



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Акушерство»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра акушерства и гинекологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.С. Коваленко	доцент, к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой
И.И. Тузлуков	доцент, к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент
Т.Н. Рыбакова		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.Н. Котляров,	к.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой сестринского дела
Е.В. Филиппов	д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой поликлинической терапии и профилактической медицины

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06. 2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06. 2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

№ 1. Оптимальный метод абдоминального КС:

1. Корпоральное КС
2. Истмико-корпоральное КС
3. *КС в нижнем сегменте с дугообразным (поперечно-полулунным) разрезом
4. КС с продольным разрезом нижнего сегмента

№ 2. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

1. Болезненность матки при пальпации
2. Наружного кровотечения может и не быть
3. *Ничего из перечисленного
4. Ничего из перечисленного

№ 3. Вычислить *conjugata vera* можно по:

1. Измерение ромба Михаэлиса
2. Измерение прямого размера выхода таза
3. *Измерение с. *diagonalis* и с. *externa*
4. Измерение подлобкового угла

№ 4. Показания к экстраперитонеальному КС:

1. *Экстренное КС в родах при высоком риске инфекции или начальных ее проявлениях
2. Недоношенная беременность
3. Поперечное и косое положение плода
4. Предлежание плаценты

№ 5. Причины формирования анатомически узкого таза в подростковом периоде:

1. *Гормональные нарушения (гиперандрогения), тяжелый труд
2. Вредные привычки
3. ОРВИ
4. Аллергические заболевания

Критерии оценки тестового контроля (стандартизированный контроль - тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Перечислите особенности течения беременности и родов при внутриутробной инфекции (бактериальной, гриппе, краснухе, полиомиелите, орнитозе, токсоплазмозе и т.д.).
2. Искусственный разрыв плодного пузыря. Показания, условия, техника и исходы.
3. Характеристика полной и частичной отслойки плаценты.
4. Нарушение процессов отделения плаценты и выделения последа. Причины, профилактика, диагностика и лечение.
5. Трещины сосков и патологический лактостаз. Причины, клиника, диагностика, профилактика и лечение.

Критерии оценки при собеседовании (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача № 1. Первобеременная Я., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 8 часов назад.

Менструальная функция не нарушена, половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было. Соматически здорова.

Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 40 см, рост 166 см, масса тела 72 кг. Положение плода продольное, I позиция, передний вид, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода - 4000 гр. Схватки по 25-30 секунд через 4-5 минут, слабой силы, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, вскрылся при влагалищном исследовании, излилось небольшое количество светлых вод. Предлежат ягодичи, прижаты ко входу в малый таз, крестец обращен кпереди и влево, линия интертрохантерика в левом косом размере таза. Емкость таза удовлетворительная, CD - 13 см.

Начата стимуляция родовой деятельности внутривенным капельным введением окситоцина в течение 3 часов, которая эффекта не дала: схватки остаются слабой силы,

короткие, через 4-5 минут по 30 секунд.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения родов.
3. Возможные осложнения при тазовом предлежании для матери и плода и их профилактика.

Эталон ответа:

1. Беременность I, 40 недель. Роды I, срочные, I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Тазовое предлежание плода. Неэффективность родостимуляции.
2. Учитывая длительность родового акта в течение 11 часов, неэффективность родостимуляции, тазовое предлежание плода и его доношенность, с целью получения живого нетравмированного плода необходимо завершить роды операцией кесарево сечение.
3. Осложнения для матери – травма тканей родового канала, гипотоническое или атоническое кровотечение в послеродовом или послеродовом периодах. Осложнения для плода – интранатальная гипоксия, гибель, травматизация. Профилактика – рациональное ведение (наблюдение за динамикой открытия шейки матки, нарастанием родовой деятельности, введение утеротонических средств после рождения плода, контроль за сердечной деятельностью плода – КТГ, введение средств, улучшающих маточно-плацентарный кровоток) и завершение родов (своевременное кесарево сечение).

Задача № 2. В родильное отделение поступила в первом периоде родов повторно-родящая 30 лет. Последний раз посещала женскую консультацию 10 дней назад. Самочувствие удовлетворительное. I роды закончились самопроизвольно живым ребенком 6 лет тому назад; в течении последующих 3-х лет было 2 искусственных аборта, произведенных в больнице; 2 года назад были вторые роды, закончились операцией кесарева сечения по поводу предлежания плаценты. В послеоперационном периоде было повышение температуры до 37,6-37,8°C, получала антибактериальную терапию с первого дня операции. Ребенок жив, развивается хорошо. Женщина правильного телосложения, таз нормальных размеров, плодный пузырь цел. Открытие I палец. Сердцебиение плода ясное, положение продольное, предлежит головка. При пальпации рубца на матке определяется истончение в области обоих углов и его болезненность.

1. Правильно ли было ведение беременной в женской консультации, есть ли дефекты наблюдения?
2. Врачебная тактика.
3. Метод родоразрешения.

Эталон ответа:

1. Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, женщине должна была быть проведена УЗ-визуализация рубца на матке, и ее необходимо было госпитализировать в акушерский стационар III уровня заблаговременно (в 36 недель) для родоразрешения операцией кесарево сечение в плановом порядке.
2. Снять родовую деятельность, провести профилактику акушерского кровотечения и обеспечить проведение экстренного родоразрешения.
3. Операция кесарево сечение в экстренном порядке с иссечением «старого» рубца.

Задача № 3. Роженица Л., 28 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью и доношенной беременностью.

Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 25 лет, вес плода 4200. Вторая - закончилась медицинским абортom при сроке беременности 7-8 недель, без осложнений; третья - 2 года назад - медицинский аборт при сроке беременности 8-9 недель. Через неделю после аборта по поводу кровянистых выделений было произведено повторное выскабливание полости матки.

Данная беременность 4-ая, развивалась без осложнений. Схватки начались 4 часа назад, воды излились 1 час назад.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 160 см, масса тела 75 кг. По органам без патологии. АД - 110/70 - 120/70 мм рт.ст. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Определяется выраженная шейно-головная борозда между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода - 4200-4300 гр.

Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, сильные, резко болезненные. Симптом Вастена положительный.

Влагалищное исследование - наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, раскрытие 8 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подбородок. Лицевая линия стоит в правом косом размере. Подбородок обращен к правому крестцово-подвздошному сочленению. Крестцовая впадина свободна.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения родов.
3. Возможные осложнения в родах при данном вставлении.

Эталон ответа:

1. Беременность IV, 40 недель. Роды II, срочные, II период родов. Головное предлежание, лицевое вставление. Клинически узкий таз.
2. Необходимо снять родовую деятельность, завершить роды операцией кесарево сечение в экстренном порядке.
3. Возможные осложнения для матери – разрыв матки и внутреннее кровотечение, травма мочевого пузыря. Возможные осложнения для плода - интранатальная гипоксия, гибель.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем докладов:

1. Формирование и строение плаценты. Нарушение инвазии цитотрофобласта, как причина патологических состояний во время беременности.
2. Родовая деятельность. Биохимические аспекты ее развития в норме и при АРД.
3. Антенатальная гибель плода. Изменения в системе мать-матка-плацента-плод.

4. Особенности изменений на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровнях при гестозах.
5. Роль биологически активных веществ маточно-плацентарного комплекса в развитии нормальной беременности и ее осложнений.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 7, 8 семестре - зачет.

6 Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет – результат промежуточной аттестации за 7 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины «Акушерство», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Зачет- в 8 семестре проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 4 вопросов (II), Критерии сдачи зачета (III):

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и

сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Акушерство»**

ОПК-4

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а так же проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Организация акушерско-гинекологической помощи в РФ. Трехуровневая система родовспоможения. Маршрутизация беременных.
2. Основные качественные показатели работы акушерской службы.
3. Вопросы медицинской деонтологии и этики в акушерстве.
4. Диагностика беременности.
5. Физиологическое течение беременности. Изменения в организме женщины во время беременности.
6. Ведение беременности в женской консультации.
7. Кабинет антенатальной охраны плода.
8. Структура акушерского стационара.
9. Законодательство РФ по охране материнства и детства. Льготы беременным и кормящим матерям.
10. Определение предполагаемой даты родов и времени предоставления дородового отпуска.
11. Акушерская номенклатура.
12. Методы обследования в акушерстве.
13. Плод как объект родов.
14. Женский таз с акушерских позиций. Пельвиометрия. Плоскости полости малого таза, проводная ось малого таза. Угол наклона таза. Методы измерения истинной конъюгаты.
15. Строение тазового дна. Классификация разрывов промежности.
16. Особенности строения шейки матки, ее изменения во время беременности.
17. Строение и основные функции плаценты, плодных оболочек, пуповины. Фетоплацентарный комплекс.
18. Современные методы диагностики состояния плода.
19. Антенатальная кардиотокография.
20. Интранатальная кардиотокография.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1

Первородящая Ж., 22 лет, поступила в родильный дом спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежащая часть-голова. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,17 Гц (130 уд/ мин).

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края её тонкие, отверстие открыто на один палец. Плодный пузырь цел, напряжен, расположение головы плода не удается определить из-за опасности раннего вскрытия плодного пузыря.

