

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России

Кафедра перинатологии акушерства и гинекологии
лечебного факультета
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Акушерство и гинекология. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной
(самостоятельной) работе по специальности ординатуры
31.08.01 - Акушерство и гинекология

В 2 частях
Часть 1

Красноярск
2018

Акушерство и гинекология. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе для специальности ординатуры 31.08.01 - Акушерство и гинекология. В 2 ч. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. Ч.1. – 137 с.

Составители:

Базина М.И., Цхай В.Б., Макаренко Т.А., Шапошникова Е.В., Жирова Н.В., Киселева Е.Ю., Майсеенко Д.А., Егорова А.Т., Полстяная Г.Н., Домрачева М.Я., Брехова И.С., Коновалов В.Н., Ульянова И.О., Гребенникова Э.К., Костарева О.В., Кузнецова Д.Е.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с требованием Приказа Минобрнауки России от 25 августа 2014 № 1043 «Об утверждении федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (Очное, Ординатура, 2,00) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», Стандарта организации «Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшего образования в ординатуре СТО 7.5.09-16. Выпуск».

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от «25» июня 2018 г.).

1. Индекс ОД.О.01.1.6.1 Тема: «Организационные принципы работы женской консультации и стационара»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Какова методика расчета показателей деятельности женской консультации?
2. В чем значение «Родового сертификата» для охраны здоровья матери и ребенка?
3. Перечислите основные задачи, функции родильного дома, какова его структура?
4. Перечислить показатели деятельности родильного дома.
5. Методы расчета показателей деятельности родильного дома.
6. В чем значение службы планирования семьи, каковы ее задачи?
7. Каковы структура, задачи и функции перинатального центра?
8. В чем заключаются особенности оказания акушерско-гинекологической помощи?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

- 1) $(\text{число женщин, умерших в родах}) / (\text{число родов}) * 100\ 000.$
- 2) $(\text{число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100\ 000.$
- 3) $(\text{число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми}) * 100\ 000.$
- 4) $(\text{число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100\ 000.$
- 5) $(\text{число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100\ 000.$

Правильный ответ: 3

2. ОСНОВНОЙ ОТЧЕТНЫЙ ДОКУМЕНТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА, НАПРАВЛЯЕМЫЙ В ВЫШЕСТОЯЩИЕ ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ, ЭТО:

- 1) Отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. N 1).
- 2) Отчет по форме 32.
- 3) Журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. 038-о/у).
- 4) Статистический талон для регистрации уточненных диагнозов (ф. 025-2/у).
- 5) Журнал госпитализации.

Правильный ответ: 2

3. ПОНЯТИЕ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ОЗНАЧАЕТ:

- 1) Смерть ребенка в родах.
- 2) Потеря плода "вокруг родов" - в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде.
- 3) Мертворождаемость.
- 4) Антенатальная гибель плода.
- 5) 28 суток после рождения.

Правильный ответ: 2

4. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

- 1) $(\text{число мертворожденных}) / (\text{число родов}) * 1000$.
- 2) $(\text{число умерших интранатально}) / (\text{число родившихся мертвыми}) * 1000$.
- 3) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 1000$.
- 4) $(\text{число умерших в первые 7 суток после рождения}) / (\text{число родов}) * 1000$.
- 5) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число родившихся живыми}) * 1000$.

Правильный ответ: 3

5. НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ, КАК ПРАВИЛО ИМЕЕТ:

- 1) Антенатальная смертность.
- 2) Интранатальная смертность.
- 3) Ранняя неонатальная смертность.
- 4) Постнеонатальная смертность.
- 5) Смертность после 28 суток рождения.

Правильный ответ: 3

6) В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ ПЕРВОЕ МЕСТО ОБЫЧНО ЗАНИМАЕТ:

- 1) Асфиксия.
- 2) Родовая травма.
- 3) Врожденный порок развития.
- 4) Пневмония.
- 5) Гемолитическая болезнь новорожденного.

Правильный ответ: 1

7) ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЖИВОРОЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Масса плода 1000 г и более.
- 2) Рост плода 35 см и более.
- 3) Бледно-розовый цвет кожных покровов.
- 4) Наличие самостоятельного дыхания.
- 5) Срок беременности 28 недель и более.

Правильный ответ: 4

8) КАК ПРАВИЛЬНО РАСЧИТАТЬ ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ, НАПРИМЕР, ОТ ЭКЛАМПСИИ:

- 1) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{общее число женщин, умерших от всех причин}) * 1000$.
- 2) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{общее число женщин, умерших от всех причин}) * 100$.
- 3) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{общее число родов}) * 10\,000$.
- 4) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100\,000$.
- 5) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{число родившихся живыми}) * 100$.

Правильный ответ: 4

9) ПРИ РАЗБОРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ, НАПРИМЕР, ОТ РАЗРЫВА МАТКИ ОБРАЩАЮТ ВНИМАНИЕ НА:

- 1) Были ли до этого эпизоды разрыва матки у данной женщины.
- 2) Разрыв матки произошел во время беременности или в родах.
- 3) Задействованы ли другие органы и системы.
- 4) Имел ли место инфекционный фактор при данном разрыве.

5) Зрелость шейки матки в родах.

Правильный ответ: 2

10) НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ СРЕДИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Своевременное решение вопроса о возможности сохранения беременности.
- 2) Проведение анализа причин перинатальной смертности.
- 3) Осуществление диететики беременной.
- 4) Своевременная диагностика хронической гипоксии плода.
- 5) Улучшение санитарно-просветительной работы с беременными.

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Задача №1

В женскую консультацию обратилась женщина 26 лет с жалобами на задержку менструации в течение 2-х месяцев, небольшие тянущие боли внизу живота. При влагалищном исследовании определяется матка до 8 недель беременности, цервикальный канал закрыт, придатки б/о.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Обязательное исследование для подтверждения вашего диагноза?
4. При взятии на учет по беременности положен ли данной женщине родовой сертификат?
5. Какова тактика врача при наступлении очередной беременности?

Эталон ответа к задаче №1:

1. Беременность 8 недель. Угроза выкидыша.
2. Направление в стационар для получения сохраняющей терапии.
3. Тест на ХГЧ, УЗИ матки для определения локализации плодного яйца.
4. Да, так как она встанет на учет до 12 нед.
5. Назначение сохраняющей терапии в критическом сроке, в данном случае 8 нед. беременности.

Задача №2:

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки менструации на 1,5 месяца.

При осмотре в зеркалах: шейка чистая, симптом «зрачка» ++. Влагалищное исследование: матка не увеличена, плотная, безболезненная, придатки не увеличены, своды глубокие.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Тактика врача женской консультации
3. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика врача стационара
5. Какие рекомендации будут даны пациентке перед выпиской?

Эталон ответа к задаче №2

1. Патологическое маточное кровотечение перименопаузального периода
2. Направить больную в гинекологическое отделение
3. С прервавшейся беременностью, с патологией эндометрия доброкачественной и злокачественной
4. Выскабливание матки с гистероскопическим контролем и гистологическим исследованием соскоба, сокращающие средства.
5. Вопрос о дальнейшей терапии будет зависеть от результатов гистологии.

Задача №3:

Женщина 46 лет направлена в клинику для хирургического лечения по поводу множественной миомы матки. Величина матки соответствует 24 неделям беременности. При осмотре с помощью влагалищного зеркала обнаружена деформация шейки матки за счет старых разрывов шейки матки и эктропион.

1. Поставьте диагноз
2. Ваша тактика?
3. Дополнительное обследование.
4. Какие осложнения возможны во время операции и в отдаленном периоде?
5. Целесообразно ли применение агонистов гонадотропных рилизинг гормонов в предоперационном периоде?

Эталон ответа к задаче №3:

1. Миома матки. Рубцовая деформация шейки матки. Эктропион.
2. Оперативное лечение: перед операцией катетеризация мочеточников, экстирпация матки без придатков.
3. Кольпоскопия, мазок на цитологию с эндо- и эктоцервикса, выскабливание матки.
4. Травма мочевого пузыря и мочеточников, опущение и выпадение стенок влагалища.
5. Не целесообразно.

Задача №4

У больной 38 лет, внезапно на работе развился приступ острых болей в нижних отделах живота. Менструальный цикл без изменений, в анамнезе 2 родов. В течение 3 лет пациентка находится на диспансерном наблюдении по поводу миомы матки.

При поступлении в стационар: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин. удовлетворительного наполнения. Живот болезненный в нижних отделах, над лоном прощупывается верхний полюс плотной опухоли, исходящей из малого таза. Бимануальное исследование: матка увеличена до 14-15 недель беременности, бугристая за счет множества узлов, один из них спереди 107х8 см, болезненный при пальпации. Клетчатка малого таза не инфильтрирована. Шейка матки без патологических изменений.

1. Поставьте диагноз
2. С чего следует начать лечение больной?
3. Какое обследование больной необходимо провести?
4. Какая терапия будет рекомендована больной?
5. Какие осложнения наблюдаются при миоме матки?

Эталон ответа к задаче №4:

1. 1.Подозрение на нарушение трофики миоматозного узла
2. 2.Холод на живот, антибиотики, спазмолитики, антиагреганты
3. 3.Развернутый анализ крови в динамике, УЗИ
4. 4.Операция: абдоминальная гистерэктомия
- 5.Перекрыт ножки субсерозного узла, нарушение питания узла, выворот матки, озлокачествление.

Задача №5

Больная 22 лет, пришла на прием к врачу ж/к после операции по поводу дермоидной кисты, выполненной в условиях гинекологического стационара. Самочувствие хорошее. Жалоб нет. Объем операции: удаление придатков матки с обеих сторон.

1. Правильно ли был выбран объем операции? Если Вы не согласны, укажите свой вариант
2. Какое осложнение возможно у данной пациентки
3. Ваша тактика в отношении пациентки
4. Назовите известные Вам тесты функциональной диагностики.
5. В какой медикаментозной терапии нуждается пациентка

Эталон ответа к задаче №5

1. Нет. Необходимо было произвести энуклеация кисты или удаление соответствующих придатков

2. Посткастрационный синдром
3. Необходимо наблюдение в женской консультации, назначение седативной терапии. После получения результатов гистологии решить вопрос о дальнейшем ведении пациентки.
4. Базальная температура, симптом папоротника, симптом натяжения слизи, симптом «зрачка», КПИ, ЭИ
5. Назначение ЗГТ

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6):

- 1.Собрать анамнез и особенности течения беременности (ПК-2).
- 2.Уметь выявлять факторы риска развития беременности, проводить профилактику осложнений (ПК-3).
- 3.Уметь вырабатывать тактику ведения родов при патологически протекающей беременности, преждевременных и запоздалых родов, определение показаний к оперативному родоразрешению (ПК-5).
- 4.Уметь проводить профилактику развития послеродовых воспалительных заболеваний и осложнений в группах риска (ПК-3).

7. Рекомендации по выполнению НИР:

- 1.Структура родовспомогательного учреждения 2 уровня.
- 2.Структура родовспомогательного учреждения 3 уровня.
- 3.Принципы оказания акушерско-гинекологической помощи в условиях родильного дома пациенткам с заболеваниями ЦНС.

1. **Индекс ОД.О.01.1.1.2 Тема: «Диагностика беременности»**
2. **Форма работы:** подготовка к практическому занятию.
3. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7)**

1. Методы диагностики беременности на ранних сроках.
2. Признаки беременности существуют и их классификация.
3. Что означает понятие сомнительные признаки беременности?
4. Что означает понятие вероятные признаки беременности?
5. Что означает понятие достоверные признаки беременности?
6. Какова динамика роста матки по срокам беременности?
7. Цель и методика вагинального обследования?
8. Как определить предполагаемую массу плода?
9. Как определить срок предстоящих родов?
10. Что определяется приёмами Леопольда?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7)

1. ПРИ ОЦЕНКЕ КТГ ПЛОДА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

1. Длительность и сила схватки.
2. Наличие и частота акцелераций.
3. Содержание О₂ в крови.
4. Содержание Нв.
5. Содержание СО₂ в крови.

Правильный ответ: 2

2. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ:

1. Термометрии.
2. Оценки самой женщины.
3. Реографии.
4. Визуально.
5. Токографии.

Правильный ответ: 3

3. АМНИОСКОПИЯ ОСОБЕННО ИНФОРМАТИВНА И ЦЕЛЕСООБРАЗНА:

1. Только при гемолитической болезни плода (резус-конфликт).
2. При гемолитической болезни плода (резус-конфликт), при перенашивании беременности.

3. При предлежании плаценты.
4. При сахарном диабете.
5. При патологии щитовидной железы.

Правильный ответ: 1

4. АКЦЕЛЕРАЦИЯ – ЭТО:

1. Учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС).
2. Урежение ЧСС плода.
3. Отражение сердечной деятельности плода.
4. Отражение внутриутробной задержки роста плода.
5. Повышение АД плода.

Правильный ответ: 3

5. ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ - ЭТО:

1. Учащение сердечных сокращений плода.
2. Урежение сердечных сокращения плода.
3. Отражение бодрствования плода.
4. Отражение глубокого сна плода.
5. Повышение АД плода.

Правильный ответ: 2

6. РАННИЕ ДЕЦЕЛЕРАЦИИ - ЭТО УРЕЖЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА:

1. С началом схваток.
2. Через 30-60 с после начала схватки.
3. Через 120 с после схватки.
4. В паузу между схватками.
5. В конце каждой сватки.

Правильный ответ: 3

7. НАИМЕНЬШИЙ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРЫЙ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПО УЗИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. 1 неделя.
2. 2 недели.
3. 3 недели.
4. 4 недели.
5. 5 недель.

Правильный ответ: 3

8. БЕССТРЕССОВЫЙ ТЕСТ ОСНОВАН:

1. На оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его шевеление, сокращение матки, действие внешних раздражителей.
2. На учете числа движений плода в 1 ч.
3. На реакции сердечной деятельности плода в ответ на внутривенное введение матери раствора атропина.
4. Только на шевелении плода.
5. На учете числа движений плода в сутки.

Правильный ответ: 1

9. ДИАГНОСТИКА ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВАНА НА ОЦЕНКЕ:

1. Состояние женщины.
2. ЭКГ и ФКГ плода.
3. Предполагаемая масса плода.
4. Развитие гидроцефалии.
5. Общий анализ мочи.

Правильный ответ: 2

10. О ГИПОКСИИ ПЛОДА, ПО ДАННЫМ КТГ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ АМПЛИТУДА МГНОВЕННЫХ ОСЦИЛЛЯЦИЙ:

1. 0-5 в минуту.
2. 5-10 в минуту.
3. 10-25 в минуту.
4. 25-30 в минуту.
5. 30-35 в минуту.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7)

Задача 1

Роды I, в срок. Беременность протекала без осложнений. Воды излились и схватки начались за 6 часов до поступления в родильный дом. При поступлении роженица беспокойна, АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, температура 37,1 °. Рост 165 см, вес 75 кг, размеры таза 25-28-31-17. Окружность живота 99, высота стояния дна матки 34 см. Схватки частые, сильные, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 ударов в минуту. Моча, выпущенная по катетеру, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка

плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой родничок справа, ниже малого. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см. Подтекают воды с примесью крови и мекония.

1. Диагноз?
2. План ведения?
3. В чем ошибка?
4. Признак клинически узкого таза?
5. Прогноз для матери и плода?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Диагноз: Срочные роды 1. Второй период родов. Раннее излитие о/вод. Простой плоский таз. Вторая степень сужения. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Острая гипоксия плода.
2. План: Наркоз. Лапаротомия. Кесарево сечение.
3. Не проведена дородовая госпитализация в 38-39 недель
4. Отсутствие продвижения головки при полном открытии маточного зева, излившихся о/водах и хорошей родовой деятельности.
5. Для матери зависит от объема оперативного вмешательства, для плода сомнительный.

Задача 2

В родильный дом поступила роженица с первой доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей. Кровотечение около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140—150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4—5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

1. Диагноз?
2. Какова тактика дальнейшего ведения родов?
3. Виды предлежания плаценты?
4. Признаки острой гипоксии плода?
5. Почему целесообразна амниотомия?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Диагноз: Срочные роды 1. 1 период родов. Частичное предлежание плаценты. Кровотечение.
2. План: Амниотомия. Лапаротомия, кесарево сечение.
3. Краевое, боковое, частичное, полное
4. Урежение тонов, зеленые околоплодные воды, изменения на КТГ
5. Остановка кровотечения путем опускания предлежащей части.

Задача 3

М., 26 лет. Состоит на учете по поводу первичного бесплодия эндокринного генеза. Последние месячные шесть недель назад. Находилась на контролируемой индукции овуляции антиэстрогенами. Тест на беременность положительный. В связи с появлением тянущих болей внизу живота госпитализирована в гинекологическое отделение. Состояние удовлетворительное. При обследовании органов репродуктивной системы выявлено: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров, мягковатой консистенции. Движения за шейку матки безболезненные. Область придатков без особенностей. Своды глубокие. Выделения светлые. Ультразвуковое исследование: Эндометрий 13 мм, плодное яйцо в полости матки не визуализируется. В левом яичнике – желтое тело диаметром 22 мм..

1. Диагноз?
2. Тактика?
3. С чем дифференцировать?
4. Тактика при беременности?
5. Тактика при внематочной беременности?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Беременность ранних сроков
2. Следует продолжить наблюдение.
3. НМЦ, внематочная беременность, онкология, эндометриоз, миома матки
4. Встать на учет по беременности, профилактика замершей беременности и выкидыша
5. Тубэктомия/томия

Задача 4

Роды двойней, в срок. Сразу после рождения последа началось обильное кровотечение, в/в введен окситоцин, после чего матка сокращается, но затем опять расслабляется.

Кровотечение продолжится. Кровопотеря достигла 1000 мл. Родильница побледнела. АД 90/50, пульс 100 уд в мин.

1. Диагноз?
2. План ведения?
3. Состав инфузионной терапии.
4. Осложнение кровотечения?
5. Лечение ДВС-синдрома?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Диагноз: Срочные роды 1.Двойня. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок 3 ст.

2. План ведения: ручное обследование стенок полости матки. Бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки. ИТТ в объеме 200%. При отсутствии эффекта чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий, удаление матки.
3. Введение плазмы и ингибиторов фибринолиза, кристаллоидных и коллоидных растворов.
4. ДВС-синдром, геморрагический шок, летальный исход
5. Переливания СЗП, тромбоцитарной массы, факторы свертывания крови (протромплекс, ново-севен)

Задача 5

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, 2 искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 в минуту, ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка. Сразу после рождения плода из половых путей появились кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Проба Ли-Уайта 5'10"

1. Диагноз? С какими состояниями нужно дифференцировать?
2. Какие мероприятия нужно произвести для остановки кровотечения и уточнения диагноза.
3. Тактика при истинном вращении плаценты?
4. Перечислите признаки отделения плаценты?
5. Способы выделения плаценты?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Диагноз: Срочные роды 3. Третий период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение. Дифф. диагноз: разрывы влагалища, шейки матки, матки. Гипотоническое кровотечение.
2. План: Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование стенок полости матки, осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал.
3. Гистерэктомия
4. Кюстнера, Шредера, Альфельда, Микулича
5. Креде-Лазаревичу, Амбуладзе, Гентеру

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7).

1. Уметь интерпретировать показатели системы гемостаза и проводить коррекцию выявленных нарушений (ПК-5);
2. Уметь осуществлять выбор методов исследования беременной и плода (ПК 5);

3. Уметь оценивать эхографические признаки: - угрозы прерывания беременности; - начавшегося аборта; - аборта в ходу - реальных маркеров преждевременных родов (цервикометрия) (ПК-5);

4. Владеть методами оценки эхографии матки и придатков матки (ПК 5);

Уметь интерпретировать эхографические исследования у беременных (ПК 5);

5. Уметь интерпретировать показатели доплерометрии: - маточно-плацентарного кровотока (маточная артерия); - фетоплацентарного кровотока (артерии пуповины); - плодового кровотока (аорта плода) (ПК 5);

6. Владеть методом проведения кардиотокографии плода в период беременности и в родах (ПК 5);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1.Современные методики неинвазивной диагностики в акушерстве.

2.Современные методики инвазивной диагностики в акушерстве.

1. Индекс ОД.О.01.1.6.3 Тема: «Организация гинекологической помощи»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-7)

1. Что является основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным?
2. Цель взаимодействия врача акушера-гинеколога со специалистом по социальной работе?
3. Цель проведения профилактических медицинских осмотров женщин?
4. Какие группы здоровья формируются по результатам проведения профилактических осмотров?
5. Кто относится к первой группе диспансерного наблюдения?
6. Какие гинекологические заболевания требуют лечения в условиях дневного стационара?
7. Правила оказания медицинской помощи пациенткам с заболеваниями молочных желез?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-7)

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ:

1. 2 группы здоровья.
2. 3 группы здоровья.
3. 4 группы здоровья.
4. 5 групп здоровья.
5. 6 групп здоровья.

Правильный ответ: 4

2. ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ:

1. 2 группы.
2. 3 группы.
3. 4 группы.
4. 5 групп.
5. 6 групп.

Правильный ответ: 2

3. ЖЕНЩИНАМ, ОТНЕСЕННЫМ К 1 И 2 ГРУППАМ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОХОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ:

- 4. 1 раз в 3 месяца.
- 5. 1 раз в 6 месяцев.
- 6. 1 раз в 3 года.
- 4. Не реже 1 раза в год.
- 5. Не реже 1 раза в 3 года.

Правильный ответ: 4

4. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ:

- 7. 2 часа.
- 8. 4 часа.
- 9. 4-6 часов.
- 10. 8 часов.
- 11. Время, необходимое для проведения процедур.

Правильный ответ: 3

5. ПАЦИЕНТКА С ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:

- 1. I группе диспансерного наблюдения.
- 2. II группе диспансерного наблюдения.
- 3. III группе диспансерного наблюдения.
- 4. IV группе диспансерного наблюдения.
- 5. V группе диспансерного наблюдения.

Правильный ответ: 3

6. ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ:

- 1. Приложением № 17 Приказа №572н.
- 2. Приложением № 20 Приказа №572н.
- 3. Приложением № 25 Приказа №572н.
- 4. Приложением № 1 Приказа №572н.
- 5. Приложением № 10 Приказа №572н.

Правильный ответ: 2

7. ЖЕНЩИНА С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТНЕСЕНА К 1 ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ:

- 1. Верно.

2. Не верно.
3. Можно отнести через 2 года наблюдения.
4. Можно отнести после оперативного лечения.
5. Можно отнести после родоразрешения.

Правильный ответ: 2

8. ПАЦИЕНТКА, КОТОРОЙ ТРЕБУЕТСЯ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОТНОСИТСЯ К:

1. 1 группе здоровья.
2. 2 группе здоровья.
3. 3 группе здоровья.
4. 4 группе здоровья.
5. 5 группе здоровья.

Правильный ответ: 5

9. ПАЦИЕНТКА С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИИ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:

1. 1 группе здоровья
2. 2 группе здоровья
3. 3 группе здоровья
4. 4 группе здоровья
5. 5 группе здоровья

Правильный ответ: 2

10. ПАЦИЕНТКА С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ДООБСЛЕДОВАНИЯ В
УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОТНОСИТСЯ К:

1. 5 группе здоровья
2. 4 группе здоровья
3. 3 группе здоровья
4. 2 группе здоровья
5. 1 группе здоровья

Правильный ответ: 2

5. **Самоконтроль по ситуационным задачам** (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-7)

Задача 1

Женщина 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации 8 дней. Общее состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 115/70 мм ртутного столба, пульс 76 удара в 1 минуту. При гинекологическом осмотре: матка нормальных размеров,

маточные придатки слева увеличены, с правой стороны не пальпируются, слизистая влагалища не гиперемирована. Пациентка была отправлена на УЗИ органов малого таза. При ультразвуковом исследовании в полости малого таза плодного яйца обнаружено не было, придатки слева увеличены, определяется жидкостное образование, напоминающее плодное яйцо.

