слайда. Позвольте слушателям подумать и усвоить информацию.
- Предложите раздаточный материал в конце выступления, если это необходимо. Не делайте этого в начале или в середине доклада, т.к. все внимание должно быть приковано к вам и к экрану.

- Обязательно отредактируйте презентацию перед выступлением после предварительного просмотра (репетиции).

Критерии оценки:

1. Практическая значимость работы.
2. Оригинальность работы.
3. Соответствие результатов работы современным тенденциям развития науки.
4. Глубина изучения состояния проблемы.
5. Использование современной научной литературы при подготовке.
6. Ответы на вопросы слушателей.
7. Логика изложения презентации, убедительность рассуждений.
8. Структура презентации.
9. Оформление презентации.

Результат работы студента оценивается преподавателем по балльной системе.

Презентация должна быть проведена в установленный преподавателем срок. В случае несвоевременного представления работы презентация не проверяется преподавателем и не засчитывается как выполненная.

Типичные ошибки:

1. Яркий или пестрый фон.
2. Крайне нечитабельное сочетание ярких цветов фона (красный, зеленый, синий, оранжевый, черный) и текста (белого, красного, зеленого или синего цвета).
3. Нечитабельная информация (очень много мелкого шрифта или неконтрастный цвет).
4. Не стоит заполнять один слайд слишком большим объемом информации: люди могут одновременно запомнить не более трех фактов, выводов, определений. Объем презентации должен составлять не менее 10, но не более 20 слайдов.
5. При добавлении рисунков, схем, диаграмм, снимков экрана (скриншотов) необходимо проверить текст этих элементов на наличие ошибок.
6. Необходимо проверять правильность написания названий улиц, фамилий авторов методик и т.д.

7. Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами — это отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда. Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект либо перелистывайте вручную.

3.3. Реферат

Реферат (от лат. *referre* — докладывать, сообщать) — краткое точное изложение сущности какого-либо вопроса, темы на основе одной или нескольких книг, монографий или других первоисточников. Современные требования к реферату — точность и объективность в передаче сведений, полнота отображения основных элементов как по содержанию, так и по форме. Цель реферата — не только сообщить о содержании реферируемой работы, но и дать представление о вновь возникших проблемах соответствующей отрасли науки.

Реферат должен содержать основные фактические сведения и выводы по рассматриваемому вопросу. Темы рефератов представлены в рабочей программе дисциплины, но по желанию студента и согласованию с преподавателем студент имеет право выполнить реферат по инициативной теме.

Реферат выполняет следующие функции: информативная, поисковая, справочная, сигнальная, индикативная, коммуникативная. Степень выполнения этих функций зависит от содержательных и формальных качеств реферата, а также от того, кто и для каких целей их использует.

Язык реферата должен отличаться ясностью, точностью, краткостью и простотой. Содержание следует излагать объективно от имени автора. При оценке реферата учитывается качество представления и реферирования прочитанной литературы. Данные особенности следует учитывать при представлении материалов самостоятельных работ в электронном виде для консультации или предварительной проверки.

Оформление содержания реферата

1. Общий объем реферата должен быть в пределах 10 — 18 печатных страниц.
2. Microsoft Office Word в настоящее время является основным редактором, применяемым для создания различных текстовых документов.

3. Печатный вариант работы выполняется на белой бумаге формата А4 (210 x 297 мм). Текст работы излагается на одной стороне листа. Все линии, цифры, буквы и знаки работы должны быть черного цвета.
4. Текст реферата, рисунки, формулы, таблицы, а также номера страниц не должны выходить за пределы двухсантиметровой рамки листа А4.
5. Номера страниц должны быть проставлены внизу по центру. При использовании текстового редактора Word для выполнения этих условий необходимы следующие настройки: размер бумаги — А, поля слева, сверху, справа — по 2 см, нижнее поле — 3 см, расстояние от нижнего края страницы до нижнего колонтитула — 2 см, номер страницы — внизу по центру.
6. Основной текст реферата быть должен быть набран шрифтом Times New Roman, размер 14 пт, начертание обычное, через полуторный интервал, выравнивание по ширине страницы. Для оформления таблиц и подписей к рисункам допускается Times New Roman, размер 12 пт.
7. Название каждой главы начинается с новой страницы, объем главы не может быть меньше 5 страниц.
8. Заголовки и подзаголовки должны быть выделены и отличаться от основного текста (шрифтом, жирностью, курсивом и пр.). Подзаголовки следует отделять от основного текста сверху двумя строками, снизу — одной.
9. В тексте необходимые сокращения при первоначальном употреблении должны быть расшифрованы.
10. Каждый рисунок, график или таблица в реферате должны быть пронумерованы и иметь заголовки или подпись.
11. При наличии в реферате ссылок на использованные научные или нормативные источники ссылки должны быть оформлены в соответствии с установленной формой по ГОСТ.
12. Реферат должен быть переплетен в обложку или помещен в папку-скоросшиватель.

Структура реферата

1. Титульный лист (заполняется по единой форме, см. Приложение 1).

2. После титульного листа на отдельной странице следует оглавление (план, содержание), в котором указаны названия всех разделов (пунктов плана) реферата и номера страниц, указывающие начало этих разделов в тексте реферата. После оглавления следует введение. Объем введения составляет 1,5 — 2 страницы.
3. Основная часть реферата может иметь одну или несколько глав, состоящих из двух-трех параграфов (подпунктов, разделов) и предполагает осмысленное и логичное изложение главных положений и идей, содержащихся в изученной литературе.
4. В тексте обязательны ссылки на первоисточники. В том случае, если цитируется или используется чья-либо неординарная мысль, идея, вывод, приводится какой-либо цифровой материал, таблица, обязательно делается ссылка на автора заимствованного материала.
5. Заключение содержит главные выводы и итоги из текста основной части, в нем отмечается, выполнены ли задачи и достигнуты ли цели, сформулированные во введении.
6. Приложение может включать графики, таблицы, расчеты.
7. Библиография (список литературы). Указывается использованная для написания реферата литература. Список составляется согласно правилам библиографического описания.

Этапы работы над рефератом

1. Подготовительный этап работы. Формулировка темы.

Подготовительная работа над рефератом начинается с формулировки темы. Тема выражает содержание будущего текста, фиксируя как предмет исследования, так и его ожидаемый результат. Заинтересованность автора в проблеме определяет качество проводимого исследования и, соответственно, успешность его защиты. Выбирая круг вопросов своей работы, не стоит спешить пользоваться списком тем, предложенных преподавателем. Надо попытаться сформулировать проблему своего исследования самостоятельно. При определении темы реферата нужно учитывать и его информационную обеспеченность. С этой целью, во-первых, можно обратиться к библиотечным каталогам, а во-вторых, проконсультироваться с преподавателем и библиотекарем.