Вопросы:

Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет темп раскрытия шейки матки?

Характер схваток в первом периоде родов. Плодный пузырь. Ранее отхождение околоплодных вод.

Продолжительность первого периода родов у этой роженицы. Факторы риска плода в родах.

Задача 2

Повторнородящая И., 23 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Беременность вторая, первые роды 2 года назад протекали нормально. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД 125/80 мм рт. ст.. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая гол малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище широкое, шейка матки укорочена, края её толстые. Отверстие пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Расположение предлежащей головы плода не определяется из-за опасности раннего разрыва плодного пузыря.

Вопросы: Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Характер раскрытия отверстия матки. Продолжительность и название первого периода родов. Передние и задние околоплодные воды. Когда отхождение вод считается своевременным? Продолжительность первого периода родов у этой роженицы. Коррекция жизнедеятельности плода в первом периоде родов.

Задача 3.

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 16 ч. отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, А/Д 120/ 80 мм. рт. ст. Окружность живота 100см, высота стояния дна матки - 32 см. Размеры таза: 25–28- 30-20 см. Положение плода продольное, предлежащая часть голова плотно вставилась во вход в малый таз, но большая часть ее находится над входом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд.\ в мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к лобковому симфизу, лежит ниже других точек головы.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это? Проводная точка головы плода при этом предлежании.

Задача 4.

Первородящая Ч., 23 года находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 15 ч. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Состояние удовлетворительное, АД – 125/ 85 мм.рт.ст. Окружность живота – 99см, высота стояния дна матки – 30 см, размеры таза – 26-29-32-21см. Положение плода продольное, предлежащая головка в полости таза и при наружном исследовании над входом в таз не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд.\мин, слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Крестцовая впадина полностью заполнена головой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов головы плода стоит в прямом размере таза, малый родничок обращен к лобковому симфизу, лежит ниже большого родничка.

Вопросы: Характер предлежащей части и вид предлежания.

В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это. Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина, окружность головы, соответствующая этому размеру? 5. Проводная точка головы плода при этом предлежании.

Задача 5.

Первородящая М., 22 года, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 12 ч. Только что отошли воды светлые, в умеренном количестве, околоплодные воды, начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, А/Д 120\70 мм. рт. ст. Окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки – 31 см, размеры таза 25 – 28- 31- 20см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода над входом в таз, определяется незначительная часть головы. сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд \ мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие полное, плодный пузырь вскрыт. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к крестцу, большой - справа, ближе к лобку. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании.

Задача 6.

Повторнородящая А., 30 лет находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 9 ч. Только что отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное А\ Д 120\75 мм. рт.ст. Окружность живота – 102 см, высота стояния дна матки – 31 см, размеры таза – 25 – 28- 30- 20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд. в мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, ближе к лобковому симфизу и лежит ниже других точек головы. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании?

Задача 7.

Повторнородящая К., 29 лет находится в родах, начавшихся в срок. Спустя 12 часов от начала регулярных схваток отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное А\ Д 120\70 мм. рт.ст. Окружность живота – 100 см, высота стояния дна матки – 30 см, размеры таза – 26–29–31–21 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода полностью находится в полости таза и при наружном исследовании не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд. в мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность лобкового сочленения заняты головой. Легко достигаются только нижний край сочленения, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок определяется справа, обращен к крестцу, большой слева, ближе к симфизу, оба родничка стоят на одном уровне.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании?

Задача 8.

У роженицы М., через 16 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок мужского пола массой 3200г. Голова мальчика долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром в области малого родничка. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

При каком предлежании головы плода произошли описанные роды? Проводная точка головы при этом предлежании. Каким размером головы проходил плод при описанных родах? Измерение этого размера на голове плода. Величина его окружности головы, соответствующей этому размеру.

Задача 9.

У роженицы Л., через 18 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок женского пола массой 3100г. Голова у девочки долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром посередине между большим и малым

родничком. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

1. При каком предлежании головы плода произошли описанные роды? 2. Проводная точка головы при этом предлежании. 3. Каким размером головы проходил плод при описанных родах? 4. Измерение этого размера на голове плода. Величина его окружности головы, соответствующей этому размеру.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача № 1

Беременная А., 35 лет поступила в родильный дом с начавшейся родовой деятельностью при сроке 36 недель с жалобами на головную боль и головокружение, появившиеся 2 дня назад.

Из анамнеза. Два года назад при осмотре обнаружено повышение артериального давления. После проведенного лечения за мед. помощью не обращалась. Настоящая беременность 3-я. Состоит на учете в женской консультации с 12-недельного срока, АД постоянно равно 140/90 мм рт ст, белок в моче не обнаружен, отеков нет. От предложенной госпитализации отказалась, рекомендованное лечение значительно улучшало общее самочувствие.

Объективно. Жалобы на головную боль, повышенную утомляемость, отеков нет, АД 150/90 мм рт ст на левой и 155/90 мм рт ст на правой руке. Частота пульса 80 уд/мин. Со стороны сердца отмечено небольшое расширение границ влево и акцент 2-го тона над аортой.

Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лобком 33 см. Положение плода продольное, предлежащая часть головка над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки укорочена, раскрытие маточного зева на 2 см, плодный пузырь цел, предлежащая часть головка над входом в малый таз.

Анализ мочи: относительная плотность - 1012, белка нет.

Остаточный азот крови - 21,4 ммоль/л.

Исследование глазного дна - соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают при беременности и в родах у таких больных?
4. Лечение и план ведения родов.

Задача № 2

Беременная 29 лет, живет в сельской местности. При беременности сроком 30 недель явилась на консультацию к врачу акушеру-гинекологу и была направлена в отделение патологии беременных с жалобами на слабость, жажду, чувство ненасытного голода, повышенное употребление жидкости - до 5-6 литров в сутки, кожный зуд, обильное мочеотделение.

Женщина желает сохранить беременность, но опасается, так как в прошлом году при таких же явлениях у нее на 7-м месяце беременности произошли преждевременные роды мертвого плода массой 2600 г.

Настоящая беременность вторая, в женской консультации не наблюдалась.

Объективно. Окружность живота - 96 см, высота стояния дна матки - 29 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 138 уд/мин.

Клинические показатели крови и мочи в норме. Уровень глюкозы в крови - 10,2 ммоль/л, в моче - 5 ммоль/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают во время беременности при данной патологии?
4. Ведение беременности при данной патологии.

Задача № 3

Беременная 23 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 32 недели и жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, постоянное сонное состояние, мелькание мушек перед глазами, утомляемость. Такие ощущения стала отмечать после 20 недель беременности. Из анамнеза установлено, что беременная болеет хроническим гастритом и гепатохолециститом.

Объективно. Кожа и слизистые бледной окраски. Пульс 86 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70 мм рт ст. Со стороны сердца выявлен слабый систолический шум над верхушкой.

Данные акушерского обследования. Высота стояния дна матки между мечевидным отростком и пупком. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, предлежит головка. Сердцебиение слева ниже пупка.

Размеры таза: 26-28-31-21 см.

Анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, цветовой показатель - 0,8, СОЭ-48 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. План обследования и лечения беременной.

Задача № 4

Беременная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в отделение с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела - 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Беременность первая. Начиная с 16-й недели, периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный.

Анализ мочи - все поле зрения покрыто лейкоцитами. АД - 130/90 мм рт ст, пульс - 106 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. При пальпации матка в повышенном тоне.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План обследования и лечения больной.
3. Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача № 5

Беременная 38 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 32 недели и с жалобами на головную боль, слабость, появившиеся 3 дня назад.

Из анамнеза. Год назад при осмотре обнаружено повышение артериального давления. Проведена терапия. Настоящая беременность 4-я. Состоит на учете в женской консультации с 14-недельного срока, АД постоянно равно 140/90 мм рт ст, белок в моче не обнаружен, отеков нет. От предложенной госпитализации отказалась, рекомендованное лечение значительно улучшало общее самочувствие вышенную утомляемость, отеков нет, АД 150/90 мм рт ст на левой и 155/90 мм рт ст на правой руке. Частота пульса 82 уд/мин. Со стороны сердца отмечено небольшое расширение границ влево и акцент 2-го тона над аортой.

Положение плода продольное, предлежащая часть головка над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 138 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

Анализ мочи: относительная плотность - 1014, белка нет.

Остаточный азот крови - 21,4 ммоль/л.

Исследование глазного дна - соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают при беременности и в родах у таких больных?

Задача № 6

Беременная 23 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 34 недели и жалобами на общую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, ломкость ногтей и волос. Такие ощущения стала отмечать после 24 недель беременности. Из анамнеза установлено, что беременная болеет хроническим гастритом.

Объективно. Кожа и слизистые бледной окраски. Пульс 84 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70 мм рт ст. Со стороны сердца выявлен слабый систолический шум над верхушкой. В легких везикулярное дыхание.

Данные акушерского обследования. Высота стояния дна матки между мечевидным отростком и пупком. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд/мин.

Размеры таза: 25-27-30-20 см.

Анализ крови: гемоглобин - 88 г/л, цветовой показатель - 0,8, СОЭ-36 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. План обследования и лечения беременной.