- 1) Диагноз?
- 2) Обоснование диагноза
- 3) Тактика врача женской консультации и тактика врача гинекологического стационара. Возможный объем оперативного вмешательства.
- 4) К какой группе состояния здоровья относится пациентка?
- 5) Перечислите показания для тубэктомии.

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Подозрение на прогрессирующую трубную беременность слева
- 2) Обоснование: задержка менструального цикла, увеличение придатков, отсутствие плодного яйца в матке по УЗИ.
- 3) Тактика: экстренная госпитализация в дежурный гинекологический стационар в условиях СМП. В условиях стационара провести следующий ряд мероприятий: тест на ХГ в моче (качественный), количественное определение ХГ в крови и в динамике каждые 2 дня (Если ХГ не ↑ - трубная беременность, если ХГ ↑ ч/з 2 дня более 200 ЕД – маточная беременность), ОАК, ОАМ, группа крови, резус-фактор, Биохимический анализ крови, коагулограмма, мазки на степень чистоты чистоты; УЗИ в динамике - отсутствие плодного яйца в матке при отсутствие менструации + ХГ, жидкость в заднем своде; диагностическая лапароскопия; кульдоцентез. Лечение: лапароскопия - сальпинготомия
- 4) К 5 группе состояния здоровья.
- 5) Показания к тубэктомии: повторная беременность, разрыв трубы, диаметр плодного больше 3 см, нежелание иметь детей.

Задача 2

В гинекологическое отделение доставлена больная 33 лет с жалобами на сильные боли внизу живота, больше слева, с иррадиацией в поясницу. Заболела остро 3 часа назад, во время тренировки в спортзале. Принимала дома Кетанов — эффекта нет. Менструации с 12 лет, регулярные, по 4 дня, через 28 дней. Последняя менструация наступила 14 дней назад, в срок. В анамнезе родов нет, 1 аборт с выскабливанием полости матки на 9 неделе беременности 2 года назад, без осложнений. Гинеколога посещает регулярно. Контрацепция — гормональная (Димиа).

Объективно: больная в постели лежит на боку в «позе эмбриона», кожа и слизистые бледные. Пульс 106, ритмичный, удовлетворительного наполнения, А/Д - 110/75 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации напряжен и болезненный в

нижних отделах больше слева. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины. Печень не пальпируется. Симптом XII ребра отрицательный справа, слабо положительный слева.

P.Sp.: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии.

P.V.: Матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки справа не определяются. Слева пальпируется опухолевидное образование округлой формы размерами 10-10-10 см, с четкими контурами, болезненное, тугоэластической консистенции. Своды и параметральная клетчатка свободные. Выделения из половых путей слизистые.

- 1) Диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Тактика ведения
- 4) Дифференциальная диагностика?
- 5) К какой группе здоровья можно отнести данную пациентку?

Эталон ответа к задаче 2:

- 1) Перекрут ножки опухоли яичника слева.
- 2) Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза и почек, определение ХГЧ, лапароскопия.
- 3) Внематочная беременность, острое воспаление придатков матки с образованием tuboовариальной опухоли слева, опухоль ректосигмоидного отдела кишечника, перекрут ножки субсерозного миоматозного узла, нагноение опухоли левого яичника, почечная колика.
- 4) Оперативное лечение в экстренном порядке.
- 5) Лапароскопия или лапаротомия. Удаление левых придатков матки. В случае отсутствия некротических изменений в ножке опухоли и подозрения на злокачественную опухоль яичника возможно проведение деторсии и энуклеации опухоли левого яичника.

Задача 3

Пациентка Н.А.П., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 3 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живёт нерегулярно, постоянного партнёра не имеет. Менструальный цикл не нарушен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании: матка нормальной величины, маточные придатки не пальпируются, безболезненны. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойные выделения.

- 1) Поставьте диагноз?
- 2) Обоснование диагноза?
- 3) Тактика ведения?
- 4) Дифференциальная диагностика?
- 5) К какой группе здоровья можно отнести данную пациентку?

Эталон ответа к задаче 3:

- 1) Гнойный эндоцервицит, кольпит. Острый уретрит
- 2) Обоснование диагноза: Уретрит - рези при мочеиспускании в течении 3 дней. Эндоцервицит – гнойные выделения из половых путей. Кольпит – гиперемия слизистой влагалища.
- 3) Обследование амбулаторно. Взять мазок на степень чистоты из заднего свода влагалища, провести бактериоскопическое исследование мазка на флору из цервикального канала, из заднего свода влагалища, из уретры (окраска по Грамму), бактериологическое исследование содержимого из цервикального канала и определение чувствительности к а/б.
- 4) Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими инфекциями: гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, микоплазмоз, сифилис.
- 5) К III группе состояния здоровья.

Задача 4

У девушки 15 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации. Менархе в 12 лет, менструации нерегулярные через 22-35 дней по 7-9 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение.

В анамнезе петехиальная мелкоточечная сыпь, при мелких травмах появляются обширные синяки, при повреждении кожи кровь долго останавливается.

Обследована на 6-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 86 ударов в минуту, ритмичный, АД 115/70 мм.рт.ст., гемоглобин 92 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева целая. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

- 1) Поставьте предварительный диагноз
- 2) Определите тактику обследования больной.
- 3) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
- 4) План лечения.
- 5) Назовите другие методы остановки кровотечения у девушек-подростков.

Эталон ответа к задаче 4:

1. Хронические аномальные маточные кровотечения периода полового созревания. Постгеморрагическая анемия I степени.
2. Развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, исследование гормонов крови, УЗИ органов

малого таза и щитовидной железы, вагиноскопия, консультация гематолога, педиатра.

3. С патологией эндометрия и шейки матки, прервавшейся маточной и внематочной беременностью, травмы половых органов, заболеваниями крови (гемофилия и др.)
4. Назначение негормональных гемостатических средств.
5. Гормональный гемостаз. При неэффективности – хирургический гемостаз.

Задача 5

На плановом осмотре у женщины 40 лет на передней губе шейки матки обнаружено опухолевое образование размерами 3*3 см. белесоватого цвета, с плотными папилломатозными разрастаниями, неровными контурами, но с четкими границами.

В анамнезе 1 беременность, 1 срочные роды. Гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция не нарушена. Последний раз у гинеколога была 2 года назад.

Общее состояние удовлетворительное. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Р.В.: Шейка цилиндрической формы, деформирована, бугристой консистенции, подвижная. Тело матки нормальных размеров, подвижно, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные. Инфильтратов в малом тазу нет.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) План обследования больной.
- 3) С какими патологиями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 4) Тактика лечения.
- 5) Обозначьте профилактические меры по данному состоянию.

Эталон ответа к задаче 5:

1. Инвазивный рак шейки матки.
2. Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием, лимфография, цистоскопия, ректоманоскопия, УЗИ органов малого таза, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма.
3. С полипом шейки матки, кондиломами шейки матки.
4. Комбинированное: расширенная экстирпация матки с придатками и лимфаденэктомией с последующей лучевой терапией.
5. Барьерная контрацепция, своевременная диагностика и лечение доброкачественной патологии шейки матки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-7,)

- 1) Уметь провести диатермокоагуляции шейки матки (ПК-10);
- 2) Владеть техникой проведения удаления кист и вскрытия абсцессов наружных половых органов (ПК-10);
- 3) Уметь проводить гистеросальпингографию (ПК-10).

7. Рекомендации по выполнению НИР

1. Принципы диспансерного наблюдения пациенток III группы здоровья
2. Принципы диспансерного наблюдения пациенток IV группы здоровья
3. Принципы диспансерного наблюдения пациенток V группы здоровья
4. Принципы раннего выявления патологии молочных желез
5. Раннее выявление ЗППП в рамках медико-санитарной помощи
6. Взаимодействие врача акушера-гинеколога со специалистом по социальной работе по проведению мероприятий предупреждения абортов.
7. Взаимодействие врача акушера-гинеколога со специалистом по социальной работе в проведении консультаций по вопросам социальной защиты женщин.

1. **Индекс ОД.О.01.1.6.4 Тема: «Современные методы контрацепции»**
2. **Форма работы:** подготовка к практическому занятию.
3. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-8, ПК-9,)**

1. Определение и классификация абортов.
2. Клиника самопроизвольного прерывания беременности на различных стадиях.
3. Клиника, диагностика и лечебная тактика при септическом аборте.
4. Методы искусственного прерывания беременности: показания, противопоказания, осложнения.
5. Современные методы контрацепции, лечебные аспекты контрацептивных средств.
6. Отличие монофазных КОК от трёхфазных?
7. Назовите современный КОК, содержащий в своём составе натуральный эстроген?

4. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-8, ПК-9,)**

1. **ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ОСОБО ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:**

1. Раннее начало половой жизни.
2. Ограничение в пище соли и жидкости.
3. Периодический прием антибактериальных препаратов.
4. Прием комбинированных оральных контрацептивов.
5. Общие оздоравливающие мероприятия.

Правильный ответ: 5

2. **ХИРУРГИЧЕСКУЮ СТЕРИЛИЗАЦИЮ ЖЕНЩИН МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ:**

1. При наличии в анамнезе соматической патологии.
2. Как метод терапии.
3. Как метод контрацепции.
4. По просьбе женщины.
5. По желанию мужа.

Правильный ответ: 3

3. НЕРОЖАВШАЯ 18-ЛЕТНЯЯ ПАЦИЕНТКА С ДИФФУЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ ОБРАТИЛАСЬ ДЛЯ ПОДБОРА МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ.

1. ВМС.
2. КОК, барьерные методы.
3. Мини-пили.
4. Добровольная стерилизация.
5. Депо-провера.

Правильный ответ: 2

4. К МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ:

1. Хронический гломерулонефрит, резистентный к терапии
2. Тяжелая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации
3. Острый гнойный пиелонефрит единственной почки
4. Хроническая почечная недостаточность в стадии декомпенсации
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: 5

5. К МИКРОДОЗИРОВАННЫМ КОК ОТНОСИТСЯ:

1. Нон-овлон, бисекурин.
2. Марвелон, фемоден.
3. Тризистон, триквилар.
4. Мерсилон, логест.
5. Депо-провера, норплант.

Правильный ответ: 4

6. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОК. ВЫБЕРИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. Тромбоэмболические заболевания в анамнезе.
2. Длительная иммобилизация.
3. Воспалительные заболевания гениталий в анамнезе.
4. Беременность.
5. Острый гепатит.

Правильный ответ: 3

7. В ПЛАНЕ БЕЗОПАСНОГО СЕКСА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ВИД КОНТРАЦЕПЦИИ:

1. Презервативы.

2. Прерванное половое сношение.
3. ВМС.
4. Биологический метод.
5. КОК.

Правильный ответ: 1

8. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДЯТ:

1. До 12 недель беременности.
2. До 22 недель беременности.
3. До 24 недель беременности.
4. До 28 недель беременности.
5. В любом сроке беременности.

Правильный ответ: 5

9. К МОНОФАЗНЫМ КОМБИНИРОВАННЫМ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ:

1. Фемоден.
2. Нон-овлон.
3. Марвелон.
4. Все перечисленное.
5. Силест.

Правильный ответ: 4

10. МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ РАЗРЕШЕН ДО:

1. 10 недель беременности.
2. 12 недель беременности.
3. 14 недель беременности.
4. 16 недель беременности.
5. 22 недель беременности.

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-8, ПК-9,)

Задача 1

Молодая нерожавшая женщина 23 лет заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение

температуры тела до 39 градусов, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 12,0, СОЭ 35 мм/час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормальных размеров, мягкая, подвижная, умеренно болезненная, зев закрыт. Выделения скудные, кровянистые, без запаха.

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какие препараты играют ведущую роль в комплексном лечении данной пациентки?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Острый эндометрит после медицинского аборта (не исключается неполный мед. аборт).
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий и почек.
3. О. аппендицит, о. пиелонефрит, перфорация матки, внематочная беременность. Необходимо исключить неполный мед. аборт.
4. Комплексная противовоспалительная терапия. В случае неполного аборта после улучшения состояния больной необходимо произвести инструментальное опорожнение полости матки под прикрытием антибиотиков и КГС.
5. Антибиотики.

Задача 2

В приемный покой гинекологической больницы доставлена пациентка 22 лет с жалобами на схваткообразные боли в низу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: состоит на учете в ж/к по беременности. Данная беременность 3-я, в анамнезе 2 медицинских аборта в сроке до 12 недель беременности. В настоящее время срок беременности 6-7 недель. Гинекологические и соматические заболевания в анамнезе отрицает.

При гинекологическом осмотре: шейка матки несколько укорочена, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Матка увеличена до 6 недель беременности, плотная, чувствительная. Придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие безболезненные. Выделения кровянистые обильные со сгустками.

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова лечебная тактика?
4. Причины развития данного осложнения?
5. Реабилитационные мероприятия и дообследование?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Самопроизвольный аборт в ходу в сроке 6-7 недель беременности. Кровотечение.
2. Прервавшаяся внематочная беременность, патология эндометрия, субмукозная миома матки, дисфункциональное маточное кровотечение.
3. Выскабливание полости матки.
4. Несостоятельность слизистой оболочки матки вследствие перенесенных ранее абортов, возможно гормональная недостаточность.
5. После выписки из стационара: анализ крови на гормоны, обследование на ИППП и их лечение, консультация генетика. С целью реабилитации – КОК, витамины, седативные препараты, иммунокорректоры.

Задача 3

Бригадой скорой помощи в приемный покой гинекологической клиники доставлена пациентка 25 лет с жалобами на постоянные тянущие боли в низу живота, слабость, головные боли, умеренные гнойно-кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела до 37,5 градусов. Из анамнеза: со слов больной 2-е суток назад дома произошел выкидыш, при этом срок беременности соответствовал 15-16 неделям. На следующий день появились вышеперечисленные жалобы. Криминальные вмешательства с целью прерывания беременности отрицает. Данная беременность 3-я, нежеланная, на учете в ж/к не состояла. Первые две беременности закончились медицинскими абортами.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести, больная в сознании, адекватная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Температура тела – 37,6 градусов, пульс 90 уд. в 1 мин., АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, обычной формы, не вздут, мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме. Диурез достаточный.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения гнойно-кровянистые из цервикального канала в умеренном количестве. При бимануальном исследовании: матка увеличена до 12 недель беременности,

мягкая, с четкими контурами, подвижная, умеренно болезненная, шейка матки цилиндрическая, наружный зев пропускает кончик пальца. Движения за шейку матки безболезненные. Параметрии свободные, своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. Необходимое обследование больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какие препараты играют ведущую роль в комплексном лечении данной пациентки?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Беременность 15-16 недель. Неполный внебольничный инфицированный аборт. Острый эндометрит.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий и почек, гемостазиограмма
3. О. аппендицит, о. пиелонефрит, внематочная беременность, воспаление придатков матки.
4. Начать с комплексной противовоспалительной терапии (антибиотики, инфузии кристаллоидов, антигистаминные препараты) в течение 6-12 часов, затем бережное инструментальное опорожнение полости матки (выскабливание) с одновременным введением утеротоников. В время вводного наркоза в/в ввести глюкокортикоиды для профилактики септического шока.
5. Антибиотики.

Задача 4

В приемный покой БСМП доставлена пациентка 34 лет с жалобами на резкую слабость, интенсивные тянущие боли в нижних отделах живота, тошноту, однократную рвоту, головные боли, повышение температуры тела до 38,5 градусов с ознобами, гнойно-кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: четверо суток назад дома произошел выкидыш в сроке 18-19 недель беременности, данная беременность была 5-я, нежеланная. На «Д»-учете в ж/к по беременности не состояла. В анамнезе 2-е родов и 2 мед. аборта в ранние сроки беременности. Страдает хроническим аднекситом. Криминальные вмешательства с целью прерывания беременности отрицает

При осмотре: состояние больной тяжелое, больная в сознании, несколько возбуждена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Температура тела – 38,6 градусов, пульс 100 уд. в 1 мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах.

Симптомов раздражения брюшины положительны в области гипогастрия. Физиологические отправления в норме. Моча светлая. Диурез достаточный.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения гнойно-кровянистые из цервикального канала в умеренном количестве. При бимануальном исследовании: матка увеличена до 15 недель беременности, мягкая, без четких контуров, подвижная, болезненная, шейка матки цилиндрическая, цервикальный канал свободно проходим для 1 пальца. Движения за шейку матки болезненные. Придатки матки с обеих сторон утолщены, болезненны. Параметрии свободные, своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. Необходимое обследование больной?
3. Какова лечебная тактика?
4. Какие препараты играют ведущую роль в комплексном лечении данной пациентки?
5. Какие осложнения могут возникнуть во время выскабливания полости матки.

Эталон ответа к задаче 4:

1. Беременность 18-19 недель. Поздний неполный внебольничный инфицированный осложненный аборт. Острый метроэндометрит. Обострение хронического двухстороннего аднексита. Пельвиоперитонит.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий и почек, гемостазиограмма
3. Начать с комплексной противовоспалительной терапии (антибиотики, инфузии кристаллоидов, антигистаминные препараты) в течение нескольких часов, затем бережное инструментальное опорожнение полости матки (выскабливание) с одновременным введением утеротоников. В время вводного наркоза в/в ввести глюкокортикоиды для профилактики септического шока.
4. Антибиотики.
5. Перфорация матки, кровотечение, септический шок.

Задача 5

Во время производства медицинского аборта в сроке 11-12 недель беременности пациентке А., 39 лет, у врача-гинеколога возникло чувство «провала» кюретки в брюшную полость. Заподозрена перфорация матки. Данная беременность у женщины 10-я, в анамнезе 2-е родов и 8 мед. аборт. Страдает хроническим аднекситом и хр. эндометритом.

1. Какова дальнейшая тактика врача-гинеколога?
2. Каков объем оперативного вмешательства в случае его необходимости?

3. Каковы возможные причины возникшего осложнения?
4. В чем заключаются меры профилактики данного осложнения?
5. Реабилитационные мероприятия?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Срочная лапароскопия или лапаротомия.
2. Ревизия органов брюшной полости, полное опорожнение полости матки, ушивание перфорационного отверстия.
3. Наличие неполноценной стенки матки вследствие наличия хронического воспалительного процесса, многочисленные аборты в анамнезе, срок беременности 12 недель.
4. Применение средств контрацепции, лечение хронических воспалительных заболеваний гениталий, соблюдение правил выполнения этапов медицинского аборта.
5. В послеоперационном периоде проведение утеротонической, комплексной противовоспалительной терапии. В последующем с целью контрацепции – КОК, витамины, гинекологический сбор, физиопроцедуры, санаторно-курортное лечение.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-8, ПК-9,)

1. Владеть методом взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры
2. Владеть методом взятие мазков на онкоцитологию
3. Владеть техникой проведения кольпоцитологического исследования

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Септический аборт: современные принципы терапии.
2. Лечебные аспекты гормональной контрацепции.
3. Медикаментозный аборт.
4. Контрацепция у женщин с экстрагенитальной патологией.

1. Индекс ОД.О.01.1.6.5 Тема: «Методы и принципы лечения амбулаторных больных»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-8,)

1. На что ориентирована амбулаторная гинекологическая помощь?
2. Принципы амбулаторной гинекологической помощи в женской консультации?
3. Организация специализированной амбулаторной гинекологической помощи.
4. Какие методы лечения относятся к консервативным?
5. Какие физические методы лечения используются в гинекологии?
6. Какие подразделения относятся к амбулаторной гинекологической помощи?
7. С какими заболеваниями женщины могут лечиться в условиях дневного стационара?
8. Какие виды оперативных вмешательств можно провести в условиях дневного стационара?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-8,)

1. ПРИ МИКРОСКОПИИ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА МОЖНО СУДИТЬ О ПРОИСХОДЯЩИХ В ОРГАНИЗМЕ ЭНДОКРИННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ. ПРИ ЭТОМ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ОЦЕНКИ:

1. Принадлежности клеток к тому или иному слою вагинального эпителия.
2. Степени окраски протоплазмы клеток.
3. Величины ядер клеток.
4. Соотношения эпителиальных клеток.
5. Количества лейкоцитов.

Правильный ответ: 5

2. КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ:

1. Эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке.

2. Поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке.
3. Базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке.
4. Поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам.
5. Общее число поверхностных клеток в мазке.

Правильный ответ: 2

3. ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

1. Цитологический состав эпителиального покрова шейки матки.
2. Цитологический состав эпителиального покрова влагалища.
3. Особенности сосудистого рисунка на шейке матки.
4. Глубину инвазии.
5. Состав микрофлоры цервикального канала.

Правильный ответ: 3

4. К ТЕСТАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЫЧНО ОТНОСИТСЯ:

1. Биометрия фолликула.
2. Ректовагинальное исследование.
3. Измерение базальной температуры.
4. Гистологическое исследование эндометрия.
5. Диагностировать воспалительный процесс.

Правильный ответ: 3

5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3% УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПОСКОПИИ ПОЗВОЛЯЕТ:

1. Отличить патологический участок от неизмененного.
2. Диагностировать воспалительный процесс.
3. Выявить наличие беременности.
4. Определить фазу менструального цикла.
5. Диагностировать воспалительный процесс.

Правильный ответ: 1

6. ЛАПАРОСКОПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРИ:

1. Воспалительном процессе в эндометрии.
2. Маточной беременности.
3. Неопухолевых заболеваниях шейки матки.
4. Субмукозной миоме матки.
5. Нарушенной трубной беременности.

Правильный ответ: 5

7. ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА:

1. Золотистым стафилококком.
2. Грамотрицательной флорой.
3. Анаэробами.
4. Ассоциацией микроорганизмов.
5. Гонококком.

Правильный ответ: 4

8. БОЛЬНЫМ С КИСТОЙ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1. УФО.
2. Лечение только в стадию обострения воспалительного процесса.
3. Оперативное лечение - вылушивание кисты бартолиновой железы (в стадию ремиссии).
4. Коагуляция ткани железы.
5. Диагностировать воспалительный процесс.

Правильный ответ: 3

9. ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГАРДНЕРЕЛЛЕЗОМ ОБЫЧНО:

1. Сукровичные.
2. Гнойные.
3. Скудные слизистые.
4. Обильные кровянистые.
5. Обильные, тягучие, серого цвета.

Правильный ответ: 1

10. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ:

1. Циклическая гормональная терапия под контролем ТФД.
2. Антибактериальная терапия на фоне лечение непрямыми антикоагулянтами.
3. Лечение антимикотиками, контроль за терапией, лечение полового партнера.
4. Оперативное лечение при отсутствии эффекта от консервативной терапии.
5. Диагностировать воспалительный процесс.

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-8)

Задача 1

Больная 14 лет поступила в стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки

менструации на 3 мес. и продолжаются 12 дней. Из анамнеза: имеет частые носовые кровотечения.

При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 уд. в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст., гемоглобин 92 г/л. Живот мягкий безболезненный. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева целая. Ректо-абдоминальное исследование: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены. Выделения из половых путей кровянистые умеренные.

1. При каких заболеваниях может наблюдаться описанная клиническая картина?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больной?
3. Укажите наиболее важные моменты патогенеза нарушений менструальной функции у девочек.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Назначьте терапию.

