

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ**

Федеральное государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова»

# **АКУШЕРСТВО**

**Методические указания  
к производственной практике**

**Чебоксары 2009**

Акушерство: метод. указания к производственной практике/ сост. А.Е. Сидоров; Чуваш. ун-т. Чебоксары, 2009. 33 с.

Приведены методические указания по прохождению производственной практики по акушерству. Обозначены цель, задачи производственной практики по акушерству, обязанности студентов, порядок оформления отчёта и критерии допуска к сдаче зачёта. Приведено подробное содержание акушерской части производственной практики. Разобрана методика выполнения важнейших лечебно-диагностических мероприятий. Представлен перечень обязательных к освоению практических навыков и умений, а также примерный перечень вопросов, выносимых на зачёт. Имеется список рекомендованной литературы.

Для студентов IV курса лечебного и педиатрического факультетов.

Утверждено Методическим советом университета

Ответственный редактор: канд. мед. наук, доцент Т.Н. Охотина

Изменение приоритетов здравоохранения, связанное с развитием службы врачей общей практики, ставит перед медицинскими вузами задачу повышения качества знаний, умений, навыков выпускников. В связи с этим особое значение приобретает совершенствование практической подготовки будущих специалистов.

Производственная практика призвана укрепить и расширить теоретические знания, полученные студентами в вузе, привить им практические навыки по использованию этих знаний на рабочем месте.

Представленные методические указания составлены с учётом требований государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования, типового учебного плана, учебных программ и положения о производственной практике студентов высших учебных заведений.

## **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **Цель и задачи практики**

Целью производственной практики по акушерству является: закрепление теоретических знаний и практических навыков по акушерству, полученных в лекционном курсе и на практических занятиях.

При прохождении производственной практики перед студентами стоят следующие задачи:

1. Ознакомиться с практической деятельностью врача женской консультации и родильного дома.
2. Владеть практическими навыками, необходимыми врачу общей практики в работе с беременными.
3. Освоить правила ведения первичной медицинской документации.
4. Закрепить знания по вопросам организации службы оказания помощи матери и ребёнку и постановки лечебного процесса в родовспомогательных учреждениях.
5. Ознакомиться с наиболее современными методами диагностики и лечения осложнений беременности и родов.
6. Научиться использовать полученные в процессе учёбы знания при проведении санитарно-просветительной работы с пациентами и научно-исследовательской работы в условиях практического здравоохранения.

### **Базы производственной практики**

Базами производственной практики являются лечебно-профилактические учреждения Чувашской Республики, определённые Приказом министра здравоохранения и социального развития. Кроме того студенты могут проходить практику в ЛПУ других регионов Российской Федерации, ближнего и дальнего зарубежья по ходатайству администрации этих учреждений. Распределение студентов IV курса лечебного и педиатрического факультетов по базам прохождения производственной практики осуществляется на основании решения ежегодного объединённого заседания кафедр факультетской хирургии, факультетской терапии, акушерства и гинекологии, а также приказа ректора Чувашского государственного университета. Этим же приказом назначаются руководители по отдельным дисциплинам.

### **Обязанности студента**

1. Выполнять задания, предусмотренные программой практики.
2. Подчиняться действующим в учреждении правилам внутреннего трудового распорядка.

3. Изучать и строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности.
4. Участвовать в научно-исследовательской работе по заданию кафедры и учреждения.
5. Представить руководителю практики письменные отчеты о выполнении всех заданий и сдать зачеты по практике.

Необходимым условием выполнения производственной практики по акушерству является самостоятельная работа в качестве помощника врача под контролем заведующего отделением в строгом соответствии с индивидуальным планом, составленным согласно имеющейся программе практики по акушерству.

План работы должен учитывать время работы каждого студента во всех отделениях по дням практики (отделение патологии беременных и родовой блок – 6 дней, послеродовое отделение и отделение новорожденных – 3 дня (для педиатров – 6 дней), женская консультация – 3 дня, количество дежурств за цикл – 2 по 12 часов), тематику лекций и санбюллетеней по санитарно-просветительной работе, участие в общественной жизни больницы. Общая длительность практики по акушерству – 12 дней (выходные – воскресенья). Время работы – дневная смена (с 8 до 14 часов).

План составляется совместно с заведующим отделением и преподавателем – руководителем практики студентов. Базовый руководитель или заведующий отделением ежедневно контролирует выполнение работы каждого студента и визирует своей подписью ежедневные записи в дневниках практики.

До начала прохождения практики каждый студент должен пройти обследование с оформлением санитарной книжки, содержащей заключение терапевта о допуске к работе в родовспомогательных учреждениях. Санитарная книжка предоставляется в первый день практики старшей акушерке родильного дома.

Форма одежды: необходимо иметь чистый медицинский халат, шапочку, легко очищающуюся сменную обувь из кожи или кожзаменителя, полотняные бахилы, маску и сменную хлопчатобумажную одежду (хирургический костюм).

### **Отчёт по производственной практике**

1. Для составления отчёта обычно используются бланки «Дневников производственной практики по акушерству» установленной формы, которые можно получить на кафедре акушерства и гинекологии.

2. Дневник (отчёт) также может быть выполнен на обычной школьной тетради или на скреплённых скоросшивателем листах формата А4.

3. На титульном листе указываются следующие данные:

- фамилия, имя, отчество студента;
- номер группы;
- место прохождения производственной практики (название больницы);
- время прохождения практики (день начала и день окончания).

4. Отчёт должен содержать ежедневные записи (дневники). В первом дневнике необходимо описать структуру подразделения ЛПУ (название отделения, количество коек, персонал, характер работы и др.).

5. В последующих дневниках (отдельно за каждый день практики и за каждое ночное дежурство) необходимо отразить выполненную работу (что делал самостоятельно, на каких операциях и манипуляциях присутствовал и т.д.). Необходимо отразить количество выполненных процедур.

6. Всего должно быть 14 дневников (12 дней работы и 2 ночных дежурства).

7. Каждый дневник должен быть подписан заведующим отделением.

8. На последних страницах отчёта необходимо привести сводный отчёт по итогам всей практики по акушерству, в котором отражается общее количество процедур,

выполненных студентом, или тех, в которых студент принимал участие (перечень практических навыков приведён ниже). Сводный отчёт подписывается заведующим.

