

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Лечебно-профилактический факультет

Оценочные материалы
по дисциплине «Акушерство»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Зав.кафедрой проф. Рымашевский А.Н.

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично):
ОПК-4, ОПК-7, ПК-3, ПК-12

Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
общепрофессиональные (ОПК):	
ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	ИД 1 Умеет применять медицинские изделия при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи. ИД 2 Умеет применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза.
ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ИД 1 Знает современные схемы медикаментозного и комбинированного лечения в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. ИД 2 Умеет распознавать признаки типичных осложнений при проведении фармакотерапии с целью ее своевременной коррекции. ИД 3 Знает схемы назначения безопасных сочетаний лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями.
профессиональные (ПК)	
ПК-3 Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности.	<p>Трудовые действия.</p> <p>ИД 1 Разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИД 2 Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 3 Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 4 Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.</p> <p>ИД 5 Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.</p> <p>ИД 6 Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.</p> <p>Необходимые умения.</p> <p>ИД 7 Составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом</p>

	<p>стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИД 8 Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 9 Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 10 Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.</p> <p>Необходимые знания.</p> <p>ИД 11 Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением.</p> <p>ИД 12 Современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента.</p> <p>Механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением.</p> <p>ИД 13 Порядок оказания паллиативной медицинской помощи.</p>
ПК - 12 Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов.	<p>ИД 1 Провести расспрос пациентки и/или родственников /сопровождающих с целью сбора анамнеза (анамнеза настоящего заболевания, анамнеза жизни, акушерско-гинекологического анамнеза).</p> <p>ИД 2 Овладеть методами общего и специального акушерского обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики основной акушерской патологии, ведения физиологической беременности и родов.</p> <p>ИД 3 Обследовать больную (общее и специальное акушерское обследование).</p> <p>ИД 4 Владеть алгоритмом лабораторного, инструментального, морфологического и аппаратного обследования и интерпретацией их результатов при физиологической беременности и подозрении на акушерскую патологию.</p> <p>ИД 5 Составить план лабораторных и инструментальных исследований и интерпретировать их результаты.</p> <p>ИД 6 Вести физиологическую беременность и роды, заподозрить осложнения беременности, сопутствующую патологию.</p>

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4, ОПК-7, ПК-3, ПК-12	Задания закрытого типа	30% с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования, задания на дополнения	70% с эталонами ответов

ОПК-4:

Задания закрытого типа

Тесты

1). *Достоверными признаками беременности являются:*

1. прекращение менструаций,
2. сердечные тоны плода,
3. двигательная активность плода,
4. обнаружение плода,
5. размягчение матки.

Эталон ответа: 2, 3, 4

2). *Верхний угол ромба Михаэлиса соответствует:*

1. первому крестцовому позвонку,
2. верхушке крестца,
3. остистому отростку 5 поясничного позвонка,
4. остям подвздошных костей.

Эталон ответа: 3

3). *Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности предполагает:*

1. определение положения, позиции, размеров плода,
2. анатомическую оценку таза,
3. определение срока беременности,
4. функциональную оценку таза,
5. определение готовности родовых путей.

Эталон ответа: 1, 2, 3

4). *При влагалищном исследовании в I триместре беременности определяют:*

1. величину матки,
2. состояние нижнего сегмента матки,
3. состояние плодного пузыря,
4. консистенцию матки,
5. форму матки.

Эталон ответа: 1, 4, 5

5). *Для тазового предлежания плода при наружном акушерском исследовании нехарактерно:*

1. высокое расположение дна матки матки,
2. ballotирующая часть в дне матки матки,
3. выслушиваемое выше пупка сердцебиение плода,
4. плотная предлежащая часть, прижатая ко входу в таз.

Эталон ответа: 4

6). *Объективные критерии эффективности родовой деятельности не включают:*

1. характер схваток,
2. динамику раскрытия маточного зева,
3. время излития околоплодных вод,
4. продвижение плода по родовому каналу.

Эталон ответа: 3

7). *Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:*

1. хорионического гонадотропина
2. трофобластического б-глобулина
3. хорионического соматотропина
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 1

8). Основное значение в нормальной инволюции послеродовой матки имеет:

1. естественное вскармливание новорожденного
2. нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
3. гигиена родильницы
4. бинтование нижних конечностей
5. правильное питание

Эталон ответа: 1, 2, 3

9). К анатомо-динамическим факторам, обуславливающим биомеханизм родов относится:

1. сократительная активность матки
2. мускулатура и связочный аппарат таза
3. форма и размеры таза
4. сыровидная смазка плода
5. форма головки плода

Эталон ответа: 1, 2

10). Основные условия для проведения пальпации живота беременной женщины:

1. проводят в положении женщины лёжа на спине
2. мочевой пузырь должен быть освобождён
3. прямая кишка должна быть освобождена
4. врач находится справа от беременной
5. проводят в положении женщины стоя
6. врач находится слева

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

11). При влагалищном исследовании во 2 триместре определяют:

1. величину матки
2. консистенцию шейки матки
3. форму матки
4. зрелость шейки матки
5. предлежащую часть

Эталон ответа: 2, 4, 5

12). О начале второго периода родов свидетельствует:

1. полное раскрытие шейки матки
2. излитие околоплодных вод
3. появление у роженицы желания тужиться
4. ослабление родовой деятельности

Эталон ответа: 1

13). Влагалищное исследование в родах проводят по следующим показаниям:

1. при поступлении роженицы в акушерский стационар
2. при излитии околоплодных вод
3. кровотечение в родах
4. изменение в состоянии плода
5. желание женщины
6. для определения срока родов

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

14). Признаками начавшихся родов служат:

1. регулярные схватки
2. динамическое открытие шейки матки
3. болевые ощущения внизу живота
4. нарушение режима сна и бодрствования

Эталон ответа: 1, 2

15). Выслушивание сердцебиения плода в периоде раскрытия (при отсутствии мониторинга) при целом плодном пузыре проводится:

1. каждые 15-20 мин
2. каждые 2-3 мин
3. каждые 5-7 мин
4. каждые 10-12 мин

Эталон ответа: 1

16). 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. матка имеет шарообразную форму
5. живот имеет поперечно-растянутую форму
6. головка прощупывается слева или справа от средней линии живота

Эталон ответа: 4, 5, 6

17). Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются:

1. несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности
2. указания беременной на частые шевеления плода
3. выявление при наружном акушерском исследовании 3-х и более крупных частей плода

Эталон ответа: 1, 3

18). Основными компонентами «созревания» шейки матки являются:

1. гидратация
2. разрыхление
3. размягчение
4. уплотнение
5. увеличение ригидности

Эталон ответа: 1, 2, 3

19). Клиническая картина при полном предлежании плаценты не включает:

1. повторяющиеся кровотечения
2. наличие болевого синдрома
3. отсутствие гипертонуса матки
4. хроническую или острую анемию у беременной

Эталон ответа: 2

20). При разрыве промежности II степени остаются неповрежденными:

1. кожа
2. мышцы промежности
3. фасция
4. слизистая оболочка прямой кишки

Эталон ответа: 4

21). Установите последовательность действий при измерении таза:

1. измерение наружной конъюгаты
2. измерение дистанции кристарум
3. измерение диагональной конъюгаты
4. измерение дистанции спинарум
5. измерение дистанции трохантерика

Эталон ответа: 4, 2, 5, 1, 3

22). В диагностике послеродового мастита имеют значение:

1. характерные жалобы больной
2. данные осмотра и пальпации больной
3. наличие предрасполагающих факторов к его развитию

- 4. все перечисленное
- 5.ничего из перечисленного

Эталон ответа: 4

Задания открытого типа.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Роженица переведена в родзал в потужном периоде. Потуги регулярные, по 50 сек через 2 мин. После последней потуги сердцебиение плода приглушенное, аритмичное до 100 ударов в минуту. Положение плода продольное. Головка в полости малого таза. С целью выяснения акушерской ситуации проведено влагалищное исследование: открытие полное, головка на третьей плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

2-й период родов, внутриутробная интранатальная гипоксия плода (тахикардия).

Задача 2.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Последовый период, частичное интимное прикрепление плаценты.

Задача 3.