Эталон ответа к задаче 1:

1. АМК ювенильного периода, геморрагический васкулит, болезнь Верльгофа.
2. Развернутый анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, анализ системы гемостаза.
3. Нарушение цирхорального ритма выделения релизинг-фактора ГТ гормонов.
4. АМК ювенильного периода. Хр. постгеморрагическая анемия.
5. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (КОК) по гемостатической схеме.

Задача 2

Пациентка 52 лет в течение двух лет применяет «Климонорм» как ЗГТ. В течение последнего месяца отмечает длительные беспорядочные мажущие кровянистые выделения из половых путей.

При осмотре: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, грушевидной формы. Цервикальный канал закрыт. Шейка матки чистая. Кровянистые выделения из матки в небольшом количестве. Произведено РВПМ. Результат гистологического исследования: очаговая гиперплазия эндометрия.

1. Оцените характер менструальной функции.
2. Какой из диагностических методов является наиболее информативным в подобных случаях?
3. Какие препараты можно использовать данной больной?
4. Назовите метод контроля за эффективностью лечения.
5. С какими заболеваниями необходимо произвести дифференциальную диагностику?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Метроррагия в период перименопаузы
2. Гистероскопия с диагностическим выскабливанием полости матки
3. Депо-провера, золадекс, 17-ОПК
4. Аспирационная биопсия, диагностическое выскабливание полости матки
5. Полип эндометрия, субмукозный миоматозный узел, рак эндометрия, прервавшаяся беременность.

Задача 3

Больная 45 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из половых путей, слабость. Больной себя считает около года, когда стали беспокоить обильные менструации по 7-10 дней, после чего отмечала слабость, недомогание, головокружение. К врачу не обращалась. Стоит на учете в ж/к по поводу миомы матки 7-8 недель. Последняя менструация с 20.11.93 г., которая не прекращается по настоящее время. Менструации с 10 лет, установились сразу, по 3-4 дня, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Брак 1. Родов 0, аборт 0. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительных свойств. А/Д - 110/80 мм.рт.ст. Кожа и слизистые бледные. Анализ крови: НЬ-90 г/л, эр-2800000, ЦП-0,8, тромбоциты 200 тыс. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки чистая, шейка несколько гипертрофирована, наружный зев округлой формы. Вагинально: НПО развиты правильно, влагалище свободное, шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает палец. Матка шаровидная, увеличена до 8-9 недель беременности с четкими контурами, с гладкой поверхностью, плотной консистенции, безболезненная. Слева придатки не пальпируются, справа пальпируется яичник размерами 5-4-4 см. Своды свободные, глубокие. Выделения из половых путей в умеренном количестве кровянистые.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями матки будете дифференцировать диагноз?
3. В каком дальнейшем обследовании нуждается больная?
4. Окончательный диагноз?
5. План лечения?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Миома матки с субмукозным расположением узла
2. С начавшимся выкидышем, с полипозом эндометрия
3. Произвести зондирование и осторожное выскабливание матки под контролем гистероскопа, УЗИ
4. Субмукозная миома матки
5. Оперативное лечение. В зависимости от данных гистероскопии: либо гистерорезектомиомэктомия или лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки.

Задача 4

Больная 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, б/б. Последняя менструация была месяц назад. Родов 2, аборт 2 без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, А/Д 115/75 мм.рт.ст. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и слизистые бледные. Анализ крови: гемоглобин 90 г/л, СОЭ — 15. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки чистые, наружный зев щелевидный, из зева отходят кровянистые выделения. Вагинально: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, Влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, в нормальном положении, плотной консистенции. Придатки не пальпируются, своды свободные. Выделения из шейки матки обильные. диагностическое выскабливание. Было произведено диагностическое выскабливание матки: длина матки по зонду 8 см. Получен обильный соскоб, отправлен на гистологическое исследование. Гистологический анализ: эндометрий в стадии секрции.

1. Диагноз?
2. С чем проводить дифференциальную диагностику?
3. Что не указано при диагностическом выскабливании? Какое это имеет значение?
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Ваши рекомендации по ведению данной больной?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Патологическое маточное кровотечение в период перименопаузы.
2. С миомой матки, раком эндометрия, раком эндометрия
3. При диагностическом выскабливании необходимо указывать гладкие ли стенки матки, наличие деформации полости матки, макроскопическая характеристика соскоба.
4. Патологическое маточное кровотечение климактерического периода. Постгеморрагическая анемия.
5. Нормализация менструального цикла: эстроген-гестагенные препараты с 1 или 5 дня цикла или гестагены во 2 фазу.

Задача 5

У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации через 6-8 недель по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения.

При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика.
3. При каких заболеваниях может наблюдаться описанная клиническая картина?
4. Какие дополнительные исследования необходимы?
5. Какие виды терапии могут применяться при кровотечении из матки?

Эталон ответа к задаче 5:

1. АМК на фоне заболевания крови. Постгеморрагическая анемия.
2. Гормональный гемостаз, антианемическая терапия, лечение
3. Дисфункциональное маточное кровотечение, тромбоцитопатия, тромбоцитопения (Б.Верльгофа), Б.Виллебранда
4. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов, ретикулоцитов; УЗИ гениталий; коагулограмма.
5. Электростимуляция шейки матки, гемостаз симптоматический, гормональный и хирургический.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-8,)

1. Уметь интерпретировать показатели системы гемостаза и проводить коррекцию выявленных нарушений (ПК-6)
2. Уметь составлять план дальнейшего ведения женщин из группы риска и разработку принципов реабилитации в женской консультации (ПК-8)
3. Уметь получить объективную информацию о заболевании (ПК-6)
4. Уметь выявить специфические признаки гинекологического заболевания (ПК-6)
5. Владеть техникой проведения взятия аспирата из полости матки (PIPELLE, IPAS) (ПК-6)
6. Проведение гистеросальпингографии (ПК-6)
7. Проведение диатермокоагуляции шейки матки (ПК-6)

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Особенности организации акушерско-гинекологической помощи и принципы лечения гинекологических пациенток с заболеваниями шейки матки.
2. Организация медицинской помощи пациенткам с патологией перименопаузального периода в амбулаторных условиях.

3. Организация медицинской помощи с аномальными маточными кровотечениями в амбулаторных условиях.

1. Индекс ОД.О.01.1.6.6 Тема: «Влияние производственных факторов на специфические функции женского организма»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5)

1. Перечислите все уровни регуляции менструального цикла?
2. Необходимо ли проводить физическую разминку женщинам, работа которых связана с сидячим положением? Если да, то почему?
3. Назовите основные воздействия химических веществ на плод во время беременности?
4. Влияют ли производственные факторы труда на секреторную активность молочных желёз?
5. Необходима ли медикаментозная коррекция нарушенного менструального цикла женщинам, связанных с работой с нефтепродуктами?
6. Что обозначает альгодисменорея?
7. Необходим ли переменная поза работы женщинам?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5)

2. К НАРУШЕНИЮ МЕНСТРУАЦИЙ ПРИВОДЯТ ИЗМЕНЕНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТРУКТУР:

1. Гипофизарно-овариальных.
2. Ни каких.
3. Нейромышечных.
4. Желёз внутренней секреции.
5. Органы мишени.

Правильный ответ: 1

2. К НАРАСТАНИЮ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ ГИПОФИЗА ПРИВОДИТ ВОЗДЕЙСТВИЕ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ:

1. Хлор.
2. Сероуглерод.
3. Мышьяк.
4. Нефтепродукты.
5. Таких веществ нет.

Правильный ответ: 2

3. ЧАЩЕ ВСЕГО НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ У ЖЕНЩИН ПРОИЗВОДСТВА:

1. Капронового волокна.
2. Резинотехнических изделий.
3. Ртутного металлургического завода.
4. Производства вискозного волокна.
5. Всё вышеперечисленное

Правильный ответ: 3

4. ВОЗДЕЙСТВИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИБЕЛЬ, УМЕНЬШЕНИЕ МАССЫ И РАЗМЕРОВ ЭМБРИОНОВ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ ТКАНЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. Тератогенное.
2. Химическое.
3. Эмбриотоксическое.
4. Внутриутробное.
5. Генетическое.

Правильный ответ: 3

5. ОБЛУЧЕНИЯ ЯИЧНИКОВ ПРОИСХОДИТ ВРЕМЕННАЯ СТЕРИЛЬНОСТЬ НА ПРОТЯЖЕНИИ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ПРИ ДОЗЕ:

- 1) 1,3-1,8 гр.
- 2) 2,0-2,3 гр.
- 3) 1,0-2,0 гр.
- 4) 2,5-3,6 гр.
- 5) 3,0-3,5 гр.

Правильный ответ: 4

6) ВИБРАЦИЯ ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ВИДЕ:

- 1) Меноррагия.
- 2) Метроррагия.
- 3) Опсоменорея.
- 4) Пройоменорея.
6. Полименорея.

Правильный ответ: 1

7. У ЖЕНЩИН, У КОТОРЫХ РАБОТА СВЯЗАНА С ДЛИТЕЛЬНЫМ СТОЯНИЕМ НА НОГАХ, А ТАК ЖЕ ДЛИТЕЛЬНО РАБОТАЮЩИХ В ОДНОЙ ПОЗЕ, ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ МЕНСТРУАЦИИ:

1. Скудные.
2. Болезненные.
3. Обильные.

4. Не изменяются.
5. Обильные и нерегулярные

Правильный ответ: 5

8. ЖЕНЩИНАМ ДЛЯ ИЗБЕГАНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МЕНСТРУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ НЕОБХОДИМО РАБОТАТЬ В ПОЗЕ:

1. Стоя.
2. Сидячей позе.
3. Не имеет значения.
4. Переменной.
5. Полусидя.

Правильный ответ: 4

9. ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К УВЕЛИЧЕНИЮ ИНТЕНСИВНОСТИ КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ СОСУДОВ, ЗАМЕДЛЕНИЕМ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА, ПОНИЖЕНИЕМ ТОНУСА СОСУДОВ:

1. Холод.
2. Ионизирующее облучение.
3. Вибрация.
4. Работа на высоте.
5. Работа за компьютерным столом.

Правильный ответ: 3

10. ТЯЖЁЛЫЙ ФИЗИЧЕСКИЙ ТРУД ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ, ПРИВОДЯЩИМ К ОПУЩЕНИЮ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА:

1. Нет.
2. Да.
3. Частично.
4. Только в сочетании с другими факторами.
5. В зависимости от возраста.

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5)

Задача № 1

Больная 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения мажущего характера из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки очередной менструации на 2 месяца.

Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта.

Состоит в браке, половая жизнь регулярная, без контрацепции.

При осмотре: АД 150/90 мм рт.ст., PS 66 в мин.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Клитор нормальных размеров. Слизистая входа во влагалище розовая, без воспалительных явлений.

P.s. Шейка матки коническая, не эрозирована. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения.

P.v. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Поставьте диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Назначить лечение?

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Аномальное маточное кровотечение перименопаузального периода.
- 2) Необходимо провести дифференциальную диагностику: гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, рак тела матки, миома матки, внематочная беременность.
- 3) Необходимо выписать направление в стационар в гинекологическое отделение.
- 4) Необходимо провести раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Анализ мочи на β -ХГ.
- 5) Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.

Задача 2

Больная 23 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации в течении 6 недель, тошноту, рвоту до 2-х раз в сутки и извращение вкуса.

Анамнез: Менархе в 14 лет. Нарушение менструальной функции по типу олигоменореи I, лечение не назначалось. Половая жизнь с 19 лет регулярная, контрацепцией не пользуется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 100/70 мм рт.ст. , PS 64 в минуту.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

- 1) Поставьте диагноз?
- 2) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

- 3) Тактика врача женской консультации?
- 4) Тактика врача в условиях стационара?
- 5) Реабилитация?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Беременность, олигоменорея I.
2. Маточная и внематочная беременность, опухоли головного мозга.
3. Анализ мочи на β -ХГ. УЗИ гениталий трансвагинально.
При подтверждении прогрессирующей трубной беременности необходимо вызвать скорую помощь и госпитализировать больную в гинекологическое отделение.
4. В условиях стационара необходимо провести лечебно-диагностическую лапароскопию.
5. Назначение микродозированных КОК (Димиа, Ярина, Джес, Новинет).
В случае планирования беременности отменить КОК и провести предгравидарную подготовку совместно с врачом женской консультации.

Задача 3

Больная 41 года, не замужем. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота. Из анамнеза известно: менструация с 12 лет, установилась постепенно. Последняя менструация 10 дней тому назад. Половой жизнью не живет. В 38-летнем возрасте оперирована по поводу язвы желудка. Периодически употребляет крепкие спиртные напитки. Работает на фабрике по изготовлению лакокрасочных изделий. При обследовании живот обычной конфигурации, при пальпации в гипогастральном отделе четко определяется плотная бугристая болезненная опухоль. Перкуторные границы совпадают с пальпаторными. При ректальном исследовании матка пальпируется с трудом. В области придатков с обеих сторон определяются плотные бугристые опухоли, подвижность ограничена.

- 1) Поставьте предварительный диагноз?
- 2) Определите тактику врача женской консультации?
- 3) Достоверный метод подтверждения ЗНО?
- 4) Объём оперативного вмешательства?
- 5) Профилактика?

Эталон ответа к задаче 3:

- 1) Двухсторонние опухоли яичников, не исключаются «крукенбергеровские метастазы».
- 2) Необходимо провести обследование: ОАК, Б/Х крови, анализ крови на ВИЧ, ГВ, ГС, ФЛГ, ФГС, ирригоскопия, цистоскопия, выписать направление больной в онкологический диспансер.

- 3) Морфологический.
- 4) Лапаротомия, тотальная гистерэктомия с придатками, лимфодиссекция.
- 5) Избегание контакта и работы с лакокрасочными изделиями, так как они являются канцерогенными веществами.

Задача 4

Больная 22 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструаций в течении 2-х недель, после которой возникает длительное, но безболезненное кровотечение. Из анамнеза известно: хронический аднексит. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные слизистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

- 1) Поставьте предварительный диагноз?
- 2) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- 3) План обследования?
- 4) Наиболее вероятная причина НМЦ?
- 5) Тактика врача при начавшемся кровотечении?

Эталон ответа к задаче 4:

- 1) Аномальное маточное кровотечение.
- 2) Необходимо провести диагностику со следующими заболеваниями: гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, рак тела матки, подслизистая миома матки.
- 3) Полное клинико-лабораторное обследование – тесты функциональной диагностики, УЗИ матки на 5-7 день менструального цикла.
- 4) Ановуляторное гипоестрогенное кровотечение на фоне атрезии фолликула
- 5) Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.

Задача 5

Женщина, 28 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструаций в течении 7 месяцев, которые до этого были регулярными.

- 1) Поставьте диагноз?
- 2) Тактика врача женской консультации?

- 3) Будет ли необходимо лечение?
- 4) Дифференциальный диагноз?
- 5) Реабилитация?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Аменорея II
 2. Необходимо провести следующее обследование: тест на ХГЧ, УЗИ органов малого таза, консультация окулиста, невропатолога, терапевта, исследование «полей зрения», снимок «турецкого седла», гормональные исследования.
 3. Да, в зависимости от выявленной причины
 4. Беременность
 5. Нормализация психо-эмоциональных изменений, вызванных отсутствием менструации.
6. **Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5)**
1. Уметь оценивать противопоказания к сохранению беременности (ПК-4)
 2. Умение вести первый триместр беременности (ПК-2, ПК-3)
 3. Владеть методами - бимануальное влагалищное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные (ПК-4)
 4. Уметь получить объективную информацию о заболевании (ПК-3)
 5. Уметь определить показания к госпитализации (ПК-2)
 6. Уметь оценить тяжесть состояния больной (ПК-3)
 7. Уметь определить необходимость применения специальных методов исследования (ПК-2)
 8. Владеть методом взятия мазков на онкоцитологию (ПК-2)
 9. Владеть техникой проведения тестов функциональной диагностики и умение их оценивать (ПК-2, ПК-3)
 10. Владеть техникой проведения и интерпретации данных УЗИ у гинекологических и онкологических больных, включая трансвагинальное. (ПК-2)
7. **Рекомендации по выполнению НИР.**
- 1) Частота развития нарушений репродуктивной функции у женщин, задействованных в химическом производстве.
 - 2) Варианты нарушений менструального цикла у женщин, работающих на вредном производстве.
 - 3) Влияние ионизирующего излучения на репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

1. Индекс ОД.О.01.1.6.7 Тема: «Анализ гинекологической заболеваемости»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

1. Болезни женской половой системы имеют инвалидизирующий характер.
2. Структура гинекологической заболеваемости в возрасте до 18 лет.
3. Что ведет к росту ИППП.
4. Способы повышения выявляемости гинекологических заболеваний.
5. Влияние гинекологических заболеваний на репродуктивную функцию женщины.
6. Основные формы нарушения менструального цикла у девушек-подростков.
7. Структура гинекологической заболеваемости у женщин 18—35 лет.
8. Структура гинекологической заболеваемости в постменопаузе.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

1. ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКИ ДАННЫХ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ С 1999 Г. ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ 1989 г.).
2. Клинические протоколы.
3. Клинические рекомендации.
4. Приказ.
5. Указ.

Правильный ответ: 1

2. ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

- 1) При установлении пациенту диагноза впервые в жизни.
- 2) При установлении пациенту диагноза впервые за месяц.
- 3) При установлении пациенту диагноза повторно.
- 4) При подозрении диагноза впервые в жизни.
- 5) При установлении пациенту диагноза впервые за год.

Правильный ответ: 1

3. У ДЕВОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ВОСПАЛЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ:

1. Пельвиоперитонит.
2. Сальпингоофорит.
3. Эндометрит.
4. Вульвовагинит.
5. Бартолинит.

Правильный ответ: 4

4. ЮВЕНИЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕННЫ:

1. Экстрагенитальными заболеваниями.
2. Органическими заболеваниями органов половой системы.
3. Влиянием экологических факторов.
4. Нарушением ритмической продукции гормонов яичника.
5. Особенности строения внутренних половых органов.

Правильный ответ: 4

5. В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. Нарушение менструального цикла.
2. Опухоли матки и придатков.
3. Гонорея, трихомониаз.
4. Нарушение полового развития.
5. Заболевания шейки матки.

Правильный ответ: 1

6. СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК В ОТЛИЧИЕ ОТ ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:

1. Метастатические.
2. Эпителиальные.
3. Опухоли стромы полового тяжа.
4. Герминогенные.
5. Гормонпродуцирующие.

Правильный ответ: 4

7. У ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ СЕКСУАЛЬНЫЙ ОПЫТ, В СРАВНЕНИИ СО СВЕРСТНИЦАМИ, НЕ ВСТУПАВШИХ В СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ:

1. Овуляторные боли.
2. Воспалительные заболевания половых органов.
3. Нарушения менструального цикла.
4. Гиперпластические процессы эндометрия.
5. Опухоли матки.

Правильный ответ: 2

8. К ОСНОВНЫМ ФАЗАМ КЛИМАКТЕРИЯ ОТНОСЯТСЯ:

1. Пременопауза.
2. Менопауза.
3. Пременопауза, менопауза, постменопауза, перименопауза.
4. Перименопауза.
5. Пременопауза, менопауза.

Правильный ответ: 3

9. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СОПРОВОЖДАЮТСЯ:

1. Хронической артериальной гипертонией.
2. Урогенитальными расстройствами.
3. Остеоартритом.
4. Вестибулярными нарушениями.
5. Повышением либидо.

Правильный ответ: 2

10. ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

1. Сердцебиение, потливость, «приливы жара».
2. Расстройства мочеиспускания.
3. Сухость слизистой влагалища, легкая ранимость и истончение слизистой оболочки влагалища.
4. Раздражительность, плаксивость.
5. Развитие остеопороза.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

Задача 1

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота, слабость, недомогание.

В анамнезе одни срочные роды и два медицинских аборта, хронический сальпингоофорит. Постменопауза 3 года.

При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

При влагалищном исследовании: Матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от неё пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10–12 см. Выделения светлые, слизистые.

- 1) Предварительный диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
- 4) Какова тактика лечения больной? Объем оперативного лечения?
- 5) Прогноз?

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Рак яичников.
- 2) Опухоль толстой кишки. Киста левого яичника. Субсерозная миома матки. Генитальный эндометриоз. Тубоовариальный абсцесс.
- 3) МРТ органов малого таза. УЗИ гениталий и органов брюшной полости. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием аспирата. Ирригоскопия. ФГС. Ректороманоскопия. Маммография. ФЛГ. Определение в крови опухолевых маркеров СА-125.
- 4) Лапаротомия, объем операции решается на операционном столе. Гистерэктомия с придатками, резекция большого сальника. Полихимиотерапия.
- 5) Неблагоприятный.

Задача 2

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 10 дней, которые начались после задержки очередной менструации на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь в браке, регулярная, без контрацепции. При осмотре: АД 160/100 мм рт.ст., PS 68. ОТ/ОБ = 94. Аcanthosis nigricans (+).

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Клитор нормальных размеров. Слизистая входа во влагалище розовая, блестит, без воспалительных явлений.

PS. Шейка матки коническая, не эрозирована. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения.

PV. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

- 1) Наиболее вероятный диагноз
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
- 3) Тактика врача женской консультации
- 4) План обследования

5) Лечение

Эталон ответа к задаче 2:

- 1) Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
- 2) Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки. Беременность.
- 3) Направить больную в гинекологический стационар.
- 4) Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Анализ мочи на β -ХГ.
- 5) Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.

Задача 3

Больная 47 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровотечения из половых путей в течение последних 13 дней, которое началось после задержки menses на 4 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

- 1) Наиболее вероятный диагноз
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
- 3) Тактика врача женской консультации
- 4) План обследования в стационаре
- 5) Лечение

Эталон ответа к задаче 3:

- 1) Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
- 2) Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
- 3) Направить больную в гинекологический стационар.
- 4) Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.
- 5) В зависимости от результата гистологического исследования.

Задача 4

Больная 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные и длительные менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, пять медицинских абортов, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 6 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад. Считает себя больной в течение последнего года, к врачу не обращалась.

При осмотре: АД 110/60 мм рт.ст., PS 88 в мин, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледные.

При влагалищном исследовании: Шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 4–5 недель беременности, округлое, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное.

Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

Сводья выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 80 г/л

- 1) Наиболее вероятный диагноз
- 2) Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
- 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
- 4) Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза
- 5) Лечение

Эталон ответа к задаче 4:

- 1) Миома матки с субмукозным расположением узла. Постгеморрагическая анемия.
- 2) Меноррагия.
- 3) Аденомиоз. Полип матки. Гиперплазия эндометрия. Рак матки.
- 4) УЗИ гениталий. Гистеросальпингография. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.
6. Кольпоскопия. Мазок с шейки матки на онкоцитологию.
- 5) Оперативное.

Задача 5

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

- 1) Наиболее вероятный диагноз
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
- 3) Тактика врача женской консультации
- 4) Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара
- 5) Реабилитация

Эталон ответа к задаче 5

- 1) Беременность.
- 2) Маточная и внематочная беременность, заболевания ЖКТ (гастрит и др.).
- 3) Анализ мочи на β -ХГ. УЗИ гениталий трансвагинально.
При подтверждении прогрессирующей трубной беременности экстренно в сопровождении медицинского работника госпитализировать больную в гинекологическое отделение.
- 4) Лечебно-диагностическая лапароскопия.
- 5) Назначение микродозированных КОК (Логест, Мерсилон, Новинет) на 2–3 месяца.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

2. Уметь составлять план дальнейшего ведения женщин из группы риска и разработка принципов реабилитации в женской консультации (ПК-12)

7. Рекомендации по выполнению НИР

1. Структура гинекологической заболеваемости женского населения г. Красноярска.
2. Воспалительные заболевания органов малого таза в структуре гинекологической заболеваемости.
3. Частота и структура патологии женской репродуктивной системы у пациенток с алиментарным ожирением.
4. Оптимизация лечения пациенток репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

1. **Индекс ОД.О.01.1.6.8 Тема: «Использование современной медицинской аппаратуры в акушерстве и гинекологии»**
2. **Форма работы:** подготовка к практическому занятию.
3. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6,)**

- 1) УЗИ в акушерстве
- 2) Допплерометрия
- 3) УЗИ в гинекологии
- 4) КТГ
- 5) Лапароскопия в гинекологии
- 6) Гистероскопия
- 7) Кольпоскопия

4. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)**

1. **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- 1) Ультразвуковое исследование.
- 2) Бронхоскопию.
- 3) Хромоцистоскопию с катетеризацией мочеточника.
- 4) Обзорную рентгенографию.
- 5) Бактериологический метод обнаружения микобактерий в моче.