Задача № 7

Беременная 26 лет, поступила в наблюдательное отделение с беременностью сроком 26 недель и с жалобами на периодический озноб, резкую боль в правой поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Беременность вторая. Наблюдается в женской консультации с 12 недель. Начиная с 20-й недели, периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Симптом Пастернацкого положительный справа.

АД - 135/90 мм рт ст, пульс - 104 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. При пальпации матка в повышенном тоне.

Анализ крови - гемоглобин 100 г/л, лейкоциты - 11×10^9 , СОЭ 48 мм/ч.
Анализ мочи - все поле зрения покрыто лейкоцитами, белок в моче 1 г/л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План обследования и лечения больной.
3. Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача 8

В женскую консультацию обратилась пациентка 24 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2,5 месяцев, тошноту, нагрубание молочных желез. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Беременность желанная, работает воспитательницей в детском саду.

Две недели назад отметила сыпь на лице и груди, повышение температуры до 38° С. Незадолго до этого был контакт с ребенком, больным краснухой. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, ангину.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа чистая, несколько увеличены шейные лимфоузлы. Матка увеличена до 10—11 недель беременности, безболезненная, придатки не пальпируются. Выделения молочного цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. План обследования и лечения больной.
4. Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача 9.

В дородовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 недели. В анамнезе преждевременные роды в 34 недели, отмечалось высокое АД. В детстве перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангиной. На учете у терапевта не состоит.

При данной беременности с 21-23 недель появились отеки ног, белок в моче, повышение АД.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, небольшие отеки ног. Пульс 86 ударов в 1 минуту. АД 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29-30 неделям беременности. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 130 ударов в 1 минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л; микроскопия осадка мочи: лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия.

Анализ мочи по Нечипоренко: л - - 2600, эр - - 25100, гиалиновые цилиндры.

Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания удельного веса 1007—1012.

Диагноз? Тактика? Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача 10

В родильный дом поступила беременная М. 32 лет, в сроке беременности 27 нед. Беременность 3-я, предстоят 3-и роды. Жалуется на боли в правом пояснично-реберном углу, дизурические явления, озноб, $t - 37,7$. Из анамнеза: ранее соматической патологией не страдала. Свое состояние связывает с переохлаждением. При обследовании обнаружено: о/а мочи: отн. плотность-1018; лейкоциты- сплошь, бактерии- ++. Матка легко возбудима. С/б плода ясное 148 уд.в мин.

Диагноз Лечение.

Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

ОПК-7

Способен назначать лечения и осуществлять контроль эффективности и безопасности.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам. Гигиена и диетика беременных.
2. Предвестники родов. Оценка степени зрелости шейки матки.
3. Роды. Классификация. Причины наступления родов.
4. Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
5. Биомеханизм родов в заднем виде затылочного предлежания.
6. Первый период родов. Особенности течения, ведение.
7. Второй период родов. Особенности течения, ведение. Защита промежности. Определение местоположения головки плода в родах.
8. Третий период родов. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
9. Обезболивание родов.
10. Физиологическая кровопотеря в родах. Методы оценки. Механизм возникновения и прекращения.
11. Осмотр родового канала после родов. Особенности раннего послеродового периода. Уход за родильницей. Профилактика послеродовых осложнений.
12. Физиологический послеродовый период.
13. Грудное вскармливание. Оптимальная продолжительность. Противопоказания.
14. Ранний неонатальный период. Первичная обработка новорожденного. Оценка новорожденного по шкале Апгар.
15. Разгибательные вставления головки плода. Классификация, причины.
16. Тазовое предлежание. Особенности течения беременности и родов. Этиология, диагностика, классификация. Биомеханизм родов. Акушерские пособия при тазовых предлежаниях.
17. Особенности течения родов при ножном предлежании. Современные рекомендации по способу родоразрешения.
18. Кесарево сечение в современном акушерстве.
19. Неправильное положение плода. Классификация, причины, диагностика, тактика.
20. Слабость родовой деятельности.
21. Многоплодная беременность. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности и родов.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1.

Повторнобеременная, повторнородящая, 30 лет, в родах 10 часов.

По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева 7-8 см., большой и малый роднички на одном уровне, емкость таза достаточная. Предполагаемая масса плода » 3000 г. В анамнезе затяжные роды, вес ребенка 2900 г.

Диагноз? Особенности течения родов при данной ситуации. Перечислите моменты биомеханизма родов. Что является проводной точкой при данном биомеханизме родов?

Задача 2.

Первобеременная, первородящая, в родах 20 часов. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, 124 уд/мин. По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева почти полное, прощупываются нос, подбородок, обращенный к крестцу, надбровные дуги, лобный шов.

Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача 3.

Повторнородящая 33 лет, после 10 часов хорошей родовой деятельности поступила в родильный дом. Размеры таза нормальные. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Предполагаемая масса плода » 4000,0, с/б плода 136 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие ш/м почти полное, стреловидный шов в поперечном размере, справа малый родничок, слева – большой ниже малого. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 4.

Повторнородящая 20 лет доставлена машиной скорой помощи с диагнозом: Беременность 26 недель, головное предлежание, I период родов. Воды излились час тому назад.

Сердцебиение плода 140 уд/мин. ясное, ритмичное. При влагалищном исследовании: открытие ш/м полное, плодного

пузыря нет, предлежит головка плода, лобный шов в поперечном размере таза, достигается передний угол большого родничка, глазницы, корень носа. Мыс не достигим, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 5.

Повторнородящая 28 лет поступила с хорошей родовой деятельностью в течение 6 часов с целыми водами. Таз размерами 24 – 28 – 30 – 20. Предполагаемая масса плода » 3200,0.

Сердцебиение – 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: раскрытие ш/матки полное, плодный пузырь цел., предлежит головка плода. Лицевая линия в правом косом размере входа в малый таз, подбородок слева спереди, надбровные дуги и нос – справа сзади.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 6.

МногOROжавшая женщина поступила с жалобами на сильные и очень болезненные схватки, между которыми матки не расслабляется. Родовая деятельность в течение 6 часов. Обнаружено: передняя брюшная стенка перерастянута, живот отвислый. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода после схватки учащается до 180 уд/мин и плохо восстанавливается. Предполагаемая масса плода » 4100,0. При влагалищном исследовании: открытие ш/м полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, стреловидный шов в поперечном размере, близко к лону, во время схватки отмечается резкая конфигурация, задняя теменная кость находит на переднюю. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 7.

Первородящая 20 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, в течение 16 часов. В приемном покое излились светлые околоплодные воды в количестве 1,5 л. При влагалищном исследовании: открытие ш/м полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода. Стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, малый родничок спереди, большой сзади. Мыс не достижим.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 8.

В родильное отделение доставлена повторнородящая в связи с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе: 3 года назад кесарево сечение по поводу прогрессирующей хронической гипоксии плода. Послеоперационный период осложнился нагноением и полным расхождением шва на передней брюшной стенке. При поступлении регулярной родовой деятельности нет, но периодически матка приходит в тонус. В дне матки определяется крупная баллотирующаяся часть плода. Над входом в малый таз пальпируется крупная мягкая часть плода. Сердцебиение плода ясное ритмичное 138 уд в 1 мин. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3500 гр. При пальпации над лоном имеется некоторая болезненность по ходу рубца на матке, а также углубление. УЗИ выявило неравномерность толщины руб-ца на матке (от 2 до 5 мм). При влагалищном исследовании определяется: влагалище средней емкости, шейка матки расположена по оси таза, мягкая, цервикальный канал проходим для 2 см . Мыс не достигается , экзостозов в полости таза нет.

Диагноз? Тактика?

Задача 9.

Беременная Ч.З, 40 лет, поступила в родильный дом с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе 4 нормальных родов, последние - 9 лет назад. Лечилась по поводу вторичного бесплодия. Во время беременности дважды находилась на лечении в отделении невынашивания по поводу угрозы прерывания беременности. При поступлении - дно матки на 29 см на лоном, ОЖ 96 см, в дне матки определяется небольшая плотная головка плода. Сердцебиение плода колеблется от 120 до 175 ударов в мин.

При влагалищном исследовании: Влагалище емкое, шейка матки по оси таза, укорочена до 1,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 5 см. за завом определяется мягкая предлежащая часть, во влагалище – ножка плода. Подтекают грязные воды.

Диагноз, Тактика.

Задача 10.

Беременная К.А., 34 лет поступила с родовой деятельностью. Беременность доношенная, первая. Беременность наступила после 6-летнего периода бесплодия, протекала с рецидивирующей угрозой прерывания. При поступлении схватки через 5-7 минут по 20 - 25 сек., умеренно болезненные. Сердцебиение плода 148 уд в мин. ВДМ 39см, ОЖ 104 СМ. Размеры таза 25-27-30-20 см. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз.

При влагалищном исследовании установлено, что шейка матки по оси таза, размягчена в области цервикального канала, внутренний зев в виде плотного шнура. Открытие

цервикального канала на 3 см. Во время исследования излились околоплодные воды, в небольшом количестве, но головка не имеет тенденции к вставлению во вход в малый таз.