Подготовительный этап работы завершается созданием конспектов, фиксирующих основные тезисы и аргументы.

2. Создание текста. Общие требования к тексту.

Текст реферата должен подчиняться определенным требованиям: он должен раскрывать тему, обладать связностью и цельностью. Универсальный план текста, помимо формулировки темы, предполагает изложение вводного материала, основного текста и заключения. Все научные работы — от реферата до докторской диссертации — строятся по этому плану, поэтому важно с самого начала научиться придерживаться данной схемы.

Требования к введению. Введение — начальная часть текста. Оно имеет своей целью сориентировать читателя в дальнейшем изложении. Во введении аргументируется актуальность исследования, то есть выявляется практическое и теоретическое значение данного исследования. Далее констатируется, что сделано в данной области предшественниками. Перечисляются положения, которые должны быть обоснованы. Введение может также содержать обзор источников или экспериментальных данных, уточнение исходных понятий и терминов, сведения о методах исследования. Во введении обязательно формулируются цель и задачи реферата. Объем введения — в среднем около 10% от общего объема реферата.

Требования к основной части реферата. Основная часть реферата раскрывает содержание темы. Она наиболее значительна по объему, наиболее значима и ответственна. В ней обосновываются основные тезисы реферата, приводятся развернутые аргументы, предполагаются гипотезы, касающиеся существа обсуждаемого вопроса. Изложение материала основной части подчиняется собственному плану, что отражается в разделении текста на главы, параграфы, пункты.

Требования к заключению. Заключение — последняя часть реферата. В ней в краткой и сжатой форме излагаются полученные результаты, представляющие собой ответ на главный вопрос исследования. Здесь же могут намечаться и дальнейшие перспективы развития темы. Небольшое по объему сообщение также не может обойтись без заключительной части — пусть это будут две-три фразы. Но в них должен подводиться итог проделанной работы.

Требования к списку использованной литературы. Реферат любого уровня сложности обязательно сопровождается списком используемой литературы. Названия книг в списке располагают по порядку упоминания в тексте с указанием выходных данных использованных книг, а также источников, нормативных актов (см. ГОСТ).

Критерии оценки:

- знание фактического материала, усвоение общих представлений, понятий, идей;
- правильность формулирования цели, определения задач исследования, соответствие выводов решаемым задачам, поставленной цели, убедительность выводов;
- полнота раскрытия темы, логичность и последовательность изложения материала, корректность аргументации и системы доказательств, характер и достоверность примеров, иллюстративного материала;
- использование литературных источников;
- культура письменного изложения материала;
- культура оформления материалов работы.

Результат работы студента оценивается преподавателем по балльной системе.

Реферат должен быть представлен в установленный преподавателем срок. В случае несвоевременного представления работы реферат не проверяется преподавателем и не засчитывается как выполненный.

Типичные ошибки:

- недостаточное обоснование актуальности, практической и теоретической значимости полученных результатов, поверхностный анализ используемого материала;
- неглубокие критические оценки и рекомендации по решению исследуемой проблемы;
- поверхностные выводы и предложения;
- нарушение требований к оформлению реферата;
- использование информации без ссылок на источник.

3.4. Эссе

Эссе студента — это самостоятельная письменная работа на тему, предложенную преподавателем (тема может быть предложена и студентом, но обязательно должна быть согласована с преподавателем). Это вариант творческой работы, в которой должна быть выражена позиция автора по избранной теме в тексте небольшого объема, трактующей тему и представляющей попытку передать индивидуальные впечатления и соображения, так или иначе с ней связанные. Цель эссе состоит в развитии навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей.

Этапы работы при написании эссе

1. Внимательно прочитать тему эссе. Для того чтобы снять сомнения в том, правильно ли студент понимает тему, преподаватель может попросить студента своими словами переформулировать фразу, определив главную мысль.
2. Сформулировать предмет анализа в эссе или исходные тезисы.
3. Правильно подобрать и эффективно использовать необходимые источники (желательно, чтобы в их число входили первоисточники).
4. Критически проанализировать различные факты и оценить их интерпретацию.
5. Сформулировать собственные суждения и оценки, основанные на свидетельствах и тщательном изучении источника.

Структура эссе

1. Титульный лист (см. Приложение 1).
2. Краткое содержание. В нем необходимо кратко и четко определить тему и предмет исследования или основные тезисы; кратко описать структуру и логику развития материала, сформулировать основные выводы.
3. Введение. Во введении сформулируйте основную идею вашего будущего повествования. Постарайтесь привлечь внимание читающего чем-то захватывающим. В обязательном порядке студент должен высказать свое личное отношение к выбранной теме в четко выраженной формулировке («Я согласен», «Я не согласен», «Я не совсем согласен», «Я согла-

сен, но частично» либо подобными по значению и смыслу фразами). В обязательном порядке студент должен изложить свое понимание смысла высказывания.

4. Основная часть. Приведите аргументы в доказательство вашей основной мысли. Очень тщательно необходимо подходить к подбору аргументов для подтверждения своей точки зрения. Аргументы должны быть убедительными, обоснованными. В качестве аргументов используются данные соответствующих наук, исторические факты, факты из общественной и личной жизни. Количество аргументов в эссе не ограничено, но наиболее оптимальным количеством для раскрытия темы являются 3—5 аргументов. Приведите примеры из вашей жизни, не бойтесь вводить конкретные данные о вашей жизни, о себе, своей семье. Главное, чтобы это было уместно.
5. Заключение. Усильте основную мысль, выдвинутую вначале. Свяжите со вступлением и основной частью. В заключении следует четко выделить результаты исследования и полученные выводы, обозначить вопросы, которые не были решены, и новые вопросы, появившиеся в процессе исследования. Завершать эссе необходимо выводом, в котором кратко подводится итог размышлениям и рассуждениям: «Таким образом, на основании всего вышеизложенного можно утверждать, что автор был прав в своем высказывании».
6. Список литературы в соответствии с ГОСТ.

Завершив написание эссе, проведите проверку структуры и логической связи между частями: в едином ли стиле написано эссе. Уберите все лишнее, повествование должно получиться кратким и лаконичным.

Критерии оценки эссе:

- представление собственной точки зрения (позиции, отношения) при раскрытии проблемы;
- раскрытие проблемы на теоретическом (в связях и с обоснованиями) или бытовом уровне, с корректным использованием или без использования обществоведческих понятий в контексте ответа;

- аргументация своей позиции с опорой на факты общественной жизни или собственный опыт;
- использование литературных источников;
- культура письменного изложения материала;
- культура оформления материалов работы.

Результат работы студента оценивается преподавателем в соответствии с балльно-рейтинговой системой.

Эссе должно быть предоставлено в установленный преподавателем срок. В случае несвоевременного представления работы эссе не проверяется преподавателем и не засчитывается.