9. К сводному отчёту прилагается список курируемых больных (описывается не менее десяти пациенток). Список должен содержать следующие данные:

- номер истории родов;
- заключительный диагноз;
- проведённое лечение.

Список курируемых больных подписывается заведующим.

10. К дневнику (отчёту) прилагается характеристика на студента, написанная заведующим отделением и заверенная его подписью и печатью лечебного учреждения.

## **История родов**

Каждый студент должен представить заполненную самостоятельно историю родов на бланке, который используется в том акушерском стационаре, в котором студент проходил практику. История родов заполняется в соответствии с требованиями оформления обычных клинических историй родов.

## **СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ ПО АКУШЕРСТВУ**

### **Работа в женской консультации**

В женской консультации студенты работают 2–3 дня. Вместе с участковым акушером ведут прием беременных и осуществляют патронаж их на дому. При первой явке беременной заполняют диспансерную книжку беременной и индивидуальную карту ведения беременной, собирают общий и специальный акушерский анамнез (начало менструаций, особенности менструальной функции до последней менструации, особенности течения и исход предыдущих беременностей, если были роды – получают сведения о состоянии детей по периодам их жизни, о заболеваниях женщины при данной беременности). Осуществляют объективное обследование общепринятыми в медицине методами органов и систем, включая определение массы тела и измерение роста. В присутствии акушера проводят акушерское обследование беременной: измерение размеров таза и индекса Соловьева, окружности живота и высоты стояния дна матки; четыре приема наружного акушерского исследования (положение, позиция, вид, предлежание, степень вставления предлежащей части); акушерским стетоскопом выслушивают сердцебиение плода и определяют его частоту (норма 120–160 ударов в минуту). Участвуют в проведении внутреннего (влагалищного) исследования. При осмотре с помощью зеркал студенты берут мазки на влагалищную флору и онкоцитологию.

Студенты с помощью врача устанавливают диагноз (срок беременности, акушерская патология, экстрагенитальная патология). Назначают необходимое обследование беременной: клинический анализ крови, анализ мочи, посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам; кал на яйца глистов, посев из носоглотки, кровь на антитела к ВИЧ, реакции на сифилис и маркеры вирусных гепатитов, на TORCH-комплекс и для определения группы крови и резус-принадлежности, посев влагалищных выделений. Прочие лабораторные исследования проводятся по показаниям. Беременная направляется к специалистам (терапевту, стоматологу, оториноларингологу, эндокринологу, к прочим – по показаниям). После указанного обследования уточняется диагноз и возможность продолжения беременности или её прерывание по медицинским показаниям. Среди беременных женщин выделяют группы повышенного риска для матери и плода.

Оценка пренатальных факторов риска производится в баллах. Сумма баллов до 4 – группа низкого риска; сумма баллов 5–9 – среднего риска; 10 и выше – высокого риска. В

соответствии с факторами риска осуществляется маркировка карт беременности.

При физиологическом течении беременности на сроке до 20-ти недель повторное посещение женской консультации назначают один раз в месяц, в группе «риска» – через две недели; после 20-ти недель беременности явка назначается каждые две недели. При последующих посещениях беременной проводят обязательный комплекс обследования: измерение АД (на правой и левой руках), определение массы тела (физиологическая прибавка не более 400 г за неделю), осуществление четырех приемов наружного акушерского обследования, выслушивание сердцебиения плода, осмотр и пальпация нижних конечностей для выявления отеков, оценка анализа мочи. Ведение беременных из группы «риска» осуществляют совместно с соответствующим специалистом (проводится лечение экстрагенитальных заболеваний, санация хронических очагов инфекции). Акушеры осуществляют лечение акушерской патологии, профилактику гипоксии внутриутробного плода, перевод беременной на работу, не связанную с профессиональными вредностями. На сроке 30 недель беременности выдается отпуск по беременности и родам. Студенты должны уметь определять срок беременности, срок выдачи родового отпуска, научиться оформлять соответствующую документацию.

С 32-х недель беременности студенты участвуют в проведении физио-психо-профилактической подготовки беременных к родам (комплекс физических упражнений для укрепления мышц тазового дна и брюшного пресса, подготовка молочных желез, общее УФО, проведение бесед о строении родовых путей, родовом акте и поведении беременных в родах, режиме, гигиене и питании беременной; участвуют в проведении школы матерей (подготовка к уходу за новорождённым). Присутствуют при беседах юриста в социально-правовом кабинете с беременными по тематике «Российское законодательство для беременной женщины и будущей матери».

Обращаясь на приеме с беременными и гинекологическими больными, студенты должны овладеть медицинской этикой и деонтологией.

### **Работа в отделении патологии беременности**

В отделении родовой патологии студенты работают 4–5 дней. Под руководством заведующего отделением студенты курируют 5–6 беременных. При получении на курацию пациенток студент знакомится с содержанием диспансерной книжки беременной и результатами наблюдения и обследования женщины в женской консультации. Каждой беременной студент ежедневно измеряет АД (на правой и левой руках), аускультативно или с помощью соответствующей аппаратуры (фоноэлектрокардиограф, ультразвуковой аппарат «Малыш») выслушивает сердцебиение плода, определяет состояние, предполагаемый вес плода, измеряет таз, уточняет срок беременности и предполагаемый срок родов (по первой явке, по последней менструации, по первому шевелению плода, по родовому декретному отпуску, по дате возможного зачатия), осуществляет четыре приема наружного акушерского исследования; производит внутреннее (влагалищное) исследование, студент берёт мазки на влагалищную флору и кольпоцитологию. После указанного обследования студент ставит предварительный диагноз, обсуждая его с врачом, совместно с ним назначает последующее обследование и лечение курируемых беременных женщин. При доношенной беременности (36 недель и более) совместно с ординатором и заведующим отделением намечает предварительный план родоразрешения и ведения родов с учетом соматического статуса женщины, характера акушерской патологии, состояния внутриутробного плода. Работая в ОПБ, студент принимает участие в выполнении функциональных проб, знакомится с методикой вскрытия плодного пузыря (при наличии показания), производит инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные), определяет группу крови и резус-принадлежность, участвует в переливании крови, ассистирует на операции кесарева сечения.