Диагноз, тактика ведения родов.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача № 1

Беременная 25 лет, доставлена в родильный дом машиной скорой помощи через 30 мин после внезапно начавшегося кровотечения. Алая жидкая кровь появилась среди полного здоровья без каких-либо видимых причин. Беременность сроком 37-38 недель. Боли и схваток нет. К моменту поступления кровотечение прекратилось, кровопотеря дома и в дороге составила около 200мл.

Данные анамнеза. Первые две беременности были искусственно прерваны в ранние сроки. Последний аборт осложнился эндометритом. Проводилось инструментальное опорожнение полости матки в связи с наличием остатков плодного яйца. Настоящая беременность третья.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт ст. Пульс 80 уд/мин.

Матка правильной овоидной формы, безболезненная. Окружность живота - 100 см., высота стояния дна матки - 32 см. Положение плода продольное, предлежащая головка высоко над входом в малый таз.

Данные влагалищного исследования. При развернутой операционной произведено бережное влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сохранена, зев закрыт. Через свод влагалища пальпируется массивное, мягковатой консистенции образование, расположенное ниже головки плода и препятствующее ее пальпации. Мыс не достижим. Пальцы исследующего слегка испачканы яркой алой кровью.

После влагалищного исследования кровотечение возобновилось, кровопотеря - 50 мл. Через 10 мин кровотечение прекратилось и не возобновляется. Состояние остается удовлетворительным. АД - 110/70 мм рт ст, пульс - 80 уд/мин. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин. Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Лечение.

Задача № 2

Роженица 38 лет, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых путей, начавшегося 2 ч назад при появлении родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 50 мл. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Беременностей пять: первые две закончились нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта. Настоящая беременность шестая. Беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние женщины удовлетворительное. Кожа и слизистые розовые. АД 120/60 мм рт ст, пульс - 76 уд/мин.

Живот овоидной формы мягкий, безболезненный. Окружность живота - 104 см., высота стояния дна матки - 32 см. Положение плода продольное, предлежащая головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное 136 уд/мин. Размеры таза: 25-28-30-21 см. Схватки через 5 - 6 мин продолжительностью 30 - 35 с.

Данные влагалищного исследования. При развернутой операционной произведено бережное влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, шейка укорочена до 1,5 см, раскрытие маточного зева 4 см. В шейке матки спереди и слева за зевом прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью. Большая часть маточного зева занята плодными оболочками. Предлежащая часть головки подвижна над входом в малый таз.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 100 мл яркой алой крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. План ведения родов.

Задача № 3

Родильница 29 лет, доставлена в родильный дом по поводу небольшого кровотечения из влагалища и сильной постоянной боли в животе, появившиеся через 6 часов от начала регулярных схваток. Роды в срок.

Данные анамнеза. Последние 2 года болеет гипертонической болезнью. Было две беременности: первая закончилась срочными родами, вторая - медицинским абортom. Настоящая беременность третья. На 20-й и 32-й недели беременности находилась в отделении патологии беременности для профилактического лечения гипертонической болезни. В последние две недели беспокоят головная боль и повышенная утомляемость.

Объективно. Состояние женщины удовлетворительное. Кожа и слизистые розовые. АД 140/90 мм рт ст, пульс - 86 уд/мин.

Живот овальной формы, болезненный при пальпации в области дна матки слева, где отмечается небольшое выпячивание. Окружность живота - 105 см., высота стояния дна матки - 31 см. Положение плода продольное, предлежащая головка - большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение глухое, ритмичное 170 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

Данные влагалищного исследования. Во влагалище имеются незначительные кровянистые выделения со сгустками крови. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел, напряжен даже вне схватки. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. План ведения родов.

Задача № 4

Роженица 34 лет, доставлена в акушерскую клинику по поводу боли в животе, общей слабости, головокружения и небольших кровянистых выделений из влагалища. Роды в срок, начались 4 часа назад.

Данные анамнеза. Имела две беременности, закончившиеся нормальными родами. Настоящая беременность третья. Беременность протекала нормально, но за 2 недели до поступления в клинику у беременной на голенях появились отеки, АД - поднялось до 130/85 мм рт ст, содержание белка в моче равно 0,33 г/л. От предложенной госпитализации беременная отказалась.

Объективно. При поступлении в клинику обращает внимание выраженная бледность лица и губ роженицы, отеки на голенях и стопах. Пульс 96 уд/мин, слабого наполнения, АД 100/70 мм рт ст. Окружность живота - 105 см., высота стояния дна матки - 36 см. Матка шарообразной формы, твердая, вне схваток не размягчается, болезненная в области дна. Из-за твердости стенки матки части плода не прощупываются, сердцебиение не прослушивается. Схватки хорошей силы, продолжительностью 35-40 с через 3-4 мин. Во влагалище - кровянистые выделения.

Данные влагалищного исследования. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел, резко напряжен даже вне схватки. Предлежащая головка плода - малым сегментом во входе в малый таз. Выделения кровянистые, темные с мелкими сгустками.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования. Дифференциальная диагностика.
4. План ведения родов.

Задача № 5

Роженица С., 32 лет, переведена в родильный блок из отделения патологии беременности, где находилась в течение 20 дней по поводу повторного кровотечения из половых органов. Два часа назад вместе с начавшимися родовыми схватками появилось незначительное кровотечение. Беременность сроком 36 недель.

Данные анамнеза. Беременность шестая. Первая закончилась срочными родами, три последующие - медицинским абортom без осложнений, пятая самопроизвольным абортom на 16-й недели. После этого дважды выскабливали полость матки.

Во время настоящей беременности с 10-недельного срока регулярно наблюдалась в женской консультации. На 33-1 недели беременности во время ночного сна внезапно началось кровотечение. Машиной скорой помощи роженица С. доставлена в отделение патологии беременности, где кровотечение трижды повторялось. Каждый раз оно была кратковременным, по 7-10 мин, но с увеличивающейся кровопотерей - 50-70-100 мл.

Объективно. Кожа и слизистые оболочки бледные. Пульс 86 уд/мин, АД 110/60 мм рт ст. Отеков нет. Окружность живота - 100 см., высота стояния дна матки - 32 см. Положение плода продольное, в области дна матки пальпируется баллотирующая крупная часть округлой формы. Предлежащая часть плода тоже крупная, неправильной формы, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное 136 уд/мин. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

При развернутой операционной очень бережно произведено влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал.

Данные влагалищного исследования. Во влагалище находятся сгустки крови. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева на 4 см, перешеек полностью прикрыт толстой плацентарной тканью с шероховатой поверхностью, плодные оболочки не определяются. После влагалищного исследования кровотечение усилилось, кровопотеря достигла 200 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
4. Причины, обуславливающие кровотечение при беременности и во время родов?
5. Тактика ведения родов.

Задача № 6

Роженица 29 лет, переведена в родильный блок из отделения патологии беременности, с начавшимися родовыми схватками при беременности сроком 35-36 недель.

Данные анамнеза. Первые две беременности закончились нормальными родами, третья и четвертая - медицинским абортom, пятая - самопроизвольным абортom на 15 - 16 недели беременности. Настоящая беременность - 6-я. Первая половина беременности протекала без осложнений, вторая сопровождалась отеками. На 33-й недели была госпитализирована в отделение патологии беременности.

Объективно. Состояние удовлетворительное. За время беременности прибавила 17 кг. Отеки на голенях и стопах. АД - 135/85 мм рт ст, пульс - 80 уд/мин.

Матка в гипертонусе. Положение плода продольное, предлежащая головка прижата во входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 180 уд/мин. Схватки продолжительностью 30 сек через 4 - 5 мин, умеренно болезненные.

Во время санитарной обработки роженица пожаловалась на сильную боль в животе. Состояние ее заметно ухудшилось, появились общая слабость, головокружение, лицо и губы побледнели, лицо покрылось холодным потом. Пульс стал нитевидным, частота 120 уд/мин, АД - 100/40 мм рт ст. Матка в состоянии выраженного тонуса, напряжена, резко болезненна в области дна и тела. Сердцебиение плода не выслушивается. Из половых органов появились скудные темно-кровянистые выделения. Беременная срочно доставлена в операционную, где было произведено влагалищное исследование.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Скудные кровянистые выделения из половых путей.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Прогноз для матери и плода.
4. Тактика ведения этих родов.

ПК-1

Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Показания к оперативному родоразрешению во время беременности.
2. Ручное обследование полости матки. Показания, обезболивание, техника.
3. Послеродовый отпуск. Показания для предоставления удлиненного послеродового отпуска.
4. Ранние токсикозы беременных. Птиализм (гиперсаливация) Чрезмерная рвота. Клиника. Диагностика и лечение.
5. Токсикозы I половины беременности. Диагностика. Лечение. Показания к прерыванию беременности.