Правильный ответ: 1

2. **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- 1) Бактериологический метод обнаружения микобактерий в слюне.
- 2) Выявление специфических изменений слизистой мочевого пузыря при цистоскопии.
- 3) Экскреторную урографию.
- 4) Пробу Ромберга.
- 5) Ультразвуковое исследование легких.

Правильный ответ: 2

3. **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

- 1) Содержания глюкозы в крови и в моче.
- 2) Содержания кетоновых тел в крови.

- 3) Содержания ацетона в моче.
- 4) Проведение глюкозотолерантного теста, содержания глюкозы в крови и в моче, содержания кетоновых тел в крови, содержания ацетона в моче, проведение глюкозотолерантного теста.
- 5) Термометрия, урография.

Правильный ответ: 5

4. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БЕРЕМЕННЫХ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ:

- 1) Рентгенографию.
- 2) Радиохолецистографию.
- 3) Лапароскопию.
- 4) Рентгенографию, радиохолецистографию.
- 5) Лапаротомию.

Правильный ответ: 4

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

- 1) На 7-8-й день менструального цикла.
- 2) На 1-5-й день менструального цикла.
- 3) На 20-25-й день менструального цикла.
- 4) На 26-28-й день менструального цикла.
- 5) На 2-3-й день менструального цикла.

Правильный ответ: 1

6. ПОКАЗАНИЕМ К ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

- 1) Острого воспалительного процесса в придатках.
- 2) Выраженного спаечного процесса в брюшной полости.
- 3) Нарушенной маточной беременности.
- 4) Тяжелое общее состояние больной.
- 5) Геморрагического шока III степени.

Правильный ответ: 1

7. ЛАПАРОСКОПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ НЕ ИНФОРМАТИВНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

- 1) Воспалительных процессов в придатках.
- 2) Маточной беременности.
- 3) Опухоли яичника.
- 4) Миомы матки.
- 5) Нарушенной трубной беременности.

Правильный ответ: 2

8. ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

ИССЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

2. Полнота описания макропрепарата.
3. Полнота и точность представленных клинических данных.
4. Высокая степень подготовки специалиста.
5. Единой трактовки одного и того же патологического процесса.
6. Неполноценность исследуемого материала (ткань, взятая не из очага поражения или неправильно сохраненная).

Правильный ответ: 5

9. ПРИ БЕСПЛОДИИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ЛУЧШЕ ПРОВОДИТЬ:

- 1) На 7-8-й день менструального цикла.
- 2) На 9-12-й день менструального цикла.
- 3) На 13-15-й день менструального цикла.
- 4) На 16-20-й день менструального цикла.
- 5) На 21-25-й день менструального цикла.

Правильный ответ: 1

10. ВИДЫ КОЛЬПОСКОПИИ:

- 1) контактная
- 2) интрацервикальная
- 3) тепловая, холодовая
- 4) простая, расширенная
- 5) пункционная, аспирационная

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6,)

Задача 1

Пациентка А. 39 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, усиливающиеся во время менструации, резко болезненную менструацию, темные скудные кровянистые выделения из половых путей накануне и после месячных. В анамнезе 2 родов и 1 мед. аборт без осложнений. Вышеперечисленные жалобы беспокоят женщину в течение последних 2 лет. Врачом-гинекологом заподозрен внутренний эндометриоз.

- 1) Составьте перечень необходимых методов обследования для подтверждения диагноза.
- 2) Какой из перечисленных методов является в данном случае наиболее информативным?
- 3) На какой день менструального цикла необходимо проводить гистероскопию для диагностики данного заболевания?
- 4) На какой день менструального цикла необходимо проводить гистеросальпингографию для диагностики внутреннего эндометриоза?

5) Какие характерные рентгенологические симптомы аденомиоза вы знаете?

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Гинекологический осмотр (осмотр в зеркалах и влагалищное исследование), УЗИ гениталий, гистероскопия, гистеросальпингография, МРТ малого таза.
- 2) МРТ малого таза.
- 3) 5-7 день цикла.
- 4) 5-7 день цикла.
- 5) Расширение и деформация полости матки и цервикального канала, зазубренность контуров полости матки, наличие законтурных теней

Задача 2

Женщина 45 лет жалуется на обильные длительные менструации, схваткообразные боли в низу живота во время месячных, слабость, снижение трудоспособности. Во время гинекологического осмотра отмечается увеличенная до 7-8 недель округлая, плотная, безболезненная матка. Заподозрена субмукозная миома матки.

- 1) Составьте перечень дополнительных методов обследования для подтверждения диагноза.
- 2) Какой из перечисленных методов является в данном случае наиболее информативным?
- 3) На какой день менструального цикла необходимо проводить гистероскопию для диагностики данного заболевания?
- 4) На какой день менструального цикла необходимо проводить гистеросальпингографию для диагностики данного заболевания?
- 5) Какие характерные рентгенологические симптомы субмукозной миомы матки?

Эталон ответа к задаче 2:

- 1) УЗИ гениталий, гистероскопия, гистеросальпингография.
- 2) Гистероскопия
- 3) 5-7 день менструального цикла.
- 4) 5-7 день цикла.
- 5) Расширение и деформация полости матки, полость матки приобретает округлую или чашеобразную форму, наличие дефекта наполнения в полости матки с четкими ровными контурами.

Задача 3

Пациентка В. 29 лет обратилась в клинику женского бесплодия для проведения обследования. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся мед. абортom в сроке 10 недель беременности. Течение послеабортного периода осложнилось острым эндометритом, по поводу чего больная получала

лечение в стационаре. После этого в течение 5 лет беременность не наступает. У больной заподозрен трубно-перитонеальный фактор бесплодия.

- 1) Перечислите методы диагностики проходимости маточных труб.
- 2) Какой из перечисленных методов является самым информативным?
- 3) В какую фазу менструального цикла целесообразно проводить гистеросальпингографию для диагностики проходимости маточных труб?
- 4) С чего начинается обследование бесплодной пары?
- 5) Что используют в качестве красящего вещества при хромосальпингоскопии.

Эталон ответа к задаче 3:

- 1) Гидросонография, гистеросальпингография, лапароскопия с хромосальпингоскопией.
- 2) Лапароскопия с хромосальпингоскопией.
- 3) В фазу секреции.
- 4) Спермограмма.
- 5) В качестве красящего вещества, индикатора, используют стерильный физраствор с примесью индигокармина или метиленового синего.

Задача 4

К врачу гинекологу женской консультации обратилась пациентка 22 лет с жалобами на редкие скудные менструации, через 45-60 дней по 1-2 дня. Из анамнеза: месячные с 16 лет, менструальный цикл нерегулярный, с задержками до 30 дней, месячные скудные, безболезненные. Соматически здорова.

- 1) Перечислите перечень необходимых методов обследования данной больной.
- 2) Какие методы диагностики наличия овуляции вы знаете?
- 3) Какие из перечисленных методов позволяют исключить патологию центральных регуляторных механизмов менструального цикла?
- 4) Какие из перечисленных методов позволяют исключить патологию яичников?
- 5) Перечислите тесты функциональной диагностики.

Эталон ответа к задаче 4:

- 1) Проведение тестов функциональной диагностики, определение уровня гормонов в сыворотке крови, проведение гормональных проб, УЗИ гениталий в динамике менструального цикла, КТ головного мозга, УЗИ щитовидной железы и надпочечников, ЭЭГ, РеоЭГ, кариотипирование, исследование полового хроматина.
- 2) УЗИ яичников в динамике менструального цикла, тесты функциональной диагностики, определение гормонов крови в динамике менструального цикла.

- 3) Определение уровня гормонов в сыворотке крови, проведение гормональных проб, КТ головного мозга, ЭЭГ, РеоЭГ.
- 4) Проведение тестов функциональной диагностики, определение уровня гормонов в сыворотке крови, проведение гормональных проб, УЗИ гениталий в динамике менструального цикла, биопсия яичников с гистологией биоптата, кариотипирование, исследование полового хроматина.
- 5) Симптом зрачка, симптом листа папоротника, симптом натяжения шеечной слизи, карио-пикнотический индекс, определение базальной температуры.

Задача 5

У больной 45 лет появились контактные кровотечения. Заподозрена патология шейки матки.

- 1) Перечислите необходимые методы обследования данной больной.
- 2) Какой метод исследования в данном случае является самым информативным?
- 3) Какой из перечисленных методов является скрининговым для диагностики патологии шейки матки?
- 4) Назовите виды кольпоскопии.
- 5) Какими инструментами можно производить биопсию шейки матки?

Эталон ответа к задаче 5:

- 1) Осмотр в зеркалах, влажный осмотр, кольпоскопия, мазки на атипичные клетки с шейки матки, цервикоскопия, УЗИ гениталий, биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием биоптата.
- 2) Гистология биоптата.
- 3) Онкоцитология мазков-отпечатков с шейки матки.
- 4) Простая, расширенная, кольпомикроскопия.
- 5) скальпелем, электропетлей, конхотомом.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6,)

1. Уметь осуществлять выбор методов исследования беременной и плода (ПК 5);
2. Уметь оценивать эхографические признаки: - угрозы прерывания беременности; - начавшегося аборта; - аборта в ходу - реальных маркеров преждевременных родов (цервикометрия) (ПК-5);
3. Владеть методами оценки эхографии матки и придатков матки (ПК 5);
4. Уметь интерпретировать эхографические исследования у беременных (ПК 5);
5. Уметь интерпретировать показатели доплерометрии: - маточно-плацентарного кровотока (маточная артерия); - фетоплацентарного

- кровотока (артерии пуповины); - плодового кровотока (аорта плода) (ПК 5);
6. Владеть методом проведения кардиотокографии плода в период беременности и в родах (ПК 5);
 7. Владеть техникой проведения простой и расширенной кольпоскопии (ПК 5);
 8. Владеть техникой проведения и интерпретации данных УЗИ у гинекологических и онкологических больных, включая трансвагинальное (ПК 5);
 9. Владеть техникой проведения гистероскопии (ПК 5);
 10. Владеть техникой проведения гистеросальпингографии (ПК 5);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Современный инструментарий, используемый для лапароскопии в гинекологии.
2. Современный инструментарий, используемый для гистерроскопии в гинекологии.
3. Современные методы пренатальной диагностики.

1. Индекс ОД.О.01.1.6.9 Тема: «Санитарно-просветительная работа»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1)

1. Последовательность сбора акушерско-гинекологического анамнеза
 2. Объем обследований при проведении ежегодного профилактического осмотра женщин различных возрастов
 3. Принципы диспансеризации практически здоровых женщин
 4. Нормативно-правовая база регламентирующая принципы проведения ежегодных профилактических осмотров женского населения
 5. Учетно-отчетная документация женской консультации
- 4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1)**

1. ЗДОРОВЫМ ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ 50 ЛЕТ ПРОВЕДЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИИ РЕКОМЕНДОВАНО:

1. 2 раза в год.
2. 1 раз в год.
3. 1 раз в 2 года.
4. Ежемесячно.
5. 1 раз в 5 лет.

Правильный ответ: 2

2. ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО УКАЗАННЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ:

1. Имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту.
2. Локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки, ассоциированы с ВПЧ.
3. Основание их всегда широкое, инфильтрировано.
4. Консистенция кондилом хрупкая.
5. Локализуются часто в области матки.

Правильный ответ: 2

3. В РАЗВИТИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

1. Гипоэстрогения, сдвиг pH влагалищного содержимого в щелочную сторону.

2. Наличие гонококков.
3. Наличие трихомонад.
4. Рост анаэробов.
5. Наличие хламидий.

Правильный ответ: 1

4. РАСЧЕТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА:

1. Масса тела (кг) / длина тела в квадрате (m^2).
2. Масса тела (кг) / длина тела (м).
3. Длина тела в квадрате (m^2) / масса тела (кг).
4. Длина тела (кг) / масса тела (m^2).
5. Масса тела в квадрате (кг) / длина тела (м).

Правильный ответ: 1

5. ДИАГНОСТИКА ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

1. Осмотра в зеркалах.
2. Исследования нативного мазка.
3. Микроскопии мазков, окрашенных по Граму.
4. Вагинального осмотра.
5. Трансвагинальное УЗИ.

Правильный ответ: 3

6. СТЕПЕНЬ КИСЛОТНОСТИи (pH) СОДЕРЖИМОГО ВЛАГАЛИЩА ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ РАВНА:

1. $pH > 6$.
2. $pH < 5$.
3. $pH\ 3,0-4,5$.
4. $pH\ 5,0$.
5. $pH\ 3,8-4,2$.

Правильный ответ: 5

7. СТЕПЕНИ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА СООТВЕТСТВУЕТ:

1. Кислая среда.
2. Слабо кислая среда.
3. Щелочная среда.
4. Слабо щелочная среда.
5. Нейтральная среда.

Правильный ответ: 1

8. ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОВОДИТСЯ:

1. Для ранней диагностики патологических изменений в эпителии.
2. Для определения степени чистоты влагалища.
3. Для контроля менструального цикла.

4. Для выявления ИППП.
5. Для определения 16, 18 серотипов ВПЧ.

Правильный ответ: 1

9. УЗИ ГЕНИТАЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ СКРИНИНГОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

1. Патологии миометрия.
2. Патологии эндометрия.
3. Патологии шейки матки.
4. Малых форм эндометриоза.
5. Аденомиоза.

Правильный ответ: 2

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ СКРИНИНГ-ТЕСТ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ :

1. Простая кольпоскопия.
2. Бимануальное ректовагинальное исследование.
3. Цитологическое исследование мазков с экто- и экзоцервикса.
4. Цитологическое исследование аспирата из полости матки.
5. Осмотр в зеркалах.

Правильный ответ: 3

5.Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1,)

Задача 1

Больная Ж., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные менструации, периодические тянущие боли в низу живота, слабость, головокружение.

Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, через 25-26 дней, по 5-7 дней, обильные. Половая жизнь с 20 лет, было двое родов и три медициной аборта. Впервые миома была обнаружена 5 лет назад, матка была увеличена до 6 недель беременности. Последний раз была у гинеколога полгода назад, матка соответствовала 10 недельному сроку беременности. В последний год менструации стали обильными, появились периодические тянущие боли в низу живота. Соматические заболевания в анамнезе отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Пульс 92 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД 120/80 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное, на верхушке сердца выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Гинекологическое исследование: наружные гениталии развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии. Выделения слизистые. Влагалищное

исследование: шейка цилиндрическая, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 12 недель беременности, с неровной, бугристой поверхностью, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются, область их безболезненная. Своды глубокие, безболезненные.

- 1) Предварительный диагноз?
- 2) Составьте план обследования.
- 3) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 4) Лечение?
- 5) Каков объем операции в случае оперативного лечения?

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Быстрорастущая миома матки с нарушением менструального цикла по типу меноррагии.
- 2) УЗИ гениталий с доплерографией, фракционное диагностическое выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии, кольпоскопия, мазки на онкоцитологию с шейки матки, определение ХГ в плазме крови.
- 3) Аденомиозом, патологией шейки матки, саркомой матки, беременностью.
- 4) Оперативное лечение
- 5) Гистерэктомия.

Задача 2

Больная А., 30 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота, во влагалище, иррадиирующие в прямую кишку, задний проход, промежность, которые усиливаются накануне менструации; резко болезненные менструации с потерей трудоспособности, бесплодие, дискомфорт при дефекации, периодически кровь в кале.

Из анамнеза: менархе в 13 лет, менструации регулярные, через 28-30 дней, по 5-6 дней, умеренные, болезненные. Половая жизнь с 20 лет в браке. От беременности не предохраняется и не беременеет, муж обследован - здоров. Соматические и гинекологические заболевания в анамнезе отрицает.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки конической формы, зев точечный, в заднем своде определяются включения сине-багрового цвета. Бимануальное исследование: влагалище узкое, шейка коническая, зев точечный. Матка обычной формы и величины, ограничено подвижна, безболезненна. Придатки с обеих сторон не определяются. В заднем своде влагалища пальпируется плотное опухолевидное образование размером 3 x 4 см, бугристое, резко болезненное при исследовании, без четких контуров, неподвижное. Параметрии свободные.

При ректальном исследовании в области заднего свода пальпируется образование размерами 4х5 см, малоподвижное, резко болезненное, связанное с передней стенкой прямой кишки. Отмечается резкая болезненность при пальпации в области крестцово-маточных связок.

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3) План обследования больной?
- 4) Лечение?
- 5) Какой объем операции в случае оперативного лечения?

Эталон ответа к задаче 2:

- 1) Ретроцервикальный эндометриоз IV ст. Бесплодие I.
- 2) Киста яичника, рак яичника, воспаление придатков матки с образованием гнойной tuboовариальной опухоли, метастаз рака экстрагенитальной локализации, рак прямой кишки, субсерозная миома на ножке.
- 3) УЗИ гениталий и внутренних органов, КТ или СКТ органов малого таза, ректороманоскопия, ирригоскопия, ФГС, рентгенография легких, маммография, лапароскопия с биопсией очагов.
- 4) Оперативное лечение + гормональная и иммунокорректирующая терапия.
- 6) Иссечение очагов ретроцервикального эндометриоза, возможно с резекцией части прямой кишки при ее прорастании.

Задача 3

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь в браке, регулярная, без контрацепции.

При осмотре: АД 160/100 мм рт.ст., PS 68. ИМТ = 34. Acantosis nigricans (+).

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Клитор нормальных размеров. Слизистая входа во влагалище розовая, блестит, без воспалительных явлений.

P.S. Шейка матки коническая, не эрозирована. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения.

P.V. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

- 1) Наиболее вероятный диагноз?

- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Тактика врача женской консультации?
- 4) План обследования?
- 5) Лечение?

Эталон ответа к задаче 3:

- 1) АМК перименопаузального периода.
- 2) Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки. Внематочная беременность.
- 3) Направить больную в гинекологический стационар.
- 4) Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Анализ мочи на β -ХГ.
- 5) Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.

Задача 4

Больная 52 лет впервые обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 19 дней, которые начались после задержки menses на 4 месяца.

Из анамнеза: Трое срочных родов, б/о. Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь в браке, эпизодически, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

- 1) Наиболее вероятный диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Тактика врача женской консультации?
- 4) План обследования?
- 5) Лечение?

Эталон ответа к задаче 4:

- 1) АМК перименопаузального периода.
- 2) Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
- 3) Направить больную в гинекологический стационар.
- 4) Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.
- 5) Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.

Задача 5

Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад.

Считает себя больной в течение последнего года.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный.

При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 94 г/л.

- 1) Наиболее вероятный диагноз?
- 2) Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
- 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 4) Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
- 5) Лечение?

Эталон ответа к задаче 5:

- 1) Быстрорастущая множественная миома матки с субмукозным расположением узла. Подозрение на перерождение в саркому. Постгеморрагическая анемия.
- 2) Меноррагия.
- 3) Внутренний эндометриоз (аденомиоз) матки. Рак матки.
- 4) УЗИ гениталий. Гистеросальпингография. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Кольпоскопия. Мазок с шейки матки на онкоцитологию.
- 5) Оперативное.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1,)

1. Собрать анамнез и особенности течения беременности (ПК-1);
2. Владеть методами - бимануальное влагалищное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные (ПК-1);

3. Уметь выявить специфические признаки гинекологического заболевания (ПК-1);
4. Владеть методом взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры (УК-1);
5. Владеть техникой проведения простой и расширенной кольпоскопии (ПК-3).

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Особенности проведения профилактических осмотров женского населения репродуктивного возраста в сельских районах Красноярского края.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.10 Тема: «Наружные и внутренние акушерские исследования»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,)

1. Методы диагностики беременности на ранних сроках.
2. Признаки беременности и их классификация.
3. Что означает понятие сомнительные признаки беременности?
4. Что означает понятие вероятные признаки беременности?
5. Что означает понятие достоверные признаки беременности?
6. Какова динамика роста матки по срокам беременности?
7. Цель и методика вагинального обследования?
8. Как определить предполагаемую массу плода?
9. Как определить срок предстоящих родов?
10. Что определяется приемами Леопольда?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,)

1. ПРИ ОЦЕНКЕ КТГ ПЛОДА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

1. Длительность и сила схватки.
2. Наличие и частота акцелераций.
3. Содержание O₂ в крови.
4. Содержание Нв.
5. Содержание СО₂ в крови.

Правильный ответ: 2

2. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ:

1. Термометрии.
2. Оценки самой женщины.
3. Реографии.
4. Визуально.
5. Токографии.

Правильный ответ: 3

3. АМНИОСКОПИЯ ОСОБЕННО ИНФОРМАТИВНА И ЦЕЛЕСООБРАЗНА:

1. Только при гемолитической болезни плода (резус-конфликт).

2. При гемолитической болезни плода (резус-конфликт), при перенашивании беременности.
3. При предлежании плаценты.
4. При сахарном диабете.
5. При патологии щитовидной железы.

Правильный ответ: 1

4. АКЦЕЛЕРАЦИЯ – ЭТО:

1. Учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС).
2. Урежение ЧСС плода.
3. Отражение сердечной деятельности плода.
4. Отражение внутриутробной задержки роста плода.
5. Повышение АД плода.

Правильный ответ: 3

5. ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ - ЭТО:

1. Учащение сердечных сокращений плода.
2. Урежение сердечных сокращения плода.
3. Отражение бодрствования плода.
4. Отражение глубокого сна плода.
5. Повышение АД плода.

Правильный ответ: 2

6. РАННИЕ ДЕЦЕЛЕРАЦИИ - ЭТО УРЕЖЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА:

1. С началом схваток.
2. Через 30-60 с после начала схватки .
3. Через 120 с после схватки.
4. В паузу между схватками.
5. В конце каждой сватки.

Правильный ответ: 3

7. НАИМЕНЬШИЙ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРЫЙ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПО УЗИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. 1 неделя.
2. 2 недели.
3. 3 недели.
4. 4 недели.
5. 5 недель.

Правильный ответ: 3

8. БЕССТРЕССОВЫЙ ТЕСТ ОСНОВАН:

1. На оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его шевеление, сокращение матки, действие внешних раздражителей.
2. На учете числа движений плода в 1 ч.

3. На реакции сердечной деятельности плода в ответ на внутривенное введение матери раствора атропина.
4. Только на шевелении плода.
5. На учете числа движений плода в сутки.

Правильный ответ: 1

9. ДИАГНОСТИКА ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВАНА НА ОЦЕНКЕ:

1. Состояние женщины.
2. ЭКГ и ФКГ плода.
3. Предполагаемая масса плода.
4. Развитие гидроцефалии.
5. Общий анализ мочи.

