



UKS
Universitätsklinikum des Saarlandes
und Medizinische Fakultät
der Universität des Saarlandes

Klinik für Gynäkologie,

Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin

Universitätsklinikum des Saarlandes

Klinikdirektor: Prof. Dr. med. E.-F. Solomayer

Logbuch

Blockpraktikum

Gynäkologie und Geburtshilfe

(Sommersemester 2023)

Inhalt

Einführung	3
Ablauf des Blockpraktikums.....	3
Stundenplan vormittags (08:00 bis 12:00 Uhr)	5
Stundenplan der Nachmittagseminare (13:30 bis 15:00 Uhr)	6
Themen zur Fallvorstellung.....	6
Geburtshilfliche Notfälle.....	7
OP-Checkliste	10
Spickzettel für die Vermessung von Schwangeren	11

Einführung

Liebe Studierende,

herzlich Willkommen in der Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin. Dieses Logbuch enthält alle nötigen Informationen für Ihre Blockpraktikumswoche. Das Blockpraktikum findet von Montag bis Freitag in Präsenz statt. Es gelten die Hygieneregeln der Universität des Saarlandes.

Falls Sie einen Kurstag tauschen möchten, Sie krank sind oder organisatorische Fragen haben, melden Sie sich bei an Frau Kerstin Braß (06841-16-2 81 25 kerstin.brass@uks.eu).

Ablauf des Blockpraktikums

Das Praktikum findet als Blockveranstaltung mit Anwesenheitspflicht von Montag bis Freitag statt. Treffpunkt ist am Montag um 08:00 im Dachgeschoss vor dem großen Hörsaal der Frauenklinik. Dort wird Sie der zuständige Kollege bzw. Kollegin in Empfang nehmen und Ihnen Information zum Tagesablauf geben. An den übrigen Tagen finden Sie sich bitte pünktlich zur Übergabe um 07:40 Uhr im großen Hörsaal ein. Die Ärztinnen und Ärzte der Ihnen zugeteilten Rotationsbereiche werden Sie an den Praktikumstagen in die jeweiligen Bereiche mitnehmen.

Vormittags sind Sie in den Funktionsbereichen der Klinik eingeteilt. Nachmittags von Montag bis Donnerstag findet von 13:30 bis 15:00 ein Seminar in der Bibliothek im Dachgeschoss neben dem großen Hörsaal statt. Freitags findet dort die mündliche Prüfung statt, zu denen Sie bitte die Ihnen zugeordneten Fälle vorbereiten. Die Verteilung der Seminarthemen wird am Montag im Nachmittagsseminar stattfinden.

Rotationsbereich (Klinik) vormittags: 08:00 - 12:00 Uhr

Seminar und Prüfung nachmittags: 13:30 - 15:00 Uhr

Bitte beachten Sie die Seminarthemen im beigefügten Stundenplan sowie die Themen zur Fallvorstellung in der mündlichen Prüfung!

Wichtig ist uns ein respektvoller Umgang mit unseren Patientinnen und unserem Personal. Bitte tragen Sie während Ihres Praktikums einen sauberen, gebügelten Kittel mit einem Namensschild, damit Sie als Medizinstudenten zu erkennen sind. Zusätzlich ist das Tragen eines Mund-Nasenschutzes in der gesamten Klinik Pflicht. Die Abstands- und Hygieneregeln sind einzuhalten.

Veranstaltungsort

Frauenklinik Homburg Kirrberger Straße 100, Gebäude 9, 66421 Homburg (Saar)

Mündliche Prüfung

Am Freitag von 13.30 bis 15:00 Uhr findet jeweils eine mündliche Prüfung (10-15 min) über die Inhalte des Blockpraktikums mit Vorstellung des vorbereiteten Falles statt. Zur Vorbereitung dienen das Skript und die Seminare am Nachmittag. Die Prüfung wird als Einzelprüfung abgehalten.