6. Вызванные беременностью отеки. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Роль женской консультации.
7. Вызванная беременностью протеинурия. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика возможных осложнений. Роль женской консультации.
8. Вызванная беременностью гипертензия. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика возможных осложнений. Роль женской консультации.
9. Патология почек и беременность. Клиника, диагностика, лечение во время беременности, в родах, в послеродовом периоде.
10. Преэклампсия. Клиника, диагностика и лечение во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Реабилитация женщин. Возможные осложнения.
11. Эклампсия во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация, влияние на плод. Современные методы лечения эклампсии.
12. Беременность и гипертоническая болезнь. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
13. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения беременности и родоразрешения.
14. Анемия и беременность. Влияние беременности и родов. Влияние на плод.
15. Острые и хронические инфекции при беременности. Их влияние на плод и новорожденного.
16. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода (резус конфликт, несовместимость по системе АВО и др.)
17. Планирование семьи. Пути снижения абортот. Контрацепция.
18. Контрацепция в послеродовом периоде.
19. Преждевременные роды. Течение преждевременных родов. Этиология, клиника, ведение. Профилактика невынашивания.
20. Перенашивание беременности. Течение беременности и родов. Влияние на плод. Диагностика, профилактика и терапия осложнений, связанных с перенашиванием.
21. Аномалии родовой деятельности. Слабость родовых сил. Этиология, клиника, диагностика и терапия. Дискоординированная родовая деятельность.
22. Несвоевременное (преждевременное, раннее, запоздалое) излитие околоплодных вод и тактика врача.
23. Узкий таз. Анатомически и клинически узкий таз. Особенности течения беременности и родов при узком тазе. Методы диагностики клинически узкого таза.
24. Анатомическая характеристика узкого таза, его формы и степени сужения

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1.

Беременная Д. 35 лет поступила в отделение патологии беременности Из анамнеза установлено, что настоящая беременность 10-я, роды 4-е. В 1994 г. имела место интранатальная гибель плода (имеется указание на обвитие пуповиной). Последние своевременные роды были в 1995 г. (масса плода-3800). Из остальных беременностей три закончились спонтанным абортот, три артифициальным. После одного из абортот у больной развился метро эндометрит. Контрацептивные средства не использовала. Осмотр беременной при поступлении: Живот овоидной формы. Дно матки на 4 см выше пупка. Положение плода продольное. Предлежит головка, слегка прижата ко входу в малый таз. Матка периодически приходит в тонус. Сердцебиение плода ясное 140 уд/мин. Данные вагинального исследования: влагалище емкое, шейка матки укорочена, мягковатой консистенции, зев проходим для 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежит

головка. Емкость таза достаточная. Экзостозов в полости таза нет. Выделения из половых путей обычные.

Диагноз? Тактика?

Задача 2.

Беременная Р., 23 лет, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и в поясничной области. Последняя менструация 7,5 месяцев тому назад. Замужем с 22 лет. Две недели как вышла в декретный отпуск. Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, неделю назад перенесла грипп. Женщина правильного телосложения, среднего роста. Температура тела 36,6. Пульс - 78 уд. в мин., АД- 120/70 мм рт.ст.

Окружность живота 80см, высота дна матки-28см. Положение плода продольное, предлежит голова, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 уд. в мин. Матка легко возбудима. Ориентировочно масса плода 2000-2100.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Через своды влагалища определяется предлежащая головка плода, подвижная над входом в малый таз. Выделения слизистые. Костный таз без деформаций.

Диагноз? Лечение?

Задача 3.

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 21 и 25 недель беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17 недель, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена на всем протяжении, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

Диагноз? Какова должна быть тактика врача женской консультации?

Задача 4.

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 ч. Беременность пятая, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки потужного характера через 3 мин по 35—40 с. Размеры таза 25—28—31—20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода отталкивается от входа в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим, подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Ваша тактика?

Задача 5.

Первобеременная Ш., 20 лет поступила в родильный стационар с жалобами на ноющие боли внизу живота, боли в пояснице. Во время настоящей беременности выявлены токсоплазмоз, ЦМВ. ОЖ 87см, ВДМ-33см. При УЗИ обнаружен 1 плод, в головном предлежании, по фетометрии соответствующий 31-32 неделям. Структура головного мозга и внутренних органов без особенностей. Плацента - по задней стенке, неоднородной эхоструктуры, 36 мм, III степени зрелости. Околоплодные воды- многоводие.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

В женскую консультацию обратилась пациентка 25 лет. Жалобы на задержку менструации в течение двух месяцев, ноющие боли в животе, мажущие выделения из влагалища в течение двух дней. В анамнезе выкидыш в 7 недель год назад. Менструации с 15 лет по 2—3 дня, через 26 дней, болезненные. Соматически здорова.

Объективно: рост 168 см, вес 59 кг, сложена правильно. А/Д 100/60, 105/65 мм рт. ст.

Влагалищное исследование: оволосение на лобке по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое, длинное. Шейка чистая, конической формы, плотная. Зев закрыт. Матка соответствует сроку 7—8 недель беременности. При пальпации тонус матки повышен. Придатки не пальпируются. Выделения из влагалища белого цвета, слизь.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.

Задача 7

В женскую консультацию обратилась пациентка 25 лет. Жалобы на задержку менструации в течение двух месяцев, ноющие боли в животе, мажущие выделения из влагалища в течение двух дней. В анамнезе выкидыш в 7 недель год назад. Менструации с 15 лет по 2—3 дня, через 26 дней, болезненные. Соматически здорова.

Объективно: рост 168 см, вес 59 кг, сложена правильно. А/Д 100/60, 105/65 мм рт. ст.

Влагалищное исследование: оволосение на лобке по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое, длинное. Шейка чистая, конической формы, плотная. Зев закрыт. Матка соответствует сроку 7—8 недель беременности. При пальпации тонус матки повышен. Придатки не пальпируются. Выделения из влагалища белого цвета, слизь.

1. Поставьте диагноз, назначьте терапию

Задача 8.

Первородящая Н., 26 лет, поступила в роддом спустя 6 ч от начала регулярной родовой деятельности. Роды в срок. Беременность протекала нормально, с 6-ти недель беременности регулярно наблюдалась в ЖК.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, среднего роста, нормального телосложения, А/Д-120/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологических изменения не обнаружено. Живот правильной, овоидной формы, окружность 100 см, высота стояния дна матки над лобком 30 см. Размеры таза: 26-29-31-21см. Положение плода продольное, головка снаружи не прощупывается. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд/мин, слева ниже пупка. При поступлении отошли воды, и у роженицы появились потуги продолжительностью 45 сек., через каждые 2 мин.

Влагалищное исследование: во время потуги промежность куполообразно выпячивается, становится бледной и отеочной. На вершине потуги кожа промежности становится блестящей, бледнеет. Шейка сглажена, открытие отверстия полное. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере выхода из малого таза, малый родничок обращен к лобку, большой не достигается.

Диагноз ? Тактика ведения.

Задача 9.

Роженица 28 лет, повторно беременная доставлена с жалобами на боли в животе, которые появились 4 часа назад, слабость. Ночь провела беспокойно.

В анамнезе: половая жизнь с 18 лет. Первая беременность осложнилась тяжелым гестозом, на фоне которого произошла ПОНРП, по этому поводу было произведено кесарево сечение. Следующая беременность также завершилась операцией КС, после которой развился метрэндометрит и

нагноение кожных швов. Последующие 2 беременности закончились искусственными абортами.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Больная зевает. Ps-124 уд. в мин., слабого наполнения. А/Д 80/50 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме напряжен. Матка

ясно не контурируется. С/б плода не прослушивается. Из влагалища незначительные кровянистые выделения.

Диагноз. Причины возникшей патологии . Терапия.

Задача 10.

Повторнобеременная 32 лет. В анамнезе 3 оперативных родов. Первая беременность закончилась операцией Кесарево сечение в связи с ПОНРП. Последующие беременности осложнились тяжелым гестозом. При настоящей беременности на учете не состояла. При поступлении состояние тяжелое. А/Д 100/60 мм рт. ст. Гемоглобин 68 г/л. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, дно которой определяется на 2 пальца ниже мечевидного отростка. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Послеоперационный рубец имеет звездчатую форму, при пальпации над лоном определяется болезненность и углубление (ниша), сквозь которую легко пальпируется головка плода.

Диагноз. Терапия.

Задача 11.

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились искусственным абортom, третья - кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм.рт.ст., пульс 120 ударов в минуту. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Родовая деятельность прекратилась. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Диагноз? Тактика?

Задача 12.

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинским абортom, третья — кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт. ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась. Диагноз? План ведения?

Задача 13.

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинским абортom, третья - кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт. ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась. Диагноз? План ведения?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

ЗАДАЧА № I.

Роженица Р., 30-ти лет поступила в родильный дом 20 октября в 8 часов с развитой родовой деятельностью.

Беременность 5-ая, роды предстоят 3-й. Первая беременность - срочные нормальные роды 10 лет назад, масса плода 3650. Ребенок жив. Вторая – 7 лет назад - срочные нормальные роды, масса плода 3900,0. Третья и четвертая беременности - искусственные аборты 4 и 3 года назад, последний аборт осложнился воспалительным процессом матки и придатков.

Данная беременность протекала без осложнений, в конце беременности отмечала отеки ног. От госпитализации отказалась.

Общая прибавка массы тела за беременность + 16 кг.

Сопутствующей экстрагенитальной патологии по данным женской консультации не выявлено.

Схватки начались с 3-х часов 20.10, воды излились в 7 часов дома.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное.