Правильный ответ: 2

10. О ГИПОКСИИ ПЛОДА, ПО ДАННЫМ КТГ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ АМПЛИТУДА МГНОВЕННЫХ ОСЦИЛЛЯЦИЙ:

1. 0-5 в минуту.
2. 5-10 в минуту.
3. 10-25 в минуту.
4. 25-30 в минуту.
5. 30-35 в минуту.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Задача 1

Роды I, в срок. Беременность протекала без осложнений. Воды излились и схватки начались за 6 часов до поступления в родильный дом. При поступлении роженица беспокойна, АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, температура 37,1 °. Рост 165 см, вес 75 кг, размеры таза 25-28-31-17. Окружность живота 99, высота стояния дна матки 34 см. Схватки частые, сильные, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 ударов в минуту. Моча, выпущенная по катетеру, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой родничок справа, ниже малого. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см. Подтекают воды с примесью крови и мекония.

6. Диагноз?
7. План ведения?
8. В чем ошибка?
9. Признак клинически узкого таза?

10. Прогноз для матери и плода?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Диагноз: Срочные роды 1. Второй период родов. Раннее излитие о/вод. Простой плоский таз. Вторая степень сужения. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Острая гипоксия плода.
2. План: Наркоз. Лапаротомия. Кесарево сечение.
3. Не проведена дородовая госпитализация в 38-39 недель
4. Отсутствие продвижения головки при полном открытии маточного зева, излившихся о/водах и хорошей родовой деятельности.
5. Для матери зависит от объема оперативного вмешательства, для плода сомнительный.

Задача 2

В родильный дом поступила роженица с первой доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140—150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4—5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

1. Диагноз?
2. Какова тактика дальнейшего ведения родов?
3. Виды предлежания плаценты?
4. Признаки острой гипоксии плода?
5. Почему целесообразна амниотомия?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Диагноз: Срочные роды 1. 1 период родов. Частичное предлежание плаценты. Кровотечение.
2. План: Амниотомия. Лапаротомия, кесарево сечение.
3. Краевое, боковое, частичное, полное
4. Урежение тонов, зеленые околоплодные воды, изменения на КТГ
5. Остановка кровотечения путем опускания предлежащей части.

Задача 3

М., 26 лет. Состоит на учете по поводу первичного бесплодия эндокринного генеза. Последние месячные шесть недель назад. Находилась на контролируемой индукции овуляции антиэстрогенами. Тест на беременность положительный. В связи с появлением тянущих болей внизу

живота госпитализирована в гинекологическое отделение. Состояние удовлетворительное. При обследовании органов репродуктивной системы выявлено: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров, мягкой консистенции. Движения за шейку матки безболезненные. Область придатков без особенностей. Своды глубокие. Выделения светлые. Ультразвуковое исследование: Эндометрий 13 мм, плодное яйцо в полости матки не визуализируется. В левом яичнике – желтое тело диаметром 22 мм.

1. Диагноз?
2. Тактика?
3. С чем дифференцировать?
4. Тактика при беременности?
5. Тактика при внематочной беременности?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Беременность ранних сроков
2. Следует продолжить наблюдение.
3. НМЦ, внематочная беременность, онкология, эндометриоз, миома матки
4. Встать на учет по беременности, профилактика замершей беременности и выкидыша
5. Тубэктомия/томия

Задача 4

Роды двойней, в срок. Сразу после рождения последа началось обильное кровотечение, в/в введен окситоцин, после чего матка сокращается, но затем опять расслабляется.

Кровотечение продолжится. Кровопотеря достигла 1000 мл. Родильница побледнела. АД 90/50, пульс 100 уд в мин.

1. Диагноз?
2. План ведения?
3. Состав инфузионной терапии.
4. Осложнение кровотечения?
5. Лечение ДВС-синдрома?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Диагноз: Срочные роды 1.Двойня. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок 3 ст.
2. План ведения: ручное обследование стенок полости матки. Бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки. ИТТ в объеме

- 200%. При отсутствии эффекта чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий, удаление матки.
3. Введение плазмы и ингибиторов фибринолиза, кристаллоидных и коллоидных растворов.
 4. ДВС-синдром, геморрагический шок, летальный исход
 5. Переливания СЗП, тромбоцитарной массы, факторы свертывания крови (протромплекс, ново-севен)

Задача 5

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, 2 искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 в минуту, ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка. Сразу после рождения плода из половых путей появились кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Проба Ли-Уайта 5'10"

1. Диагноз? С какими состояниями нужно дифференцировать?
2. Какие мероприятия нужно произвести для остановки кровотечения и уточнения диагноза.
3. Тактика при истинном вращении плаценты?
4. Перечислите признаки отделения плаценты?
5. Способы выделения плаценты?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Диагноз: Срочные роды 3. Третий период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение. Дифф. диагноз: разрывы влагалища, шейки матки, матки. Гипотоническое кровотечение.
2. План: Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование стенок полости матки, осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал.
3. Гистерэктомия
4. Кюстнера, Шредера, Альфельда, Микулича
5. Креде-Лазаревичу, Амбуладзе, Гентеру

6) Перечень практических умений по изучаемой теме ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,)

- 1) Уметь интерпретировать показатели системы гемостаза и проводить коррекцию выявленных нарушений (ПК-5);
- 2) Уметь осуществлять выбор методов исследования беременной и плода (ПК 5);
- 3) Уметь оценивать эхографические признаки: - угрозы прерывания беременности; - начавшегося аборта; - аборта в ходу - реальных маркеров преждевременных родов (цервикометрия) (ПК-5);

- 4) Владеть методами оценки эхографии матки и придатков матки (ПК 5);
- 5) Уметь интерпретировать эхографические исследования у беременных (ПК 5);
- 6) Уметь интерпретировать показатели доплерометрии: - маточно-плацентарного кровотока (маточная артерия); - фетоплацентарного кровотока (артерии пуповины); - плодового кровотока (аорта плода) (ПК 5);
- 7) Владеть методом проведения кардиотокографии плода в период беременности и в родах (ПК 5);

7) Рекомендации по выполнению НИР.

1. Современные методики неинвазивной диагностики в акушерстве.
2. Современные методики инвазивной диагностики в акушерстве.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.11 Тема: «Ведение физиологических родов»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3)

1. Классификация родов по времени наступления.
2. Что такое контракционное кольцо?
3. Указать особенности сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева у первородящих.
4. Указать особенности сглаживания и раскрытия шейки у повторнородящих.
5. Понятие своевременного излития вод.
6. Классификация несвоевременного излития околоплодных вод.
7. Что такое врезывание головки?
8. Что такое пререзывание головки?
9. Какова физиологическая кровопотеря в родах, допустимая кровопотеря?
10. Моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания (классическое акушерство).

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3)

1. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В РОДАХ:

1. Смещение дна матки вверх
2. Кровотечение пульсирующей струйкой из половых путей
3. Узел пуповины
4. Прекращение пульсации пуповины
5. Опускание отрезка пуповины

Правильный ответ: 5

2. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ:

1. 2-4 ч
2. 5-7 ч
3. 8-10 ч
4. 12-14 ч
5. 18 ч

Правильный ответ: 4

3. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРОРОДЯЩЕЙ:

1. 3-5 ч.
2. 5-7 ч
3. 6-8 ч
4. 8-10 ч
5. 25 ч

Правильный ответ: 4

4. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ В РОДАХ СЧИТАЕТСЯ КРОВОПОТЕРЯ:

1. До 400 мл
2. До 500 мл
3. До 600 мл
4. До 800 мл
5. До 1200 мл

Правильный ответ: 2

5. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:

1. Полным раскрытием шейки матки
2. Возникновением потуг
3. Излитием околоплодных вод
4. Через 6-8 ч от начала регулярных схваток
5. Через 16-18 ч от начала регулярных схваток

Правильный ответ: 1

6. ПОТУГИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ, КОГДА:

1. Головка плода вставилась над входом в малый таз
2. Произошло полное раскрытие шейки матки
3. Головка плода опустилась в узкую часть малого таза
4. Головка плода установилась поперечным размером в широкой части малого таза
5. Головка плода над входом в малый таз

Правильный ответ: 3

7. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Снижение внутриматочного давления.
2. Уменьшение объема матки и размеров плацентарной площади.
3. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения.
4. Расслабление мышц матки.
5. Повышение внутриматочного давления.

Правильный ответ: 2

8. ПОПЫТКА ВЫДЕЛИТЬ НЕОТДЕЛИВШУЮСЯ ПЛАЦЕНТУ ПРИВОДИТ:

1. К расслаблению мышц матки.
2. К кровотечению.
3. К патологическому повышению эстрогенов.
4. К резкому снижению АКТГ.
5. К гиповолемии.

Правильный ответ: 2

9. ПОКАЗАНИЕМ К РАССЕЧЕНИЮ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Угроза разрыва промежности.
2. Крупный плод.
3. Тазовое предлежание плода.
4. Гипоксия плода.
5. Гипотрофия плода.

Правильный ответ: 1

10. БАЗАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, СЧИТАЮЩАЯСЯ НОРМАЛЬНОЙ В РОДАХ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:

1. 120-160 в минуту.
2. 110-150 в минуту.
3. 100-180 в минуту.
4. более 200 в минуту.
5. более 300 в минуту.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3,)

Задача 1

Роженица, 26 лет, вторая беременность, вторые роды, схватки начались 3 часа назад. Первая беременность закончилась срочными родами. Вес плода 3200 г. При осмотре: таз 25-28-30-20. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 138 в минуту, слева ниже пупка, ритмичное. Через 3 часа отошли воды. Головка опустилась в полость малого таза. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 140 в минуту. Еще через 3 часа родовая деятельность стала значительно слабее, сердцебиение плода стало 150 в минуту, приглушенное временами аритмичное. Вагинально: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере. Большой родничок под лоном, определяется его задний угол, малый родничок сзади. Небольшая родовая опухоль ближе к малому родничку.

1. Определите период родов?

2. Определите характер вставления головки?
3. Оцените состояние плода?
4. Какое осложнение возникло в родах и что делать?
5. Необходимая третичная профилактика (реабилитация) в рамках национального проекта?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Второй период родов
2. Задний вид затылочного предлежания
3. Острая гипоксия плода, требующая немедленного родоразрешения.
4. Течение родов осложнилось развитием вторичной слабости родовой деятельности. Роды необходимо закончить родоразрешающей операцией – вакуум-экстракцией плода или наложением выходных акушерских щипцов.
5. С учетом оперативного родоразрешения, активного ведения последового периода – проведения ручного отделения плаценты и выделения последа с обследованием полости матки, необходима более поздняя выписка родильницы – на 9-ые сутки; антибактериальная терапия в послеродовом периоде, утеротонические препараты, «половой покой» в течение 6-8 недель после родов.

Задача 2

Повторнородящая 32 лет поступила с выраженной родовой деятельностью при доношенной беременности. Размеры таза нормальные. При вагинальном исследовании найдено: раскрытие шейки матки 7-8 см. плодного пузыря нет, головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. В течение 2-х часов схватки через 2-3 минуты по 60 секунд хорошей силы. Головка малым сегментом во входе в малый таз. PV: раскрытие - полное, головка - малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов - в правом косом размере.

1. Оцените характер вставления?
2. Сколько этапов выделяют при биомеханизме родов в переднем виде затылочного предлежания?
3. Что такое положение плода?
4. В чем заключается первый этап биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
5. Что является проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Вставление головки правильное, однако отсутствует тенденция продвижения головки плода по родовому каналу.
2. 5
3. Положение плода — отношение продольной оси плода к продольной оси матери. Нормальным является продольное положение плода.

4. Сгибание головки
5. Малый родничок

Задача 3

Первородящая 22 лет. В анамнезе 2 мед. аборта и самопроизвольный выкидыш. При поступлении схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд, хорошей силы. в родах 10 часов. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Предполагаемая масса плода 3400 грамм. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева на 7-8 см. плодный пузырь цел, натянут на головке. Головка малым сегментом во входе малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди, ниже большого. Таз емкий. Через 2 часа схватки стали через 6-7 минут, по 20-25 секунд, слабой силы.

1. Оцените характер вставления?
2. Что такое вид плода?
3. В чем заключается четвертый этап биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
4. Какова оптимальная продолжительность родов у первородящих?
5. Какова частота сердечных сокращений в норме у плода при головном предлежании?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Вставление головки правильное, однако отсутствует тенденция продвижения головки плода по родовому каналу, в связи со слабостью родовой деятельности..
2. Вид плода — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки.
3. Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков
4. 8 – 10 часов
5. 120 – 160 ударов в минуту.

Задача №4

В родильный дом поступила первородящая 27 лет, в сроке беременности 39 – 40 недель, с регулярной родовой деятельностью. Схватки через 3 минуты по 20 – 25 секунд, хорошей силы. Околоплодные воды не изливались. Из анамнеза известно, что 3 года назад был самопроизвольный аборт в сроке 6 недель.

Вагинально: наружные половые органы развиты правильно. Вход во влагалище, промежность свободные. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 – 5 см, края средней толщины, умеренно податливые. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева спереди, большой справа сзади, стреловидный шов в правом косом размере. Таз емкий, без экзостозов и деформаций. Сд > 12,5 см.

1. Диагноз.
2. Оцените характер вставления головки.
3. Сколько этапов выделяют при биомеханизме родов в переднем виде затылочного предлежания?
4. Что такое предлежание плода?
5. Что определяется 4 приемом Леопольда (наружного акушерского исследования)?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Срочные роды 1 в 39 – 40 недель. Первый период родов. ОАА.
2. Вставление правильное.
3. 5
4. Предлежание плода — отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в малый таз.
5. Характер предлежащей части плода и ее отношение к плоскости входа в малый таз.

Задача №5

Первобеременная 30 лет, поступила с регулярной родовой деятельностью в сроке 38 недель. Схватки через 2-3 минуты, по 25-30 секунд. Околоплодные воды не изливались. Размеры таза 26 – 29 – 31 -20. ВДМ – 37 см. ОЖ 95 см. Сog – тоны плода ясные, ритмичные 136 – 140 уд в минуту.

Вагинально: наружные половые органы развиты правильно. Вход во влагалище, промежность свободные. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 8 – 9 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, вскрыт браншей пулевых щипцов, излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Малый родничок слева спереди, большой справа сзади, стреловидный шов в правом косом размере. Таз емкий, без экзостозов и деформаций. Cd > 12,5 см.

1. Диагноз.
2. Оцените характер вставления.
3. Какова предполагаемая масса плода?
4. В чем заключается второй этап биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
5. Что такое вид позиции?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Срочные роды 1 в 38 недель. Конец первого периода. Амниотомия.
2. Вставление правильное.
3. 3500 г
4. Внутренний поворот головки.
5. Вид позиции — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3,)

- 1) Собрать анамнез и особенности течения беременности (ПК 1);
- 2) Уметь определять степень зрелости шейки матки и готовности организма к родам (ПК 2);
- 3) Владеть навыком оказания акушерского пособия при физиологических родах (ПК 6);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1) Альтернативные методики оказания помощи в родах.
- 2) Психопрофилактическая подготовка беременных к родам
- 3) Обезболивание родов
- 4) Активное ведение третьего периода родов

1. Индекс ОД.О.01.1.1.12 Тема: «Биомеханизм родов при затылочном предлежании»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

1. Определение биомеханизма родов.
2. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
3. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
4. Влияние биомеханизма родов на форму головки.
5. Причины образования заднего вида.
6. Особенности клинического течения родов при заднем виде затылочного предлежания.
7. Определение понятия родовой опухоли.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

6. КОЛИЧЕСТВО МОМЕНТОВ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ В ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:

1. Пять.
2. Четыре.
3. Шесть.
4. Три.
5. Семь.

Правильный ответ: 2

2. ЧЕРЕП НОВОРОЖДЕННОГО, РОЖДЕННОГО В ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ИМЕЕТ:

1. Долихоцефалическую форму.
2. Башенную форму.
3. Шаровидную форму.
4. Брахицефалическую форму.
5. Треугольную форму.

Правильный ответ: 1

3. КОГДА ГОЛОВКА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ТАЗОВОМ ДНЕ, СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛАГАЕТСЯ В:

1. Среднем косом размере.
2. Большом косом размере.
3. Малом косом размере.
4. Прямом размере.
5. Вертикальном размере.

Правильный ответ: 4

4. РАЗМЕР, В КОТОРОМ РАСПОЛАГАЕТСЯ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В МОМЕНТ СГИБАНИЯ ГОЛОВКИ ПРИ ПЕРВОЙ ПОЗИЦИИ ПЕРЕДНЕГО ВИДА ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:

1. Левом косом размере
2. Прямом размере
3. Вертикальном размере
4. Поперечном размере
5. Правом косом размере

Правильный ответ: 5

5. МОМЕНТОМ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ, ПРИ КОТОРОМ ГОЛОВКА РАСПОЛАГАЕТСЯ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА:

1. Первый.
2. Третий.
3. Второй.
4. Четвёртый.
5. Пятый.

Правильный ответ: 3

6. ГОЛОВКА ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ РОЖДАЕТСЯ:

1. Большим косым размером.
2. Прямым размером.
3. Малым косым размером.
4. Средним косым размером.
5. Вертикальным размером.

Правильный ответ: 4

7. ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Большой родничок.
2. Малый родничок.
3. Затылочный бугор.
4. Надпереносье.
5. Середина между малым и большим родничками.

Правильный ответ: 5

8. КОЛИЧЕСТВО МОМЕНТОВ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ В ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:

1. Пять.
2. Четыре.
3. Шесть.
4. Три.

5. Семь.

Правильный ответ: 1

9. ГОЛОВКА ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ РОЖДАЕТСЯ:

1. Прямым размером.
2. Средним косым размером.
3. Малым косым размером.
4. Большим косым размером.
5. Вертикальным размером.

Правильный ответ: 3

10. ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Большой родничок.
2. Малый родничок.
3. Затылочный бугор.
4. Надпереносье.
5. Область лба.

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12,)

Задача №1

Первородящая, 20 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 38 см. Размеры таза 26-29-31-21 см. Положение плода продольное, предлежит головка, находится в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. В родах 8 часов, безводный промежуток 1 час. Вагинально: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, головка в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди ниже большого, который соответственно сзади.

- 1) Диагноз?
- 2) Какой вид позиции плода в данной ситуации?
- 3) Каким образом головка плода из исходно заднего вида рождается в переднем виде при первой позиции?
- 4) Какие выделяют этапы биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
- 5) Какая форма головки будет после рождения при данном виде предлежания?

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Срочные роды I. Второй период родов.

- 2) Передний вид.
- 3) Плод совершает поворот на 135° и рождается в переднем виде: при исходно заднем виде первой позиции головка вращается против часовой стрелки; стреловидный шов последовательно переходит из левого косого в поперечный, затем в правый косой и, наконец, в прямой размер.
- 4) Первый момент — сгибание головки, второй момент — внутренний поворот головки, третий момент — разгибание головки, четвертый момент — внутренний поворот туловища и наружный поворот головки, пятый момент — рождение плечевого пояса.
- 5) Долихоцефалическая.

Задача №2

Первородящая, 26 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 36 см. Размеры таза 27-29-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 135 ударов в минуту. В родах 2 часа, безводный промежуток 3 часа. Вагинально: раскрытие маточного зева 3 сантиметра. Плодного пузыря нет, головка плотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа ниже большого, который слева соответственно. Мыс не достижим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция плода в данной ситуации?
- 3) Каким образом головка плода из исходно заднего вида рождается в переднем виде при второй?
- 4) Какие выделяют этапы биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
- 5) Каким размером прорезывается головка при родах в заднем виде затылочного предлежания?

Эталон ответа к задаче 2:

- 1) Срочные роды I. Первый период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.
- 2) Вторая позиция.
- 3) Плод совершает поворот на 135° и рождается в переднем виде: при исходно заднем виде второй позиции головка вращается по часовой стрелке; стреловидный шов перемещается из правого косого в поперечный, а затем в левый косой и в прямой размер.
- 4) Первый момент — сгибание головки, второй момент — внутренний поворот головки, третий момент — разгибание головки, четвертый момент — внутренний поворот туловища и наружный поворот головки, пятый момент — рождение плечевого пояса.
- 5) Прорезывание головки происходит средним косым размером.

Задача 3

Первородящая, 20 лет поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. Размеры таза 26-28-30-21 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 ударов в минуту. В родах 4 часа, безводный промежуток 2 часа. Схватки каждые 4 минуты по 40 секунд, безболезненные. Вагинально: раскрытие маточного зева 5 сантиметров, головка плотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева сзади ниже большого родничка, который справа спереди соответственно. Мыс не достигим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция и вид позиции плода в данной ситуации?
- 3) Что является проводной точкой в данной задаче?
- 4) Какие выделяют этапы биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания?
- 5) Где располагается проводная точка при родах в заднем виде затылочного предлежания?

Эталон ответа к задаче 3:

- 1) Срочные роды I. Первый период родов. Задний вид затылочного предлежания. Раннее излитие о/вод.
- 2) Первая позиция, задний вид.
- 3) Середина между большим и малым родничками.
- 4) Первый момент — сгибание головки, второй момент — внутренний поворот головки, третий момент — максимальное дополнительное сгибание головки, четвертый момент — разгибание головки и её рождение, пятый момент — внутренний поворот туловища и наружный поворот головки, шестой момент — рождение плечевого пояса.

Задача 4

Повторнородящая, 25 лет поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 1 самопроизвольный выкидыш в сроке 12 недель. Размеры таза 27-29-32-22 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 ударов в минуту. В родах 5 часов, безводный промежуток 6 часов. Схватки каждые 2-3 минуты по 30 секунд, безболезненные. Вагинально: раскрытие маточного зева 4 сантиметра, головка плотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади ниже большого родничка, который слева спереди соответственно. Мыс не достигим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция и вид позиции плода в данной ситуации?
- 3) Каким размером родится головка в данной задаче?

- 4) Какие выделяют этапы биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания?
- 5) Где должен находиться ребенок после родоразрешения и правильное его кормление, согласно программы «Мать и дитя»?

Эталон ответа к задаче 4:

- 1) Срочные роды II. Первый период родов. Задний вид затылочного предлежания. Преждевременный разрыв плодных оболочек. ОАА.
- 2) Вторая позиция, задний вид.
- 3) Средним косым размером.
- 4) Первый момент — сгибание головки, второй момент — внутренний поворот головки, третий момент — максимальное дополнительное сгибание головки, четвертый момент — разгибание головки и её рождение, пятый момент — внутренний поворот туловища и наружный поворот головки, шестой момент — рождение плечевого пояса.
- 5) Ребенок находится в отделении «Мать и дитя». Кормление грудью по «требованию».

Задача №5

Повторнородящая, 39 лет поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 2 аборта, последний - криминальный, осложнившийся эндометритом. Размеры таза 26-28-30-20см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. В родах 4 часа, безводный промежуток 1 час. Схватки каждые 3 минуты по 30 секунд, безболезненные. Вагинально: раскрытие маточного зева 6 сантиметров, головка плотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого родничка, который справа сзади соответственно. Мыс не достигим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция и вид позиции плода в данной ситуации?
- 3) Что является проводной точкой в данной задаче?
- 4) Какие выделяют этапы биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
- 5) Где локализуется родовая опухоль при данном виде предлежания?

Эталон ответа к задаче 5:

- 1) Срочные роды II. Первый период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. ОАА.
- 2) Первая позиция, передний вид.
- 3) Малый родничок.
- 4) Первый момент — сгибание головки, второй момент — внутренний поворот головки, третий момент — разгибание головки, четвертый момент — внутренний поворот туловища и наружный поворот головки, пятый момент — рождение плечевого пояса.

