



Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по практике	«Помощник врача акушерского-гинекологического профиля»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра акушерского-гинекологического профиля

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

Рецензент (ы):

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

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27__06 __.2023г.

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

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости студентами рабочих мест и контроль правильности формирования компетенций, а также возможность использования муляжей и фантомов. При проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой.

Зачет по производственной клинической практике «Практика акушерско-гинекологического профиля» проходит в последний день практики в форме устного собеседования. Иногородным студентам, проходившим практику по месту жительства, предоставляется возможность сдать зачет в последние дни каникул или в первые дни следующего семестра (согласно расписанию). Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут. Билет состоит из 1 вопроса, 1 практического задания и задачи. Кроме этого, студент обязан предоставить необходимую отчетную документацию по итогам практики: дневник практики, характеристику, индивидуальное задание, реферат и направление на практику (для иногородних студентов, проходивших практику по месту жительства). Все документы должны быть заверены подписью руководителя практики от медицинского учреждения, а также круглой печатью и штампом (в случае характеристики) медицинского учреждения.

Критерии выставления оценок.

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с практическими заданиями, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, демонстрирует во время ответа знание основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий. Представлена вся необходимая отчетная документация, оформленная согласно предъявляемым требованиям.

Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при выполнении практических заданий, демонстрирует при ответе знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной учебной программой дисциплины. Представлена вся необходимая отчетная документация, есть замечания по её оформлению.

Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практического задания. По представленной отчетной документации освоены не все практические навыки (менее 75%), есть замечания по оформлению.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, не может сформулировать

правильные ответы на вопросы билета даже с помощью преподавателя, не может выполнить простые практические задания. По представленной отчетной документации освоено менее 50% необходимых практических навыков, есть замечания по оформлению. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без повторного прохождения производственной практики.

Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций

ПК-8: способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

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

1. Оценка КТГ плода во время беременности и в родах.
2. Оценка характера родовой деятельности по токограмме.
3. Методы индукции родовой деятельности.
4. Амниотомия.
5. Акушерское пособие при приеме нормальных родов в затылочном.
6. Эпизиотомия.
7. Особенности ведения преждевременных родов.
8. Определение признаков отделения плаценты.
9. Осмотр родового пути после родов.
10. Методы оценки кровопотери в родах.
11. Осмотр последа
12. Способы выделения отделившегося последа.
13. Методы родостимуляции.
14. Методы прерывания беременности в разные сроки беременности.
15. Осмотра шейки матки в зеркалах;
3. Взятия мазков (для бактериологического и цитологического) из цервикального канала, влагалища и уретры;
16. Обработки послеоперационной раны, снятия швов;
17. Кольпоскопии;
18. Лечебно-диагностического выскабливания слизистой полости матки;
19. Раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала;
20. Аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
21. Введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и pessaries;

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

Задача № 1

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

Из анамнеза. Два года назад при осмотре обнаружено повышение артериального давления. После проведенного лечения за мед. помощью не обращалась. Настоящая

беременность 3-я. Состоит на учете в женской консультации с 12-недельного срока, АД постоянно равно 140/90 мм рт ст, белок в моче не обнаружен, отеков нет. От предложенной госпитализации отказалась, рекомендованное лечение значительно улучшало общее самочувствие.

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

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

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

Анализ мочи: относительная плотность - 1012, белка нет.

Остаточный азот крови -21,4 ммоль/л.

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

Вопросы:

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

Задача № 2

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

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

Настоящая беременность вторая, в женской консультации не наблюдалась.

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

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

Вопросы:

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

Задача № 3

Беременная 23 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 32 недели и жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, постоянное сонное состояние, мелькание мушек перед глазами, утомляемость. Такие ощущения

стала отмечать после 20 недель беременности. Из анамнеза установлено, что беременная болеет хроническим гастритом и гепатохолециститом.

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

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

Размеры таза: 26-28-31-21 см.

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

Вопросы:

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

Задача № 4

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

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

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

Вопросы:

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

Задача № 5

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

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

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

Анализ мочи: относительная плотность - 1014, белка нет.

Остаточный азот крови - 21,4 ммоль/л.

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

Вопросы:

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

Задача № 6

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

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

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

Размеры таза: 25-27-30-20 см.

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

Вопросы:

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

Задача № 7

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

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

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

Анализ крови - гемоглобин 100 г/л, лейкоциты - 11×10^9 , СОЭ 48 мм/ч.

Анализ мочи - все поле зрения покрыто лейкоцитами, белок в моче 1 г/л.

Вопросы:

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

Задача 8

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

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

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

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

Задача 9.

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

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

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

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

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

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

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

Задача 10

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

Диагноз Лечение.

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

Задача №11

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

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

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

Задача №12

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

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

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

Задача №13

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

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

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

Задача №14

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

РV: влагиалище рожавшей, открытие маточного зева полное, плодный пузырь не определяется. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа ближе к лону, лежит ниже других точек головы. Верхняя половина крестцовой впадины

и две трети внутренней поверхности симфиза заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

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

Задача №15

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

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

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

Задача№16

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

Диагноз .При каком предлежании плода произошли описанные роды?

Проводная точка при этом предлежании?

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

Задача№17

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

Диагноз .При каком предлежании плода произошли описанные роды?