Потужной период длится 30 минут; потуги ритмичные, по 50 секунд через 1-2 минуты. После последней потуги сердцебиение плода стало аритмичным, приглушенным, до 90 ударов в минуту. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Влагалищное исследование -открытие полное, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок кзади.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

2-й период родов, интранатальная гипоксия плода, задний вид затылочного предлежания.

Задача 4.

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Последовый период. Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Задача 5.

Поступила первородящая 38 лет со схватками, которые начались 7 часов назад; воды отошли 3 часа назад. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают, светлые воды. Головка над 1 плоскостью.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е, в срок, первый период родов, несвоевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности, возрастная первородящая.

Задача 6.

Первородящая 23 лет, в родах 5 часов, схватки регулярные, болезненные по 35 секунд через 4-5 минут; положение плода продольное; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка матки сглажена, края умеренно податливые, открытие 4 см; во время схватки шейка уплотняется, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды; головка на 1 плоскости, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева, впереди.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е, первый период родов, дискоординированная родовая деятельность.

Задача 7.

Потужной период длится 40 минут, потуги регулярные по 50 секунд через 2 минуты; головка не продвигается, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. С целью выяснения акушерской ситуации сделано влагалищное исследование - открытие полное, головка на 1 плоскости, стреловидный шов ближе к лонному сочленению, задняя теменная кость ниже передней.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Клинически узкий таз, задний асинклитизм.

Задача 8.

Первородящая 25 лет в потужном периоде, потуги регулярные по 50 секунд через 1-2 минуты; положение плода продольное; предлежащая часть - тазовый конец; сердцебиение плода приглушенное до 110 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодичы на 3 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, второй период родов, чисто-ягодичное предлежание, интранатальная гипоксия плода.

Задача 9.

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ - полное предлежание плаценты.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 30 недель. Полное предлежание плаценты. Кровотечение.

Задача 10.

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализы крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность - 32 недели. Полное предлежание плаценты.

Задача 11.

Поступила беременная с жалобами на ноющие боли внизу живота, поясничной области. Последняя менструация 2 месяца назад. Удовлетворительное состояние.

АД=115/70, ЧСС=76 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка увеличена до 8 недель беременности. Признаки Горвиц-Гегара и Пескачека положительные. Зев закрыт. Выделений из половых путей нет.
ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 8 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт.

Задача 12.

Поступила беременная со схваткообразными болями внизу живота, обильными кровянистыми выделениями. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, АД=100/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка мягкая, увеличена до 11-12 недель беременности; зев зияет, в области зева определяется часть плодного яйца. Обильные кровянистые выделения.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 12 недель. Аборт в ходу.

Задача 13.

Поступила беременная с жалобами на боли внизу живота, обильные кровянистые выделения. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, АД=95/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей; матка мягкая, увеличена до 9 недель; зев зияет, обильные кровянистые выделения.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 12 недель. Аборт в ходу.

Задача 14.

Поступила первородящая со схватками в течении 4 часов, с целыми водами. В течение последних 2-х дней не слышит шевеление плода. Размеры таза: 20-22-24-12см. Положение плода продольное, передний вид, 1-я позиция. Предлежащая головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка над 1-й плоскостью. С.diagonale 8 см.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов. Общеравномерно суженный таз 4 степени (абсолютно узкий таз). Антенатальная гибель плода.

Задача 15.

Поступила первобеременная с доношенной беременностью со схватками в течение 4 часов, воды отошли 3 часа назад, состояние удовлетворительное. Схватки по 35 секунд через 4-5 минут. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, головка на 2-й плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов. Передний вид затылочного вставления.

Задача 16

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок спереди слева, большой – сзади справа выше малого.

ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЮ И ВИД ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА.

Эталон ответа: Продольное положение, головное предлежание, 1-я позиция, передний вид.

Задача 17.

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева. Ниже большого.

ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЮ И ВИД ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА.

Эталон ответа:

Продольное положение, головное предлежание, 1-я позиция, задний вид.

Задача 18.

Плод расположен в 1-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания. Головка плода – в полости таза.

ГДЕ БУДУТ РАСПОЛОЖЕНЫ МАЛЫЙ РОДНИЧОК И СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

Эталон ответа:

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

Задача 19.

Плод расположен во 2-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания. Головка плода – малым сегментом в плоскости входа в малый таз.

КАКИЕ ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БУДУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ?

Эталон ответа:

Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди.

Задача 20.

Плод расположен во 2-ой позиции, заднем виде затылочного предлежания. Головка плода – большим сегментом в плоскости входа в малый таз.

КАКИЕ ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БУДУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ?

Эталон ответа:

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади.

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Какая пренатальная диагностика врожденных пороков развития и ХА осуществляется по протоколу при беременности?

Эталон ответа:

Это генетическая «двойка» (ХГЧ и РаРР) и УЗИ в 9-11 недель; при отклонениях в ней – генетическая «тройка» (ХГЧ, эстриол и АФП) и УЗИ в 15-18 недель; при показании - амниоцентез с последующей диагностикой геномных патологий по синдромам Дауна, Эдвардса, Патау. Возможен неинвазивный тест (НИПТ) из крови беременной на патологию 21 хромосомы или НИПТ ToTal по всем хромосомам.

Вопрос 2. Какой аппаратный метод является основным в диагностике гипоксии плода (острой и хронической)?

Эталон ответа:

Этим методом является кардиотокография.

Вопрос 3. В какой период беременности ставится диагноз клинически узкого таза?

Эталон ответа:

Этот диагноз возможно поставить только в родах, при открытии шейки матки не менее 6 см (до полного) и отсутствии плодного пузыря.

Вопрос 4. Какие типы головного предлежания существуют?

Эталон ответа:

Это затылочное, переднеголовное, лобное, лицевое.

Вопрос 5. При каком типе головного предлежания роды через естественные родовые пути невозможны?

Эталон ответа:

При лобном предлежании.

Вопрос 6. Каким образом оцениваются характеристики костного таза?

Эталон ответа:

Оценить костный таз и диагностировать его патологию возможно путем наружных и внутренних измерений. Это *dist. spinarum*, *dist. cristarum*, *dist. trochanterica*, наружная конъюгата (все это тазомером) и диагональная конъюгата – при влагалищном исследовании.

Задания на дополнения

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово.

Структурно-функциональной единицей плаценты считают _____

Эталон ответа: котиледон

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите только два слова:

Совокупность всех движений, которые совершает плод, проходя через родовые пути называется _____

Эталон ответа: «биомеханизм родов», биомеханизмом родов

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите окончание предложения:

Допустимая кровопотеря при физиологических родах не должна превышать _____

Эталон ответа: 0,5 % от массы тела

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите ответ:

Длительность 3 периода родов не должна превышать _____

Эталон ответа: 15 минут

Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Изменение формы головки при прохождении её через родовые пути называется _____

Эталон ответа: «конфигурация», конфигурацией

Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите два слова:

Отёк мягких тканей головки в области проводной точки, образующийся в период изгнания называется _____

Эталон ответа: «родовая опухоль», родовой опухолью

Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Кровоизлияние под надкостницу теменной кости у новорождённого называется _____

Эталон ответа: «кефалогематома», кефалогематомой

Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Появление головки из половой щели только во время потуги называется _____

Эталон ответа: «врезывание», врезыванием

Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

После рождения последа женщина называется _____

Эталон ответа: «родильница», родильницей

Задание 10. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Беременность, при которой в организме развивается два или большее число плодов, называется _____

Эталон ответа: «многоплодная», многоплодной

ОПК - 7

Задания закрытого типа:

Тесты

1). При дискоординированной родовой деятельности не показано:

1. введение утеротоников
2. применение бета-адреномиметических препаратов
3. медикаментозный сон в родах
4. кесарево сечение

Эталон ответа: 1

2). Амниотомия показана при:

1. раскрытии шейки матки не менее чем на 5–6 см
2. гестозе и начале родовой деятельности
3. дискоординированной родовой деятельности
4. неполном предлежании плаценты в родах
5. всех перечисленных условиях

Эталон ответа: 5

3). Стимуляция родовой деятельности противопоказана при:

1. несоответствии размеров таза размерам головки плода
2. наличии рубца на матке
3. неполном предлежании плаценты
4. подозрении на преждевременную отслойку плаценты
5. всех перечисленных условиях