5) В области малого родничка.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

- 1) Владеть навыком оказания акушерского пособия при физиологических родах (ПК-6);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1) Альтернативные методики оказания помощи в родах.
- 2) Психопрофилактическая подготовка беременных к родам
- 3) Обезболивание родов

1. **Индекс ОД.О.01.1.1.13 Тема: «Клинически узкий таз »**
2. **Форма работы:** подготовка к практическому занятию.
3. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия** (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1)

1. Классификация асинклитических вставлений головки плода
2. Родовой травматизм асинклитических вставлениях головки плода
3. Частота встречаемости асинклитических вставлений головки плода
4. Тактика ведения родов асинклитических вставлениях головки плода
5. Биомеханизм родов при переднем асинклитическом вставлении головки плода
6. Биомеханизм родов при заднем асинклитическом вставлении головки плода
7. Диагностика асинклитических вставлений головки плода
8. Причины асинклитических вставлений головки плода

4. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1)

1. ПРИ ЗАДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛОЖЕН:

1. Ближе к лону.
2. Ближе к мысу.
3. Строго по оси таза .
4. В косом размере.
5. В прямом размере входа в малый таз.

Правильный ответ: 1

2. ЕСЛИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ СОЧЕТАЕТСЯ С ЗАДНЕ-ТЕМЕННЫМ АСИНКЛИТИЧЕСКИМ ВСТАВЛЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПОКАЗАНО:

1. Роды вести консервативно.
2. Тактика зависит от формы анатомически узкого таза.
3. Тактика зависит от массы тела плода.
4. Родоразрешение только операцией кесарево сечение.
5. Усиление родовой деятельности введением окситоцина.

Правильный ответ: 4

3. ПРИ ЗАДНЕ-ТЕМЕННОМ АСИНКЛИТИЧЕСКОМ ВСТАВЛЕНИИ ГОЛОВКИ ДОНОШЕННОГО НЕКРУПНОГО ПЛОДА ПОКАЗАНО:

1. Кесарево сечение.
2. Родостимуляция окситоцином на фоне спазмолитиков.
3. Внутривенное введение спазмолитиков или токолитиков.

4. Акушерские щипцы.
5. Вакуум-экстракция плода.

Правильный ответ: 1

4. ЕСЛИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ СОЧЕТАЕТСЯ С ЗАДНЕТЕМЕННЫМ АСИНКЛИТИЧЕСКИМ ВСТАВЛЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПЛОДА, ТО РОДЫ СЛЕДУЕТ ВЕСТИ:

1. Консервативно.
2. В зависимости от формы анатомически узкого таза.
3. В зависимости от массы тела плода.
4. Только путем кесарева сечения.
5. С использованием родостимуляции.

Правильный ответ: 4

5. ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ПОЛЬЗУ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ, ПРИ ИМЕЮЩЕМСЯ ВСТАВЛЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА:

1. Переднем асинклитизме.
2. Заднем асинклитизме.
3. Высоком прямом вставлении стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом).
4. Вставление не имеет значение.
5. Стреловидном шве в одном из косых размеров входа в малый таз.

Правильный ответ: 2

6. ПРИ ПЕРЕДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛОЖЕН:

1. Ближе к лону.
2. Ближе к мысу.
3. Строго по оси таза.
4. В косом размере.
5. В прямом размере входа в малый таз.

Правильный ответ: 2

7. ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ПОЛЬЗУ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА:

1. Передний асинклитизм.
2. Головка плода на тазовом дне.
3. Низкое поперечное вставление стреловидного шва (у женщин с равномерносуженным тазом).
4. Головка плода поперечным размером на выходе.
5. Синклитическое.

Правильный ответ: 3

8. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ I СТЕПЕНИ НЕСООТВЕТСТВИЯ ИМЕЕТ:

1. Положительный симптом Вастена.
2. Задне-теменной асинклитизм.
3. Потуги при высоко стоящей головке.
4. Выраженная конфигурация головки и образование родовой опухоли.
5. Эффективное продвижение головки по родовым путям.

Правильный ответ: 2

9. СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ПРИ АСИНКЛИТИЗМЕ ЛИТЦМАННА РАСПОЛОЖЕН:

1. Ближе к лону.
2. Ближе к мысу.
3. Строго по оси таза.
4. В косом размере.
5. В прямом размере входа в малый таз.

Правильный ответ: 1

10. СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ПРИ АСИНКЛИТИЗМЕ НЕГЕЛЕ РАСПОЛОЖЕН:

1. Ближе к лону
2. Ближе к мысу
3. Строго по оси таза
4. В косом размере
5. В прямом размере входа в малый таз

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1,)

Задача 1

В родильный дом поступила первобеременная 21 года. Схватки начались за 8 часов до поступления. Воды излились за 1 час до поступления. Размеры таза: 27-29-32-20см. Положение плода продольное, головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода - 130 в минуту, ясное ритмичное. Вагинально: шейка сглажена, открытие зева полное. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к лону, малый родничок слева, большой справа. Мыс не достижим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция в данной ситуации?
- 3) Какова дальнейшая тактика ведения родов?
- 4) Какие выделяют причины внеосевого вставления головки плода?
- 5) Какой механизм родов при данном виде внеосевого вставления головки плода?

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Срочные роды I. Второй период родов. Задний асинклитизм.
- 2) Первая позиция.
- 3) Роды при слабо выраженном асинклитизме следует начать вести выжидательно; появление признаков клинически узкого таза, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.
- 4) Снижение тонуса мышц передней брюшной стенки; расслабление нижнего сегмента матки; сужение, уплощение или большой угол наклона таза роженицы.
- 5) При заднем асинклитизме через вход в таз, преодолевая сопротивление мыса, первой проходит задняя теменная кость. Опустившись в широкую часть полости малого таза, кость выполняет крестцовую впадину, однако опускание в таз нависающей над лоном передней теменной кости затруднено. Если асинклитизм выражен нерезко, то при наличии хорошей родовой деятельности, незначительном сужении таза и небольшой головке плода происходит преодоление сопротивления таза благодаря конфигурации головки и некоторому растяжению сочленений таза. В противном случае роды затягиваются и принимают выраженный патологический характер.

Задача 2

Повторнородящая, 28 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 2 срочных родов. В родах 4 часа, безводный промежуток 1 час. Размеры таза: 27-29-32-21 см. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода - 150 в минуту, ясное ритмичное. Вагинально: шейка сглажена, открытие зева 5 см. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу, малый родничок слева, большой справа. Мыс не достижим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция в данной ситуации?
- 3) Какова дальнейшая тактика ведения родов?
- 4) Какие выделяют причины внеосевого вставления головки плода?
- 5) Какой механизм родов при данном виде внеосевого вставления головки плода?

Эталон ответа к задаче 2:

- 1) Срочные роды III. Первый период родов. Передний асинклитизм.;
- 2) Первая позиция.
- 3) Роды при слабо выраженном асинклитизме следует начать вести выжидательно; появление признаков клинически узкого таза, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.

- 4) Снижение тонуса мышц передней брюшной стенки; расслабление нижнего сегмента матки; сужение, уплощение или большой угол наклона таза роженицы.
- 5) При переднем асинклитизме через родовой канал первой проходит передняя теменная кость, заднюю некоторое время задерживает мыс. После того как передняя теменная кость преодолевает сопротивление лона и опускается в широкую часть полости малого таза, задняя теменная кость попадает в углубление, образованное крестцовой впадиной;

Задача 3

В родильный дом поступила первобеременная 18 лет. Схватки начались за 12 часов до поступления. Воды излились за 1 час до поступления. Размеры таза: 25-29-31-19см. Положение плода продольное, головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода - 140 в минуту, ясное ритмичное. Вагинально: шейка сглажена, открытие зева полное. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к лону, малый родничок слева, большой справа. Мыс не достигим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция в данной ситуации?
- 3) Какова дальнейшая тактика ведения родов?
- 4) Какие выделяют причины внеосевого вставления головки плода?
- 5) Какой механизм родов при данном виде внеосевого вставления головки плода?

Эталон ответа к задаче 3:

- 1) Срочные роды I. Второй период родов. Задний асинклитизм.
- 2) Первая позиция.
- 3) Роды при слабо выраженном асинклитизме следует начать вести выжидательно; появление признаков клинически узкого таза, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.
- 4) Снижение тонуса мышц передней брюшной стенки; расслабление нижнего сегмента матки; сужение, уплощение или большой угол наклона таза роженицы.
- 5) При заднем асинклитизме через вход в таз, преодолевая сопротивление мыса, первой проходит задняя теменная кость. Опустившись в широкую часть полости малого таза, кость выполняет крестцовую впадину, однако опускание в таз нависающей над лоном передней теменной кости затруднено. Если асинклитизм выражен нерезко, то при наличии хорошей родовой деятельности, незначительном сужении таза и небольшой головке плода происходит преодоление сопротивления таза благодаря конфигурации головки и некоторому

растяжению сочленений таза. В противном случае роды затягиваются и принимают выраженный патологический характер.

Задача 4

Повторнородящая, 36 лет, поступила в родильный дом с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 1 срочные роды. В родах 3 часа, безводный промежуток 1 час. Размеры таза: 26-28-32-20см. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода - 142 в минуту, ясное ритмичное. Вагинально: шейка сглажена, открытие зева 6 см. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу, малый родничок слева, большой справа. Мыс не достижим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция в данной ситуации?
- 3) Какова дальнейшая тактика ведения родов?
- 4) Какие выделяют причины внеосевого вставления головки плода?
- 5) Какой механизм родов при данном виде внеосевого вставления головки плода?

Эталон ответа к задаче 4:

- 1) Срочные роды II. Первый период родов. Передний асинклитизм.
- 2) Первая позиция.
- 3) Роды при слабо выраженном асинклитизме следует начать вести выжидательно; появление признаков клинически узкого таза, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.
- 4) Снижение тонуса мышц передней брюшной стенки; расслабление нижнего сегмента матки; сужение, уплощение или большой угол наклона таза роженицы.
- 5) При переднем асинклитизме через родовой канал первой проходит передняя теменная кость, заднюю некоторое время задерживает мыс. После того как передняя теменная кость преодолевает сопротивление лона и опускается в широкую часть полости малого таза, задняя теменная кость попадает в углубление, образованное крестцовой впадиной;

Задача №5

В родильный дом доставлена женщина 35 лет. Беременность доношенная. В анамнезе 4 срочных родов. В родах 3 часа, безводный промежуток 1 час. Размеры таза: 25-28-30-20см. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода - 150 в минуту, ясное ритмичное. Вагинально: шейка сглажена, открытие зева 3 см. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в

поперечном размере, ближе к мысу, малый родничок слева, большой справа. Мыс не достижим.

- 1) Диагноз?
- 2) Какая позиция в данной ситуации?
- 3) Какова дальнейшая тактика ведения родов?
- 4) Какие выделяют причины внеосевого вставления головки плода?
- 5) Какой механизм родов при данном виде внеосевого вставления головки плода?

Эталон ответа к задаче 5:

- 1) Срочные роды V. Первый период родов. Передний асинклитизм.;
- 2) Первая позиция.
- 3) Роды при слабо выраженном асинклитизме следует начать вести выжидательно; появление признаков клинически узкого таза, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.
- 4) Снижение тонуса мышц передней брюшной стенки; расслабление нижнего сегмента матки; сужение, уплощение или большой угол наклона таза роженицы.
- 5) При переднем асинклитизме через родовой канал первой проходит передняя теменная кость, заднюю некоторое время задерживает мыс. После того как передняя теменная кость преодолевает сопротивление лона и опускается в широкую часть полости малого таза, задняя теменная кость попадает в углубление, образованное крестцовой впадиной;

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1)

- 1) Уметь выявлять факторы риска развития беременности, проводить профилактику осложнений (ПК-2);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1) Причины асинклитических вставлений.
- 2) Ведение родов при неправильном вставлении головки с точки зрения перинатального акушерства.

1. **Индекс ОД.О.01.1.1.14 Тема: «Неправильное положение плода»**
2. **Форма работы:** подготовка к практическому занятию.
3. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9)**

1. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения при неправильных положениях плода.
2. Этиология неправильных положений плода.
3. Комплексы гимнастических упражнений, исправляющих неправильные положения и тазовые предлежания плода.
4. Методы диагностики неправильных положений плода.
5. Наружный поворот при поперечных и косых положениях плода.
6. Наружно-внутренний поворот при неполном открытии шейки матки по Брекстон-Гиксу. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.
7. Осложнения со стороны матери при производстве акушерских поворотов.
8. Осложнения со стороны плода при производстве акушерских поворотов.

4. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,)**

1. ЗАПУЩЕННОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО ТАКАЯ АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТ МЕСТО:

1. Обвитие шеи плода пуповиной.
2. Вколачивание в таз плечика плода.
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
4. Вторичная слабость родовой деятельности.
5. Предлежание ягодиц.

Правильный ответ: 2

2. СРОК ПРОВЕДЕНИЯ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА:

1. 37-39 недель.
2. 35-36 недель.
3. 28-29 недель.
4. 12-14 недель.
5. 41-42 недели.

Правильный ответ: 2

3. ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА И ОТКРЫТИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА 6 СМ СЛЕДУЕТ:

1. Произвести наружный поворот плода на головку.
2. Предоставить сон-отдых на 1-2 часа.
3. Ввести спазмолитики.

4. Начать родостимуляцию .
5. Произвести кесарево сечение.

Правильный ответ: 5

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Срок беременности 33 недели.
2. Длина пуповины 80 см.
3. Рубец на матке.
4. Предполагаемый вес ребенка 3200гр.
5. Возраст женщины 32 года.

Правильный ответ: 3

5. ПРИ ЗАПУЩЕННОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЖИВОГО ДОНОШЕННОГО ПЛОДА, ХОРОШЕМ ЕГО СОСТОЯНИИ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРИ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ БУДЕТ ПРОВЕДЕНИЕ:

1. Комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией.
2. Наружного акушерского поворота плода на головку.
3. Родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот плода.
4. Операции кесарева сечения.
5. Краниотомия.

Правильный ответ: 4

6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА (ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА, ЕГО ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ И ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА) ОБЫЧНО:

1. Захватывают вышележащую ножку плода.
2. Захватывают нижележащую ножку плода.
3. Выбор ножки плода значения не имеет.
4. Выбор ножки плода зависит от его массы.
5. Захватывают нижележащую ручку плода.

Правильный ответ: 1

7. ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА (ПРИ ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА) КОНТРОЛЬНОЕ РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРОИЗВОДЯТ:

1. Обязательно.
2. Не обязательно.
3. Только если началось кровотечение.
4. Только при крупном плоде.
5. Если сердечные тоны ясные и ритмичные.

Правильный ответ: 1

8. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ О ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. Окружность живота более 100 см.
2. Высота дна матки выше 39 см.
3. Уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба.
4. Если ось плода пересекает ось матки под прямым углом и крупные части плода (головка и ягодицы) находятся на уровне или выше гребня подвздошной кости.
5. Высота дна матки выше 49 см.

Правильный ответ: 4

9. УСЛОВИЕМ КЛАССИЧЕСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Размер плода 4000гр и более.
2. Полное раскрытие маточного зева.
3. Общеравномерносуженный таз.
4. Двурогая матка.
5. Спленомегалия плода.

Правильный ответ: 2

10. ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К НЕПРАВИЛЬНОМУ ПОЛОЖЕНИЮ ПЛОДА:

1. Пониженный тонус матки.
2. Маловесный плод.
3. Нормоводие.
4. Нормальные размеры таза.
5. Нормальная длина пуповины.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,)

Задача 1

У первобеременной 23 лет с 34 недель беременности констатируется поперечное положение плода. Размеры таза: 26-27-30-18 см. диагональная конъюгата 11,5 см. Поступила в родильный дом с указанием на подтекание околоплодных вод. Беременность 39-40 недель. Родовой деятельности нет.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?
3. В чем опасность для матери?
4. Какова тактика родоразрешения при поперечном положении плода?
5. Признак клинически узкого таза?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Беременность 39-40 недель Поперечное положение плода Дородовое излитие околоплодных вод
2. Целесообразно завершить роды операцией кесарево сечение, так как поперечное положение плода является показанием к операции кесарево сечение во время беременности.
3. Возможен разрыв матки.
4. Поперечное положении является показанием для дородовой госпитализации с родоразрешением путем операции кесарева сечения.
5. Признак Вастена.

Задача 2

Первородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью. Схватки регулярные. Роды длятся 11 часов. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 130 в минуту. Вагинально: шейка матки сглажена, раскрытие 4 см. плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит плечико.

1. Диагноз?
2. тактика?
3. В чем опасность для матери?
4. Почему плодный пузырь напряжен?
5. Почему могла развиться первичная слабость родовой деятельности?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Срочные роды 1. 1 период родов. Поперечное положение плода. Первичная слабость родовой деятельности.
2. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения
3. Возможен разрыв матки
4. Из - за отсутствия разделения вод на передние и задние, в следствии чего часто происходит раннее и дородовое излитие околоплодных вод.
5. Из – за перерастяжения матки

Задача 3

Повторнородящая. Срочные роды начались 2 часа тому назад. Поперечное положение плода, головка слева, передний вид, сердцебиение плода ясное, на уровне пупка 132 уд/ мин. Плод подвижен, воды не изливались. Раскрытие маточного зева полное. Размеры таза 26-27-31-17,5. Предполагаемая масса плода 3400.

1. Диагноз?
2. Тактика врача?
3. В чем опасность для матери?
4. Какова тактика при гибели плода?
5. в чем причина поперечного положения?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Срочные роды 2. 2 период родов. Узкий таз. Поперечное положение плода.
2. Родоразрешить путем операции кесарева сечения.
3. Может произойти разрыв матки при развитии клинически узкого таза
4. Родоразрешить путем операции кесарева сечения.
2. Узкий таз

Задача 4

Роженица 38 лет, поступила в роддом 25.02. в 12 часов дня. Беременность пятая. Роды пятые. Все беременности протекали без осложнений и закончились нормальными срочными родами. Последняя менструация 16.05. Первое шевеление плода 9.10. Схватки начались 25.02. в 6 часов утра. При поступлении схватки по 25-30 секунд, через 3-5 минут. При осмотре таз: 26-29-31-20. Окружность живота - 110 см. Брюшная стенка дряблая. Положение плода поперечное, головка справа, сердцебиение плода - 134 в минуту, ритмичное, по средней линии на уровне пупка. В 14 часов при осмотре излились околоплодные воды. Произведено влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется.

1. Определите срок (дату родов).
2. Оцените таз.
3. Правильно ли расположен плод?
4. Что делать?
2. Вторичная профилактика неправильных положений плода?

Эталон ответа к задаче 4:

1. 23 февраля.
2. Нормальные размеры таза.
3. Нет. Положение плода поперечное
4. Оперативное родоразрешение, путем операции кесарево сечение.
5. Профилактика направлена на выполнение комплекса лечебно-гимнастических упражнений исправляющих положение плода на продольное либо применение наружного поворота плода при наличии условий.

Задача 5

Первобеременная женщина, 32 лет, срок беременности 36 недель выявлено поперечное положение плода. Жалоб не предъявляет. В женской консультации в плановом порядке произведена КТГ. Параметры: базальный ритм 158, вариабельность 6, частота осцилляций 6 ударов, акцелерации 2 за 40 минут, единичные спорадические короткие децелерации.

1. Диагноз?
2. Каково Ваше заключение по КТГ?
3. Что делать?
4. Признаки запущенного поперечного положения плода?
5. Какова тактика родоразрешения при поперечном положении плода?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Беременность 36 недель. Поперечное положение плода
2. Нормальный тип КТГ
3. Продолжить наблюдение в женской консультации, назначить гимнастику для исправления положения плода. При сохранении поперечного положения плода – дородовая госпитализация в 37 недель.
4. Выпадение мелких частей плода, отсутствие сердечных тонов плода.
2. 5. Поперечное положение является показанием для дородовой госпитализации с родоразрешением путем операции кесарева сечения

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,)

- 1) Уметь выявлять факторы риска развития беременности, проводить профилактику осложнений (ПК-2);
- 2) Уметь вырабатывать тактику ведения родов при патологически протекающей беременности, преждевременных и запоздалых родов, определение показаний к оперативному родоразрешению (ПК-2);
- 3) Уметь осуществлять выбор методов исследования беременной и плода (ПК-2);
- 4) Умение вести первый триместр беременности (ПК-2);
- 5) Уметь проводить подготовку заключения по результатам кардиотокографии (ПК-2).

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Принципы ведения родов у женщин с неправильным положением плода.
2. Диагностика неправильного положения плода
3. Принципы ведения беременных с неправильным положением плода.
4. Особенности диспансеризации беременных женщин неправильным положением плода.
5. Принципы диспансеризации беременных из группы высокого риска развития осложнений беременности и родов.
6. Варианты исправления положения плода во время беременности.
7. Исправления положения плода в родах.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.15 Тема: «Родоразрешающие операции (кесарево сечение, классический поворот плода на ножку, акушерские щипцы, вакуум экстракция плода)»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

1. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения?
2. Что означает термин «малое кесарево сечение»?
3. Показания к плановой операции кесарева сечения?
4. Показания к экстренной операции кесарева сечения во время беременности
5. Показания к экстренной операции кесарева сечения в родах
6. Подготовка к плановой операции кесарева сечения
7. Противопоказания для наложения акушерских щипцов
8. Противопоказания для вакуум-экстракции плода

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

5. ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ОПЕРАЦИЙ:

1. Подготавливающих родовые пути.
2. Устраняющих механические препятствия.
3. Родоразрешающих.
4. Ускоряющих роды.
5. Плодоразрушающих.

Правильный ответ: 3

2. ЧАСТОТА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ:

1. 2-4%.
2. 3-10%.
3. 12-14%..
4. 16-17%.
5. 25-30%.

Правильный ответ: 5

3. ОБЩЕПРИЗНАННЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ СЧИТАЕТСЯ:

1. Корпоральное кесарево сечение.
2. Кесарево сечение в нижнем сегменте, продольным разрезом.
3. В нижнем сегменте поперечным разрезом.
4. Влагалищное кесарево сечение.
5. Экстраперитонимальное кесарево сечение.

Правильный ответ: 3

4. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

1. В/в наркоз.
2. Ингаляционный масочный наркоз.
3. Эндотрахеальный наркоз.
4. Перидуральная анестезия.
5. Без наркоза.

Правильный ответ: 4

5. ПЛАНОВЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
2. Анатомически суженный таз 3 ст.
3. Острая гипоксия плода.
4. Кровотечение на фоне предлежания плаценты.
5. Упорная слабость родовой деятельности.

Правильный ответ: 2

6. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Полное раскрытие маточного зева.
2. Отсутствие плодного пузыря.
3. Мертвый плод.
4. Соответствие размеров плода и таза матери.
5. Нахождение головки в узкой части полости малого таза или в плоскости выхода.

Правильный ответ: 3

7. ПРИ НАЛОЖЕНИИ ПОЛОСТНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ГОЛОВКА ДОЛЖНА НАХОДИТЬСЯ:

1. Большим сегментом во входе в малый таз.
2. В широкой части полости малого таза.
3. Прижата ко входу в малый таз.
4. В плоскости выхода малого таза.
5. В плоскости входа в малый таз.

Правильный ответ: 2

8. КЛЕЙДОТОМИЯ - ЭТО:

1. Опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости.
2. Отделение головки от туловища в области шейных позвонков.
3. Уменьшение объема плечевого пояса.
4. Уменьшение объема внутриутробного плода.
5. Рассечение позвоночника плода.

Правильный ответ: 3

9. ЭВИСЦЕРАЦИЯ – ЭТО:

1. Опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости.
2. Отделение головки от туловища в области шейных позвонков.
3. Уменьшение объема плечевого пояса.
4. Уменьшение объема внутриутробного плода.
5. Рассечение позвоночника плода.