Рост 164 см, вес 82 кг. Кожные покровы нормальной окраски. Отеки голеней. АД - 140/95 -140/100 мм рт.ст.

Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16,5 см. Ромб Михаэлиса 10,5-10,0 см. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд хорошей силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка справа, до 150 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка сглажена, края ее тонкие, раскрытие наружного зева 6-7 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева, швы и роднички узкие. Родовой опухоли на головке нет. Емкость таза не уменьшена. Диагональная конъюгата 12,5-13 см.

Предполагаемая масса плода 4100-4200,0 г.

Решено роды предоставить естественному течению.

К 11 часам схватки через 2,5-3 минуты по 40 секунд, сильные, болезненные, потужного характера. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена вровень. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное. Головка во входе в малый таз, вне схватки отталкивается. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади, большой слева кпереди; швы и роднички определяются с трудом, кости черепа плотные.

1. Диагноз при поступлении, его обоснование?
2. Какие осложнения беременности имеются?
3. Дополнительное обследование для диагноза (оценка таза, данные для уточнения окончательного диагноза)?
4. Окончательный диагноз и алгоритм оказания экстренной помощи?
5. Реабилитация пациентки после выписки из роддома?

ЗАДАЧА № 2.

В родильное отделение больницы поступила беременная М., 26 лет, с жалобами на излитие околоплодных вод 2 часа назад. 1-ая беременность 3 года назад закончилась кесаревым сечением по поводу прогрессирующей гипоксии плода, извлечен мальчик массой 3250,0. Послеоперационный период осложнился нагноением и расхождением шва на передней брюшной стенке.

2-ая беременность – медицинский аборт, 2 года назад, без видимых осложнений.

3-я беременность - настоящая, протекала с угрозой прерывания беременности в 1-ом триместре, находилась на стационарном лечении.

При поступлении срок беременности 38-39 недель.

Рост 161 см, масса тела 78 кг. Общее состояние удовлетворительное.

Размеры таза: 25-27-31-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, размерами 10,5x11 см.

Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 37 см.

Рубец на передней брюшной стенке неправильной формы. Матка в тонусе, при пальпации болезненная. В области нижнего сегмента пальпируется рубец на матке в виде бороздки, с истончением в центре 2x4 см, эта зона чувствительна при пальпации.

Положение плода продольное, 2-ая позиция. Головка слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка, 140-146 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка сформирована, длиной 2-2,5 см, смещена кпереди, размягчена. Наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды определяется головка. Подтекают светлые воды. Емкость полости малого таза нормальная.

1. Диагноз и его обоснование?
2. Были ли допущены ошибки в ведении беременной в женской консультации?
3. Какие дополнительные обследования необходимо проводить для постановки диагноза?
4. Ваш план ведения родов, алгоритм оказания неотложной помощи?
5. Какие возможны осложнения в данной ситуации и их профилактика?

ЗАДАЧА № 3.

Первобеременная Я., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 8 часов назад.

Менструальная функция нормальная, половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было. Соматически здорова.

Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 40 см, рост 166 см, масса тела 72 кг. Положение плода продольное, I позиция, передний вид, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода - 4000 гр. Схватки по 25-30 секунд через 4-5 минут, слабой силы, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, вскрылся при влагалищном исследовании, излилось небольшое количество светлых вод. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз, крестец обращен кпереди и влево, линия интертрохантерика в левом косом размере таза. Емкость таза удовлетворительная, CD - 13 см.

Начата стимуляция родовой деятельности внутривенным введением капельно окситоцина в течение 3 часов, которая эффекта не дала: схватки остаются слабой силы, короткие, через 4-5 минут по 30 секунд.

1. Диагноз и его обоснование?
2. План ведения родов?
3. Возможные осложнения при тазовом предлежании для матери и плода и их профилактика?
4. Возможные причины формирования тазового предлежания, профилактика данного предлежания?
5. Основные акушерские пособия и операции при оказании помощи при данном предлежании?

ЗАДАЧА № 4.

Роженица Л., 28 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью и доношенной беременностью.

Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 25 лет, вес плода 4200. Вторая - закончилась медицинским абортom при сроке беременности 7-8 недель, без осложнений; третья - 2 года назад - медицинский аборт при сроке беременности 8-9 недель. Через неделю после аборта по поводу кровянистых выделений было произведено повторное выскабливание полости матки.

Данная беременность 4-ая, развивалась без осложнений. Схватки начались 4 часа назад, воды излились (по пути в родильный дом), 1 час назад.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 160 см, масса тела 75 кг. По органам без патологии. АД - 110/70 - 120/70 мм рт.ст. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Определяется выраженная шейно-головная борозда между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода - 4200-4300 гр.

Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, сильные, резко болезненные. Симптом Вастена положительный.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, раскрытие 8 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подбородок. Лицевая линия стоит в правом косом размере. Подбородок обращен к правому крестцово-подвздошному сочленению. Крестцовая впадина свободна.

1. Диагноз и его обоснование?
2. План ведения родов?
3. Возможные осложнения в родах при данном вставлении?
4. Ошибки, допущенные в женской консультации при ведении женщины с данной патологией.
5. Прогноз для ребенка при различных методах родоразрешения при рассматриваемой патологии?

ЗАДАЧА № 5.

Беременная Т., 35 лет, наблюдалась в женской консультации.

Перенесенные заболевания: грипп, ОРЗ, частые ангины.

Менструации с 13 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 26 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 24 лет. Первая беременность в 26 лет закончилась родами (вес ребенка 4000 г); вторая беременность в 30 лет также закончилась родами в срок (вес ребенка 4200 гр.) без осложнений. Данная беременность третья.

14/X при очередной явке в консультацию общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Масса тела 76 кг, рост 160 см. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД - 120/65 мм рт.ст. Брюшная стенка перерастянута. Окружность живота 108 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см, срок беременности 38 недель. При наружном акушерском исследовании было обнаружено: слева определяется крупная часть плода округлой формы, ballotирующая, справа также пальпируется крупная часть мягковатой консистенции. Предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту, на уровне пупка. Предполагаемая масса плода - 3800 г.

1. Диагноз, обоснование его?
 2. План ведения родов?
 3. Причины данного положения плода у этой беременной.
 4. Возможные осложнения при данном положении плода в течение родов.
 5. Рациональный метод родоразрешения при имеющемся положении плода.
- Исходы для плода при различных видах родоразрешения.

ЗАДАЧА № 6.

Повторнобеременная О., 30 лет, поступила в родовое отделение родильного дома при беременности 38 недель.

Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 25 лет. Первая беременность 3 года назад закончилась мертворождением. В родах была слабость родовой деятельности, вакуум-экстракция плода, интранатальная гибель плода, вес плода 3800 г. Данная беременность - вторая.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, рост 162 см, масса тела 74 кг. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД - 120/80 - 130/80 мм рт.ст. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки от лона 38 см.

Положение плода продольное, I позиция, передний вид. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3900 гр.

При ультразвуковом исследовании был определен мужской пол плода.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище рожавшей женщины, шейка матки сформирована, цервикальный канал пропускает один поперечный палец. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодичи, над плоскостью входа в таз. Емкость таза удовлетворительная, CD - 13 см, CV- 11см. Костных изменений в тазу нет.

1. Диагноз, его обоснование.
2. Наиболее оптимальный план ведения родов.
3. Возможные причины формирования тазового предлежания, профилактика.
4. Возможные осложнения при тазовом предлежании для матери и плода и их профилактика.

ЗАДАЧА № 7.

Роженица О., 36 лет, поступила в родильный дом 18/II в 10 часов с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью.

В детстве болела корью, гриппом, была проведена аппендэктомия.

Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 24 лет. Первые две беременности закончились нормальными родами крупными плодами (масса их 4000 и 4200 гр). Данная беременность третья, протекала без осложнений.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Масса тела 82 кг, рост 166 см. По органам без особенностей. АД - 120/70 мм рт.ст. с обеих сторон. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см. Обращает на себя внимание перерастянность передней брюшной стенки, большое количество рубцов беременности.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Определяется выраженная шейно-головная борозда между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту, которое лучше прослушивается со стороны мелких частей плода. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Предполагаемая масса плода 3700 гр. Схватки через 3-4 МИНУТЫ по 35-40 секунд, средней силы.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые; открытие 6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, в плоскости входа в м/таз. Через оболочки плодного пузыря определяется лоб слева и сзади, подбородок справа и спереди. Лицевая линия в левом косом размере. Мыс не достигается.

1. Диагноз, его обоснование?
2. План ведения родов?

3. Возможные осложнения в течение родов, в послеродовом и раннем послеродовом периоде, их профилактика.
4. Биомеханизм родов при данном вставлении.
5. Прогноз исхода родов для матери и плода при данном предлежании. Особенности ведения новорожденного в первые часы и дни жизни.

ЗАДАЧА № 8.

Первобеременная С., 24 лет, поступила в родильный дом 17/V в 22 часа с регулярной родовой деятельностью.