Типичные ошибки:

- недостаточное обоснование актуальности темы;
- поверхностный анализ используемого материала;
- неглубокие критические оценки;
- поверхностные выводы и предложения;
- нарушение требований к оформлению эссе;
- отсутствие фактического материала;
- отсутствие своего мнения или обоснования своего мнения по данной проблеме;
- использование информации без ссылок на источник.

3.5. История родов и история гинекологического стационарного больного

История родов, как и история гинекологической больной, является очень важным и ответственным вариантом самостоятельной работы студента, позволяющим продемонстрировать не только теоретические знания, но и клиническое мышление и умение общаться с пациентом.

Пациенты для написания историй выбираются преподавателем. Выбор данного варианта самостоятельной работы должен быть произведен в начале практических занятий, так как потребует длительного общения с пациентом и сбора последующей информации (в том числе результатов исследований). Сразу же оговариваются сроки выполнения работы.

Оформление истории

История представляется в печатном варианте на листах формата А4. Основной текст реферата быть должен быть набран шрифтом

Times New Roman, размер — 14 пт, начертание обычное, через полуторный интервал, выравнивание по ширине страницы. Пример оформления титульного листа представлен в Приложении 2. Количество страниц в истории определяется объемом излагаемой информации.

Критерии оценки истории:

- знание фактического материала, усвоение общих представлений, понятий, идей;
- правильность формулирования излагаемого материала и медицинских терминов;
- наличие клинического мышления;
- при обосновании диагноза и дифференциальном диагнозе – всесторонность раскрытия темы, логичность и последовательность изложения материала, корректность аргументации и системы доказательств;
- культура письменного изложения материала;
- культура оформления материалов работы;
- использование литературных источников.

Результат работы студента оценивается преподавателем по балльной системе.

История родов/гинекологического больного должна быть предоставлена в установленный преподавателем срок.

Типичные ошибки:

- примитивное «скачивание» материала из Интернета;
- списывание у своих коллег, описывающих ту же пациентку;
- отсутствие анализа проведенных исследований;
- отсутствие обоснования диагноза с использованием полученных фактов при обследовании пациента;
- несоблюдение структуры и плана написания истории.

Схема истории родов

I. Расспрос.

1. ***Жалобы:*** главные, второстепенные.

2. ***Анамнез жизни:***

а) место рождения, возраст матери и отца при рождении пациентки, развитие в детстве;

b) условия труда и быта (профессиональные вредности, санитарно-гигиенические условия на работе и в быту, профессиональные вредности, питание, отдых);

с) сведения о приеме наркотических препаратов;

d) группа крови, резус-фактор;

e) перенесенные заболевания, в т.ч. гепатит А, В, С, оперативные вмешательства: их течение, методы и сроки лечения, осложнения, гемотрансфузии, травмы;

f) аллергологический анамнез;

g) эпидемиологический анамнез (контакт с инфекционными больными, пребывание в странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в течение последних 3 лет);

h) семейный анамнез, наследственность (туберкулез, сифилис, психические, онкологические заболевания, диабет, многоплодие, заболевания сердечно-сосудистой системы — инсульт, инфаркт, тромбоз);

i) сведения о муже (возраст, состояние здоровья, вредные привычки, группа крови, резус-фактор).

3. Акушерско-гинекологический анамнез:

a) менструальная функция (возраст появления первой менструации, через какой промежуток времени установились регулярные менструации, тип и характер менструаций — периодичность, продолжительность, обильность, наличие болей и другое, изменения характера менструаций после начала половой жизни, родов, аборт, первый день последней менструации);

b) перенесенные гинекологические заболевания (время возникновения, длительность заболевания, лечение, исход);

с) половая функция (в каком возрасте началась половая жизнь, какой брак по счету, наличие болей и кровянистых выделений при половых сношениях);

d) контрацепция (методы, длительность использования);

e) детородная функция (паритет беременности и родов, срок от начала половой жизни до наступления первой беременности, течение и исход предыдущих беременностей в хронологической последовательности, характер предыдущих родов, масса и рост новорожденных, течение послеабортного и послеродового периодов).

4. *Течение настоящей беременности по триместрам:*

а) I триместр (первые 12 недель) — общие заболевания, осложнения беременности (лечение, госпитализация), прием лекарственных средств;

б) II триместр (13—28 недель) — общие заболевания и осложнения в течение беременности (лечение, госпитализация), прием лекарственных средств;

в) III триместр (29—40 недель) — заболевания и осложнения во время беременности (лечение, госпитализация), прием лекарственных средств;

д) даты: первой явки в женскую консультацию и срок установленной беременности; дата первого шевеления плода; дата предоставления дородового отпуска; расчет предполагаемого срока родов по дате последней менструации, первому шевелению плода, первой явке в женскую консультацию;

е) по данным обменной карты — результаты обследования в женской консультации и их интерпретация: прибавка массы тела (еженедельная и общая за беременность); в динамике уровень АД; общие анализы крови и мочи; биохимическое исследование крови; определение группы крови и резус-принадлежности; комплекс серологических реакций на сифилис, обследование на ВИЧ, гепатиты; обследование на латентные инфекции (TORCH); определение уровней гормонов (АФП, ХГ и др.), консультации специалистов, данные ультразвукового исследования; данные о проведении физио-психопрофилактической подготовки к родам;

ф) гравидограмма (см. Приложение 3);

г) тест шевеления плода (см. Приложение 4):

- Методика Cardiff:

Начиная с 9 утра, женщина должна лежа или сидя концентрироваться на движениях плода и зафиксировать, сколько времени уходит, чтобы насчитать 10 движений. Если плод не сделал 10 движений до 9 вечера, женщина должна обратиться к специалисту для оценки состояния плода;

- Методика Sadovsky:

В течение одного часа после приема пищи женщина должна, если возможно, лежа на левом боку, концентрироваться на движениях плода. Если пациентка не ощутила 4 движения в течение часа,

ей следует фиксировать их в течение второго часа. Если спустя два часа пациентка не ощутила 4 движений, она должна обратиться к специалисту;

h) оценка перинатальных факторов риска в баллах (см. Приложение 5).

5. **Результаты ранее проведенных ультразвуковых исследований (дата, срок, особенности).**

6. **Расчет предполагаемой даты родов:**

- по дате последней менструации;
- дате зачатия или овуляции;
- данным УЗИ (в сроки до 24 недель беременности).

II. Физические методы исследования.

1. **Оценка общего состояния:** состояние сознания, положение пациентки (активное, пассивное, вынужденное), телосложение (конституция, рост, масса тела), изменение лица (одутловатость, гиперемия, хлоазмы беременности, акромегалия и др.), вид языка, кожа и видимые слизистые (цвет, рубцы беременных, гнойничковые заболевания и др.), подкожно-жировая клетчатка, отеки, оволосение по женскому или мужскому типу, температура тела.