## Работа в родильном отделении

Работа в родильном отделении (3-5 дней и два 12-часовых дежурства) сочетается с работой по приему рожениц и беременных женщин в приемном покое. Студенты заполняют историю, собирают анамнез, изучают содержание обменной карты женской консультации, проводят обследование органов и систем, осуществляют акушерское обследование (наружное и внутреннее), совместно с акушером ставят диагноз.

Структура диагноза:

1. Роды 1, 2, 3 и т. д., срочные, преждевременные, запоздалые, с указанием срока беременности, период родов.

2. Акушерская патология.

3. Экстрагенитальная патология.

Далее определяют план ведения родов по периодам (период раскрытия, период изгнания, последовый период).

Под руководством дежурного акушера студенты ведут роды по периодам.

1. *Период раскрытия*: следят за общим состоянием роженицы, характером схваток (частота, продолжительность, сила), вскрытием плодного пузыря, качеством изливающихся околоплодных вод (светлые, окрашенные меконием, кровью), их количеством; за характером продвижения предлежащей части (4-й прием наружного акушерского исследования, прием Пискачика, внутреннее исследование), степенью раскрытия маточного зева (прием Роговина, Шатц-Унтербергера, влагалищное исследование) с составлением партограммы, за состоянием внутриутробного плода (аускультация сердца плода акушерским стетоскопом, с использованием аппарата «Малыш»). Участвуют в проведении обезболивания родов (болеутоляющие, инъекции, ингаляция закиси азота в смеси с кислородом, перидуральная анестезия). Проводят соответствующее лечение рожениц при наличии у них акушерской и экстрагенитальной патологии, осуществляют профилактику и лечение внутриутробной гипоксии плода. Определяют время перевода роженицы из предродовой палаты в родовую для ведения периода изгнания (полное раскрытие маточного зева, предлежащая часть на тазовом дне, начинает зиять анус).

2. *Период изгнания*: период изгнания физиологических родов студенты ведут под руководством акушера. При этом они следят за состоянием внутриутробного плода (аускультация). Перед осуществлением акушерского ручного пособия моют руки (как на хирургическую операцию), одевают стерильный халат, стерильные перчатки, маску. После рождения проводят первичный туалет новорожденного – удаляют слизь из верхних дыхательных путей новорожденного; проводят профилактику гонобленнореи у новорожденного, специфического вульвовагинита (у девочек); пересекают пуповину на расстоянии 10–15 см от пупочного кольца, предварительно обработав её 5–10% раствором йода. Новорожденного помещают на пеленальный столик. На 1-й и 5-й минутах после рождения оценивают состояние новорожденного по шкале Апгар.

3. *Последовый период*: выводят у родильницы мочу катетером, следят за отделением плаценты (изменение положения дна и формы матки, симптом Чукалова-Кюстнера, Альфельда, Довженко, Клейна); учитывают и оценивают кровопотерю путем сбора крови в специальную емкость. В случае задержки последа в матке при наличии признаков отделения плаценты приступают к выделению последа (прием Абуладзе, Креде-Лазаревича, Гентера). После рождения последа его осматривают (целостность плаценты, добавочные дольки, характер разрыва оболочек, длина пуповины). Определяют объем кровопотери, в случае отсутствия признаков отделения последа и усилении кровотечения проводят ручное обследование полости матки, ручное отделение и выделение последа. Осуществляют профилактику гипотонического кровотечения (помещение пузыря со льдом на переднюю брюшную стенку над лоном и мешка с песком за матку, по показаниям проводится введение сокращающих матку средств – окситоцина,

метилэргомитрина).

4. *Ранний послеродовый период.* Студенты должны усвоить, что родильница два часа должна находиться в родильном отделении. В этот период времени осуществляется наблюдение за её общим состоянием, характером сокращения матки (дно матки должно располагаться ниже пупка, тело матки – в состоянии удовлетворительного сокращения, кровотечения из матки не должно быть). Далее студент участвует в осмотре с помощью зеркала мягких родовых путей родильницы. (Манипуляцию осуществляет сам студент, или ассистирует акушеру). В случае выявления разрывов тканей – накладываются швы (на рану шейки матки, слизистой влагалища, промежности). После термометрии, измерения АД на обеих руках, пальпации матки и осмотра подкладной на предмет наличия или отсутствия кровотечения из матки и при отсутствии отклонений от физиологического течения раннего послеродового периода, родильница переводится в послеродовое отделение (физиологическое или обсервационное).

### **Работа в послеродовом отделении**

В послеродовом отделении – физиологическом, обсервационном – студенты работают 2–3 дня и курируют 5–6 родильниц. При курации следят за общим состоянием женщины (жалобы, окраска кожных покровов, частота пульса, АД, показания анализа крови, мочи и т. д.), оценивают состояние сосков и молочных желез (наличие трещин сосков, характер нагрубания молочных желез, болезненность при пальпации), наблюдают за инволюцией матки (в норме дно матки в течение каждого последующего дня опускается на 2 см, на 5-е сутки после родов устанавливается на середине между пупком и лоном, на 10-е – скрывается за лоном). Контролируют визуально лохии – послеродовые выделения (остатки децидуальной оболочки, крови, сыворотки). При курации уясняют, что в первый и второй дни нормального послеродового периода лохии должны быть красного цвета (*lochia rubra*), затем менее яркими – кровянистыми, сукровичными, с 6–8 дня серозными (*lochia alba*). При субинволюции матки, спазме внутреннего зева может развиваться лохиометра (скопление лохии в матке) и эндометрит, что является показанием для проведения антибактериального и противовоспалительного лечения. При наличии травм промежности тщательно следят за состоянием швов (швы с промежности снимают на 5-е сутки). При осмотре родильниц пальпируют нижние конечности по ходу сосудистых пучков (возможны осложнения в виде тромбофлебитов). Родильницы с физиологическим течением послеродового периода выписываются на 6–7 сутки, но с учетом состояния новорожденного (отпала пуповина, нарастает в весе, здоров).