Evaluation

Die Evaluation findet online über Moodle statt. Bitte führen Sie diese nach absolviertem Praktikum durch.

Hygiene

Beachten Sie bitte die allgemeinen Abstands- und Hygieneregeln während des Blockpraktikums. In der Frauenklinik ist durchgehend ein FFP2-Mund-Nasenschutz zu tragen.

Unterrichtsmaterialien in Moodle

Im Moodle Bereich für das Blockpraktikum finden Sie Lehrmaterialien, die sie zusätzlich zum Praktikum im Selbststudium erarbeiten sollen.

Wir wünschen Ihnen eine informative und abwechslungsreiche Praktikumswoche in unserer Klinik.

Stundenplan vormittags (08:00 bis 12:00 Uhr)

Student/in	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
1	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko	OP
2	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko	OP
3	OP	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko
4	OP	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko
5	Brustsprechstunde/Onko	OP	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal
6	Brustsprechstunde/Onko	OP	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal
7	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko	OP	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz
8	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko	OP	Schwangeren-ambulanz	IVF/Dysplasie/ Ambulanz
9	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko	OP	Schwangeren-ambulanz
10	IVF/Dysplasie/ Ambulanz	Kreißaal	Brustsprechstunde/Onko	OP	Schwangeren-ambulanz

Stundenplan der Nachmittagseminare (13:30 bis 15:00 Uhr)

Tag	Thema
Montag	Gynäkologische Untersuchung
Dienstag	Übungen am Laparoskopietrainer / Nahtkurs
Mittwoch	CTG-Kurs und Spontangeburt
Donnerstag	Geburtshilfliche Notfälle
Freitag	Mündliche Prüfung und Fallvorstellung

Dozenten/innen: Dr. G. Olmes, Dr. P. Schwarz, Dr. J. Dumé, Dr. J. Zimmermann, A. Aygün, Dr. A. Kaya, M. Doerk

Themen zur Fallvorstellung

1	Gestationsdiabetes	
2	EUG	
3	Gestationshypertonie/Präeklampsie/HELLP	
4	Abort	
5	Uterus myomatosus	
6	Mammakarzinom	
7	Ovarialkarzinom	
8	Zervixkarzinom	
9	Endometriumkarzinom	
10	Endometriose	
11	Hyperemesis gravidarum	
12	Vulvakarzinom	

Geburtshilfliche Notfälle

Die Fälle dienen als Vorbereitung für das Seminar am Donnerstag. Wir empfehlen zusätzlich die folgenden Lehrvideos der DGPGM als Ergänzung zum Unterricht:

<https://www.dgpgm.de/lehrfilm-schulterdystokie.html>

Fall 1: vaginal-operative Entbindung

25-jährige Patientin (GII/PI, Z.n. Notsectio vor 2 Jahren) in der 39+5 SSW. Nach regelrechter Eröffnungsperiode nun protrahierte Austreibungsperiode. Hebamme, Hebammenschülerin und Assistenzarzt anwesend. Kindlicher Kopf außerhalb der Wehe bei +1, in der Wehe bei +2. Nach Amniotomie durch die Hebamme Eintritt einer terminalen Bradykardie.

CTG: Basalfrequenz 160 spm, Wehenabstand alle 5 min, Wehenamplitude 40, maternale Herzfrequenz 100

akut: Abfall der fetalen Herzfrequenz auf 80 spm

Fragen zur Vorbereitung:

- Welche Akutmaßnahmen sind zu treffen?
- Welche Formen der vaginal-operativen Entbindung gibt es?
- Welche Technik könnte in der konkreten Situation zum Einsatz kommen?
- Wie läuft die vaginal-operative Entbindung ab?
- Wer ist vor der Durchführung durch wen zu informieren?