Эталон ответа: 5

4). При обнаружении матки Кувелера на операции кесарева сечения необходимо:

1. продолжать вводить утеротоники
2. провести выскабливание полости матки кюреткой
3. перевязать сосуды матки по методу Цицинашвили
4. выполнить операцию удаления матки и возместить кровопотерю

Эталон ответа: 4

5). Основной метод остановки кровотечения в последовом периоде:

1. введение утеротоников
2. инфузионно-трансфузионная терапия
3. выскабливание полости матки
4. ручное обследование полости матки
5. ручное отделение плаценты и выделение последа

Эталон ответа: 5

6). При лечении ранних токсикозов не используют:

1. седативные препараты
2. инфузионную терапию
3. физиотерапию
4. противорвотные препараты
5. диуретики

Эталон ответа: 5

7). Инфузионная терапия при тяжелых формах гестоза направлена на:

1. уменьшение гиповолемии
2. улучшение реологических свойств крови
3. снятие генерализованного спазма сосудов
4. дегидратацию
5. все перечисленное

Эталон ответа: 5

8). Объем оперативного вмешательства при разрыве матки определяется:

1. состоянием роженицы
2. степенью повреждения матки при ее разрыве
3. состоянием плода
4. отягощенностью акушерского анамнеза
5. всеми перечисленными факторами

Эталон ответа: 5

9). Показаниями для назначения обезболивающих препаратов в I периоде родов являются:

1. раскрытие шейки матки до 4 см
2. слабость родовой деятельности
3. болезненные схватки
4. начало активной фазы родов
5. состояние плода

Эталон ответа: 3, 4

10). Режим поведения роженицы в родах зависит от:

1. предлежания плода
2. целостности околоплодного пузыря
3. состояния роженицы
4. желания роженицы
5. желания медперсонала

Эталон ответа: 1, 2, 3

11). К оказанию ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании приступают с момента:

1. врезывания ягодич
2. рождения плода до пупка
3. рождения плода до нижнего угла лопаток
4. прорезывания ягодич
5. рождения плечевого пояса

Эталон ответа: 4

12). Установите последовательность этапов операции наложения акушерских щипцов:

1. введение ложек
2. анестезиологическое пособие
3. внутреннее исследование
4. замыкание щипцов
5. собственно тракции
6. пробная тракция
7. снятие щипцов
8. перинеотомия

Эталон ответа: 3, 2, 1, 4, 6, 8, 5, 7

13). После рождения первого плода в матке обнаружен второй плод в продольном положении. Установите последовательность действий:

1. определить состояние плода
2. определить положение и предлежащую часть второго плода наружными приемами
3. вскрыть плодный пузырь второго плода
4. перевязать пуповину первого плода
5. управление потужной деятельностью
6. прием родов

Эталон ответа: 4, 2, 1, 3, 5, 6

14). Установите последовательность проведения ручного обследования полости матки:

1. освободить полость матки от сгустков и задержавшихся частей последа
2. подготовить операционное поле, внутривенный наркоз
3. определить целостность стенок матки и ее тонус
4. оценить объем кровопотери и общее состояние
5. внутривенно ввести утеротоники
6. осмотреть мягкие родовые пути
7. ввести руку во влагалище и далее в полость матки

Эталон ответа: 2, 7, 1, 3, 5, 6, 4

15). Последовательность действий при послеродовых гипотонических кровотечениях (по протоколу):

1. баллонирование;
2. гемостатические швы на матку,
3. перевязка подвздошных сосудов,
4. ручной контроль полости матки и массаж на кулаке,
5. утеротоники,
6. перевязка маточных сосудов,
7. ревизия родовых путей.

Эталон ответа: 4, 5, 7, 1, 6, 2, 3.

16). Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1. в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
2. в локальном воздействии на очаг инфекции
3. в повышении неспецифической активности организма
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Эталон ответа: 4

17). Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена:

1. золотистым стафилококком
2. грамотрицательной флорой
3. анаэробами
4. ассоциацией микроорганизмов
5. ничем из перечисленного

Эталон ответа: 4

Задания открытого типа

Ситуационные задачи

Задача 1.

Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, беременность доношенная, схватки по 35-40 секунд через 4-5 минут, воды отошли 2 часа назад. Окружность живота - 105 см., ВДМ 41 см. Положение плода продольное, спинка кпереди, слева; предлежит тазовый конец; головка определяется у дна матки; сердцебиение ясное, ритмичное слева выше пупка. Влагалищное исследование - шейка матки укорочена, края податливы, открытие 6 см; предлежащая часть - ягодичы на 1-й плоскости, линия trochanterica в правом косом размере, копчик слева.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, первый период родов, чисто-ягодичное предлежание, крупный плод. Показана операция – кесарево сечение.

Задача 2.

Поступила повторнородящая с доношенной беременностью в потужном периоде, потуги регулярные через 1-2 минуты по 45-50 секунд; положение плода продольное, спинка кзади. Предлежащая часть в полости малого таза; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, головка на 4-й плоскости, стреловидный шов в прямом выходе из малого таза, малый родничок кзади.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, второй период родов, задний вид затылочного предлежания.

Продолжить роды консервативно.

Задача 3.

Поступила первородящая с доношенной беременностью. Схватки регулярны, по 35 секунд через 5 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, плодного пузыря нет; головка на 1-й плоскости, определяется лобный шов, надбровные дуги.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов, головное предлежание, лобное вставление.

Операция кесарева сечение, роды невозможны.

Задача 4.

Поступила повторнородящая с доношенной беременностью в потужном периоде, потуги регулярны через 1-2 минуты по 45-50 секунд; положение плода продольное, спинка кпереди, предлежащая часть – тазовый конец - в полости малого таза. В дне матки определяется головка. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодицы на 4 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, второй период родов, чисто-ягодичное предлежание.

Оказать пособие по Цовьянову.

Задача 5.

Поступила первородящая с доношенной беременностью со схватками с течением 5 часов, с отхождением вод 2 часа назад. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз; сердцебиение ясное, ритмичное до 130 уд в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 6 см.; плодного пузыря нет; определяются корень носа, надбровные дуги, подбородок; лицевая линия в правом косом направлении, подбородок кпереди.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов; лицевое вставление, передний вид.

Тактика оперативная, кесарево сечение.

Задача 6.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Третий период родов. Полное интимное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

Задача 7.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Последовый период, полное интимное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операции.

Задача 8.

Беременная поступила с жалобами на ноющие боли внизу живота и поясничной области. Регулярной родовой деятельности нет. Сроки беременности 39-40 недель. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; цервикальный канал до 2,5 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 недель. Незрелая шейка, предвестники родов.

Начать подготовку шейки к родам, снять болевой синдром.

Задача 9.

Поступила первобеременная с доношенной беременностью, без регулярной родовой деятельности, с отхождением околоплодных вод 6 часов назад. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежащая часть – головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка центрирована, мягкая, до 1 см, свободно проходима для пальца; плодного пузыря нет. Головка над 1-й плоскостью.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 40 недель. Дородовое излитие околоплодных вод, зрелая шейка.

Развести оболочки, начать родовозбуждение окситоцином.

Задача 10.

Поступила первобеременная со сроком беременности 34 недели. Жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, боли в эпигастральной области; на ногах – выраженные отеки. АД=160/100, 170/120. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; канал до 2 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью таза.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 34 недели. Преэклампсия тяжелой степени.

Немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения с продолжением лечения позднего гестоза.

Задача 11.

Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, воды отошли 2 часа назад. Схватки по 35-40 секунд через 4 минуты. Положение плода продольное, спинка справа, кзади. Предлежащая часть – головка - малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка укорочена, податлива, открытие 6 см.; головка на 2-й плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа, кзади.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, первый период родов, задний вид затылочного предлежания, 2-я позиция.

Продолжить роды через естественные родовые пути.

Задача 12.

Поступила беременная на родовую госпитализацию. Срок беременности 39-40 недель, размеры таза 24-26-28-18, индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Окружность живота 102 см, ВДМ 40 см. Влагалищное исследование - шейка центрирована, диффузно размягчена; канал до 1 см, пропускает палец. Предлежащая головка над 1-й плоскостью. Плодный пузырь цел. Con.diagonale 9 см.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 недель, общеравномерносуженный таз 1-й степени, крупный плод.