Работая в послеродовых палатах, студенты проводят беседы с родильницами о правилах грудного вскармливания, профилактике послеродовых заболеваний. Студенты также уясняют, что цикличность заполнения послеродовых палат является необходимым условием профилактики послеродовых заболеваний (приказ № 345 и №308).

Работая в родильном доме, студент на практике знакомится с требованиями приказа МЗ РФ № 345 от 26 ноября 1997 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» и приказа МЗСР РФ № 308 от 9 декабря 2004 г. «О вопросах организации деятельности перинатальных центров», направленных на профилактику гнойно-септических заболеваний у матери и новорожденного.

По окончании рабочего дня или ночного дежурства студент заполняет дневник производственной практики, перечисляя и описывая выполненные диагностические и лечебные процедуры и манипуляции, сделанные доклады, участие в клинических и клинико-анатомических конференциях, лечебно-контрольных комиссиях (материнская и перинатальная смертность); данные о проведении санпросвет работы среди больных, персонала и населения и т. д.

По окончании цикла акушерства студент суммирует работу и заполняет



соответствующие графы отчета. Отчёт подписывает заведующим отделением, а главный врач выдаёт характеристику на студента, отражающую оценку уровня теоретической и практической подготовки практиканта.

### **Перечень практических умений и навыков по акушерству, подлежащих освоению в период производственной практики**

	Наименование практического навыка	Кол-во повторов, не менее	Уровень освоения
1.	Сбор анамнеза у беременных	50	+++
2.	Наружное акушерское исследование	100	+++
3.	Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки	50	+++
4.	Измерение наружных размеров таза (пельвиометрия)	50	+++
5.	Определение срока беременности и родов	100	+++
6.	Определение предполагаемого веса плода	100	+++
7.	Измерение АД	300	+++
8.	Выслушивание сердцебиения плода, проведение функциональных проб на выявление гипоксии внутриутробного плода	200	+++
9.	Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах	20	+++
10.	Проведение влагалищного исследования	20	+++
11.	Взятие мазков из влагалища и цервикального канала	10	+++
12.	Диагностика беременности и периодов родов	50	+++
13.	Составление плана обследования, лечения и ведения родов при акушерской патологии	50	+++
14.	Участие в амниотомии	10	++
15.	Приём физиологических родов	2	++
16.	Участие в проведении мероприятий по профилактике кровотечений в родах и послеродовом периоде	50	+++
17.	Проведение эпизио- и перинеотомии	10	++
18.	Определение признаков отделения плаценты	50	+++
19.	Применение приёмов выделения отделившегося последа	10	++
20.	Ручное отделение и выделение последа	5	+
21.	Определять целостность плаценты и оценивать объём кровопотери в родах	50	+++
22.	Операции кесарева сечения, наложения акушерских щипцов, вакуумэкстракции (знать показания)	2	+
23.	Проведение первичного туалета новорожденного	4	+++
24.	Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар	50	+++
25.	Участие в проведении мероприятий по реанимации новорожденных	5	+
26.	Осмотр мягких тканей родовых путей после родов	20	+++
27.	Ушивании разрывов шейки матки I-II ст. и промежности I-II ст.	10	++
28.	Инъекции (в/м, в/в)	50	+++
29.	Участие в переливании крови и кровезаменителей	5	++
30.	Катетеризация мочевого пузыря	50	+++
31.	Ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке	5	+
32.	Снятие швов с промежности	20	+++
33.	Ассистенция на акушерских и гинекологических операциях	2	++
34.	Проведение бесед в палатах	100	+++
35.	Участие в оказании неотложной помощи при тяжелых формах гестозов	2	+
36.	Ведение медицинской документации	50	+++

Уровень освоения (+) – профессиональная ориентация по данному вопросу

Уровень освоения (++) – студент может ассистировать или выполнять при непосредственном участии руководителя

Уровень освоения (+++) – может выполнять самостоятельно

В случае выполнения неуказанных в перечне манипуляций, их необходимо отобразить дополнительно с указанием числа выполненных процедур.

### **Санитарно-просветительная работа**

Формы проведения этой работы многообразны: это и проведение бесед с больными в палате, и выступления по радио, и написание статей для газет, и чтение лекций перед

широкой аудиторией. Санитарно-просветительная работа является одним из обязательных разделов практики и включает в себя обязательный выпуск каждой группой студентов во время цикла стенгазеты (санбюллетеня) или проведения каждым студентом двух лекций по медицинской тематике. Темы бесед, лекций должны определять сами студенты, однако они должны быть актуальными для пациенток родильного дома.

*Примерные темы для санитарно-просветительной работы:*

1. О вреде аборта.
2. Методы контрацепции в послеродовом периоде.
3. Гигиена беременной женщины.
4. Влияние алкоголя на потомство.
5. Влияние никотина на потомство.
6. Гигиена половой жизни. Влияние на беременность инфекций, передаваемых половым путём.
7. Значение ранней явки при беременности в женскую консультацию.
8. Режим беременной женщины.
9. Питание беременной.
10. Преимущества грудного вскармливания.
11. Профилактика мастита.
12. Режим родильницы.
13. Гигиена в послеродовом периоде.
14. Профилактика послеродовых заболеваний.
15. О повреждающих факторах, влияющих на внутриутробный плод.
16. Нормальная менструальная функция с момента менархе.

### **Учебно-исследовательская работа студентов**

Учебно-исследовательская работа студентов в период летней производственной практики является одной из форм активного обучения и направлена на формирование самостоятельного клинического мышления, способности к анализу результатов работы, поиску путей рационального решения общих и частных задач врачебной деятельности.

*Примерные темы УИРС по акушерству*

I. Анализ основных акушерских показателей за определенный промежуток времени (год, полугодие, квартал, месяц) с привлечением первичной документации из архива (история болезни, история родов, история развития новорожденного, обменная карта беременной).

1. Анализ материнской смертности.
2. Анализ перинатальной смертности.
3. Анализ мертворождаемости.
4. Анализ оперативных родоразрешений (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода).
5. Анализ гнойно-септических послеродовых заболеваний.
6. Анализ акушерских кровотечений.
7. Анализ случаев эклампсий.
8. Анализ преждевременных родов.
9. Анализ аномалий родовой деятельности.
10. Анализ родов при переношенности.