Правильный ответ: 1

10. ЧАШЕЧКА ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА ЧАЩЕ ВСЕГО НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ОБЛАСТИ:

1. Большого родничка.
2. Теменных бугров.
3. Лобных костей.
4. Малого родничка.
5. Затылочного бугра.

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Задача 1

В конце беременности у повторнородящей женщины без родовой деятельности внезапно появились яркие кровянистые выделения. доставлена в род. дом в состоянии средней тяжести с умеренно выраженной анемией. матка мягкая, безболезненная при пальпации, предлежат ягодицы, с/биение плода приглушено 150 уд/мин. при развернутой операционной произведено влагалищное исследование при котором найдено: шейка матки сохранена, ц/канал проходим для 1 п/п, над внутренним зевом определяется плацентарная ткань. во время исследования кровотечение усилилось.

- 1) Каков диагноз?
- 2) Тактика врача.
- 3) Какой метод кесарева сечения считается общепризнанным в современном акушерстве?
- 4) Основной метод обезболивания при операции кесарева сечения.
- 5) Тактика врача в случае гибели плода.

Эталон ответа к задаче 1:

- 1) Доношенная беременность. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. Анемия средней степени тяжести. Тазовое предлежание.
- 2) Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.
- 3) В нижнем маточном сегменте поперечным разрезом.
- 4) Региональная анестезия.
- 6) Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 2

Повторнородящая в сроке беременности 34 недели доставлена на носилках в род.дом в крайне тяжелом состоянии. беременная стонет, жалуется на резкие, распирающие боли в животе в течение двух часов. боли начались внезапно.

кожные покровы резко бледные, лицо отечное, покрыто липким потом. губы бледные, с синюшным оттенком р-110 уд. в минуту, плохого наполнения, АД 90/40 мм. рт. ст., живот вздут, матка резко напряжена плотной консистенции, дно ее почти под мечевидным отростком. пальпация частей плода затруднена. по левому ребру имеется выпячивание болезненное при пальпации, сердечные тоны плода не выслушиваются, родовой деятельности нет, из влагалища кровянистые выделения в незначительном количестве.

- 1) Каков диагноз?
- 2) Какова должна быть тактика врача?
- 3) Тактика врача в случае матки Кувелера.
- 4) Противопоказания для операции кесарева сечения в данном случае.
- 5) Сколько времени должна пройти от начала наркоза до извлечения плода при операции кесарева сечения?

Эталон ответа к задаче 2:

- 1) Беременность 34 нед. ПРПО. Геморрагический шок. Антенатальная гибель плода.
- 2) Кесарево сечение в экстренном порядке.
- 3) Экстирпация матки с трубами.
- 4) Противопоказаний нет.
- 5) Не более 10 минут.

Задача 3

Первобеременная 20 лет поступила в родильное отделение в конце 1 периода родов. Положение плода продольное. Головка плода подвижная над входом в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 136 уд/мин. размеры таза нормальные. влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, во время исследования вскрылся, излились околоплодные воды и выпала пульсирующая петля пуповины. головка над входом в м. таз.

1. Диагноз.
2. Тактика врача.
3. К какой группе операций относится кесарево сечение?
4. Чем следует руководствоваться, определяя тактику ведения родов?
5. К каким показаниям относится выпадение пуповины при живом плоде (абсолютные или относительные) в данном случае?

Эталон ответа к задаче 3:

6. Срочные роды 1, II период родов. Выпадение пульсирующей петли пуповины при головном предлежании.
7. Срочно родоразрешить путем операции кесарева сечения.
8. К группе родоразрешающих операций.
9. Состоянием плода, непосредственно перед операцией выслушать сердечные тоны плода.
10. К абсолютным.

Задача 4

Первобеременная женщина, 32 лет, срок беременности 36 недель выявлено поперечное положение плода. Жалоб не предъявляет. В женской консультации в плановом порядке произведена ктг. Параметры: базальный ритм 158, вариабельность 6, частота осцилляций 6 ударов, акцелерации 2 за 40 минут, единичные спорадические короткие децелерации.

1. Диагноз?
2. Каково Ваше заключение по КТГ?
3. Что делать?
4. Признаки запущенного поперечного положения плода?
5. Какова тактика родоразрешения при поперечном положении плода?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Беременность 36 недель. Поперечное положение плода
2. Нормальный тип КТГ
3. Продолжить наблюдение в женской консультации, назначить гимнастику для исправления положения плода. При сохранении поперечного положения плода – дородовая госпитализация в 38 недель.
4. Выпадение мелких частей плода, отсутствие сердечных тонов плода.
5. Поперечное положение является показанием для дородовой госпитализации с родоразрешением путем операции кесарева сечения.

Задача 5

Поступила повторнородящая, 30 лет. роды 3, срочные. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьёва 15 см. Третьим приемом Леопольда предлежащая часть не определяется. Головка плода пальпируется на уровне пупка, справа. Сердцебиение плода ясное, 132 уд/мин. Схватки через 1-2 мин, по 40 секунд. Данные влагалищного исследования: раскрытие шейки матки на 10-12 см. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежащая часть не пальпируется. Мыс недостижим.

1. Диагноз?
2. Как вести роды?
3. Ошибка врача женской консультации?
4. Признаки запущенного поперечного положения плода?
5. Пособия, оказываемые после поворота плода на ножку?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Срочные роды третьи. Второй период родов. Поперечное положение плода.
2. Роженице следует предложить операцию кесарево сечение. В случае отказа от операции под наркозом вскрыть плодный пузырь и провести наружно-внутренний поворот плода на ножки с последующей экстракцией плода за ножки.
3. Не было дородовой госпитализации.
4. Выпадение мелких частей плода.
5. Цовьянов 1, 2, Морисе-Лавре–Ляшапель.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5,)

- 1) Уметь вырабатывать тактику ведения родов при патологически протекающей беременности, преждевременных и запоздалых родов, определение показаний к оперативному родоразрешению (ПК-2);
- 2) Владеть техникой операции кесарево сечение (ПК-6);
- 3) Владеть техникой наложения акушерских щипцов и вакуум экстрактора плода (ПК-6);
- 4) Уметь разрабатывать дифференциальный план ведения родильниц после осложненных и оперативных родов. Выбор соответствующих методов лечения и обследований (ПК-6);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1) Особенности проведения операции кесарева сечения при преждевременных родах
- 2) Кесарево сечение у ВИЧ-инфицированных беременных
- 3) Сравнительный анализ частоты родоразрешающих операций в учреждениях 2 и 3 уровней
- 4) Использование донного кесарева сечения в современном акушерстве
- 5) Особенности проведения кесарева сечения при патологии прикрепления и локализации плаценты
- 6) Частота применения акушерских щипцов в современном акушерстве
- 7) Наложение акушерских щипцов при тазовом предлежании плода

1. **Индекс ОД.О.01.1.1.16 Тема: «Аномалии родовой деятельности»**
2. **Форма работы:** подготовка к практическому занятию.
3. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

1. Классификация аномалий родовой деятельности
2. Слабость родовой деятельности: классификация, диагностика, лечение.
3. Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки): классификация, диагностика, лечение.
4. Дискоординированная родовая деятельность: классификация, диагностика, лечение.
5. Стремительные роды.
6. Быстрые роды.

4. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

2. **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ У ПОВТОРОРОДЯЩИХ:**

1. 6 часов.
2. До 4 часов.
3. 30 мин.
4. 3 часа.
5. 10 часов.

Правильный ответ: 2

2. **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ:**

1. 6 часов.
2. 2 часа.
3. До 4 часов.
4. 3 часа.
5. 10 часов.

Правильный ответ: 3

3. **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ПОВТОРОРОДЯЩИХ:**

1. До 4 часов.
2. До 2 часов.
3. До 24 часов.
4. До 18 часов.
5. До 6 часов.

Правильный ответ: 2

4. ДЛЯ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СХВАТКИ:

1. Слабые и кратковременные.
2. Сильные и длительные.
3. Сильные и кратковременные.
4. Слабые и длительные.
5. Нерегулярные и болезненные

Правильный ответ: 1

5. ПЕРВОРОДЯЩЕЙ 35 ЛЕТ С ОАА И УПОРНОЙ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОКАЗАНО:

1. Через естественные родовые пути.
2. Кесарево сечение.
3. Акушерские щипцы.
4. Вакуум-экстракция.
5. Плодоразрушающая операция.

Правильный ответ: 2

6. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. В начале периода раскрытия.
2. В конце периода раскрытия и начале периода изгнания.
3. В конце периода изгнания.
4. В послеродовом периоде.
5. В прелиминарном периоде.

Правильный ответ: 2

7. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ:

1. 1-3 часа.
2. 4-6 часов.
3. 7-10 часов.
4. 10-12 часов.

5. 16-18 часов.

Правильный ответ: 2

8. ГЛАВНАЯ ОПАСНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ:

1. В кровотечении в первом и втором периодах родов.
2. В повышении травматизма мягких родовых путей.
3. В эмболии о/водами.
4. В преждевременной отслойке плаценты.
5. В кровотечении в III периоде родов.

Правильный ответ: 2

9. В ТЕРАПИИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНО:

1. Применение наркоза.
2. Применение седативных и спазмолитических средств.
3. Предоставление медикаментозного сна-отдыха.
4. Применение простагландинов.
5. Применение В-миметиков.

Правильный ответ: 4

10. Роженице с вторичной слабостью родовой деятельности, гипоксией плода и головкой, находящейся в узкой части малого таза показано:

1. Кесарево сечение.
2. Вакуум-экстракция.
3. Полостные акушерские щипцы.
4. Выходные акушерские щипцы.
5. Плдоразрушающая операция.

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Задача 1

В родильное отделение поступила повторнородящая 27 лет. В анамнезе первая беременность закончилась родами, ребенок массой 3500 г. Роды без осложнений, последующие 2 беременности закончились медицинскими абортами. Размеры таза: 25-28-32-22 см. В родах 8 часов. В течение 2 часов схватки стали редкими, через 5-6-7 минут по 20 секунд, слабые. Околоплодные воды излились час назад, светлые. Ночь роженица спала с перерывами. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, до 140 уд. в мин.

Вагинальный статус: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5-6 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, малый родничок у крестца справа, большой – у лона слева, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс недостижим, таз емкий.

1. Диагноз.
2. Возможные причины данного осложнения родов?
3. Определите характер вставления.
4. Тактика.
5. В каком случае возможно изменение плана ведения родов через естественные родовые пути на оперативное родоразрешение?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Срочные роды II. I период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Раннее излитие околоплодных вод. Задний вид затылочного предлежания. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Неполноценный ночной сон-отдых, утомление роженицы. Отягощенный акушерский анамнез (2 медицинских аборта).
3. Задний вид затылочного предлежания.
4. На данном этапе, учитывая утомление роженицы, удовлетворительное состояние плода и роженицы, предоставить медикаментозный сон-отдых на 1,5 часа, предварительно создать витаминно-гормональный энергетический комплекс. После сна, в случае отсутствия эффекта, начать медикаментозную родостимуляцию окситоцином внутривенно капельно по схеме на фоне спазмолитиков. Если будет получен эффект от сна-отдыха (схватки усилятся, будет динамика раскрытия маточного зева и продвижения головки по родовым путям), роды продолжить вести консервативно.
5. При присоединении гипоксии плода, при упорной слабости родовой деятельности на фоне медикаментозной коррекции роды закончить операцией кесарева сечения в экстренном порядке.

Задача 2

Повторнородящая 30 лет, предшествующие 2 беременности закончились абортами. Размеры таза: 25-28-30-22 см. В родах 12 часов. Последние 2 часа схватки стали редкими, через 8-10 мин по 20 сек., слабой силы, воды излились час назад. Ночь спала плохо, утомлена. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 146 уд. в мин.

Данные вагинального исследования: шейка сглажена, раскрытие маточного зева 7 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс недостижим.

1. Диагноз?

2. Тактика?
3. Причина ослабления родовой деятельности?
4. Возможные осложнения при данной патологии?
5. В каком случае план ведения родов может быть изменен?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Срочные роды II. Первый период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Предоставить медикаментозный сон-отдых на 1,5-2 часа с предварительным созданием гормонального фона и последующим решением вопроса о родостимуляции тономоторными средствами.
3. Утомление роженицы (в родах 12 часов), отягощенный акушерский анамнез.
4. Упорная слабость родовой деятельности, гипоксия плода, родовой травматизм матери и плода.
5. При наличии признаков гипоксии плода.

Задача 3

Повторнородящая 27 лет. В родах 10 часов. Размеры таза: 25-29-31-21 см. Воды излились 2 часа назад, при полном открытии маточного зева. Головка плода в плоскости узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Потуги слабой силы. Сердцебиение плода ясное, 110-115 уд. в мин, аритмичное.

1. Диагноз?
2. Тактика?
3. Какова тактика при исчезновении сердечных тонов плода?
4. Возможные осложнения родов для матери?
5. Возможные осложнения для плода?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Срочные роды II. Второй период родов. Слабость потуг. Острая гипоксия плода.
2. Родоразрешить путем наложения полостных акушерских щипцов.
3. Роды предоставить естественному течению.
4. Травмы мягких родовых путей (свищи, разрывы).
5. Асфиксия новорожденного, гибель плода.

Задача 4

Первобеременная 24 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Схватки при осмотре слабые, через 2-3 мин по 20-25 сек. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза.

Околоплодные воды излились час назад, окрашены меконием. В родах 12 часов. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, до 120-115 уд. в мин.

Вагинальное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди.

1. Диагноз?
2. Возможная причина осложнения со стороны плода?
3. Тактика врача?
4. Требуется ли обезболивание, какое?
5. Какова тактика врача в случае исчезновения тонов плода?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Срочные роды I. II период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Острая гипоксия плода.
2. Слабость родовой деятельности приводит к длительному стоянию головки в одной плоскости, что способствует ее компрессии и нарушению венозного оттока.
3. Наложение выходных акушерских щипцов.
4. Пудендальная анестезия.
5. Медикаментозная родостимуляция внутривенно капельно.

Задача 5

У повторнородящей 30 лет с хорошими размерами таза, доношенной беременностью 7 часов назад началась регулярная родовая деятельность. Схватки через 3 мин по 45 сек., хорошей силы. Околоплодные воды излились при раскрытии шейки матки на 8 см. Второй период родов продолжается 1 час. Потуги слабые, неэффективные, через 3-4 мин по 25-30 сек. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 138 уд. в мин.

Вагинально: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода на тазовом дне. Малый родничок у лона, стреловидный шов в прямом размере. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Диагноз?
2. Тактика?
3. На основании чего поставлен диагноз?
4. Какие осложнения для матери и плода могут возникнуть в сложившейся ситуации?
5. В каких случаях план ведения родов может быть изменен?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Срочные роды II. Второй период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Слабость потуг.

2. Усилить родовую деятельность внутривенно капельно введением тономоторных средств. При отсутствии эффекта либо гипоксии плода роды закончить наложением выходных акушерских щипцов.
3. Диагноз выставлен на основании приведенных данных о частоте потуг и продолжительности второго периода родов.
4. Гипоксия и гибель плода. Травмы родовых путей у матери, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.
5. В случае гибели плода.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

1. Уметь оценить сократительную деятельность матки в родах (возбудимость, тонус, базальный тонус, систолу и диастолу схватки, амплитуду сокращения, частоту схваток) по данным наружной гистерографии и пальпаторно.
2. Уметь при влагалищном исследовании определить степень раскрытия шейки матки, выяснить характер вставления и динамику продвижения головки плода.
3. Уметь обосновать диагноз при основных вариантах аномалий родовой деятельности.
4. Уметь обосновать лечение основных вариантов аномалий родовой деятельности.
5. Уметь провести осмотр мягких тканей родовых путей в раннем послеродовом периоде на предмет целостности.

7. Рекомендации по выполнению НИР

- 1) Быстрые роды
- 2) Домашние (стремительные) роды. Проблемы инфицированных родов.
- 3) Медикаментозный сон-отдых. За и против.
- 4) Использование перидуральной и эпидуральной анестезии в коррекции аномалий родовой деятельности.
- 5) Гормональная регуляция родовой деятельности.
- 6) Роль простагландинов в подготовке организма к родам.
- 7) Формирование родовой доминанты.

1. **Индекс ОД.О.01.1.1.17 Тема: «Быстрые и стремительные роды »**
2. **Форма работы:** подготовка к практическому занятию.
3. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2)**

1. Классификация разгибательных вставлений головки плода
2. Родовой травматизм при разгибательных и асинклитических вставлениях головки плода
3. Частота встречаемости разгибательных вставлений головки плода
4. Тактика ведения родов при разгибательных и асинклитических вставлениях головки плода
5. Биомеханизм родов при лицевом вставлении головки плода
6. Биомеханизм родов при лобном вставлении головки плода
7. Биомеханизм родов при переднеголовном вставлении головки плода
8. Диагностика разгибательных вставлений головки плода
9. Причины разгибательных вставлений головки плода

4. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2)**

2. ОБЛАСТЬ НАДПЕРЕНОСЬЯ И ЗАТЫЛОЧНЫЙ БУГОР ЯВЛЯЮТСЯ ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ:

1. Переднего вида затылочного.
2. Переднеголовного.
3. Лобного.
4. Лицевого.
5. Тазового.

Правильный ответ: 2

2. ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ БОЛЬШИМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

1. Заднем виде затылочного.
2. Переднетеменном.
3. Лобном.
4. Лицевом.
5. Тазовом.

Правильный ответ: 3

3. ВЕРТИКАЛЬНЫМ РАЗМЕРОМ ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

1. Переднем виде затылочного.
2. Переднетеменном.
3. Лобном.
4. Лицевом.

5. Тазовом.

Правильный ответ: 4

4. ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ПРЯМЫМ РАЗМЕРОМ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

1. Заднем виде затылочного.
2. Лобном.
3. Лицевом.
4. Переднеголовном.
5. Тазовом.

Правильный ответ: 4

5. ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ СРЕДНИМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

1. Переднем виде затылочного.
2. Заднем виде затылочного.
3. Переднетеменном.
4. Лобном.
5. Лицевом.

Правильный ответ: 2

6. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ И ЗАТЫЛОЧНЫЙ БУГОР ЯВЛЯЮТСЯ ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

1. Заднем виде затылочного.
2. Переднетеменном.
3. Лобном.
4. Лицевом.
5. Тазовом.

Правильный ответ: 3

7. ОБЛАСТЬ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

1. Заднем виде затылочного.
2. Переднетеменном.
3. Лобном.
4. Лицевом.
5. Тазовом.

Правильный ответ: 4

8. ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Малый родничок.
2. Большой родничок.
3. Лоб.
4. Подбородок.

5. Темя.

Правильный ответ: 4

9. ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ СЛУЖИТ:

1. Малый родничок.
2. Большой родничок.
3. Лоб.
4. Подбородок.
5. Нос.

Правильный ответ: 3

10. ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Малый родничок.
2. Большой родничок.
3. Лоб.
4. Подбородок.
5. Ухо.

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2)

Задача 1

Первородящая, 27 лет поступила с регулярной родовой деятельностью, беременность доношенная. Размеры таза 26-28-30-21см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 ударов в минуту. В родах 7 часов, безводный промежуток 4 часа. Схватки каждые 4 минуты по 25 секунд, безболезненные. Вагинально: раскрытие маточного зева 4 сантиметра, головка плотно прижата ко входу в малый таз, лицевая линия в поперечном размере, подбородок слева, надбровные дуги справа. Мыс не достигим.

2. Диагноз?
3. Какая позиция в данной ситуации?
4. Что является проводной точкой в данной задаче?
5. Каким размером рождается головка при данном виде предлежания?
6. Между какими образованиями образуется точка фиксации при данном виде предлежания?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Срочные роды I. Первый период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Лицевое предлежание.
2. Вторая позиция.
3. Подбородок.
4. Вертикальным размером.

5. Между подъязычной костью и нижним внутренним краем лонного сочленения.

Задача 2

В родильный дом поступила первобеременная 21 года. Схватки начались за 8 часов до поступления. Воды излились за 1 час до поступления. Размеры таза: 27-29-32-20см. Положение плода продольное, головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода - 130 в минуту, ясное ритмичное. Вагинально: шейка сглажена, открытие зева полное. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к лону, малый родничок слева, большой справа. Мыс не достигим.

1. Диагноз?
3. Какая позиция в данной ситуации?
4. Какова дальнейшая тактика ведения родов?
5. Какие выделяют причины вне осевого вставления головки плода?
6. Какой механизм родов при данном виде вне осевого вставления головки плода?
- 7.

Эталон ответа к задаче 2:

1. Срочные роды I. Второй период родов. Задний асинклитизм.;
2. Первая позиция.
3. Роды при слабо выраженном асинклитизме следует начать вести выжидательно; появление признаков клинически узкого таза, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.
4. Снижение тонуса мышц передней брюшной стенки; расслабление нижнего сегмента матки; сужение, уплощение или большой угол наклона таза роженицы.
5. При заднем асинклитизме через вход в таз, преодолевая сопротивление мыса, первой проходит задняя теменная кость. Опустившись в широкую часть полости малого таза, кость выполняет крестцовую впадину, однако опускание в таз нависающей над лоном передней теменной кости затруднено. Если асинклитизм выражен нерезко, то при наличии хорошей родовой деятельности, незначительном сужении таза и небольшой головке плода происходит преодоление сопротивления таза благодаря конфигурации головки и некоторому растяжению сочленений таза. В противном случае роды затягиваются и принимают выраженный патологический характер.

Задача 3

Повторнородящая, 28 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 2 срочных родов. В родах 4 часа, безводный промежуток 1 час. Размеры таза: 27-29-32-21см. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода -

150 в минуту, ясное ритмичное. Вагинально: шейка сглажена, открытие зева 5 см. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу, малый родничок слева, большой справа. Мыс не достигим.

5. Диагноз?
6. Какая позиция в данной ситуации?
3. Какова дальнейшая тактика ведения родов?
4. Какие выделяют причины внеосевого вставления головки плода?
5. Какой механизм родов при данном виде внеосевого вставления головки плода?

Эталон ответа к задаче 3:

7. Срочные роды III. Первый период родов.
8. Передний асинклитизм.;
9. Роды при слабо выраженном асинклитизме следует начать вести выжидательно; появление признаков клинически узкого таза, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.;
10. Снижение тонуса мышц передней брюшной стенки; расслабление нижнего сегмента матки; сужение, уплощение или большой угол наклона
11. При переднем асинклитизме через родовый канал первой проходит передняя теменная кость, заднюю некоторое время задерживает мыс. После того как передняя теменная кость преодолевает сопротивление лона и опускается в широкую часть полости малого таза, задняя теменная кость попадает в углубление, образованное крестцовой впадиной;

Задача 4

Первородящая, 20 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 38 см. Размеры таза 26-29-31-20см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. В родах 6 часов, безводный промежуток 1 час. Вагинально: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, головка плотно прижата ко входу в малый таз, лобный шов в поперечном размере, передний край большого родничка слева, надбровный дуги с глазницами справа.

2. Диагноз?
3. Какая позиция в данной ситуации?
4. Какова дальнейшая тактика ведения родов?
5. Что является проводной точкой в данной задаче?
6. Каким размером рождается головка при данном виде предлежания?

Эталон ответа к задаче 4:

2. Срочные роды I. Второй период родов. Лобное предлежание.
2. Первая позиция.
3. Лобное предлежание – абсолютное показание к оперативному родоразрешению.
4. Лоб.
5. Большим косым размером.