Показана операция кесарева сечения в плановом порядке.

Задача 13.

Повторнородящая поступила с доношенной беременностью. Схватки начались 7 часов назад, воды не отошли. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, спинка слева, кзади. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка укорочена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежащая часть головки на 1-й плоскости, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева, кзади.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, первый период родов, первичная слабость родовой деятельности.

Плоский плодный пузырь. Задний вид затылочного предлежания, 1-я позиция.

Сделать амниотомию и начать стимуляцию родовой деятельности при помощи окситоцина, роды вести консервативно.

Задача 14.

Первобеременная с доношенной беременностью поступила со схватками в течении 4 часов, с отошедшими водами 2 часа назад, схватки по 20 секунд через 5 минут. Положение плода продольное, спинка кпереди, влево. Окружность живота 99 см. ВДМ-39 см. Предлежащая часть -тазовый конец, прилежит ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 4 см.; плодного пузыря нет, предлежат ножки плода.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов, ножное предлежание, крупный плод.

Показана операция кесарева сечения.

Задача 15.

Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ? ЭКСТРЕННЫЕ МЕРЫ?

Эталон ответа:

Атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

На I этапе: ручной контроль полости матки с наружно-внутренним массажем, в/в введение утеротоников, ГЭКов и простагландинов per rectum.

Задача 16.

Первые своевременные роды длятся 6 часов. Явления позднего гестоза 1 ст. Схватки хорошей силы через 4-5 минут по 35-40 секунд, болезненные. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Воды не изливались. Открытие шейки матки 3 см.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Роды I-е, в срок, I-й период родов, поздний гестоз первой степени.

Роды вести консервативно, через естественные родовые пути на фоне гипотензивной терапии. В настоящий момент – амниотомия (в качестве профилактики слабости родовой деятельности, отслойки плаценты, затяжных родов).

Задача 17.

Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Интимное приращение или истинное приращение плаценты.

Ручное отделение плаценты и выделение последа. При обнаружении истинного вращения плаценты – лапаротомия и метростомия после перевязки подвздошных сосудов или наложения турникета, либо – удаление матки.

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Что такое ранний послеродовой период, какими осложнениями он чреват?

Эталон ответа:

Ранний послеродовой период – это первые 2 часа после завершения родов, когда наиболее часто встречаются гипо- и атонические кровотечения, требует пристального внимания врача, профилактики кровотечения.

Вопрос 2. С какой целью вводят антирезусиммуноглобулин Д женщинам с Rh(-) кровью после родов, в какие сроки?

Эталон ответа:

Это осуществляется в ближайшие 72 часа после родов, с целью профилактики резус-конфликта при последующих беременностях.

Вопрос 3. Какие наружные приемы существуют для отделения плаценты?

Эталон ответа:

Таких приемов не существует. Ручное отделение плаценты с последующим выделением последа производится только путем внутриматочного вмешательства.

Вопрос 4. Какие причины кровотечений характерны для II половины беременности?

Эталон ответа:

Для этого периода беременности характерны кровотечения, связанные с предлежанием плаценты и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что, при обильной кровопотере, требует немедленного завершения беременности путем операции кесарева сечения.

Вопрос 5. Как проводится родоразрешение беременной при абсолютно узком тазе?

Эталон ответа:

При абсолютно узком тазе роды через естественные родовые пути невозможны даже при уменьшенных размерах плода (недоношенность), поэтому – только абдоминальное родоразрешение (кесарево сечение).

Задания на дополнение

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

По протоколу в периоде изгнания при чистоягодичном предлежании оказывают пособие

Эталон ответа: по Цовьянову

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Родоразрешение при поперечном положении плода осуществляется путем _____

Эталон ответа: кесарева сечения.

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

Ведение последового (III) периода родов осуществляется _____

Эталон ответа: выжидательно.

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Послеродовой период продолжается _____

Эталон ответа: 42 дня.

Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

Полноценная лактация начинается на _____ сутки послеродового периода.

Эталон ответа: третьи

ПК – 3:

Задания закрытого типа

Тесты

1). При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо:

1. пролонгировать только в зависимости от состояния женщины,
2. прерывать,
3. сохранять,
4. все ответы неверны,
5. вопрос о возможности пролонгирования решается после консультации врача-реабилитолога.

Эталон ответа: 1

2). При пороках сердца для прерывания беременности в поздние сроки (больше 12 недель) противопоказано применение:

1. кесарева сечения,
2. влагалищного кесарева сечения,
3. интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия,
4. правильно 1, 2, 3
5. правильно 2

Эталон ответа: 3

3). Абсолютным показанием для прерывания беременности является заболевание беременной краснухой в сроке беременности:

1. 8-12 недель,
2. 12-16 недель,
3. 16-20 недель,
4. 20-24 недели,
5. правильно 1 и 2.

Эталон ответа: 5

4). Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

1. родов
2. раннего самопроизвольного выкидыша
3. кесарева сечения
4. искусственного аборта
5. позднего самопроизвольного выкидыша

Эталон ответа: 3

5). Факторы, которые влияют на выбор способа родоразрешения:

1. возраст беременной
2. акушерский анамнез
3. рубец на матке
4. локализация плаценты
5. пол плода
6. масса беременной

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

6). Наиболее частой формой послеродовой инфекции является:

1. мастит
2. тромбоз
3. эндометрит
4. септический шок
5. перитонит

Эталон ответа: 3

7). Для послеродового мастита не характерно:

1. повышение температуры тела с ознобом
2. нагрубание молочных желез
3. ограниченный инфильтрат
4. свободное отделение молока
5. гиперемия кожи в области инфильтрата

Эталон ответа: 4

8). Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у роженицы:

1. урогенитальной инфекции
2. экстрагенитальной патологии
3. невосполненной кровопотери
4. длительного безводного промежутка
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 5

9). Источником инфекции при послеродовом мастите является:

1. микробная флора зева и носа новорожденного
2. очаг инфекции в организме роженицы
3. нарушение санэпид. режима
4. правильные ответы 2 и 3
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 5

10). Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:

1. флегмонозный
2. гангренозный
3. абсцедирующий
4. инфильтративно-гнойный
5. инфильтративный

Эталон ответа: 2

Задания открытого типа

Ситуационные задачи

Задача 1.

Роженица переведена в родзал в потужном периоде. Потуги регулярные, по 50 сек через 2 мин. После последней потуги сердцебиение плода приглушенное, аритмичное до 100 ударов в минуту. Положение плода продольное. Головка в полости малого таза. С целью выяснения акушерской ситуации проведено влагалищное исследование: открытие полное, головка на третьей плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В РОДАХ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникла внутриутробная интранатальная гипоксия плода (тахикардия).

Для быстрого завершения родов – родостимуляция.

Задача 2.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалина отрицательный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Частичное интимное прикрепление плаценты.

Показано ручное отделение плаценты, выделение последа, контроль полости матки (с обязательным обезболиванием).

Задача 3

Потужной период длится 30 минут; потуги ритмичные, по 50 секунд через 1-2 минуты. После последней потуги сердцебиение плода стало аритмичным, приглушенным, до 90 ударов в минуту. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Влагалищное исследование - открытие полное, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок кзади.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В ПОТУЖНОМ ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Интранатальная гипоксия плода, задний вид затылочного предлежания, головка на тазовом дне.

С целью быстрого завершения родов – родостимуляция.

Задача 4

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Необходимо выделение последа наружными приемами (Абуладзе, Креде).

Задача 5.

Поступила первородящая 38 лет со схватками, которые начались 7 часов назад; воды отошли 3 часа назад. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают, светлые воды. Головка над 1 плоскостью.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В I ПЕРИОДЕ РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Несвоевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности.
Показана родостимуляция.

Задача 6.

Первородящая 23 лет, в родах 5 часов, схватки регулярные, болезненные по 35 секунд через 4-5 минут; положение плода продольное; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка матки сглажена, края умеренно податливые, открытие 4 см; во время схватки шейка уплотняется, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды; головка на 1 плоскости, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева, кпереди.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В I ПЕРИОДЕ РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Дискоординированная родовая деятельность.
Показано адекватное обезболивание, спазмолитики.