Fall 2: Notsectio

33-jährige Patientin (GI/P0) in der 39+3 SSW. Frühzeitiger Blasensprung bei 5 cm. Geburtsverlauf bisher unauffällig. Hebamme und Assistenzarzt anwesend. Ende der Eröffnungsperiode (MM 8 cm) mit Eintritt des pathologischen CTG`s

CTG: Basalfrequenz 150 spm, Wehenabstand alle 3 min, Wehenamplitude 50, maternale Herzfrequenz 90

akut: späte Dezeleration auf 60 spm, anhaltend über 1 min

im Verlauf: Anstieg der fetalen Herzfrequenz auf Basalfrequenz 110 spm (kein Erreichen der Ausgangsfrequenz), nach 2 Wehen im Abstand von 3 min erneute tiefe späte Dezeleration auf 70 spm

Fragen zur Vorbereitung:

- Welche Akutmaßnahmen sind durch wen zu treffen und in welcher Reihenfolge?
- Wann und durch wen ist der Entschluss zur Notsectio zu treffen?
- Wer sollte informiert werden?
- Was erfolgt im Kreißsaal unmittelbar vor der Notsectio?
- Was erfolgt im OP?

Fall 3: Schulterdystokie

35-jährige Patientin (GII/PO, Z.n. Abort vor 1 Jahr) in der 39+2 SSW mit schlecht eingestelltem Diabetes mellitus Typ 1 und V.a. fetale Makrosomie. Geburtseinleitung vor 2 Tagen mit Misoprostol. Nun nach rascher Eröffnungsperiode stark protrahierte Austreibungsperiode. Unterstützung der Schwangeren mit Periduralanästhesie. 4 h nach vollständiger Eröffnung des Muttermunds wird der Kopf geboren. Hebamme, Hebammenschülerin und Assistenzarzt anwesend. Über 30 s nach der Kopfgeburt folgen die Schultern nicht. Statt einer Rotation kommt es zum Zurückziehen des kindlichen Kopfs (Turtle-Phänomen).

CTG: Basalfrequenz 140 spm, Wehenabstand alle 4 min, Wehenamplitude 60, maternale Herzfrequenz 80

akut: variable Dezelerationen bis auf 70 spm, zunächst 1 min anhaltend, im Verlauf über 2 min

Fragen zur Vorbereitung:

- Welche Maßnahmen sind akut durch wen zu treffen?
- Wer muss informiert werden?
- In welcher Reihenfolge sollten welche Maßnahmen mit dem Ziel der Lösung der Schulterdystokie angewendet werden?

Fall 4: Uterusatonie

35-jährige Patientin (GIII/PII) hat gerade ein Kind mit einem Gewicht von 4500 g am Termin geboren. 10 min nach der Geburt meldet sie sich, weil sie einen verstärkten vaginalen Flüssigkeitsabgang bemerkt. Hebamme, Hebammenschülerin und Assistenzarzt sind im Kreißsaal anwesend. Die Hebammenschülerin schaut unter die Bettdecke und sieht, dass das gesamte Kreißbett rot ist. Sie misst umgehend die Vitalparameter der Patientin: RR 92/64 mmHg, Puls 105%/min, SO2 96%.

akut: Patientin gibt an, dass ihr schwarz vor den Augen wird.

Fragen zur Vorbereitung:

-Wodurch ist die verstärkte postpartale Blutung am wahrscheinlichsten bedingt?

-Welche Akutmaßnahmen sind zu treffen?

-Welche weiteren Maßnahmen sollten ggf. im Verlauf bei Therapieresistenz ergriffen werden?

-Wie hätte man dieser postpartalen Blutung womöglich vorbeugen können?

OP-Checkliste

Die Kolleginnen und Kollegen, die im OP eingeteilt sind werden zur jeweiligen Schleuse im 1. Obergeschoss durch den ärztlichen Kollegen/in gebracht.