2. **Физические методы исследования экстрагенитальных систем** (частичный (локальный) осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация):

- дыхательная система (аускультация легких);
- система кровообращения (исследование пульса и артериального давления на периферических артериях, аускультация тонов сердца);
- система пищеварения (поверхностная пальпация живота, определение размеров печени). Обратите внимание, что при большом сроке беременности невозможно провести полный вариант пальпации. В этом случае возможна фраза «живот увеличен за счет беременной матки, пальпация органов брюшной полости затруднена»;
- система мочеотделения (проба поколачивания Пастернацкого).

3. *Акушерское исследование:*

а) обследование молочных желез: их развитие, состояние сосков, наличие отделяемого (молозива, молока) из сосков, консистенция, наличие уплотнений (мастопатия), состояние подмышечных лимфатических узлов;

б) осмотр (форма) и пальпация живота. При пальпации беременной матки также определяется ее тонус и возбудимость, в родах можно определить продолжительность, частоту и интенсивность родовых схваток. Во второй половине беременности применяют четыре приема наружного исследования Леопольда:

- первым приемом определяется часть плода, располагающегося в дне матки, высоту стояния дна матки (ВДМ) и форму дна матки;
- вторым приемом определяют положение и позицию плода, ход круглых маточных связок;
- третьим приемом определения является предлежащая часть плода и ее подвижность;
- четвертым приемом уточняется предлежащая часть плода, ее подвижность и уровень стояния по отношению к входу в малый таз;

с) исследование таза: крестцовый ромб (ромб Михаэлиса), *Distantia spinarum*, *Distantia cristarum*, *Distantia trochanterica*, *Conjugata externa*, высота лонного сочленения и лонный угол, прямой и поперечный размеры выхода малого таза;

д) производится измерение окружности живота (ОЖ) на уровне пупка и высота стояния дна матки (ВДМ) над лонным сочленением. Аускультация живота у беременных с 18—20 недель производится специальным акушерским стетоскопом с оценкой тонов плода, сосудистого шума в плаценте, шевеления плода и других шумов;

е) внутреннее акушерско-гинекологическое обследование:

- осмотр наружных половых органов (характер оволосения на лобке, отечность, опухоли, атрофия, пигментация вульвы, высота промежности, половая щель зияет или сомкнута, опущение стенок влагалища, состояние слизистой преддверия);
- исследование с помощью зеркал — патологические изменения шейки матки и слизистой влагалища;

- влагалищное исследование: ширина входа во влагалище, длина и ширина влагалища, глубина сводов, длина и состояние влагалищной части шейки матки, определение предлежащей части и ее положения по отношению к плоскостям малого таза. В родах определяется степень раскрытия маточного зева и целостность плодного пузыря. В заключение определяется состояние стенок таза и измеряется диагональная конъюгата, если мыс достигается. Оценка характера околоплодных вод и влагалищных выделений;
- ф) определение предполагаемой массы плода (на основе данных УЗИ, формулы Жордания, Якубовой):
 по И.Ф. Жордания $X = OЖ * ВДМ$;
 по З.Н. Якубовой $X = (OЖ + ВДМ) * 100 / 4$.

III. Лабораторные и инструментальные методы исследования с включением специальных акушерско-гинекологических методов.

1. Ультразвуковое исследование плода: положение, позиция, вид, предполагаемая масса плода, наличие обвития пуповины; объем околоплодных вод, локализация плаценты.
2. Ардитокографическое исследование.
3. Допплерометрия кровотока в системе «мать — плацента — плод».
4. Результаты клинических анализов крови, мочи, мазка из влагалища.
5. Дополнительные лабораторные методы исследования.
6. Дополнительные инструментальные методы исследования.

IV. Заключение консультантов.

V. Диагноз (на момент первого осмотра в начале первого периода родов).

VI. План ведения родов по периодам.

VII. Клиническая характеристика родов и послеродового периода у курируемой пациентки:

- 1 период: продолжительность фаз, характер родовой деятельности, процесс раскрытия шейки матки, излитие околоплодных вод, состояние роженицы и плода, признаки клиниче-

ского соответствия, проведенные манипуляции и операции (отразить клиническое течение и ведение родов в дневниках наблюдения и на партограмме).

- 2 период: продолжительность, биомеханизм родов, акушерское пособие, проведенные манипуляции и операции.
- 3 период: продолжительность, отделение и выделение плаценты, кровопотеря, проведенные манипуляции и операции.
- Клиническое течение раннего послеродового периода, назначения.

VIII. Новорожденный: состояние при рождении, первичный туалет.

IX. Заключительный диагноз.

X. Прогноз для родильницы и новорожденного.

XI. Список литературы (с указанием использованных страниц), например: Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие для студентов и ординаторов / под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 345—357.

Схема истории болезни гинекологической больной **I. Расспрос.**

1. *Паспортная часть*: Ф.И.О., возраст, место работы, профессия, местожительство.
2. *Жалобы*: главные, второстепенные.
3. *История развития настоящего заболевания*:
 - начало заболевания,
 - причины и условия, способствующие его развитию,
 - первые проявления и их характеристика,
 - проводимое ранее лечение,
 - при хронических заболеваниях — причины обострений, частота их и характер лечения,
 - изменения общего состояния (похудение, отеки, лихорадка и др.).

4. *Анамнез жизни:*
 - место рождения,
 - возраст матери и отца при рождении пациентки,
 - как развивалась в детстве,
 - жилищно-бытовые условия,
 - условия труда и профессиональные вредности,
 - перенесенные заболевания,
 - наличие наследственных заболеваний,
 - аллергический анамнез,
 - санитарно-эпидемиологический и экологический анамнез.
5. *Активный расспрос о состоянии основных систем:*
 - дыхательной,
 - сердечно-сосудистой,
 - пищеварительной,
 - мочевыводящей,
 - нервной.
6. *Акушерско-гинекологический анамнез:*

Менструальная функция: менструации с . лет, установились сразу или через какое-то время (через какое время установились); по . дней через . дней; обильные, умеренные или скудные; болезненные или безболезненные (указать время появления болей, их продолжительность, характер: схваткообразные, тянущие, ноющие); изменилась ли менструация после начала половой жизни, после родов, в чем выразились изменения; дата последней нормальной менструации (начало и конец ее), если она не была обычной, то чем отличалась.