Задача 7

Потужной период длится 40 минут, потуги регулярные по 50 секунд через 2 минуты; головка не продвигается, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. С целью выяснения акушерской ситуации сделано влагалищное исследование - открытие полное, головка на 1 плоскости, стреловидный шов ближе к лонному сочленению, задняя теменная кость ниже передней.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В НАЧАЛЕ II ПЕРИОДА РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Клинически узкий таз, задний асинклитизм.
Роды при заднем асинклитизме невозможны. Показано кесарево сечение.

Задача 8.

Первородящая 25 лет в потужном периоде, потуги регулярные по 50 секунд через 1-2 минуты; положение плода продольное; предлежащая часть - тазовый конец; сердцебиение плода приглушенное до 110 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодичы на 3 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ЧИСТО-ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникла интранатальная гипоксия плода.
Показано извлечение плода за тазовый конец с оказанием классического ручного пособия.

Задача 9.

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникло обильное кровотечение.
Необходимо срочное кесарево сечение.

Задача 10.

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение

плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализы крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В 32 НЕДЕЛИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникло незначительное кровотечение.

Возможно пролонгирование беременности на койке патологии, назначение гемостатиков (транексам).

Задача 11.

Поступила первородящая со схватками в течении 4 часов, с целыми водами. В течение последних 2-х дней не слышит шевеление плода. Размеры таза: 20-22-24-12см. Положение плода продольное, передний вид, 1-я позиция. Предлежащая головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка над 1-й плоскостью. С.diagonale 8 см.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Аntenатальная гибель плода при абсолютно узком тазе.

Несмотря на антенатальную гибель плода, родоразрешение возможно только путем кесарева сечения.

Задача 12.

Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, беременность доношенная, схватки по 35-40 секунд через 4-5 минут, воды отошли 2 часа назад. Окружность живота - 105 см., ВДМ 41 см. Положение плода продольное, спинка кпереди, слева; предлежит тазовый конец; головка определяется у дна матки; сердцебиение ясное, ритмичное слева выше пупка. Влагалищное исследование - шейка матки укорочена, края податливы, открытие 6 см; предлежащая часть - ягодицы на 1-й плоскости, линия trochanterica в правом косом размере, копчик слева.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Чисто-ягодичное предлежание при крупном плоде.

Показана операция – кесарево сечение.

Задача 13.

Поступила первородящая с доношенной беременностью. Схватки регулярны, по 35 секунд через 5 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, плодного пузыря нет; головка на 1-й плоскости, определяется лобный шов, надбровные дуги.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Головное предлежание, лобное вставление.

Операция кесарева сечение, роды невозможны.

Задача 14.

Поступила первородящая с доношенной беременностью со схватками с течение 5 часов, с отхождением вод 2 часа назад. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз; сердцебиение ясное, ритмичное до 130 уд в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 6 см.; плодного пузыря нет; определяются корень носа, надбровные дуги, подбородок; лицевая линия в правом косом направлении, подбородок кпереди.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В РОДАХ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Лицевое вставление, передний вид.

Оперативная тактика, кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути возможны, но очень травматичны для плода.

Задача 15.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное интимное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

Задача 16.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное интимное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операционной.

Задача 17.

Беременная поступила с жалобами на ноющие боли внизу живота и поясничной области. Регулярной родовой деятельности нет. Сроки беременности 39-40 недель. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; цервикальный канал до 2,5 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Незрелая шейка при доношенной беременности, предвестники родов.

Начать подготовку шейки к родам, снять болевой синдром.

Задача 18.

Поступила первобеременная со сроком беременности 34 недели. Жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, боли в эпигастральной области; на ногах – выраженные отеки. АД=160/100, 170/120. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; канал до 2 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью таза.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Преэклампсия тяжелой степени.

Немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения с продолжением лечения позднего гестоза.

Задача 19.

Поступила беременная на родовую госпитализацию. Срок беременности 39-40 недель, размеры таза 24-26-28-18, индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Окружность живота 102 см, ВДМ 40 см. Влага-

лищное исследование - шейка центрирована, диффузно размягчена; канал до 1 см, пропускает палец. Предлежащая головка над 1-й плоскостью. Плодный пузырь цел. Con.diagonale 9 см.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Общеравномерно суженный таз 1-й степени, при крупном плоде.

Показана операция кесарева сечения в плановом порядке.

Вопросы для собеседования.

Вопрос 1. Как проводится в настоящее время профилактика гонобленнореи?

Эталон ответа:

Это 2-х кратное закладывание за веки новорожденного (и в половую щель девочки) 1% мази тетрациклина, начиная с момента рождения.

Вопрос 2. Какие вспомогательные репродуктивные технологии Вы можете назвать?

Эталон ответа:

Это инсеминация, ЭКО, ИКСИ, ЗИФТ, ГИФТ.

Вопрос 3. В чем заключается профилактика изосерологической несовместимости матери и плода по резус-фактору до беременности?

Эталон ответа:

До беременности – это профилактика первого аборта у нерожавших Rh (-) женщин, соблюдение интервала между родами в 3-4 года у рожавших.

Вопрос 4. Какая профилактика гемолитической болезни новорожденного осуществляется во время беременности у Rh(-) женщины при Rh(+) у отца?

Эталон ответа:

Это введение антирезусиммуноглобулина Д в сроках 28 и (при необходимости повторного введения) в 32 недели; условие – отсутствие антител в крови матери накануне введения.

Вопрос 5. Какое осложнение для плода возникает при изосерологической несовместимости по Rh фактору?

Эталон ответа:

Этим осложнением является гемолитическая болезнь плода и новорожденного в анемической, желтушной и отечной формах.

Вопрос 6. К каким осложнениям приводит пиелонефрит при беременности (гестационный или обострение хронического)?

Эталон ответа:

Типичными осложнениями являются сочетанный гестоз, гипоксия плода, задержка его развития, недонашивание беременности и внутриутробное инфицирование плода.

Вопрос 7. Какие методы коррекции дискоординации родовой деятельности являются эффективными, а какие – противопоказаны?

Эталон ответа:

Эффективное лечение дискоординации – это спазмолитики и рациональное обезболивание; противопоказанной является родостимуляция.

Задания на дополнения:

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

_____ тип строения плаценты, характерный для человека, приводит к неизбежной кровопотере в родах и возможности интра- и постнатальных кровотечений.

Эталон ответа: гемохориальный.

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

_____ форма гемолитической болезни плода и новорожденного некурабельна, несовместима с жизнью.

Эталон ответа: отечная.

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Наиболее неблагоприятным по исходам родов для плода из тазовых предлежаний является _____

Эталон ответа: полное ножное

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

Самой тяжелой формой позднего гестоза является _____

Эталон ответа: эклампсия.

ПК-12:

Задания закрытого типа

Тесты

1). Длина плода в 9 см соответствует сроку беременности

1. 3 мес.
2. 4 мес.
3. 5 мес.
4. 6 мес.

Эталон ответа: 1

2). Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев

1. на 5
2. на 4
3. на 3
4. на 2

Эталон ответа: 1

3). В 28 недель гестационного возраста длина плода равна

1. 35 см
2. 30 см
3. 24 см
4. 18 см

Эталон ответа: 1

4). В 36 недель гестационного возраста длина плода равна

1. 48 см
2. 45 см
3. 43 см
4. 40 см
5. 35 см

Эталон ответа: 2

5). В 40 недель беременности в среднем длина плода, как правило, составляет

1. 55 см
2. 53 см
3. 50 см
4. 45 см
5. 40 см

Эталон ответа: 3

6). Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности приходится на срок

1. 16-20 недель
2. 22-24 недели
3. 26-36 недель
4. 38-40 недель

Эталон ответа: 3

7). В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения

1. гипохлоргидрия
2. усиление моторной функции желудка
3. усиление перистальтики кишечника
4. увеличение секреции пепсина

Эталон ответа: 1

8). В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза

1. гиперкоагуляция
2. гипокоагуляция
3. коагулопатия потребления
4. активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена
5. активизация только плазменного звена

Эталон ответа: 1

9). Наиболее частыми осложнениями в I триместре беременности являются все перечисленные, кроме

1. угрозы выкидыша
2. раннего токсикоза
3. анемии
4. гипотонии
5. нефропатии

Эталон ответа: 5

10). В 28 недель беременности плод имеет массу тела

1. 500 г
2. 800 г
3. 1000 г
4. 1400 г
5. 1800 г

Эталон ответа: 3

11). Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит в срок гестационного возраста