In der Schleuse wird die grüne OP-Kleidung angezogen. Sie sollten so wenig wie möglich in den OP mitnehmen und Ringe oder Ketten entfernen. Nagellack oder Gelnägel sind vorher zu entfernen! Bitte bringen Sie das Namensschild gut lesbar am Oberteil an. Wenn Sie weiter Richtung OP gehen, finden sie rechts OP-Haube und Mundschutz. Diese werden angezogen. Gegenüber finden sich OP-Schuhe in allen gängigen Größen. Vor dem Betreten des eigentlichen OP-Bereichs sollten die Hände einmal desinfiziert werden. Es gibt 3 OP-Säle (links Saal 1, in der Mitte Saal 2, rechts Saal 3). Bitte gehen Sie in einen OP-Saal und stellen sich bei der OP-Pflege, dem ärztlichen Personal sowie der Anästhesie-Pflege mit Vor-/Zunamen und Funktion vor. Sie werden dann in einem der OP-Säle verteilt. Wenn Sie an den OP-Tisch zur Assistenz gehen dürfen, muss vorher die chirurgische Händedesinfektion durchgeführt werden.

Ablauf der chirurgischen Händedesinfektion:

- Waschen der Hände und Unterarme bis zur Ellenbeuge mit Seife
- Die Arme sollten so gehalten werden, das im Verlauf Seife und Desinfektionsmittel von distal nach proximal laufen.
- Desinfektion von Händen und Unterarmen bis zur Ellenbeuge
- Desinfektion der Hände und der distalen Hälfte des Unterarms
- Desinfektion der Hände
- Ggf. erneute Desinfektion der Hände

Sie gehen nun in den OP-Saal und erhalten von der OP-Pflege den sterilen OP-Kittel. Dieser wird mit Hilfe der OP-Pflege verschlossen. Dann wird Ihnen Ihre Position am OP-Tisch zugewiesen. Sie sind ab sofort steril eingekleidet und dürfen keine unsterilen Flächen mehr berühren.

Als OP-Vorbereitung eignet sich, am Vorabend im Anatomie-Atlas kurz die Anatomie des Beckens der Frau zu rekapitulieren.

Falls Sie Ihnen im OP schlecht werden sollte, informieren Sie bitte umgehend das Personal. Es ist kein Problem vom OP-Tisch abzutreten und eine kurze Verschnaufpause zu haben.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß im OP der Unifrauenklinik Homburg.

Spickzettel für die Vermessung von Schwangeren

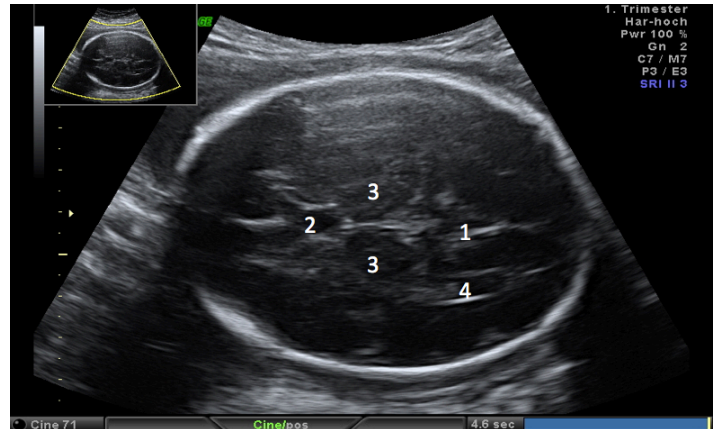
Was soll ich zuerst beachten, wenn ich eine Schwangere schalle?

1. Lebt das Kind? (Herzaktivität im B-Mode, Farbdopplerkodierung)
2. Wie liegt das Kind? I./II. Schädellage, I./II. Beckenendlage, Querlage
3. Wo liegt die Plazenta? Vorderwand, Hinterwand, Fundus, Plazenta Prävia.
4. Wie messe ich den Feten? (Siehe unten)
5. Nicht vergessen: Freundlich nach Erlaubnis fragen, Einkerbung auf dem Schallkopf mit der Orientierung auf dem Screen anpassen, langsam durch die Ebenen schallen, nach dem Schallen Schallkopf sauber machen, keine Besprechung von Pathologien mit der Patientin.