7. *Секреторная функция (выделения)* — обычные светлые бели.
Если патологические:
 - когда появились патологические выделения;
 - количество (обильные, умеренные, скудные);
 - постоянные или периодические (если периодические, то связаны ли с менструацией);
 - характер выделений — их цвет (белый, желтый, зеленый, кровянистый);
 - запах (без запаха, с резким запахом);
 - раздражают ли окружающие ткани;

- консистенция (жидкие, густые, творожистые).
8. *Половая жизнь:*
- начало половой жизни;
 - живет ли регулярно половой жизнью;
 - имеет ли случайные половые связи;
 - есть ли боли, кровь при половых контактах;
 - предохранение от беременности.
9. *Детородная функция:*
- через какое время после начала половой жизни наступила беременность;
 - сколько было беременностей, перечислить все беременности в хронологическом порядке, как каждая из них протекала;
 - в отношении родов указать, нормальные или патологические;
 - вес ребенка при рождении, были ли акушерские операции, течение послеродового периода, жив ли ребенок;
 - в отношении абортов указать, самопроизвольный или искусственный, при каком сроке произошел или произведен аборт;
 - при самопроизвольном или внебольничном аборте отметить: было ли последующее выскабливание стенок полости матки, выяснить и отметить осложнения при производстве аборта, течение послеабортного периода.
10. *Перенесенные гинекологические заболевания (в том числе лечение и его результат).*

II. Физикальные методы обследования.

1. *Общий осмотр:*
- состояние сознания;
 - положение пациентки (активное, пассивное, вынужденное);
 - телосложение (конституция, рост, вес);
 - изменение лица (одутловатость, гиперемия, хлоазмы беременности, акромегалия и др.);
 - вид языка;
 - кожа и видимые слизистые (цвет, рубцы беременных, гнойничковые заболевания и др.);
 - подкожно-жировая клетчатка;
 - оволосение по женскому или по мужскому типу;
 - температура тела.

2. *Физические методы исследования экстрагенитальных систем:*
 - дыхательная система;
 - система кровообращения;
 - система пищеварения;
 - система мочеотделения.
3. *Гинекологические, физические методы обследования* (локальное, осмотр, пальпация, перкуссия):
 - обследование молочных желез: их развитие, состояние сосков, наличие отделяемого (молозива, молока) из сосков, консистенция, наличие уплотнений (мастопатия), состояние подмышечных лимфатических узлов;
 - обследование живота: производится частый (локальный осмотр живота, форма и участие в дыхании, пальпация живота). Перкуссия в гинекологической практике применяется с целью определения опухолей и опухолевидных образований, инфильтратов, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Аускультация живота у гинекологических больных проводится фонендоскопом с целью определения перистальтики кишечника у послеоперационных пациенток;
 - состояние наружных половых органов (наружные половые органы развиты правильно, характер оволосения (женский, мужской или смешанный тип), слизистая преддверия влагалища (цвет, состояние, характер отделяемого), половая щель сомкнута или зияет);
 - осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал: состояние стенок влагалища, цвет слизистой, наличие патологических изменений, форма шейки матки (коническая, цилиндрическая), наружный зев (точечный, щелевидный), характер влагалищных выделений;
 - двуручное влагалищное исследование: отмечается состояние влагалища, мышц тазового дна, состояние влагалищной части шейки матки (форма, поверхность, консистенция, болезненность при смещении, наружный зев закрыт или открыт), тело матки (положение, величина, форма, консистенция, подвижность, болезненность), придатков (размеры яичников, форма, болезненность), сводов влагалища, характер выделений.

III. Лабораторные и инструментальные методы исследования с включением специфических акушерско-гинекологических методов.

IV. Заключение консультантов.

V. Диагноз: основное и сопутствующие заболевания, осложнения.

VI. Обоснование диагноза и дифференциальная диагностика. Обоснование основного диагноза проводится на основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, гинекологического исследования, УЗИ органов малого таза и др. исследований, интраоперационных данных. Дифференциальная диагностика (перечисляются все заболевания, с которыми она проводится), затем излагается детально дифференциальная диагностика с одним из них у курируемой больной.

VII. Этиология и патогенез. Излагается этиология и патогенез вообще и в отношении курируемой больной.

VIII. Лечение и профилактика. Излагается лечение и профилактика данного заболевания, вообще указывается наиболее рациональная терапия курируемой больной.

IX. Дневник. Ежедневные записи в истории болезни по принятой в клинике форме с подробным указанием всех назначений — диетических, лекарственных и др.

X. Прогноз. Изложить прогноз в отношении:

- жизни,
- трудоспособности,
- менструальной функции,
- детородной функции,
- сексуальной функции.

XI. Эпикриз: в виде краткого резюме с указанием рекомендаций для данной больной после выписки.

XII. Список литературы с указанием использованных страниц,

например: Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие для студентов и ординаторов / под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 345—357.

3.6 Ситуационная задача

Ситуационные задачи — это задачи, позволяющие осваивать интеллектуальные операции последовательно, в процессе работы с информацией по следующим ключевым моментам: ознакомление — понимание — применение — анализ — синтез — оценка.

Специфика ситуационной задачи в том, что она носит ярко выраженный практико-ориентированный и интегративный характер, но для ее решения необходимо конкретное предметное знание.

Этапы решения ситуационной задачи

Вначале внимательно прочитайте всю информацию, изложенную в задаче, чтобы составить целостное представление о ситуации.

Еще раз внимательно прочитайте информацию. Выделите те абзацы, которые кажутся вам наиболее важными.

Постарайтесь сначала в устной форме охарактеризовать ситуацию. Определите, в чем ее суть, что имеет первостепенное значение, а что — второстепенное. Потом письменно зафиксируйте выводы.

Зафиксируйте все факты, которые относятся к этой проблеме (и те, которые изложены в ситуации, и те, которые вам известны из литературных источников и собственного опыта), в письменном виде. Так вы облегчите нахождение взаимосвязей между явлениями, которые описывает ситуация.

1. Сформулируйте основные положения решения, которое, на ваш взгляд, необходимо принять относительно изложенной проблемы.
2. Попытайтесь найти альтернативные варианты решения проблемы, если такие существуют.
3. Разработайте перечень практических мероприятий по реализации вашего решения. Попробуйте определить достоверность достижения успеха в случае принятия предложенного вами решения.
4. Изложите результаты решения задачи в письменной форме.

Схема написания решения ситуационной задачи:

1. Сформулируйте диагноз (основной, сопутствующий и пр.).
2. Представьте обоснование каждого из диагнозов на основании данных задачи.

3. Представьте перечень необходимых дополнительных исследований и обоснуйте каждое из исследований.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Обоснуйте каждый из выбранных методов лечения/препаратов.
6. При выборе операции — дайте название операции, показания к ее выполнению и ход ее проведения.
7. Сформулируйте прогноз: для жизни, для репродуктивной функции.

Ситуационная задача и пример решения (краткий):

На прием обратилась девушка 19 лет с жалобами на задержку менструации на 2 недели, боли внизу живота тянущего характера и «мажущими» кровянистыми выделениями из половых путей в течение 3 дней. В период задержки менструации периодически отмечала обморочные состояния, которые купировались самостоятельно.