1. 13-20 недель
2. 21-26 недель
3. 27-34 недели
4. 35-40 недель

Эталон ответа: 1

12). Генотип совпадает с фенотипом

1. всегда
2. не всегда
3. только на ранних стадиях развития
4. только после рождения

Эталон ответа: 2

13). Максимальное растяжение матки происходит при сроке беременности

1. 20-26 недель
2. 27-30 недель
3. 31-36 недель
4. 37-39 недель
5. 40 недель

Эталон ответа: 3

14). Высота дна матки в 32 недели беременности составляет

1. 25 см
2. 30 см
3. 35 см
4. 40 см

Эталон ответа: 2

15). Балльная оценка степени "зрелости" шейки матки предусматривает оценку всех следующих признаков, кроме

1. симптома "зрачка"
2. консистенции влагалищной части шейки матки
3. длины шейки
4. проходимости шейного канала

Эталон ответа: 1

16). Для "зрелой" шейки матки характерно все перечисленное, кроме

1. размягчения шейки
2. открытия шейного канала на 2-3 см
3. расположения наружного зева на уровне спинальных линий
4. плотности внутреннего зева

Эталон ответа: 4

17). Запоздалое созревание плаценты может приводить

1. к перенашиванию беременности
2. к преждевременной отслойке плаценты
3. к незрелости плода
4. 1 и 2
5. 3 и 4

Эталон ответа: 1

18). Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме

1. изменения контуров и смещения дна матки
2. опускания отрезка пуповины
3. отсутствия втягивания пуповины при глубоком вдохе роженицы
4. прекращения пульсации пуповины
5. усиления кровотечения из половых путей

Эталон ответа: 5

19). Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет

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

Эталон ответа: 3

20). Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей, как правило, составляет

1. 3-5 ч
2. 5-7 ч
3. 6-8 ч
4. 10-12 ч
5. верно 1

Эталон ответа: 3

21). При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометральный кровоток

1. возрастает
2. снижается
3. не изменяется
4. временно прекращается
5. увеличивается в одних участках матки, уменьшается в других

Эталон ответа: 2

22). Нормальный подготовительный период характеризуется всем перечисленным, кроме

1. болезненности
2. формирования в ЦНС доминанты родов
3. увеличения уровня эстрогенов (эстриола), обеспечивающих биологическую готовность организма к родам
4. повышения тонуса симпатико-адреналовой системы
5. увеличения амплитуды сокращений матки

Эталон ответа: 1

23). Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря

1. до 400 мл
2. до 500 мл
3. до 600 мл
4. до 800 мл

Эталон ответа: 1

24). Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается

1. в усилении надпочечниками плода продукции кортизола
2. в повышении продукции тиреотропного гормона у плода
3. в снижении выработки прогестерона тканями плаценты
4. в усиленной продукции гистамина тканями плаценты
5. верно 2 и 3

Эталон ответа: 1

25). Масса тела плода в третьем триместре беременности характеризуется следующей закономерностью

1. удваивается каждые 4 недели
2. удваивается каждые 6 недель
3. утраивается каждые 5 недель
4. верно 1
5. верно 3

Эталон ответа: 2

Задания открытого типа

Ситуационные задачи

Задача 1.

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25-26 нед с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистые выделения из половых путей скудные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ? ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа.

Беременность 25-26 нед. Предлежание плаценты?

Госпитализация в отделение патологии беременных, где будет произведен осмотр шейки матки при помощи зеркал. УЗИ.

Лечение - токолитическое, гемостатическое, антианемическое.

Задача 2.

В родильный дом поступила роженица с 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.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Первый период родов. Боковое предлежание плаценты. Кровотечение.

Амниотомия. При прекращении кровотечения роды вести консервативно, под контролем состояния плода и характера кровяных выделений из половых путей. При продолжении кровотечения - чревосечение, кесарево сечение.

Задача 3.

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом с доношенной беременностью в связи с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Полное предлежание плаценты.

Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 4.

У роженицы со сроком беременности 36 нед, при полностью сглаженной шейке матки, открытии 4 см и целом плодном пузыре начались умеренные кровяные выделения. Слева, у края маточного зева определяется плацентарная ткань. Плодный пузырь «наливается» во время схватки. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту.

ДИАГНОЗ? КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ МЕСТО? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 36 нед, I период родов, краевое предлежание плаценты.

Амниотомия. Роды вести через естественные родовые пути под контролем за состоянием плода и характером выделений из половых путей, при усилении кровяных выделений - кесарево сечение.

Задача 5.

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ – полное предлежание плаценты. ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 30 недель. Полное предлежание плаценты. Обильное кровотечение. Экстренное оперативное родоразрешение.

Задача 6.

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализы крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В 32 НЕДЕЛИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Незначительное кровотечение.

Возможно пролонгирование беременности на койке патологии, назначение гемостатиков (транексам).

Задача 7

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид, головка высоко над входом в малый таз; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту. При влагалищном исследовании с развернутой операционной – зев закрыт, при пальпации через своды – губчатая ткань.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное предлежание плаценты.

После подтверждения диагноза на УЗИ показано кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 8

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализ крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ТАКОМ ДИАГНОЗЕ?

Эталон ответа:

В связи с недоношенным сроком беременности и незначительными кровянистыми выделениями возможна пролонгация беременности. Показан тщательный мониторинг состояния плода, контроль анализа крови, гемодинамики беременной, выделений из половых путей, гемостатическая терапия.

Задача 9.

Родильница В., 27 лет, родила 15 минут назад здорового доношенного мальчика, весом 3450 г. В анамнезе 2 медицинских аборта. Соматически здорова. Признаки отделения последа отсутствуют, из половых путей умеренные кровянистые выделения. Кровопотеря 180 мл. АД 115/75, 115/70 мм ртутного столба, пульс 76 ударов в 1 минуту. Через 15 минут кровотечение продолжается в прежнем темпе. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 320 мл.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, 3-й период родов. Плотное прикрепление плаценты.

Ручной контроль полости матки. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 10.

У родильницы О.1-е роды. В анамнезе метроэндометрит после медицинского аборта. После рождения здоровой доношенной девочки признаки отделения последа отсутствовали в течение 30 минут. Врач попытался произвести ручное отделение последа, установил тесную связь части плаценты со стенкой матки, вследствие чего усилилось кровотечение, кровопотеря составила 480 мл. АД 100/60, 110/70 мм рт. ст., пульс 98 ударов в 1 минуту. ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, 3-й период родов. Частичное вращение плаценты.

Лапаротомия. Удаление плаценты, метропластика на фоне турникета или перевязки сосудов (маточных, яичниковых, возможно – подвздошных).

Задача 11.

На учете по беременности женщина 30 лет, в анамнезе 2 родов, которые завершились операцией кесарева сечения. При очередном посещении женской консультации выполнено УЗИ, которое выявило вращение плаценты в рубец после КС в нижнем сегменте матки с формированием «аневризмы матки» на всем протяжении рубца, срок беременности 34 недели.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 3-я, 34 недели. Рубец на матке. Полное вращение плаценты.

Плановая госпитализация в 36-37 недель; лапаротомия, кесарево сечение донное; иссечение аневризмы матки, удаление плаценты, метропластика нижнего сегмента матки (на фоне перевязки сосудов); при отсутствии возможности – окклюзии сосудов и метропластики – необходимо выполнить гистерэктомию.

Задача 12.

В сроке беременности 29-30 недель у беременной отмечались кровянистые выделения из половых путей. При УЗИ и МРТ выявлена placenta percreta. В анамнезе 3 кесарева сечения без осложнений.

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ?

Эталон ответа:

Показана госпитализация в стационар 3 уровня, проведение клинико-лабораторного обследования, определение состояния плода. Решение вопроса о сроках и месте оперативного родоразрешения, включение в операционную бригаду, наряду с акушером-гинекологом, сосудистого хирурга, уролога. Использование аппарата для аутоотрансфузии крови Cell Saver.

Задача 13.

После рождения новорожденного прошло 10 минут, одномоментно выделилось 700 мл крови со сгустками, состояние роженицы резко ухудшилось. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД=80/40 мм рт. ст., ЧСС=100 ударов в минуту. Кровотечение продолжается. Признаки отделившегося последа отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Это частичное интимное прикрепление плаценты или частичное вращение плаценты.