Перенесла корь, грипп. Часто болела ангиной. Менструации с 17 лет, установились через год, по 5-6 дней, через 28 дней, болезненные. Половая жизнь с 23 лет. Данная беременность - первая, развивалась без осложнений.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Телосложение правильное. Масса тела 58 кг, рост 154 см. Живот имеет остроконечную форму. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 34 см. Ромб Михаэлиса имеет правильную форму с размерами 9x10 см, индекс Соловьева 14 см. Размеры таза: 23-26-29-18,5 см. Положение плода продольное, I позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3600 гр.

Родовая деятельность началась 6 часов назад. Схватки при поступлении через 3-4 минуты по 35-40 секунд, средней силы, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края ее тонкие, хорошо растяжимые. Открытие 6 см. Плодный пузырь цел, передних вод умеренное количество. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Малый родничок определяется в центре, большой справа и сзади, достигается с трудом. Стреловидный шов в правом косом размере таза. Мыс достигается, CD - 12 см, CV - 10 см.

1. Диагноз, его обоснование?
2. План ведения родов?
3. Возможные осложнения в течение родов при данном вставлении, за чем следует наблюдать в ходе ведения родов.
4. Каков биомеханизм родов при данном вставлении.
5. Возможные осложнения у плода и новорожденного, их профилактика, реабилитация.

ЗАДАЧА № 9.

Первородящая В., 25 лет, поступила в родильный дом 28/XII в 17.45. с регулярной родовой деятельностью.

Перенесла грипп, ангину, ОРВИ, детские инфекции.

Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 27 дней, умеренные, безболезненные.

Половая жизнь с 21 года. Первая беременность закончилась в 22 года самопроизвольным выкидышем при сроке беременности 8 недель, проходила лечение в гинекологическом стационаре.

Данная беременность – вторая. Развивалась без осложнений.

Состояние при поступлении удовлетворительное, рост 152 см, масса тела 61 кг.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД - 115/75 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту. Окружность живота 97 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. ПМП - 3200 - 3400 гр. Размеры таза: 26-26-31-19 см. Индекс Соловьева 15 см. Размеры ромба Михаэлиса: вертикальный -10 см, горизонтальный - 11 см. Положение плода продольное, I позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту.

Родовая деятельность с 10 часов утра - в течение 9 часов. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд, умеренно болезненные, околоплодные воды излились в приемном покое в 18 часов.

Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки сглажена, края ее тонкие, растяжимые, открытие 8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в таз, ближе к мысу. Малый и большой родничок на одном уровне. Подтекают светлые воды, емкость таза – CD - 12 см, CV - 10 см.

1. Диагноз и его обоснование?
2. План ведения родов.
3. Каков биомеханизм родов при данном вставлении.
4. Возможные осложнения в течение родов при данном вставлении, за чем необходимо наблюдать в ходе ведения родов.
5. Возможные осложнения у плода и новорожденного, их профилактика, реабилитация.

ЗАДАЧА № 10.

Повторнобеременная 0., 32 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и жалобами на подтекание околоплодных вод, которое началось 1,5 часа назад.

Менструальная функция до беременности не нарушена. Гинекологических заболеваний не было.

Первая беременность 8 лет назад закончилась искусственным абортom без осложнений при сроке 7-8 недель беременности. Вторая и третья беременности закончились нормальными родами, третья - 3 года назад, вес детей - 3600 и 3700 гр. Дети развиваются нормально. Данная беременность четвертая.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, масса тела 70 кг, рост 160 см. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. АД - 110/70 мм рт.ст, пульс 80 ударов в минуту. Температура тела нормальная. Обращает на себя внимание значительное перерастяжение передней брюшной стенки. Окружность живота 117 см, высота стояния дна матки 31 см. Размеры таза: 26-29-32-20 см. Предполагаемая масса плода 3600 гр. Схватки через 7-10 мин. по 20-25 сек., слабые.

При наружном акушерском исследовании обнаружено: над гребнями подвздошных костей с обеих сторон пальпируются крупные части плода. Предлежащей части нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Подвижность плода ограничена.

Влагалищное исследование: половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей. Шейка матки укорочена, канал ее проходим для 2-х пальцев. Плодного пузыря нет. Предлежат петли пуповины, которые хорошо пульсируют. Предлежащая часть отсутствует. Мыс не достигается.

1. Диагноз, его обоснование?
2. План ведения, метод родоразрешения?
3. Какова позиция плода у данной роженицы.
4. Каковы причины имеющейся патологии, основные приемы диагностики при этом.
5. Возможные осложнения при родоразрешении, объем оперативного вмешательства для данной женщины.

ПК-2

Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Крупный плод. Особенности течения родов. Профилактика осложнений.
2. Неправильные положения плода и способы их исправления во время беременности. Наружный акушерский поворот.
3. Особенности ведения беременности и родов при поперечном положении плода. Классический поворот при полном открытии шейки матки. Показания, условия, техника и исходы для матери и плода. Современные рекомендации.
4. Ведение родов при многоплодной беременности и поперечном положении второго плода, выявленном в начале второго периода родов. Классический (наружно-внутренний) поворот плода на ножку, извлечение за ножку.
5. Извлечение плода за тазовый конец и за ножку. Показания, условия, техника и исходы для матери и плода.
6. Предлежание плаценты. Этиология, клиника, диагностика, лечение, ведение родов.
7. Нарушение процессов отделения плаценты и выделения последа. Этиология, клиника, тактика врача.
8. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
9. Родовой травматизм. Разрывы шейки матки. Классификация. Клиника. Диагностика. Техника восстановления.
10. Техника наложения швов при разрывах промежности.
11. Гипоксия плода. Этиология. Методы диагностики, лечения и профилактики.
12. Кровотечение во II-й половине беременности. Причины. Дифференциальная диагностика. Тактика врача.
13. Гипо- и атонические кровотечения. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Поэтапное ведение, профилактика. Методы оценки кровопотери. Показания к переливанию крови.
14. Геморрагический шок в акушерстве.
15. Разрывы матки. Этиология. Механизмы возникновения. Классификация. Клиническая картина, диагностика, лечение и профилактика угрожающего, начавшегося и совершившегося разрыва матки.
16. Воспалительные заболевания в послеродовом периоде. Этиология, патогенез, классификация.
17. Послеродовый эндометрит. Этиология, патогенез, клиника. Длительное проточное промывание полости матки
18. Перитонит. Генерализованная инфекция. Особенности течения, диагностики и терапии в современных условиях.
19. Трещины сосков. Маститы. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика заболеваний молочных желез.
20. Асфиксия новорожденного. Оценка состояния новорожденного. Методы реанимации, специальный уход после интенсивной терапии.
21. Вакуум-экстракция плода.
22. Акушерские щипцы, строение. Выходные акушерские щипцы. Показания, условия, техника наложения выходных щипцов. Показания, условия, обезболивание. Осложнения.
23. Плодоразрушающие операции. Показания, условия, инструментарий, техника.
24. ДВС - синдром в акушерстве.
25. Фармакотерапия беременности (основные гормональные, витаминные, антибактериальные и сокращающие препараты, применяющиеся во время беременности).

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

В женскую консультацию обратилась пациентка 24 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2,5 месяцев, тошноту, нагрубание молочных желез. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Беременность желанная, работает воспитательницей в детском саду.

Две недели назад отметила сыпь на лице и груди, повышение температуры до 38° С. Незадолго до этого был контакт с ребенком, больным краснухой. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, ангину.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа чистая, несколько увеличены шейные лимфоузлы. Матка увеличена до 10—11 недель беременности, безболезненная, придатки не пальпируются. Выделения молочного цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.

Задача 2

Пациентка И., 24 года обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течении 3 месяцев, появившееся отвращение к табачному дыму. В течение полугода жила половой жизнью, от беременности не предохранялась. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, А\Д 120 \60 мм.рт.ст. На лице и сосках молочных желез выражена пигментация кожи.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, выражен цианоз слизистой оболочки шейки и влагалища. Шейка матки цилиндрической формы, отверстие ее округлое, плотно закрыто. Матка в антефлексии, увеличена до размеров головы новорожденного, дно ее доходит до уровня верхнего края лобкового симфиза. Трубы и яичники не увеличены.

Результаты бимануального исследования: а) форма матки слегка ассиметричная за счет вытягивания в области правого угла; б) консистенция матки мягковатая, но во время исследования матка уплотняется и сокращается в размере; в) шейка матки легко смещается, значительно размягчен перешеек; г) пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка; д) матка сильно перегнута кпереди.

Вопросы: 1. Диагноз. 2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины. 3. В каком порядке следует обозначить цифрами бимануальные признаки беременности, описанные в условии задачи? 4. Перечень методов экспресс диагностики беременности, принцип их использования.

Задача 3

В женскую консультацию обратилась пациентка 22 лет по поводу беременности сроком 8 недель.

В анамнезе 1 роды, которые закончились рождением ребенка с врожденным хромосомным заболеванием — болезнью Кляйнфельтера (47XXY). Ребенок умер в 8-месячном возрасте.

Кариотип отца 46 XY. Кариотип матери 46 XX. Врач-генетик после обследования родителей разрешил иметь беременность.

Вопросы:

1. Какой метод пренатальной диагностики целесообразно использовать в I триместре беременности с целью определения кариотипа ребёнка?
2. При каком сроке беременности начинается динамическое наблюдение за содержанием альфа-фетопротеина в крови беременной.
3. Какими специалистами должна быть осмотрена беременная.