Задача 5

Первородящая, 25 лет поступила с регулярной родовой деятельностью, беременность доношенная. Размеры таза 27-29-31-21см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 ударов в минуту. В родах 6 часов, безводный промежуток 3 часа. Схватки каждые 3-4 минуты по 25-30 секунд, безболезненные. Вагинально: раскрытие маточного зева 6 сантиметров, головка плотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, большой родничок слева ниже малого родничка, который справа соответственно. Мыс не достижим.

6. Диагноз?
7. Какая позиция в данной ситуации?
8. Что является проводной точкой в данной задаче?
9. Какие выделяют этапы биомеханизма родов при данном виде предлежания?
10. Какая форма головки плода после рождения в данном виде предлежания?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Срочные роды I. Первый период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Переднеголовное предлежание.
2. Вторая позиция.
3. Большой родничок.
4. Первый момент — умеренное разгибание головки, второй момент — внутренний поворот головки, третий момент — сгибание головки, четвертый момент — разгибание головки, пятый момент — внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.
5. Башенная.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2)

- 1) Уметь проводить полное общее и специальное физикальное обследование пациентки (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) (ПК-2);

- 2) Уметь установить срок беременности, оценить состояние здоровья беременной, выявить возможные нарушения и осуществить комплекс диспансерных мероприятий (ПК-2);
- 3) Уметь вырабатывать тактику ведения родов при патологически протекающей беременности (ПК-2);
- 4) Уметь осуществлять выбор методов исследования беременной и плода (ПК-2);
- 5) Уметь собрать анамнез и особенности течения беременности (ПК-1);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1) Снижение перинатальных потерь в родах при разгибательных предлежаниях.
- 2) Диагностика разгибательных предлежаний с помощью дополнительных методов исследования.
- 3) Особенности акушерской тактики при тазовых предлежаниях на современном этапе.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.18 Тема: «Беременность и роды при крупном плоде»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8)

- 1) Частота встречаемости крупного плода.
- 2) Что означает термин «крупный плод»?
- 3) Является ли крупный плод показанием к кесареву сечению?
- 4) Перечислите исходы беременности при крупном плоде.
- 5) Нужна ли эпизиотомия при крупном плоде?
- 6) Причины формирования крупного плода
- 8) Методы родоразрешения при крупном плоде
- 9) Осложнения беременности крупным плодом
- 10) Диагностика крупного плода

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8)

1. КРУПНЫМ ПЛОДОМ СЧИТАЕТСЯ ПЛОД МАССОЙ:

1. 3900 грамм.
2. 4100 грамм.
3. 5100 грамм.
4. 5500 грамм.
5. 6000 грамм.

Правильный ответ: 2

2. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЕ 10 СМ:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

Правильный ответ: 1

3. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА 100 СМ, ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ 35 СМ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ВЕС ПЛОДА (В ГРАММАХ):

1. 3500
2. 3200
3. 3000
4. 3800
5. 3100

Правильный ответ: 1

4. ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УВЕЛИЧЕНИИ МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ:

1. Крупный плод.
2. Преэклампсия.
3. Многоводие.
4. Многоплодие.
5. Маловодие.

Правильный ответ: 2

5. ПОКАЗАНИЯ К РАССЕЧЕНИЮ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Тазовое предлежание.
2. Крупный плод.
3. Угроза разрыва промежности, крупный плод.
4. Гипоксия плода.
5. Решение врача.

Правильный ответ: 3

6. ОБОСНОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

1. Многоводие, отеки нижних конечностей, головное предлежание плода.
2. Поперечно суженный таз.
3. Гипоксия плода, крупный плод.
4. Умеренно выраженная преэклампсия.
5. Настоятельное желание женщины.

Правильный ответ: 3

7. РАЗМЕР D. TROCHANTERICA СООТВЕТСТВУЕТ:

1. 25-26 см.
2. 26-27 см.
3. 28-29 см.
4. 30-31 см.
5. 27-28 см.

Правильный ответ: 4

8. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТАЗА ПРОВОДИТСЯ:

1. В конце беременности.
2. С началом родовой деятельности.
3. В конце I периода родов.
4. Во II периоде родов.

5. При раскрытии более 6-7 см, хорошей родовой деятельности, излившихся о/водах, прижатой ко входу в м/таз головке.

Правильный ответ: 5

9. БЕРЕМЕННУЮ ЖЕНЩИНУ В ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ С АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ ТАЗОМ НАДО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ:

1. С началом родовой деятельности.
2. При доношенной беременности в 39-40 недель.
3. 2-3 недели до предполагаемого срока родов.
4. В 36-37 недель беременности.
5. В 35- 36 недель.

Правильный ответ: 3

10. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА:

1. Остроконечный живот, высокое стояние дна матки.
2. Овоидной формы живот.
3. Форма живота в виде поперечного овоида.
4. Головка плотно прижата ко входу в малый таз.
5. Отсутствие шевеления плода.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8)

Задача 1

Первобеременная 19 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью. анамнез благоприятный. телосложение правильное. Рост 157 см. размеры таза 23-26-29-18, диагональная конъюгата 10 см. Размеры ромба михаэлиса 10х9 см. Индекс соловьева 15 см. Окружность живота 97 см, высота стояния матки над лоном 35 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 132 уд. в мин. Слева ниже пупка. прямой размер головки 11 см.

- 1) Диагноз.
- 2) План обследования.
- 3) План ведения родов.
- 4) Каким был бы план ведения родов при наличии крупного плода в данной ситуации?
- 5) Какие размеры уменьшены при данной форме сужения таза?

Эталон ответа к задаче 1

1. Беременность 39-40 нед, общеравномерносуженный таз I степени.

2. Полное клинико-лабораторное обследование, подсчет предполагаемой массы плода, КТГ плода, измерение АД у беременной, контроль за развитием родовой деятельности.
3. Учитывая общеравномерносуженный таз I степени сужения, средние размеры плода, роды предоставить через естественные родовые пути. В конце I периода родов при хорошей родовой деятельности дать функциональную оценку таза.
4. Родоразрешение путем плановой операции кесарева сечения.
5. Уменьшены все размеры: поперечные, прямые, косые.

Задача 2

Поступила в роддом роженица с регулярной родовой деятельностью, схватки через 2-3 мин. по 35-40 сек. хорошей силы. околоплодные воды излились 20 минут тому назад по дороге в роддом. беременность 2, роды 2. первая беременность закончилась срочными родами 2 года тому назад, масса плода 4600, ребёнок умер через двое суток от черепно-мозговой травмы. размеры таза 26-29-31-21 см. окружность живота 111 см, высота дна матки 40 см. положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. прямой размер головки 13,5 см. признак вастена положительный. данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. на голове умеренная родовая опухоль. диагональная конъюгата 12,5 см.

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие ошибки были допущены в первых родах?
4. Какие осложнения в родах еще возможны?
5. Какие клинические признаки говорят о несоответствии размеров таза размерам плода?

Эталон ответа к задаче 2:

1. Срочные роды II, II период родов. Крупный плод. Клинически узкий таз, отягощённый акушерский анамнез.;
2. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения в интересах матери и плода.;
3. В первых родах - роды протекали на фоне клинического несоответствия, о чем свидетельствуют: наличие затяжных родов, масса плода 4600 грамм. Травматизм плода. Наличие клинического несоответствия в данных родах при той же массе плода. Диагноз был не поставлен.;
4. Угроза разрыва и разрыв матки.;
5. Положительный признак Вастена. Умеренная родовая опухоль на головке плода, при прижатой головке ко входу в малый таз.

Задача 3

Роженица 24 лет поступила с регулярной родовой деятельностью, схватки через 4-5 минут по 25-30 секунд. беременность первая. размеры таза: 25-26-31-18. ромб михаэлиса 9x10 см. индекс соловьева 14 см. положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. окружность живота 100 см, высота дна матки 32 см, сердечные тоны плода ясные ритмичные 138 уд./мин. данные влагалищного исследования: шейка сглажена, края тонкие, податливые, открытие маточного зева 6-7 см, плодного пузыря нет, предлежит головка, стреловидный шов в поперечном размере ближе к мысу, малый и большой роднички на одном уровне, передняя теменная кость ниже задней. мыс не достижим. крестцовая впадина хорошо выражена.

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие особенности выявлены?
4. К каким формам таза относятся данные размеры таза?
5. Сколько степеней сужения таза Вы знаете?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Срочные роды I. Первый период родов. Плоскорахитический таз I степени сужения.
2. Роды предоставить через естественные родовые пути, учитывая сужение таза I степени, средние размеры плода, хорошую родовую деятельность. На данном этапе, учитывая наличие плода средней массой тела, хорошей родовой деятельности дать функциональную оценку таза, при несоответствии между головкой и тазом закончить роды операцией кесарева сечения.
3. Плоскорахитический таз I степени.
4. Относится к плоским тазам.
5. Четыре степени сужения.

Задача 4

Повторнобеременная поступила с регулярной родовой деятельностью, схватки через 5-7 минут по 15-20 секунд, слабой силы. воды отошли 4 часа тому назад дома. первая беременность закончилась рождением плода массой 3200, который через сутки умер от черепно-мозговой травмы, роды длились 36 часов. объективно: роженица среднего роста, правильного телосложения. окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см, живот отвислый. положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз. сердечные тоны плода ясные ритмичные 138 уд./мин. размеры таза: 26-26-29-17 см. ромб михаэлиса 8x7 см, индекс соловьева 16 см.

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие имеются показания для оперативного родоразрешения?
4. В чем заключается реабилитация больной?

5. Почему погиб плод в предыдущих родах?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Срочные роды II. Начало первого периода родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Крупный плод. Плоскорахитический таз II степени. Отягощённый акушерский анамнез.
2. Учитывая сужение таза II степени, наличие крупного плода, отягощённого акушерского анамнеза показано роды закончить операцией кесарево сечение.
3. Узкий таз 2-й степени сужения и крупный плод.
4. Профилактика гнойно-септических осложнений после оперативного родоразрешения. Профилактика спаечного процесса.
5. В результате травматизма, полученного в родах при клиническом несоответствии размеров таза размерам плода.

Задача 5

Первобеременная поступила с регулярной родовой деятельностью, схватки через 5-7 минут по 15-20 секунд, слабой силы. воды отошли 4 часа тому назад дома. первая беременность закончилась рождением плода массой 3200, который через сутки умер от черепно-мозговой травмы, роды длились 36 часов. объективно: роженица среднего роста, правильного телосложения. окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см, живот отвислый. положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз. сердечные тоны плода ясные ритмичные 138 уд./мин. размеры таза: 26-26-29-17 см. ромб михаэлиса 8х7 см, индекс соловьёва 16 см.

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие имеются показания для оперативного родоразрешения?
4. В чем заключается реабилитация больной?
5. Почему погиб плод в предыдущих родах?

Эталон ответа к задаче 5:

1. Срочные роды II. Начало первого периода родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Крупный плод. Плоскорахитический таз II степени. Отягощённый акушерский анамнез.
2. Учитывая сужение таза II степени, наличие крупного плода, отягощённого акушерского анамнеза показано роды закончить операцией кесарево сечение.
3. Узкий таз 2-й степени сужения и крупный плод.
4. Профилактика гнойно-септических осложнений после оперативного родоразрешения. Профилактика спаечного процесса.
5. В результате травматизма, полученного в родах при клиническом несоответствии размеров таза размерам плода.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8,)

- 1) Уметь определять степень зрелости шейки матки и готовности организма к родам (УК-1);
- 2) Уметь интерпритировать эхографическое исследования у беременных (ПК-9);

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1) Исходы беременности родов у беременных с крупным плодом
- 2) Перинатальная заболеваемость и смертность при родах крупным плодом
- 3) Этиологические факторы формирования крупного плода

1. Индекс ОД.О.01.1.1.19 Тема: «Невынашивание и перенашивание беременности»

2. Форма работы: подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5)

1. Определение невынашивания беременности.
2. Определение привычного невынашивания беременности.
3. Основные причины невынашивания беременности.
4. Определение преждевременных родов.
5. Объем диагностических мероприятий при невынашивании беременности.
6. Основные принципы ведения преждевременных родов.
7. Определение перенашивания беременности.
8. Причины перенашивания.
9. Клиника и диагностика перенашивания.
10. Показания при переносной беременности к кесареву сечению.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5)

1. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Привычное невынашивание в анамнезе.
- 2) Возраст первородящей старше 35 лет.
- 3) Анатомическое сужение таза, возраст первородящей старше 35 лет, привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе, гипотрофия плода.
- 4) Анатомическое сужение таза.
- 5) Возраст 30 лет.

Правильный ответ: 3

2. ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

- 1) Перенашивание беременности, снижения маточно – плацентарного кровообращения при нарушении тонуса и сократительной деятельности матки.
- 2) Снижения маточно – плацентарного кровообращения при нарушении тонуса и сократительной деятельности матки.
- 3) Перенашивание беременности.
- 4) Острого воспаления придатков.
- 5) Низкой плацентации.

Правильный ответ: 1

3. ЗАПОЗДАЛОЕ СОЗРЕВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- 1) К перенашиванию беременности.
- 2) К преждевременной отслойке плаценты.
- 3) К незрелости плода.
- 4) К гипотрофии плода.
- 5) К нарушению синтеза инсулина.

Правильный ответ: 1

4. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) Амниотомия и родовозбуждение, своевременная диагностика клинически узкого таза, применение спазмолитиков.
- 2) Применение спазмолитиков, при тазовом предлежании плода – поворот на ножку.
- 3) Непрямая электрокардиография, амниоскопия, кордоцентез.
- 4) Фонокардиограмма, развернутый анализ крови, биопсия ворсин хориона.
- 5) Экстренное кесарево сечение.

Правильный ответ: 1

5. ПРИ ИСТЕННОМ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ (ПЛОД В СОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ) ЦЕЛЕСООБРАЗНА: СЛЕДУЮЩАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

- 1) Родостимуляция внутривенным введением окситоцина.
- 2) Родовозбуждение внутривенным введением окситоцина.
- 3) Во втором периоде - акушерские щипцы.
- 4) Родоразрешение операцией кесарева сечения.
- 5) Экстренное кесарево сечение.

Правильный ответ: 4

6. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СОЗРЕВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИВОДИТ:

- 1) К перенашиванию беременности.
- 2) К патологии эндокринной системы плода.
- 3) К преждевременной отслойке плаценты.
- 4) К гиповолемии беременной.
- 5) К гиперволемии плода.

Правильный ответ: 3

7. ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОМОГАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- 1) Состояние женщины.
- 2) ЭКГ и ФКГ плода.
- 3) Предполагаемая масса плода.
- 4) Развитие гидроцефалии.
- 5) Общий анализ мочи.

Правильный ответ: 8

8. ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) Усиленным синтезом простагландинов.
- 2) Нарушением пищеварительной системы плода.
- 3) Запоздалым созревaniem плаценты.
- 4) Увеличением количества околоплодных вод.
- 5) Уменьшением количества околоплодных вод.

Правильный ответ: 3

9. К ОБОСНОВАННЫМ ПОКАЗАНИЯМ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Ранний возраст роженицы.
- 2) Тазовое предлежание.
- 3) Тазовое предлежание, крупные размеры плода, поздний возраст роженицы, узкий таз.
- 4) Узкий таз.
- 5) Головное предлежание.

Правильный ответ: 3

10. ДЛЯ ВЫБОРА МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО, СЛЕДУЕТ:

- 1) Определить длину плода.
- 2) Измерит толщину плаценты.
- 3) Определить размер головки плода.
- 4) Сопоставить ультразвуковые критерии зрелости плаценты со сроком беременности.
- 5) Массой плода.

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5)

Задача 1.

Первобеременная 27 лет, поступила с жалобами на ноющие внизу живота боли и незначительные кровянистые выделения. Последняя менструация была 3 месяца тому назад. Несколько дней назад перенесла ангину с повышением Т до 38. При осмотре состояние удовлетворительное, Т=37, отмечается небольшая гиперемия небных дужек. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Влагалищное исследование: наружный зев закрыт, тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Незначительные сукровичные выделения.

1. Диагноз.

2. План ведения.
3. Вероятная причина осложнения?
4. Определение невынашивания?
5. Стадии самопроизвольного выкидыша?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Начавшийся самопроизвольный аборт при беременности 10 -11 недель.
2. Госпитализация в стационар; проведение УЗИ – с целью уточнения соответствия срока беременности и исключение не развивающейся беременности; исключение патологических нарушения в развитии беременности (воротниковое пространство); определение места расположения хориона и его отслойку; исключение пузырного заноса. По данным УЗИ, тактика лечения больной. При развивающейся беременности, терапия направлена на сохранение и пролонгирование беременности (гемостаз: этамзилат натрия 2 мл в/мышечно, затем таблетированный приём этамзилата или дицинона по 1 таб 2-3 р/день; спазмолитики (инъекции ношпой + папаверина); гормональная терапия: (дюфастон, утрожестан – до 16 – 20 нед. беременности).
3. Перенесенная ангина
4. 2 и более беременности закончились выкидышем или замершей беременностью
5. Угрожающий аборт, начавшийся аборт, аборт в ходу полный и неполный

Задача 2.

Первобеременная 23 года. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение. Из влагалища отходили кусочки какой-то ткани. Анамнез: первые менструации с 17 лет, установились через 1год, проходили по 2 дня через 30 дней, с сильными болями. Последние месячные были 8 недель тому назад. При влагалищном исследовании: матка соответствует 7-8 недельной беременности. Шеечный канал укорочен, свободно пропускает 1палец, в канале определяется какая-то мягкой консистенции ткань, придатки не определяются. Болезненности при исследовании нет. Кровянистые выделения в умеренном количестве. Т=37, пульс 84, АД 100/60.

1. Диагноз.
2. Тактика врача акушера-гинеколога.
3. Причины невынашивания?
4. Основная причина невынашивания при эндокринном факторе?
5. Наиболее частый срок прерывания беременности при генных причинах?

Эталон ответа к задаче 2:

3. Неполный аборт.
4. Нужно произвести удаление остатков плодного яйца, вакуум-аспирацию. в/в кровезаменители. Антибактериальную терапию.
3. Эндокринный, инфекционный, генный, заболевания крови, экстрагенитальные заболевания, маточный фактор, иммунологический фактор
11. Прогестероновая недостаточность.
12. 2-6 недель беременности.

Задача 3.

В родовое отделение поступила первобеременная 24 лет. Срок беременности 42-43 недели. Встала на учет в женской консультации в сроке беременности 8—9 недель. Жалобы на нерегулярные ноющие боли в животе и пояснице в течение 10 дней, ухудшение шевеления плода.

Объективно: рост 164 см, вес 73 кг. А/Д 115/80, 120/80 мм рт. ст. Отеков нет. Размеры таза: 25—27—30—20 см. ВДМ 39 см, окр. живота 103 см. Положение плода продольное, предлежит головка, слегка прижата ко входу в таз. Подвижность плода ограничена. Сердцебиение приглушено, 132 уд. в минуту, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка в центре таза, длиной 2,5 см, наружный зев мягкий, пропускает палец, внутренний, плотный, закрыт. Плодный пузырь цел, головка плода слегка прижата ко входу в таз. Мыс не достигается. Крестцовая впадина емкая. Выделения слизистые.

1. Диагноз.
2. Акушерская тактика?
3. Состояние плаценты при переносимой беременности?
4. Дайте определение понятию «запоздалые роды перезрелым плодом»?
5. Признаки перезрелого плода?

Эталон ответа к задаче 3:

1. Беременность 42-43 недели. Патологический прелиминарный период. Незрелая шейка матки. Крупный плод (4000 гр). ХВГП, декомпенсация.
2. Госпитализация, родоразрешение посредством кесарева сечения.
3. Петрификаты, утончение плаценты, участки полости.
4. Роды после 42 недель беременности плодом с признаками перезрелости.
5. Сужение швов на черепе, уплотнение костей черепа, отсутствие сыровидной смазки, мацерация кожи, оволосенение.

Задача 4.

В родовом отделении находится беременная 34 лет. В анамнезе роды плода массой 4500, 3 мед аборта, 2 самопроизвольных выкидыша в 25 и 22 недель. Жалоб нет. Соматически здорова.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 42 недель. беременности, в нормальном тонусе. Шевеление плода ощущается в 18 недель, сердцебиение выслушивается, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, отклонена кзади. Наружный зев размягчен, пропускает 2 пальца. Выделения в умеренном количестве, белые.

Анализ крови, мочи – без патологических изменений, в мазке из влагалища: лейкоциты – 10-12 в п/з, клетки плоского эпителия, палочки.

1. Диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Причины перенашивания беременности?
4. Запоздалые роды- это?
5. Дайте определение переносной беременности?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Беременность 42 недель, ОАА. Ожирение. Привычное невынашивание беременности.
2. Родоразрешение путем кесарева сечения.
3. Отсутствие родовой доминанты, эндокринные заболевания, плацентарная недостаточность, маловодие, пороки развития плода.
4. Роды в сроке 41-42 недель нормальным плодом.
5. Срок беременности 42 недель и более с признаками переносности плода.

Задача 5.

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных аборта с повторным выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, матка увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 месяца назад.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Что следует предпринять для уточнения диагноза
4. Дальнейшая тактика врача

5. наиболее частый срок прерывания беременности при гипофункции яичников

Эталон ответа к задаче 5:

1. Беременность 6-7 нед, начавшийся аборт
2. ДМК, эктопическая беременность, онкология
3. УЗИ матки, определение ХГЧ
4. При развивающейся беременности, терапия направлена на сохранение и пролонгирование беременности (гемостаз: этамзилат натрия 2 мл в/мышечно, затем таблетированный приём этамзилата или дицинона по 1 таб 2-3 р/день; спазмолитики (инъекции ношпой + папаверина); гормональная терапия: (дюфастон, утрожестан – до 16 – 20 нед. беременности).
5. I триместр (6-8 нед)

6. Перечень практических умений по изучаемой теме (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5)

1. Владеть методом взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры
2. Собрать анамнез и особенности течения беременности (Невынашивание)

7. Рекомендации по выполнению НИР.

6. современные аспекты невынашивания: вопросы диагностики и лечения
3. причины невынашивания
4. пролонгирование беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек

8. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная:

1. Акушерство [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с. - (Национальные руководства).
2. Гинекология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

Дополнительная:

3. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. : ил.

4. Акушерство. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям / сост. А. Т. Егорова, В. Б. Цхай, А. И. Пашов [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 146 с.
5. Акушерство. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям / сост. А. Т. Егорова, В. Б. Цхай, А. И. Пашов [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 285 с.
6. Инструментарий, используемый в акушерско-гинекологической практике : учеб. пособие / И.М. Бетоева, Т.С. Дзайнуков, Л.В. Майсурадзе [и др.]. - Владикавказ : СОГМА, 2014. - 77 с.
7. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / гл. ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
8. Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс] : рук. для врачей / Э. К. Айламазян, М. С. Зайнулина, И. Ю. Коган [и др.]. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
9. Неотложные состояния в акушерстве [Электронный ресурс] : рук. для врачей / В. Н. Серов, Г. Т. Сухих, И. И. Баранов [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 784 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста. Акушерство и гинекология).
10. Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих ; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 384 с. - (Схемы лечения).
11. Цитологическое исследование цервикальных мазков - Пап-тест [Электронный ресурс] / Н. Ю. Полонская, И. В. Юрасова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
12. Клинические протоколы по специальности акушерство и гинекология. Ссылка доступна по http://kraszdrav.ru/documents/poryadki_okazaniya_meditinskoy_pomoshchi/klinicheskie_rekomendatsii_protokoli_lecheniya

Электронные ресурсы

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс
НЭБ eLibrary
БД Sage
БД Oxford University Press
БД ProQuest
БД Web of Science
БД Scopus
БД MEDLINE Complete