II. Доклады по актуальным разделам акушерства.

1. Обезболивание родов.
2. Методы диагностики состояния внутриутробного плода.
3. Профилактика и лечение гипоксии плода.
4. Профилактика и лечение асфиксии новорожденного.

5. Кесарево сечение в современном акушерстве.
6. Профилактика токсокозов беременности.
7. Профилактика гнойно-септических заболеваний матери и новорожденного.
8. Повреждающие факторы для плода в акушерстве.
9. Тазовое предлежание в современном акушерстве.
10. Невынашивание.
11. Переношенная беременность и её последствия.
12. Аномалии родовой деятельности.
13. Профилактика гипотонических и атонических кровотечений.
14. Сущность физио-психопрофилактической подготовки и связь её с осложнениями для матери и плода.

III. Анализ акушерской казуистики и особенностей течения родов в данном лечебном учреждении.

УИРС проводится с использованием статистических материалов того отделения, где студент проходил практику.

Работа представляется на листах формата А4. Текст может быть написан от руки или набран на компьютере шрифтом Times New Roman, размером 14 пт, через 1,5 интервала, с полями: левое – 3 см, правое – 1 см, верхнее – 2 см, нижнее – 2,5 см.

Работа сдаётся на проверку руководителю практики по акушерству и докладывается на научно-практической конференции.

## **ВАЖНЕЙШИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

### **Методика выполнения некоторых лечебных и диагностических манипуляций по циклу акушерства**

1. *Влагалищное исследование* при ранних сроках беременности: производится в стерильной перчатке или после механической обработки рук в обычных перчатках (мытьё щетками с мылом и протирание дезинфицирующим раствором – хлорамином, фурацилином). После обработки вульвы дезинфицирующим раствором (хлорамин, фурацилин) двумя пальцами левой руки следует раздвинуть малые половые губы, средним пальцем правой руки нужно надавить на область задней стенки, после чего беспрепятственно вводится указательный и средний пальцы правой руки по направлению к наружному зеву шейки матки. При продвижении пальцев следует оценить емкость влагалища, наличие рубцов и перегородок. Далее пальцы руки перемещаются в передний влагалищный свод, а рука, находящаяся снаружи, располагается над лоном (двуручное бимануальное исследование). Уже в ранние сроки беременности матка теряет грушевидную форму и становится шаровидной, потом асимметричной – куполообразное выпячивание в месте имплантации плодного яйца (симптом Пискачека). При бимануальном исследовании беременная матка сокращается (симптом Снегирева). В области перешейка матки (граница шейки и тела матки) пальпируется размягчение (симптом Гегара). В шесть недель беременности матка немного больше куриного яйца, в 8 недель – величиной с женский кулак, в 12 – дно её доходит до верхнего края лонного сочленения, в 16 недель – дно матки располагается на 6 см выше лона. После пальпации матки исследуемая рука перемещается в правый и левый свод для определения величины придатков, которые в норме не пальпируются. Далее исследуется состояние заднего свода. Затем пальцы правой руки извлекаются из влагалища и определяется характер выделений (светлые, слизистые, гнойные, кровянистые). В норме выделения светлые.

Перед влагалищным исследованием производится визуальный осмотр слизистой влагалища и шейки матки с помощью введения во влагалище гинекологических зеркал (створчатое зеркало «Куско» или зеркало «Симпса» и подъемник «Отта»).

## 2. Методика уточнения срока беременности и родов:

а) по последней менструации: к дате первого дня последней менструации прибавить количество полных недель, истекших ко времени определения срока беременности (для определения предполагаемой даты родов от даты первого дня последней менструации нужно отнять три месяца и прибавить семь дней);

б) по первому шевелению плода: у первородящих шевеление ощущается с 20 недель, у повторнородящих – с 18 недель, к этой дате следует прибавить количество недель к сроку родов;

в) по величине и высоте стояния дна матки (размеры смотри учебник акушерства);

г) по предполагаемому сроку зачатия: к предполагаемому дню зачатия прибавить количество истекших недель к дате определения срока беременности (родов);

д) по дородовому отпуску: дородовый декретный отпуск выдается в 30 недель. К 30 прибавить количество недель, истекших со дня выдачи декретного отпуска до дня определения срока беременности (родов).

## 3. Приёмы наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда).

Первый прием – определяют положение плода и срок беременности. Ладони рук помещаются на дно матки. При доношенной беременности и продольном положении плода дно матки находится на середине между пупком и мечевидным отростком при косом и поперечном положении значительно ниже. При тазовом предлежании – выше, а в области дна пальпируется плотная часть плода – головка).

Второй прием – определение позиции и вида позиции плода. Ладони перемещаются на боковые поверхности матки. При первой позиции переднем виде плода слева и спереди определяется спинка плода, справа – мелкие части (ручки и ножки).

Третий прием – определение наличия и характера предлежащей части и её отношения ко входу в малый таз. Рука акушера располагается над лоном. Если прощупывается крупная округлая, плотная (равномерной консистенция) часть – это головка; крупная, неравномерной консистенции и неправильной формы часть – это тазовый конец. В случае отсутствия крупной части – подтверждается поперечное положение плода.

Четвертый прием – определяется степень вставления предлежащей части в малый таз. Правая и левая кисти рук акушера помещаются между предлежащей частью и костями плоскости входа в малый таз:

а) предлежащая часть над входом в малый таз – легко смещается;

б) предлежащая часть прижата ко входу в малый таз – не перемещается;

в) головка малым сегментом во входе в малый таз – большая часть головки определяется над лоном;

г) головка большим сегментом во входе в малый таз – меньшая часть над лоном, большая – в полости малого таза;

д) головка в полости малого таза – не определяется над лоном, но легко определяется с помощью приема Пискачака – достигается при пальпации через большую половую губу.

## 4. Выслушивание и оценка сердцебиения плода

Выслушивание (аускультация) сердцебиения плода производится акушерским стетоскопом через переднюю брюшную стенку матери, справа или слева, выше, ниже, на уровне пупка. Нормокардия – более 120 и менее 160 ударов в одну минуту. Брадикардия 120 и менее ударов в одну минуту. Тахикардия 160 и более ударов в одну минуту. Сердцебиение плода в норме должно быть ясным и ритмичным. При головном предлежании сердцебиение плода выслушивается ниже пупка, при тазовом – выше пупка, при поперечном положении на уровне пупка справа или слева (на стороне головки).