Из анамнеза: менструации с 14 лет регулярные, через 28 дней по 5 дней, умеренно. Половая жизнь с 16 лет, контрацепция — прерванный половой акт.

Объективно: состояние удовлетворительное, бледная, температура тела 36,60 С, АД 100/50 мм рт. ст., пульс 92 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в левой подвздошной области.

Гинекологический осмотр, в зеркалах: шейка матки коническая, наружный зев сомкнут, слизистые влажлища и шейки матки сиюношного цвета, выделения «мажущие», кровянистые.

Гинекологический осмотр, бимануальное интравагинальное исследование: тело матки мягковатое, увеличено до 5 недель беременности, придатки справа увеличены, болезненны при смещении, придатки слева не увеличены, безболезненны. Задний свод влажлища нависает, резко болезненный при пальпации.

Диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?

Алгоритм решения:

Из условия задачи определяются два вида жалоб: боли внизу живота и «мажущие» кровянистые выделения на фоне задержки

менструации, что обуславливает остроту состояния пациентки. Ключевым моментом является задержка менструации и наличие половой жизни без достаточно надежной контрацепции, что наводит на мысль о возможной беременности.

Из клинических проявлений становится ясно, что течение беременности не нормальное и возможно развитие двух патологических состояний: прерывание маточной беременности и внематочная беременность.

Обращаемся к данным исследования. Из сочетания данных пульса и АД можно вычислить индекс Альговера: $92/100 = 1$, что соответствует легкой степени геморрагического шока. При гинекологическом обследовании обращает внимание сомкнутый зев и скудность выделений, что свидетельствует в пользу внематочной беременности. Эти данные подтверждаются увеличением матки, увеличением и болезненностью правых придатков и резкой болезненностью нависшего заднего свода влагалища, возникающего при внутрибрюшном кровотечении.

Таким образом, диагноз: Прервавшаяся внематочная беременность справа. Геморрагический шок легкой степени тяжести.

Дополнительные диагностические мероприятия: мочевой тест ХГЧ или определение уровня ХГЧ в крови; кульдоцентез — наличие крови, УЗИ органов малого таза, подтверждающее наличие плодного яйца в маточной трубе, отсутствие его в полости матки и наличие крови в заднем своде влагалища. Наиболее важным из этих мероприятий является кульдоцентез, так как получение крови при пункции заднего свода обязывает врача провести лапароскопию или лапаротомию для устранения причины кровотечения.

Лечение: экстренная операция — лапаротомия, тубэктомия справа, дренирование брюшной полости. В данном случае предпочтителен лапаротомный доступ, так как при геморрагическом шоке возможно проведение реинфузии собственной крови пациентки.

Прогноз для жизни: благоприятный, прогноз для репродуктивной функции — сомнительный, требуется послеоперационная реабилитация и подготовка к будущей беременности.

3.7. Отчет по дежурству

Дежурство в отделении является очень важным вариантом самостоятельной работы студента, позволяющим ему активно проявить свои теоретические знания на практике. Особенно дежурство в клинике по дисциплине «Акушерство и гинекология» приветствуются у студентов, выбравших «Акушерство и гинекологию» как будущую специальность.

Дата, место дежурства согласовываются заранее с преподавателем, ведущим практические занятия. Отчет по дежурству представляется в письменном виде сразу после дежурства и перед началом практического занятия. Преподаватель имеет право попросить студента представить особо интересную информацию на практическом занятии в виде небольшого доклада.

Критерии оценки отчета по дежурству:

- знание фактического материала, усвоение общих представлений, понятий, идей;
- правильность формулирования диагноза, показаний к операции;
- умение дать комментарии по лечебному процессу;
- практический вклад студента при дежурстве в отделении;
- культура письменного изложения материала;
- культура оформления материалов работы.

Результат работы студента оценивается преподавателем по балльной системе.

Схема отчета:

- Дата и время дежурства.
- Отделение.
- Ф.И.О. ответственного дежурного.
- Вечерний обход в отделении (указать, в каком отделении, приемном покое или в реанимации).
- Описание больных, вызывающих наибольшие опасения по плану:
 - Ф.И.О. больного,
 - диагноз,
 - жалобы,
 - анамнез заболевания,
 - особенности акушерско-гинекологического анамнеза,

- особенности анамнеза жизни,
- краткий план лечения, тактика лечения,
- используемые препараты,
- комментарии студента по тактике ведения пациента с обоснованием своего мнения,
- работа студента: указать, что конкретно выполнил студент при работе с данным пациентом.
- Участие в операции:
 - Ф.И.О., возраст,
 - диагноз,
 - название операции,
 - показания к операции,
 - ход операции (бланк хода операции взять в отделении, заполнить и вклеить в отчет),
 - работа студента: указать, что конкретно выполнил студент при работе с данным пациентом (предоперационная подготовка, работа в операционной, послеоперационный ход).
- Резюме:

Сколько всего больных в отделении, сколько из них в реанимации.

Сколько больных поступило по дежурству (фамилии).

Сколько больных оперировано (фамилии).

Заслуживают внимание пациент(ы): ФИО, диагноз, возраст, дать объяснения особого внимания.

Подпись ответственного дежурного

3.8. Санитарно-просветительская работа (оформление стенда, плаката, санитарного бюллетеня)

Среди разнообразных средств санитарного просвещения широкое распространение получили санитарно-просветительские бюллетени/плакаты. Их цель — помочь населению ознакомиться с вопросами охраны здоровья и формирования здорового образа жизни. Санитарный бюллетень — это своего рода «форма стеновой печати». Он может быть посвящен только медицинской теме, как правило, одной, и ее стараются раскрыть по возможности

полнее. Выпускаемый вами бюллетень будет адресован беременным женщинам и женщинам, которые планируют беременность. В лечебно-профилактических и других учреждениях нужны бюллетени не о заболеваниях, их лечении, а о профилактике и формировании здорового образа жизни. Экспозиция ваших бюллетеней будет проводиться в лечебных учреждениях (женских консультациях, родильных домах, гинекологических отделениях, детских поликлиниках). Тему бюллетеня предоставляет преподаватель. В качестве материала лучше использовать плотный лист ватмана. Размеры бюллетеня обычно составляют 90 x 60 см.

Требования к санитарному бюллетеню

1. Требования к названию.

Чтобы бюллетень привлекал внимание, название его должно быть крупным, четким и ярко выделяться. Название должно быть интересным, интригующим. Термин «Санитарный бюллетень» не пишется.

2. Требования к тексту.