Одномоментно – восполнить ОЦК кристаллоидами и коллоидами, обезболивание, ручное отделение плаценты и выделение последа, утеротоники, гемостатическая терапия. При невозможности отделения плаценты (вращение) – прекратить манипуляцию, взять анализ крови, показатели гемостаза, перевести в операционную. После лапаротомии и перевязки сосудов или наложения турникета осуществить метропластику.

Задача 14.

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Пульс 100 ударов в 1 мин, отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, матка в постоянном тонусе, болезненная, сердцебиение плода глухое.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 нед. Преэклампсия. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

ИВЛ, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Интенсивная терапия гестоза: инфузионная, гипотензивная терапия.

Задача 15.

У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно пациентка побледнела, появились сильные распирающие боли в животе, матка в постоянном тонусе. Сердцебиение плода 100-110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в узкой части полости малого таза.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 нед. Головное предлежание. II период родов. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

Вскрытие плодного пузыря. Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача 16.

В родильный дом доставлена беременная, предъявлявшая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 нед. Беременность протекала с явлениями гестоза.

Общее состояние средней тяжести, пульс 90 уд/мин., АД 130/90 - 140/90 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения, головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 35-36 нед. Головное предлежание. Гестоз. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 17.

У первобеременной на фоне отеков, артериального давления 140/90 мм. рт.ст, во время потуг появились боли в животе, слабость, головокружение, кровяные выделения из половых путей. Пульс участился до 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм. рт.ст. Матка напряжена, болезненная при пальпации, больше справа, между потугами не расслабляется. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода - около 100 ударов в минуту. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части малого таза. Малый родничок слева, спереди и ниже большого.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Затылочное вставление. Первая позиция. Передний вид. Второй период родов. Гестоз. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Операция наложения полостных акушерских щипцов, ручное отделение и выделение последа.

Задача 18.

Первая беременность, роды в срок. Регулярная родовая деятельность продолжается 3 часа. Таз нормальный. Симптомы гестоза. Внезапно появились боли в животе, обморочное состояние, падение артериального давления. Матка плотная, не расслабляется. По правому ребру резкая болезненность матки. Сердцебиение плода прекратилось. При влагалищном исследовании: шейка матки пропускает один палец, плодный пузырь цел. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, незначительные кровяные выделения.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Головное предлежание. I период родов. Гестоз. Отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода.

Чревосечение. Кесарево сечение. Инфузионно-трансфузионная терапия.

Задача 19.

Первые срочные роды, крупным плодом (масса 4300,0).

Третий период родов продолжается 10 мин. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 20.

Срочные роды. В анамнезе четыре искусственных аборта, последний осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре. Родилась доношенная девочка весом 4100,0, длина 53 см. Моча выделена катетером. Через 10 минут после рождения плода началось кровотечение из половых путей. Признаков отделения плаценты нет. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Ручное отделение и выделение последа, инфузионная терапия, утеротоническая терапия.

Задача 21.

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, два 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".

ДИАГНОЗ? С КАКИМИ СОСТОЯНИЯМИ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ? КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМЫ?

Эталон ответа:

III период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Разрыв шейки матки, разрыв матки.

Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование стенок полости матки, осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал.

Задача 22.

Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Плотное прикрепление или истинное приращение плаценты.

Попытка ручного отделения плаценты и выделения последа. При обнаружении истинного вращения плаценты – лапаротомия и метропластика после перевязки подвздошных сосудов или наложения турникета, либо – удаление матки.

Задача 23.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Частичное плотное прикрепление плаценты.

Показано ручное отделение плаценты, выделение последа, контроль полости матки (с обязательным обезболиванием).

Задача 24.

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Необходимо выделение последа наружными приемами (Абуладзе, Креде).

Задача 25.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное плотное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

Задача 26.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное плотное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА (отягощенный акушерский анамнез) - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операционной

Задача 27.

Послеродовый период, через 10 минут после рождения плода удлинился наружный отрезок пуповины, изменилась форма матки. Наружного кровотечения нет.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Физиологическое течение родов, плацента отделилась.

Роженице предлагают потужиться для рождения последа.

Задача 28.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признаки отделения плаценты отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место полное плотное прикрепление или истинное вращение плаценты.

Показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа, при невозможности отделения (вращение) – оперативное лечение.

Задача 29.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признаки отделения плаценты (Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова) - отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место полное плотное прикрепление или истинное вращение плаценты.

Показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа, при невозможности отделения (вращение) – оперативное лечение.

Задача 30.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки 200 мл. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место задержка (ущемление) отделившегося последа.

Показано использование приемов выделения отделившегося последа (приемы Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича).

Задача 31.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода удлинился наружный отрезок пуповины, изменилась форма матки. Наружного кровотечения нет.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Отделение последа по типу ретроплацентарной гематомы, без наружного кровотечения.

Во избежание ущемления роженице предлагают потужиться для рождения последа.

Задача 32.

Первобеременная, 25 лет, поступила в роддом при сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода 132 уд/мин, слева ниже пупка. Второй период родов продолжался 35 мин. Родилась живая доношенная девочка, массой 4300 г. Сразу после рождения ребенка началось струйное кровотечение алой кровью. Имеются признаки отделения плаценты.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды I в сроке 40 нед. беременности, крупный плод, последовый период. Кровотечение в последовом периоде, задержка отделившейся плаценты, травма мягких тканей родовых путей?

Применение методов выделения последа и инфузионная терапия в зависимости от степени кровопотери. Ревизия родовых путей при помощи зеркал. Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей.

Задача 33.

У родильницы 28 лет с преждевременным излитием вод возникла упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мертвого плода самостоятельно отделилась плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 800 мл, продолжается. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, сокращающие

матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, не свёртывается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Диагноз. Ранний послеродовый период. Синдром ДВС крови. Кровотечение.

План ведения. Введение плазмы, ингибиторов фибринолиза. Чревосечение. Перевязка маточных артерий, внутренних подвздошных артерий. Удаление матки?

Задача 34.

У родильницы после родов переносимым плодом в раннем послеродовом периоде возникло гипотоническое кровотечение. После принятых мер кровотечение прекратилось, матка плотная, общая кровопотеря достигла 1000 мл. Состояние родильницы средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 112 уд. в мин., слабого наполнения. АД 80/50. Проба Ли-Уайта 8 мин.

ДИАГНОЗ? ВАША ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Ранний послеродовый период. Геморрагический шок.

Клинический, биохимический анализ крови, коагулограмма. Лечение шока: инфузионно-трансфузионная терапия; продолжить капельное введение окситоцина.

Задача 35.

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

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

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? СОСТАВ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ?

Эталон ответа:

Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок.

Ручное обследование стенок полости матки. Бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, введение плазмы и ингибиторов фибринолиза, кристаллоидных и коллоидных растворов. При отсутствии эффекта чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий, гемостатические швы на матку; при неэффективности - удаление матки.

Задача 36.

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды первые в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 минут родился второй мальчик массой 3000 г, в момент прорезывания головки второго плода в/в введен окситоцин. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер.

Послед выделился через 10 минут, сразу после рождения последа выделилось 250 мл. крови, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Первые срочные роды, двойня. Ранний послеродовый период. Кровотечение.

Утеротоническая терапия. Ручное обследование стенок полости матки, осмотр родовых путей при помощи зеркал.

Задача 37.

Беременная 32 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. Роды четвертые, трое предыдущих закончились рождением живых доношенных детей. Третьи роды осложнились кровотечением в последовом периоде, было произведено ручное отделение и выделение последа ввиду плотного прикрепления плаценты. Спустя 4 часа от момента поступления произошли роды живой девочкой массой 4200, дл. 52 см. В третьем периоде была произведена профилактика кровотечения окситоцином. Через 3 минуты отделилась плацента и выделился послед, цел. Оболочки все, матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. Через 10 минут из половых пу-

тей выделилось еще 150 мл крови со сгустками. Матка расслабляется. Кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Четвертые срочные роды, крупный плод. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение

Катетеризация мочевого пузыря, ручное обследование стенок полости матки, наружно-внутренний дозированный массаж матки. Осмотр родовых путей при помощи зеркал. Внутривенное введение окситоцина. При отсутствии эффекта - оперативный этап.