### 5. *Определение предполагаемого веса плода до родов*

Существует много методик определения предполагаемого веса плода. Самая простая и доступная методика для практического акушера заключается в перемножении окружности живота беременной или роженицы (определяется сантиметровой лентой на уровне пупка) на высоту стояния дна матки (измеряется сантиметровой лентой от верхнего края симфиза до дна матки). Пример: окружность живота – 90 см, высота стояния дна матки – 40 см. Предполагаемый вес плода –  $90 \times 40 = 3\ 600$  г.

### 6. *Измерение основных размеров таза (пельвиометрия)*

Таз женщины измеряется тазомером, помещая «пуговки» инструмента на определенные костные ориентиры беременной или роженицы. По шкале прибора определяется размер в сантиметрах.

а) *Distantia spinarum* – расстояние между верхними передними осями подвздошных костей, в норме 25–26 см;

б) *Distantia cristarum* – расстояние между наиболее удалёнными точками наружных краёв гребней подвздошных костей (28–29 см);

в) *Distantia trochanterica* – расстояние между большими вертелами бедренных костей (30–31 см);

г) *Conjugata externa* – сагитальное расстояние от верхнего угла ромба Михаэлиса до наружной поверхности верхнего края симфиза (20–21 см);

д) *Conjugata diagonalis* – прямая от нижнего края симфиза до мыса (*promontorium*). Определяется пальцами правой руки при влагалищном исследовании. После исследования в случае достижения мыса крестца размер на руке измеряется тазомером или сантиметровой лентой (в норме этот размер равен 13 см и поэтому не измеряется, т.к. пальцы в этом случае не могут достичь мыса крестца);

е) *Conjugata vera* (истинная акушерская конъюгата) вычисляется по наружной конъюгате  $20 - 9 = 11$  см и по диагональной конъюгате:  $13 - 2 = 11$  см.

### 7. *Наблюдение за схватками и их оценка*

В практическом акушерстве оценивают схватки путем пальпации матки через переднюю брюшную стенку (сила сокращения) и часов с секундной стрелкой, определяют (продолжительность схватки и промежутки между схватками (расслабление матки). Продолжительность хорошей схватки 35–40–50 секунд, но не более 60–90 секунд. Промежутки между схватками при хорошей родовой деятельности 3–4–5 минут.

### 8. *Правила и последовательность влагалищного (внутреннего) исследования рожениц*

Наружные гениталии роженицы обрабатываются тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором (хлорамин, фурацилин). Исследование производится в стерильной перчатке.левой рукой врач (студент) разводит малые половые губы женщины. Средним пальцем правой руки надавливает на заднюю спинку вниз, создавая условия для введения во влагалище среднего и указательного пальцев правой руки, которая перед введением во влагалище женщины должна принять форму «руки акушера» (пятый и четвертый пальцы приведены к ладони, третий и второй – указательный разогнуты и вытянуты вперед по направлению входа во влагалище, большой палец располагается вертикально вверх), указательный и средний пальцы вводятся через половую щель во влагалище по направлению к шейке матки. Последовательность исследования: влагалище узкое, емкое. Шейка матки сохранена (4–5 см), укорочена – от 4 до 1 см, сглажена – менее 1 см. При сохранённой шейке определяют раскрытие наружного и внутреннего зева. Пройодимость для одного пальца соответствует 2 см. Если шейка матки сглажена, то говорят о раскрытии маточного зева (1–2, 3–4, 5–6, 7–8 см, 10 см –

полное раскрытие маточного зева). Описание краев маточного зева (мягкие, плотные). Описание плодного пузыря (имеется, отсутствует). Наличие и характер подлежащей части (головка, ягодицы, ножки или подлежащая часть отсутствует). Подлежащая часть может быть подвижна, прижата, находится малым или большим сегментом во входе в малый таз, в полости малого таза, на тазовом дне. При головном предлежании описание расположения швов и родничков, при тазовом – расположение крестца и межбугровой линии. Далее исследуется мыс (promontorium), а при его достижении определяется диагональная конъюгата.

#### 9. Осмотр влагалища и шейки матки беременных с помощью зеркал

Зеркала вводятся через половую щель после обработки вульвы дезраствором (хлорамин, фурацилин). У беременных женщин слизистая влагалища и шейки матки имеет цианотичный оттенок, но однородную окраску, гиперемия – признак воспаления, наличие пятен, налетов, кровоточивости (признак заболевания). При осмотре шейки в зеркалах следует взять из цервикального канала ложечкой Фолькмана мазок и в виде штриха нанести на предметное стекло, другим концом ложечки Фолькмана берется мазок из уретры и в виде кружка наносится на другой конец этого же предметного стекла. Стекло направляется в лабораторию для окраски по Грамму. Из заднего влагалищного свода и с патологического участка шейки матки (гиперемия, белое пятно, полип и т. д.) следует взять мазок шпателем на атипичию клеток (онкологическая кольпоцитология) и нанести его тонким слоем слева направо на предметное стекло для цитологического исследования.

#### 10. Акушерское ручное пособие при родах в переднем виде головного предлежания

Правая рука акушера (студента) располагается на промежности роженицы (анус закрыт стерильной пленкой). Вне потуги правой рукой мягкие ткани вульварного кольца постепенно перемещаются за головку. Левая рука акушера (студента) располагается на головке плода, не давая ей преждевременно разгибаться (до образования точки фиксации). Визуально постоянно следят за тканями промежности, чтобы не пропустить признаки угрожающего разрыва (цианоз, отек, побеление, трещины), при появлении которых производится перинео- или эпизиотомия. После рождения и наружного поворота головки она ладонями обеих рук отводится книзу до рождения переднего плечика, затем отводится вверх по проводной оси таза и плод рождается сам или выводится на живот матери акушером (студентом) руками, введенными в подмышечные впадины плода. При правильном проведении акушерского ручного пособия сохраняются целыми родовые пути матери и не травмируется плод.