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

Задача№18

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

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

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

Задача №19

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

Данные проверки признаков отделения плаценты: матка шаровидной формы, дно достигает уровня пупка; лигатура, наложенная на пуповину, находится возле самой половой щели; при глубоком дыхании пуповина то втягивается, то опускается; при надавливании ребром кисти на подчревьё пуповина втягивается во влагалище; при надавливании на матку пупочные вены наполняются кровью.

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

Задача №20

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

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

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

ОПК-6: готовность к ведению медицинской документации

ПК-12: готовность к ведению физиологической беременности, приему родов

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

1. Сбор акушерского анамнеза, определение срока беременности и даты предстоящих родов.

2. Определение предполагаемой массы плода.
3. Осмотр с помощью гинекологических зеркал, бимануальное влагалищное исследование.
4. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда, измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, аускультация плода).
5. Оценка таза с акушерской точки зрения (пельвиометрия, способы подсчета истинной конъюгаты, индекс Соловьева).
6. Определение степени зрелости шейки матки к родам. Составление плана ведения родов.
7. Определение показаний и противопоказаний для родоразрешения путем операцией кесарева сечения.
8. Оценка акушерской ситуации в первом периоде родов
9. Первичный туалет новорожденного и оценка новорожденного по шкале Апгар.
10. Профилактика кровотечений в раннем послеродовом периоде.
11. Алгоритм оказания помощи при кровотечении в послеродовом периоде.
12. Оценка инволюции матки и характера лохий в послеродовом периоде.
13. Оформления историй болезни,
14. Оформления амбулаторных карт
15. Оформления акушерских и гинекологических больных,
16. Оформления больничных листов,
17. Оформления обменных карт и родового сертификата;
18. Пальпации и перкуссии живота, аускультации сердца, легких и кишечника;
19. Измерения уровня артериального давления и частоты пульса;

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

Задача № 1

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

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

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

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

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

После влагалищного исследования кровотечение возобновилось, кровопотеря - 50 мл. Через 10 мин кровотечение прекратилось и не возобновляется. Состояние остается

удовлетворительным. АД - 110/70 мм рт ст, пульс - 80 уд/мин. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин. Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

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

Задача № 2

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Задача № 3

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

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

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

Живот овальной формы, болезненный при пальпации в области дна матки слева, где отмечается небольшое выпячивание. Окружность живота - 105 см., высота стояния

дна матки - 31 см. Положение плода продольное, предлежащая головка - большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение глухое, ритмичное 170 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

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

Вопросы:

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

Задача № 4

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

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

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

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

Вопросы:

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

Задача № 5

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Задача № 6

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

ЗАДАЧА № 7.

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

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

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

Общая прибавка массы тела за беременность + 16 кг.

Сопутствующей экстрагенитальной патологии по данным женской консультации не выявлено.

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

Общее состояние при поступлении удовлетворительное.

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

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

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

Предполагаемая масса плода 4100-4200,0 г.

Решено роды предоставить естественному течению.

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

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

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

ЗАДАЧА № 8.

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

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

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

При поступлении срок беременности 38-39 недель.

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

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

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

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

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

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

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

ЗАДАЧА № 9.

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

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

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

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

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

1. Диагноз и его обоснование?

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

ЗАДАЧА № 10.

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗАДАЧА № 11.

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

Перенесенные заболевания: грипп, ОРЗ, частые ангины.

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

14/X при очередной явке в консультацию общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Масса тела 76 кг, рост 160 см. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД - 120/65 мм рт.ст. Брюшная стенка перерастянута. Окружность живота

108 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см, срок беременности 38 недель. При наружном акушерском исследовании было обнаружено: слева определяется крупная часть плода округлой формы, баллотирующая, справа также пальпируется крупная часть мягковатой консистенции. Предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту, на уровне пупка. Предполагаемая масса плода - 3800 г.

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

Исходы для плода при различных видах родоразрешения.

ЗАДАЧА № 12.

Повторнобеременная 0., 30 лет, поступила в дородовое отделение родильного дома при беременности 38 недель.

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

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

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

При ультразвуковом исследовании был определен мужской пол плода.

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

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

ЗАДАЧА № 13.

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

В детстве болела корью, гриппом, была проведена аппендэктомия.

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

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

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

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

1. Диагноз, его обоснование?
 2. План ведения родов?
 3. Возможные осложнения в течение родов, в последовом и раннем послеродовом периоде, их профилактика.
 4. Биомеханизм родов при данном вставлении.
 5. Прогноз исхода родов для матери и плода при данном предлежании.
- Особенности ведения новорожденного в первые часы и дни жизни.

ЗАДАЧА № 14.

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

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

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

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

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

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

ЗАДАЧА № 15.

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

Перенесла грипп, ангину, ОРВИ, детские инфекции.

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

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

Данная беременность – вторая. Развивалась без осложнений.

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

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

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

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

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

ЗАДАЧА № 16.

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

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

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

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

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

Влагалищное исследование: половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей. Шейка матки укорочена, канал ее проходим для 2-х пальцев. Плодного

пузыря нет. Предлежат петли пуповины, которые хорошо пульсируют. Предлежащая часть отсутствует. Мыс не достигается.

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