Прежде всего, санитарный бюллетень – это текст, для оформления которого используют рисунки и фотографии. Санитарный бюллетень — это единство текста и рисунка; они должны дополнять друг друга, пояснять (иллюстрации в качестве украшения в нем не нужны). Текст бюллетеня должен быть написан доступным языком. Он состоит из введения, основной части и заключения. Введение знакомит читателя с проблемой, основная часть раскрывает ее суть. Если текст один, то он обязательно разбивается на фрагменты, каждый из которых должен быть озаглавлен соответственно содержанию. Заключение может состоять из вопросов и ответов или просто выводов автора. Текст заканчивается лозунгом, призывом, вытекающим из темы. Человек должен приглашаться к немедленному действию. Латинские и сленговые термины использовать не рекомендуется. Язык статей должен быть лаконичным, нужно избегать длинных, трудночитаемых предложений, непонятной медицинской терминологии. Изложение может быть в виде рассказа, очерка, интервью, открытого письма.

3. Требования к содержанию.

Каждый санитарный бюллетень должен иметь профилактическую направленность. Меры профилактики должны быть изложе-

ны четко и конкретно. Клинические вопросы подробно не излагаются, вопросы лечения исключаются, так как это наталкивает на мысль о самолечении. Текст должен быть написан доходчивым для широкой массы языком, без медицинской терминологии. Из содержания должна быть понятна польза предлагаемой информации. Заслуживает внимания подача материала в виде вопросов и ответов.

4. Требования к оформлению.

Важно помнить, что текст, заключенный в квадрат или круг, вызывает больше доверия. Он обычно делится на 4—6 столбцов шириной 12—14 см. В бюллетене должны быть выделены абзацы, а знаки препинания (восклицательный знак, многоточие, тире и т.д.) лучше использовать как можно реже. Каждая статья имеет свой цветной подзаголовок. Санитарный бюллетень заканчивается лозунгом или призывом, который лучше смотрится, если окантован рамкой. В правом нижнем углу указывается автор(ы) (ФИО, группа) и дата выпуска.

5. Требования к изобразительной части.

Изобразительная часть вместе с текстовой не должны перегружать бюллетень, но и не должно оставаться свободного места, иначе он будет трудно читаться. Рисунок может быть один или их будет несколько, но один из них — основной — должен нести главную смысловую нагрузку и привлекать внимание. Текст и художественное оформление не должны быть громоздкими. Лучше использовать одну впечатляющую иллюстрацию, чем несколько мелких.

Образец титульного листа реферата

Государственное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии
(зав. кафедрой д.м.н. Т.А. Обоскалова)

РЕФЕРАТ (ЭССЕ) на тему

« _____ »

Исполнитель: ФИО, группа, факультет

Куратор: асс./доц./проф. ФИО

Дата готовности реферата _____ Дата сдачи реферата _____

Оценка _____

Заключение по реферату _____

Государственное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии
(зав. кафедрой д.м.н. Т.А. Обоскалова)

ИСТОРИЯ РОДОВ /

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

ФИО пациентки _____

Диагноз _____

Дата курации _____

Отделение _____

Исполнитель: ФИО, группа, факультет

Куратор: асс./доц./проф. ФИО

Дата готовности истории _____ Дата сдачи истории _____

Оценка _____

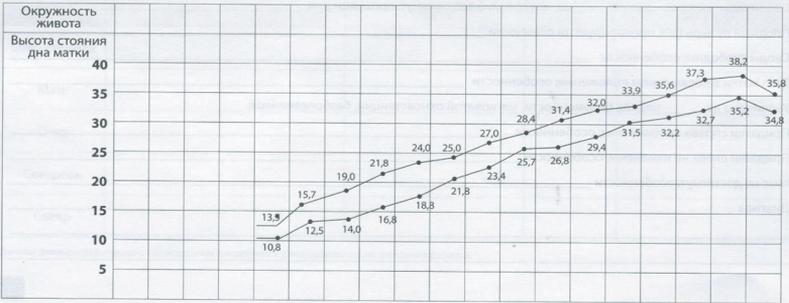
Заключение по истории _____

Гравидограмма

Явка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Дата															
Срок	5-10	11-14	15-17	18-20	21-23	24-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40	41-42	
Динамика АД (систолическое, диастолическое, среднее, пульсовое), мм рт. ст.															
180-189															
170-179															
160-169															
150-159															
140-149															
130-139															
120-129															
110-119															
100-109															
90-99															
80-89															
70-79															
60-69															
50-59															

Динамика массы тела, кг															
115-120															
110-114															
105-109															
100-104															
95-99															
90-94															
85-89															
80-84															
75-79															
70-74															
65-69															
60-64															
55-59															
50-54															
45-49															

ЧСС плода	170														
	160														
	150														
	140														
	130														
	120														
	110														
Тест шевеления плода, часов															
КТГ, STV															
Дата следующей явки															



Тест шевеления плода

1) Когда почувствуете 1-е движение, начинайте считать каждое до 10-го шевеления плода и больше шевеления плода не считать, отметьте значком время наступления 10-го шевеления. На следующее утро начинайте считать движения снова.

Если с 9:00 до 21:00 почувствовали менее 10 движений, отметьте только их число за это время в нижней части таблицы и немедленно обратитесь к врачу.
2) Второй метод подсчета — 4 шевеления за 2 часа после еды.

Часы	22 неделя							23 неделя							24 неделя								
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс		
9-00																							
10-00																							
11-00																							
12-00																							
13-00																							
14-00																							
15-00																							
16-00																							
17-00																							
18-00																							
19-00																							
20-00																							
21-00																							
Число<10																							

Часы	29 неделя							30 неделя							31 неделя									
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс			
9-00																								
10-00																								
11-00																								
12-00																								
13-00																								
14-00																								
15-00																								
16-00																								
17-00																								
18-00																								
19-00																								
20-00																								
21-00																								
Число<10																								

Часы	28 неделя							29 неделя							30 неделя									
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс			
9-00																								
10-00																								
11-00																								
12-00																								
13-00																								
14-00																								
15-00																								
16-00																								
17-00																								
18-00																								
19-00																								
20-00																								
21-00																								
Число<10																								

Часы	35 неделя							36 неделя							37 неделя									
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс			
9-00																								
10-00																								
11-00																								
12-00																								
13-00																								
14-00																								
15-00																								
16-00																								
17-00																								
18-00																								
19-00																								
20-00																								
21-00																								
Число<10																								