#### 11. Признаки отделения плаценты:

а) признак Кюстнера–Чукалова – ребром кисти акушер надавливает на переднюю брюшную стенку несколько выше симфиза, при отделившейся плаценте матка приподнимается вверх, пуповина не втягивается во влагалище, а еще больше выходит за пределы входа во влагалище;

б) признак Клейна – роженице предлагают натужиться, при отделившейся плаценте пуповина остается на месте или больше выходит из влагалища;

в) признак Довженко – роженицу просят глубоко дышать, если при выдохе пуповина не втягивается, то делают вывод, что плацента отделилась;

г) признак Альфельда – лигатура или зажим, наложенные на пуповину у половой щели роженицы при отделившейся плаценте опускается на 8–10 см.

#### 12. Способы выделения последа при отделившейся плаценте:

а) способ Абуладзе – пальцами обеих рук захватывают брюшную стенку в продольную складку, заставляя роженицу тужиться – послед рождается;

б) способ Креле–Лазаревича – опорожняют мочевой пузырь, матку устанавливают по средней линии и круговыми движениями руки приводят матку в тонус, предлагают роженице потужиться – послед рождается;

в) способ Гентера – выводят матку на среднюю линию; кулаками тыльной поверхности кистей рук врача отдавливает матку книзу. При выполнении этого приема роженица не должна тужиться.

### 13. *Определение целостности плаценты*

Послед, обращенный материнской поверхностью вверх, следует расположить на гладком подносе и внимательно осмотреть целостность плаценты, определяя хорошо ли складываются её части и нет ли отсутствующих долек. Убедившись в отсутствии дефектов материнской поверхности, плаценту берут рукой в центре со стороны плодовой поверхности и, удерживая послед на весу, тщательно осматривают плодовые оболочки. Оболочки – это бессосудистая ткань. Если на оболочках визуальнo определяется сосуд, то он должен заканчиваться добавочной долькой, а если она отсутствует, делают вывод о том, что долька осталась в матке. В случае дефекта послeда показано ручное обследование полости матки и удаление оставшихся в ней долек или оболочек.

### 14. *Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар (через 1–5 минут после рождения).*

Признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
Частота сердцебиений	отсутствует	Менее 100	более 100
Дыхание	отсутствует	Брадикапноэ, нерегулярное	Нормальное, громкий крик
Мышечный тонус	отсутствует	Легкая степень сгибания конечностей	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на отсасывание слизи из верхних дыхательных путей, раздражение подошв)	отсутствует	Гримаса	Кашель, чихание
Окраска кожи	Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	Розовая

10–8 баллов – состояние удовлетворительное; 7–5 баллов – умеренная асфиксия, состояние средней тяжести; 4-3 балла – асфиксия средней тяжести, состояние тяжелое; 2 балла и менее – тяжёлая асфиксия, крайне тяжёлое или агональное состояние.

Оценка новорожденного по шкале Апгар ниже 5 баллов является показанием для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.

### 15. *Определение допустимой кровопотери и оценка кровопотери в родах.*

Границей физиологической кровопотери в родах является 250 мл. Допустимая кровопотеря составляет не более 0,5% массы тела здоровой беременной и 0,25 – 0,3% массы тела при наличии осложнений беременности (гестоз, анемия, экстрагенитальная патология и др.). Патологической считают кровопотерю, превышающую 400 мл.

Сразу после рождения плода под крестец роженицы помещается сосуд, в который собирается кровь, истекающая из половых путей. Изливающаяся кровь измеряется

мерным сосудом и высчитывается процент кровопотери по отношению к массе тела.

При патологических кровопотерях показано производить мероприятия по остановке кровотечения, а при значительном снижении гемоглобина (ниже 80 г/л) – гемотрансфузию.

## **ПРИЁМ ЗАЧЁТА ПО АКУШЕРСКОЙ ЧАСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

### **Критерии допуска к сдаче зачёта**

К зачёту по практике не допускаются студенты:

- не представившие дневник прохождения практики по акушерству;
- представившие дневник без ежедневных подписей заведующего;
- без характеристики, подписанной заведующим и скреплённой печатью учреждения;
- без истории родов.

### **Примерный перечень вопросов, выносимых на зачёт по производственной практике**

*I. Методы исследования в акушерстве. Организация системы акушерской и перинатальной помощи.*

1. Проведение пельвиметрии. Основные размеры женского таза.
2. Определение предполагаемой массы плода.
3. Определение зрелости и доношенности плода.
4. Техника аускультации сердечных тонов плода.
5. Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки. Их клиническое значение.
6. Наружное акушерское исследование. Приемы Леопольда.
7. Определение диагональной и истинной конъюгаты. Их клиническое значение.
8. Внутреннее акушерское исследование.
9. Предположительные признаки беременности.
10. Вероятные признаки беременности.
11. Достоверные признаки беременности.
12. Определение сроков беременности, предоставления дородового отпуска и предположительной даты родов.
13. Оценка степени зрелости шейки матки.
14. Оценка сократительной деятельности мышц матки.
15. Кардиотокография плода во время беременности и в родах.
16. Структура и организация работы родильного блока.
17. Структура и организация работы наблюдательного отделения родильного дома. Показания для госпитализации.
18. Структура и организация работы послеродового отделения.
19. Структура и организация работы отделения патологии беременности.
20. Структура и организация работы женской консультации.
21. Определение группы крови и Rh-фактора у рожениц. Значение.
22. Определение группы крови и Rh-фактора у новорожденного. Значение.
23. Основные качественные показатели работы родильного дома.
24. Диагностика функционального состояния плода во время беременности и в родах.

*II. Физиологическое акушерство*

1. Диагностика родов. Симптомы начала родов.
2. Ведение первого периода родов. Тактика врача.
3. Ведение второго периода родов. Тактика врача.



4. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
5. Ведение третьего периода родов. Тактика врача.
6. Признаки отделения плаценты.
7. Способы выделения отделившегося последа.
8. Профилактика акушерских кровотечений.
9. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания.
10. Диагностика тазового предлежания плода.
11. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.
12. Ведение родов при тазовом предлежании плода.
13. Пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода.
14. Пособие по Цовьянову II при ножном предлежании плода.
15. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода.
16. Первичный туалет новорожденного.
17. Оценка новорожденного по шкале Апгар. Клиническое значение.
18. Ведение раннего послеродового периода. Тактика врача.
19. Амниотомия. Показания. Техника выполнения.
20. Роды при многоплодной беременности. Тактика врача.
21. Методы обезболивания родов.
22. Комплексная подготовка к родам. Школа матерей.