Fetometrie – Kriterien

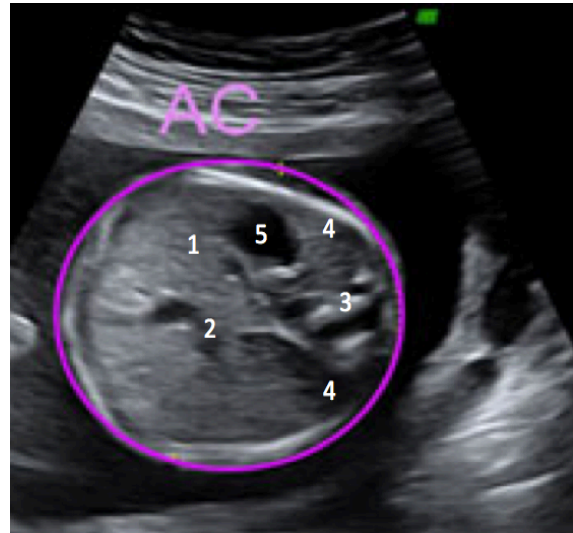
Fetaler Kopf

- Aufsuchen des kindlichen Kopfes im Horizontalschnitt durch Parallelverschiebung des Schallkopfes.
- Korrekte Biometrieebene im Planum frontooccipitale.
- Schädel: Symmetrisch und oval, mit glatten durchgehenden Konturen.
- Mittelecho (1) wird durch das im vorderen Schädel Drittel gelegene Cavum Septi Pellucidi (2) unterbrochen.
- Bds. des Mittelechos stellen sich symmetrisch die Thalamuskern (3) als echoarme Strukturen in Schädelmitte dar.
- Kleinhirn und Orbitae in dieser Ebene nicht darstellen.
- Es zeigen sich dorsolateral die hinteren Hörner der lateralen Ventrikel (4).
- Messung des BPD und OFD: Außen-außen Messung.
- Kopfumfang:
 - Direkte Messung.
 - Berechnung mit Hilfe von Tabellen oder Ellipsenformel.



Fetales Abdomen

- Ausgehend von der Kopfbimetrieebene, den Schallkopf nach kaudal bis zur unteren Thoraxapertur distal der Herzebene mit Zielorgan Leber (1) verschieben.
- Richtige Ebene
 - V. Umbilicalis (2) wird im proximalen Anteil der Leber dargestellt (keine Längsdarstellung der Vena).
 - Möglichst kreisrund.
 - Wirbelsäule: 3 Ossifikationszentren (3).
 - Rippen symmetrisch (4).
 - Darstellung des Magens (5)
- Wichtig:
 - Druck vom Schallkopf nehmen (weniger ovale Verformung).
 - Messung während fetaler Apnoephasen.
 - Außen-Außen Messung, Abdominalumfang.



Fetaler Femur

- Aufsuchen des Oberschenkels
- Schallkopf wird um 90° gedreht.
- Femur in seiner längsten Ausdehnung dargestellt.
- Messung möglichst quer zur Schallrichtung liegenden Knochen, CAVE:
 - Bei Messung in Richtung Ultraschallstrahl kann eine Abbildungsverkürzung infolge der hohen Schallgeschwindigkeit im Knochen erfolgen.
 - Schrägschnitte führt zu einer kurzen Längenmessung.
- Auf scharfe Begrenzung der Knochenenden achten, um falsch hohe Werte zu vermeiden.
- Keine Überlagerung durch andere Knochen, z.B. Femur und Os ischii oder Humerus und Ulna.
- Gemessen wird der ossifizierte Knochenanteil ohne Berücksichtigung der Knochenbiegung und des distalen Femurkerns. Falls proximales Ende gekrümmt und kugelig abgestumpft → Femurkopf dargestellt → zu lang