- Неврологические нарушения у детей — 2.
 Масса тела доношенных детей менее 2500 г или 4000 г и более — 2.
 Бесплодие: 2—4 года — 2, 5 лет и более — 4.
 Рубец на матке после операции — 3.
 Опухоли матки и яичников — 3.
 Истмико-цервикальная недостаточность — 2.
 Пороки развития матки — 3.
Экстрагенитальные заболевания беременной: .
 Сердечно-сосудистые: пороки сердца без нарушения кровообращения — 3, пороки сердца с нарушением кровообращения — 10, гипертоническая болезнь I—II—III стадий — 2—8—12, вегетососудистая дистония — 2.
 Заболевания почек: до беременности — 3, обострение заболевания при беременности — 4.
 Заболевания надпочечников — 7.
 Сахарный диабет — 10.
 Сахарный диабет у родственников — 1.
 Заболевания щитовидной железы — 7.
 Анемия (содержание гемоглобина 90—100—110 г/л) — 4—2—1.
 1.
 Нарушение свертываемости крови — 2.
 Миопия и другие заболевания глаз — 2.
 Хронические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.) — 3.
 Острые инфекции — 2.
Осложнения беременности:.
 Выраженный ранний токсикоз беременных — 2.
 Поздний токсикоз беременных: отеки — 2, преэклампсия — 11, эклампсия — 12.
 Кровотечение в первой и второй половине беременности — 3—5.
 Резус- и АВ0-изосенсибилизация — 5—10.
 Многоводие — 4.
 Маловодие — 3.
 Тазовое предлежание плода — 3.
 Многоплодие — 3.

Переносная беременность — 3.

Неправильное положение плода (поперечное, косое) — 3.

Патологические состояния плода и некоторые показатели нарушения его жизнедеятельности: гипотрофия плода — 10, гипоксия плода — 4.

Содержание эстриола в суточной моче:

менее 4,9 мг в 30 нед. беременности — 34,.

менее 12 мг в 40 нед. беременности — 15.

Изменение околоплодных вод при амниоскопии — 8.

При сумме баллов 10 и более — риск перинатальной патологии высокий, при сумме 5 —9 баллов — средний, при сумме 4 балла и менее — низкий. В зависимости от степени риска акушер-гинеколог женской консультации составляет индивидуальный план диспансерного наблюдения с учетом специфики имеющейся или возможной патологии, включающий проведение специальных исследований с целью определения состояния плода: электрокардиографии, ультразвукового исследования, амниоскопии и др. При высоком риске перинатальной патологии необходимо решить вопрос о целесообразности сохранения беременности.

Партограмма 2 лист

ПАРТОГРАММА (стр.2)

Ф.И.О. _____ Регистрационный номер _____

1. Потуги начались _____
 Дата / / _____
 Время в ч _____ мин.

2. Родился плод _____
 Пол _____
 М - Ж - _____
 Масса (грамм) _____

Рост (см) _____
 Окружность головки (см) _____
 Крик _____

Кожные покровы _____
 Рефлексы _____
 Мышечный тонус _____

Оценка по шкале АПГАР
 через 1 минуту (баллов)

Оценка по шкале АПГАР
 через 5 минут баллов

3. Новорожденный осмотрен неонатологом _____
 Да - Нет - _____
 Время в ч _____ мин.

4. Ведение III периода родов _____
 Группа риска _____
 низкая - высокая - _____
 Наличие венозного доступа
 Есть - Нет - _____

Наличие плазмозаместителей _____
 Кратеризация мочевого пузыря _____
 Да - Нет - _____
 Окситоцин
 Не введен
 Утеротоника окситоцин 10 ед в/м
 метилэргобревин + окситоцин в/в

Контролируемое потягивание за пуповину _____
 Да - Нет - _____
 Выведение последа + наружный массаж матки _____
 Да - Нет - _____
 Продолжительность III периода _____ мин _____ сек

Учетная кровопотеря по периодам родов _____ мл _____
 Дольки плаценты _____
 Дефекты плаценты
 Нет - Да - _____

Оболочки _____
 Пуповина _____

5. Осмотр шейки матки и родовых путей _____
 Разрыв _____
 В случае разрыва:
 Восстановлена целостность шейки матки и промежности в случае _____
 Да - Нет - _____

Дежурный врач _____ / / _____ Зав. отделением _____ / / _____
 Подпись _____ Дата _____ Подпись _____ Дата _____

Правила составления партограммы

Партограмма — графическое изображение процесса течения родов, отражающее данные о раскрытии шейки матки и продвижение предлежащей части по отношению к определенному времени.

Цель — выявление соответствия родов у данной пациентки со стандартными показателями.

Правила заполнения:

— **Информация о пациентке:** полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовую блок, время излития околоплодных вод.

— **Частота сердечных сокращений плода:** фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) — отмечается точкой (•).

— **Околоплодные воды:** цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании:

I — плодный пузырь цел,

C — околоплодные воды светлые, чистые,

M — воды с меконием (любая интенсивность окраски),

B — примесь крови в водах,

A — отсутствие вод/выделений.

— **Конфигурация головки:**

0 — конфигурации нет,

+ — швы легко разъединяются,

++ — швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании,

+++ — швы находят друг на друга и не разделяются.

— **Раскрытие шейки матки:** оценивается при каждом влажном исследовании и отмечается крестиком (×).

— **Линия бдительности:** линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 3 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

— **Линия действия:** проходит параллельно линии бдительности, отступая на 4 часа вправо.

— **Опускание головки:** оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:

5/5 — головка на 5 пальцев выше лона — над входом в малый таз,

4/5 — на 4 пальца выше лона — прижата к входу в малый таз,

3/5 — на 3 пальца выше лона — прощупывается большая часть головки над лоном,

2/5 — на 2 пальца выше лона — над лоном прощупывается меньшая часть головки,

1/5 — головка в полости малого таза.

— **Время:** отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин. Например, 13.00 или 13.30.

— **Сокращения матки:** наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение. Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток. На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:

точки — слабые схватки продолжительностью до 20 секунд,

косая штриховка — умеренные схватки продолжительностью 20—40 секунд,

сплошная штриховка — сильные схватки продолжительностью более 40 секунд.

— **Назначения лекарств:** фиксируются любые дополнительные назначения лекарств. Окситоцин: при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или ЕД) каждые 30 минут.

— **Пульс:** каждые 30 минут отмечается точкой (•).

— **Артериальное давление:** фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки, исключая особые случаи, например, хроническую гипертензию.

— **Температура тела:** фиксируется каждые 4 часа.

— **Количество мочи:** записывается при каждом мочеиспускании (самоконтроль женщины).

Методические рекомендации

Составители:

Татьяна Анатольевна Обоскалова
Максим Александрович Звычайный
Анна Валерьевна Воронцова
Инна Вадимовна Лаврентьева
Ольга Валентиновна Прохорова

ОРГАНИЗАЦИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТОВ
ПРИ ОСВОЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

ISBN 978-5-89895-772-8

*Редактор Е. Бортникова
Корректор Л. Моисеева
Оформление, верстка А. Шевела*

Оригинал-макет подготовлен:
Издательство УГМУ
г. Екатеринбург
Тел./факс: (343) 214-85-65
E-mail: pressa@usma.ru
www.usma.ru