Задача 4

В женскую консультацию обратилась пациентка 32 лет по поводу задержки менструации на 7 дней. Выяснено, что 2 недели назад женщине произведена рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, сделана 4 снимка.

При двуручном исследовании обнаружено увеличение матки до 5 недель беременности. На УЗИ — плодное яйцо в полости матки. Настоящая беременность у пациентки наступила впервые после 8 лет бесплодия.

Вопросы:

1. Целесообразно ли пролонгировать беременность?
2. Какие поражения эмбриона могут быть после медицинского облучения?
3. Какое правило рентгенологического исследования женщин не выполнено врачом в данном случае?

Задача 5.

У 40-летней женщины седьмая беременность. В анамнезе 5 самопроизвольных аборт на 8-10 неделе беременности и в 33 года рождение здорового ребенка. Анализ хромосом родителей: у матери – нормальный 46 XX, у отца – обратная транслокация хромосом между длинными плечами 1 и 18 хромосом. Та же абберрация обнаружена у матери и сестры мужа.

На 9-й неделе беременной была произведена подсадка лимфоцитов, отделенных от 50 мл крови отца. На 16-й неделе сделан хромосомный анализ клеток амниотической жидкости. Получен результат: структурная абберрация у плода не обнаружена.

Вопросы:

1. Можно ли пролонгировать беременность после исследования кариотипа плода?
2. Каким способом можно получить околоплодные воды для цитогенетического исследования?

Задача 6.

У пациентки Н. 26 лет наступила беременность после проведения программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбриона (ПЭ).

В первом триместре беременности осуществлялась гормональная «поддержка» в связи с угрозой выкидыша. На 19-ой неделе беременности в институте генетики проведено УЗИ-исследование с целью дородовой диагностики врожденных пороков развития. Обнаружен так называемый «симптом лимона» (гидроцефалия) и менингоцеле (spina bifida), что вызвало серьезные подозрения на имеющийся у ребёнка синдром Арнольда-Киари (мозжечковые расстройства и др.).

Вопросы:

1. Какая рекомендация врача-генетика целесообразна в данном случае?
2. Кто принимает окончательное решение о прерывании или пролонгировании беременности.
3. В каком сроке беременности желательно провести прерывание беременности.

Задача 7.

Беременная К., 33 года, работает санитаркой в больнице, беременность четвертая, не осложненная, сроком 16 недель. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Обратилась в социально – правовой кабинет женской консультации для получения разъяснений по охране труда беременных и кормящих матерей, а также по другим интересующим ее вопросам.

Вопросы:

1. Сроки беременности, дающие право женщинам не работать в ночное время.
2. Продолжительность послеродового декретного отпуска при патологическом течении беременности и родов.

Задача 7

Беременная И., 34 года, работает ткачихой на трикотажной фабрике. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Срок беременности 16 недель. Обратилась в социально – правовой кабинет женской консультации для получения разъяснения по вопросам охраны труда беременной и кормящей матери.

Вопросы:

1. Срок беременности на основании которого женщины освобождаются от сверхурочной работы на предприятиях и в учреждениях.
2. Продолжительность дородового декретного отпуска по беременности.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача №1

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 10 часов. отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80мм.рт.ст., ОЖ 100см., ВДМ 32см. Размеры таза 25-28-30-20см. Положение плода продольное, предлежащая головка плотно вставлена во вход в малый таз, но большая ее часть находится над входом. С/б плода ясное, ритмичное 142уд./мин.

РV: открытие маточного зева полное, плодный пузырь не определяется, крестцовая впадина свободна, к мысу можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди.

Диагноз, характер предлежания, вид, позиция, в какой части таза определяется головка. Каким размером головки рождается плод (величина, окружность), проводная точка?

Задача №2

Первородящая А., 25 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 9 часов. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД 110/70мм.рт.ст., ОЖ 99см., ВДМ 33см. Размеры таза 26-29-31-21см. Положение плода продольное, предлежащая головка в полости таза, при наружном исследовании над входом в таз не определяется. С/б плода ясное, ритмичное 130 уд./мин, слева ниже пупка.

РV: открытие маточного зева полное, плодный пузырь не определяется, крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности.. Стреловидный шов в прямом размере таза, малый родничок обращен к симфизу, лежит ниже большого.

Диагноз, характер предлежания, вид, позиция, в какой части таза определяется головка. Каким размером головки рождается плод (величина, окружность), проводная точка?

Задача №3

Первородящая В., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 11 часов. Только что отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80мм.рт.ст., ОЖ 98см., ВДМ 29см. Размеры таза 25-28-30-20см. Положение плода продольное, предлежащая головка плотно вставлена во вход в малый таз, незначительная часть головки над входом. С/б плода ясное, ритмичное 146уд./мин.

РВ: влагище нерожавшей, открытие маточного зева полное, плодный пузырь не определяется. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева ближе к крестцу, большой- справа, ближе к лону. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности симфиза заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Диагноз, характер предлежания, вид, позиция, в какой части таза определяется головка. Каким размером головки рождается плод (величина ,окружность),проводная точка?

Задача №4

Повторнородящая В., 30 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 6 часов. Только что отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/70мм.рт.ст., ОЖ 102см., ВДМ 31см. Размеры таза 25-28-30-20см. Положение плода продольное, предлежащая головка большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное 144уд./мин.

РВ: влагище рожавшей, открытие маточного зева полное, плодный пузырь не определяется. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа ближе к лону, лежит ниже других точек головы. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности симфиза заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Диагноз, характер предлежания, вид, позиция, в какой части таза определяется головка. Каким размером головки рождается плод (величина ,окружность),проводная точка?

Задача №5

Повторнородящая В., 28 лет, находится в родах, которые начались в срок. Спустя 7 часов от начала регулярных схваток отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/70мм.рт.ст., ОЖ 100см., ВДМ 30см. Размеры таза 26-29-31-21см. Положение плода продольное, предлежащая головка полностью находится в полости малого таза и при наружном исследовании не определяется. С/б плода ясное, ритмичное 148уд./мин.

РВ: влагище рожавшей, открытие маточного зева полное, плодный пузырь не определяется. Вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность симфиза заняты предлежащей головкой. Легко достигаются только нижний край симфиза, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика. Стреловидный шов в правом косом размере, ближе к прямому. Малый родничок справа ближе к крестцу, большой - слева, ближе к симфизу, оба родничка стоят на одном уровне.

Диагноз, характер предлежания, вид, позиция, в какой части таза определяется головка. Каким размером головки рождается плод (величина ,окружность),проводная точка?

Задача№6

У роженицы С. через 8 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок мужского пола массой 3200 г. Голова мальчика долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром в области малого родничка. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежания плода в родах.

Диагноз .При каком предлежании плода произошли описанные роды?

Проводная точка при этом предлежании?

Каким размером проходила головка, измерение размера, его величина, окружность?

Задача№7

У роженицы Т. через 12 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок женского пола массой 3100 г. Голова у девочки долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром посередине между большим и малым родничком.

Диагноз .При каком предлежании плода произошли описанные роды?

Проводная точка при этом предлежании? Каким размером проходила головка, измерение размера, его величина, окружность?

Задача№8

Роженица С., 26 лет поступила в роддом с хорошей родовой деятельностью и спустя 3 часа родила живого доношенного мальчика массой 3300г. Через 15 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение, кровопотеря 120 мл, продолжается.

Данные проверки признаков отделения плаценты: лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 см; матка уплощена, узкая, дно выше пупка и отклонилась вправо; при надавливании ребром кисти над лоном пуповина не втягивается во влагалище; при надавливании на матку пупочные вены не наполняются.

Диагноз. Произошло ли отделение плаценты? Перечислите признаки отделения плаценты? Способы и порядок выделения отделившегося последа? Методика выделения последа по способу Абуладзе?

Задача№9

У роженицы Ж., 22 лет, спустя 11 часов от начала регулярных схваток родилась живая доношенная девочка массой 3000г. Через 10 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение, кровопотеря 100 мл, продолжается.

Данные проверки признаков отделения плаценты: матка шаровидной формы, дно достигает уровня пупка; лигатура, наложенная на пуповину, находится возле самой половой щели; при глубоком дыхании пуповина то втягивается, то опускается; при

надавливании ребром кисти на подчревьe пуповина втягивается во влагалище; при надавливании на матку пупочные вены наполняются кровью.

Диагноз. Произошло ли отделение плаценты? Правила ведения третьего периода родов? Методика выделения последа по способу Креде-Лазаревича?

Задача №10

Роженица К., 22 лет спустя 10 часов от начала регулярной родовой деятельности родила живого доношенного мальчика массой 3100г. Через 5 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря 50 мл, продолжается.

Данные проверки признаков отделения плаценты: матка плохо контурируется, плоская, дно поднялось к правому подреберью; лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 см; при надавливании ребром кисти на подчревьe пуповина не втягивается во влагалище; при надавливании на матку пупочные вены не наполняются.

Диагноз. Произошло ли отделение плаценты? Перечислите признаки отделения плаценты? Способы и порядок выделения отделившегося последа? Методика выделения последа по способу Гентера.