### *III. Патологическое акушерство*

1. Диагностика гестоза.
2. Особенности ведения беременности и родов при гестозах.
3. Тактика врача при появлении признаков эклампсии в родах.
4. Диагностика предлежания плаценты.
5. Диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности. Тактика врача.
6. Диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время родов. Тактика врача.
7. Диагностика слабости родовых сил.
8. Диагностика дискоординированной родовой деятельности.
9. Диагностика неправильного положения плода и тактика врача. Диагностика гипоксии плода во время беременности и в родах. Функциональные пробы.
11. Диагностика узкого таза.
12. Тактика ведения беременности и родов при анатомически узком тазе.
13. Клинически узкий таз. Диагностика. Тактика врача.
14. Тактика врача при выявлении признаков гипоксии плода в первом периоде родов.
15. Тактика врача при выявлении признаков гипоксии плода во втором периоде родов.
16. Диагностика асфиксии новорожденных, принципы лечения.
17. Тактика врача при кровотечении в первом периоде родов.
18. Тактика врача при кровотечении в третьем периоде родов.
19. Последовательность мероприятий при возникновении гипотонического кровотечения.
20. Диагностика угрозы разрыва промежности.
21. Показания для эпизиотомии и перинеотомии. Техника выполнения.
22. Техника ушивания разрывов промежности. Уход за швами.
23. Техника ушивания разрывов шейки матки.
24. Операция кесарева сечения. Абсолютные и относительные показания. Техника выполнения операции.
25. Ручное обследование полости матки. Показания. Техника выполнения.
26. Техника наложения выходных акушерских щипцов. Условия. Показания.
27. Особенности ведения преждевременных родов. Тактика врача.
28. Уход за недоношенными.

## Критерии оценки производственной практики

При проведении зачёта оцениваются посещаемость (по данным проверок, проводимых руководителем практики); аккуратность ведения дневника практики; характеристика работы студента, выданная руководителем практики от учреждения; содержание санпросвет работы; практические навыки; правильность заполнения истории родов и ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «отлично» ставится при отсутствии пропусков и опозданий, при аккуратном заполнении всех разделов дневника практики, при отличной оценке работы студента, данной в характеристике руководителем практики от учреждения, при проведении санпросвет работы, при овладении достаточным объёмом необходимых практических навыков, отсутствии ошибок при оформлении истории родов и отличном ответе на заданный дополнительный вопрос.

Оценка «хорошо» ставится в случае наличия небольших недостатков по данным критериям.

Оценка «удовлетворительно» ставится при существенных недостатках по указанным критериям.

Зачёт по практике не ставится студентам, не посещавшим практику или систематически опаздывавшим; студентам, не представившим характеристику руководителя практики от учреждения; не прошедшим ночные дежурства, санпросвет работу, не написавшим историю родов.

## Список рекомендуемой литературы

1. *Абрамченко В.В.* Активное ведение родов / В.В.Абрамченко. – СПб., 1996. – 666 с.
2. *Абрамченко В.В., Ланцев Е.А.* Кесарево сечение / В.В.Абрамченко, Е.А.Ланцев. – СПб., 1991. – 150 с.
3. *Айламазян Э.К.* Акушерство / Э.К.Айламазян. – СПб., 1997. – 494 с.
4. *Бурдули Г.М.* Репродуктивные потери в акушерстве / Г.М.Бурдули. – М.:Триада-Х, 1998. – 200 с.
5. *Кесарево сечение* / под ред. В.И. Краснопольского. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – 285 с.
6. *Кулаков В.И.* Обезболивание родов / В.И.Кулаков, В.Н.Серов, А.М.Абубакирова. – М., 1998. – 152 с.
7. *Кулаков В.И.* Руководство по безопасному материнству / В.И.Кулаков, В.Н.Серов. – М.:Триада-Х, 2000. – 530 с.
8. *Малиновский Н.С.* Оперативное акушерство / Н.С.Малиновский. – М.: Медгиз, 1972.
9. *Нисвандер К.* Акушерство: справочник калифорнийского университета / К.Нисвандер, А.Эванс. – М.: Практика, 1999.
10. *Савельева Г.М.* Акушерство / Г.М.Савельева. – М., 2000.
11. *Серов В.Н.* Современные лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / В.Н.Серов, Е.В.Жаров, Я.Н.Ковальчук. – М.: АВО, 1997. – 224 с.
12. *Серов В.Н.* Практическое акушерство: рук-во для врачей / В.Н.Серов, А.Н.Стрижаков, С.А.Маркин. – М.: Медицина, 1989. – 512 с.
13. *Сидорова И.С.* Физиология и патология родовой деятельности / И.С.Сидорова. – М.:МЕДпресс, 2000. – 318 с.
14. *Чернуха Е.А.* Родовой блок / Е.А.Чернуха. – М.:Триада-Х, 2001. – 533 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
РАЗДЕЛ I. Общие положения .....	3
Цели и задачи практики .....	3
Базы производственной практики .....	4
Обязанности студента .....	4
Отчёт по производственной практике .....	6
История родов .....	7
РАЗДЕЛ II. Содержание практики по акушерству .....	7
Работа в женской консультации .....	7
Работа в отделении патологии беременности .....	9
Работа в родильном отделении .....	10
Работа в послеродовом отделении .....	13
Перечень практических умений и навыков по акушерству, подлежащих освоению в период производственной практики .....	14
Санитарно-просветительная работа .....	16
Учебно-исследовательская работа студентов .....	17
РАЗДЕЛ III. Важнейшие диагностические и лечебные мероприятия .....	18
РАЗДЕЛ IV. Приём зачёта по акушерской части производственной практики у студентов лечебного и педиатрического факультетов .....	27
Критерии допуска к сдаче зачёта .....	27
Примерный перечень вопросов по производственной практике по акушерству для студентов IV курса лечебного и педиатрического факультетов .....	27
Критерии оценки производственной практики .....	30
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	32