Задача 38.

Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ? ЭКСТРЕННЫЕ МЕРЫ?

Эталон ответа:

Атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

На I этапе: ручной контроль полости матки с наружно-внутренним массажем, в/в введение утеротоников, ГЭКов и простагландинов per rectum.

Задача 39.

Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребенка 4200, три аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность - четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз.

ДИАГНОЗ? КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ В РОДАХ? КАКИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВЫ ПРОВЕДЕТЕ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Головное предлежание Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

Возможны: клинически узкий таз, разрыв матки, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, родовой травматизм плода.

Ведение родов с функциональной оценкой таза, сократительной активности матки, профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Своевременный переход к оперативному родоразрешению при возникших осложнениях.

Задача 40.

Многорожавшая, 40 лет. В анамнезе 13 беременностей, 9 родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных аборта в сроке 8 и 12 нед, с выскабливанием. Данная беременность 14-я, своевременные роды. В начале второго периода родов появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, внезапно ухудшилось общее состояние, появился холодный пот, АД 80/60, пульс 100 ударов в минуту. Контуры матки нечеткие. Через переднюю брюшную стенку пальпируются части плода, сердцебиение плода не выслушивается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. II период родов. Отягощенный акушерский анамнез. Полный разрыв матки. Интранатальная гибель плода. Травматический и геморрагический шок.

Наркоз. Чревосечение. Извлечение плода. Удаление или ушивание матки. Инфузионная терапия

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Какие осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы характерны для акушерских кровотечений?

Эталон ответа:

Это острый дефицит ОЦК, нарушение сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная гипоксия, нередко – развитие ДВС.

Вопрос 2. Что такое предлежание плаценты, как часто встречается?

Эталон ответа:

Предлежание плаценты – расположение плаценты в нижнем маточном сегменте в области внутреннего зева или не выше, чем на 3 см от него. Встречается в одном случае на 250 беременностей.

Вопрос 3. Какие варианты предлежания плаценты существуют?

Эталон ответа:

По одной из классификаций это полное (или центральное) предлежание, когда внутренний зев перекрыт полностью или неполное – внутренний зев перекрыт частично или плацента касается зева своим краем.

Вопрос 4. Что можно отнести к причинам предлежания плаценты?

Эталон ответа:

Это дистрофические изменения в матке на фоне воспалительных заболеваний, абортов, многократных родов, рубца на матке, гипотрофии эндометрия; наличие миоматозных узлов.

Вопрос 5. Предлежание плаценты всегда формируется изначально, начиная с имплантации?

Эталон ответа:

Нет, в отличие от первичного предлежания, может иметь место и вторичное, в результате «соскальзывания» или разрастания, увеличения объема плаценты по мере прогрессирования беременности.

Вопрос 6. Какие кровотечения характерны для предлежания плаценты во время беременности, до родов? Какова их частота?

Эталон ответа:

Эти кровотечения повторяющиеся, появляющиеся спонтанно, безболезненные, ничем не спровоцированные. Объем кровопотери разный, зависит от степени предлежания. Кровь алая, материнского происхождения, ретроплацентарной гематомы нет. Частота таких кровотечений достигает 80%.

Вопрос 7. Какой метод диагностики предлежания плаценты является ведущим?

Эталон ответа:

Ведущим методом является УЗИ (трансвагинально и трансабдоминально).

Вопрос 8. При каких условиях допустимо внутреннее, пальцевое исследование при подозрении на предлежание плаценты?

Эталон ответа:

Такая манипуляция допустима только при развернутой операционной и готовности бригады, т.к. может сопровождаться резким усилением кровотечения.

Вопрос 9. Возможно ли родоразрешение через естественные родовые пути при предлежании плаценты?

Эталон ответа:

Такой исход возможен только при небольшой кровопотере (менее 250 мл), неполном предлежании плаценты и достаточной степени открытия шейки матки (5-6 см), что дает возможность сделать амниотомию.

Вопрос 10. Когда операция кесарево сечение выполняется при предлежании плаценты в обязательном порядке?

Эталон ответа:

Операция экстренно выполняется при массивном кровотечении независимо от срока беременности, вида предлежания, состояния плода (живой, мертвый, глубоконедоношен-

ный) и при полном предлежании в конце беременности планово, независимо от отсутствия кровотечения.

Вопрос 11. Что такое вращение плаценты?

Эталон ответа:

Это инвазия трофобласта в базальную оболочку, миометрий, периметрий, окружающие органы.

Вопрос 12. Можно ли заподозрить вращение плаценты по клиническим проявлениям во время беременности?

Эталон ответа:

Настораживающими моментами могут стать: тазовые боли, примесь крови в моче и кале, запоры (особенно у женщин, имеющих рубец на матке после предыдущего кесарева сечения).

Вопрос 13. Что на современном этапе считается информативным и рациональным в диагностике вращения?

Эталон ответа:

Это УЗИ тазовых органов, ЦДК - цветное доплеровское картирование, МРТ – пельвеометрия и уровень АФП (альфа-фетопротеин).

Вопрос 14. С чем связано десятикратное увеличение числа вращений за последние 50 лет?

Эталон ответа:

Это напрямую связано с ростом числа кесаревых сечений, при повторных операциях риск этой патологии повышается на 60%. Этот риск также повышается по мере увеличения возраста женщины, а в настоящее время пик реализации репродуктивных планов женщины значительно смещен в сторону более старших возрастных групп (вплоть до старше 40 лет).

Вопрос 15. Что можно отнести к основным причинам приращения тканей плаценты?

Эталон ответа:

Это рубцовые изменения маточной стенки (после операции и инвазивных манипуляций), заболевания матки (метроэндометриты разной этиологии, синдром Ашермана, деформация полости подслизистой миомой), высокая протеолитическая активность хориона.

Вопрос 16. Каковы дополнительные факторы риска вращения плаценты?

Эталон ответа:

К дополнительным факторам риска можно отнести низкое расположение плаценты, многоплодие, аномалии развития матки (двуругая, с внутренней перегородкой).

Вопрос 17. По каким критериям осуществляется классификация вращения плаценты?

Эталон ответа:

Оценка варианта этой патологии осуществляется по площади аномального прикрепления (полное или частичное) и по глубине врастания в матку (плотное прикрепление, приращение к мышечному слою; вращение в миометрий, прорастание сквозь миометрий вплоть до серозы или сквозь нее).

Вопрос 18. Каковы клинические признаки полного плотного прикрепления или вращения плаценты?

Эталон ответа:

В послеродовом периоде отсутствуют внешние признаки отделения плаценты в течение пол часа, кровотечения нет.

Вопрос 19. Что характерно для частичного плотного прикрепления или вращения плаценты?

Эталон ответа:

Основной симптом - кровотечения в послеродовом периоде разной интенсивности.

Вопрос 20. Какова тактика врача при кровотечении в III периоде родов?

Эталон ответа:

Осуществляется попытка ручного отделения плаценты. При плотном прикреплении это удается и производится выделение последа. При истинном приращении попытка отделения не удается, необходимо переходить к оперативному лечению.

Вопрос 21. Какова тактика при антенатальной диагностике вращения плаценты?

Эталон ответа:

При антенатальной диагностике патологии естественные роды противопоказаны, операция выполняется планово в 37-39 недель в объеме донного кесарева сечения с последующей метропластикой либо гистеротомией.

Вопрос 22. Существуют ли органосохраняющие вмешательства при вращениях плаценты?

Эталон ответа:

Позволяет сохранить матку проведение донного кесарева сечения с последующей метропластикой. Возможность метропластики обеспечивается наложением турникета; перевязкой маточных, яичниковых, подвздошных сосудов или эмболизацией, балонной временной окклюзией маточных артерий.

Вопрос 23. В какие сроки ставится диагноз ПОНРП?

Эталон ответа:

Это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки до рождения плода (во время беременности или в родах).

Вопрос 24. Какова классификация ПОНРП?

Эталон ответа:

В зависимости от площади отслойки бывает частичная (прогрессирующая и не прогрессирующая) и полная.

Вопрос 25. Какие типы кровотечений возможны при ПОНРП?

Эталон ответа:

Это наружное кровотечение (отслаивается край плаценты); ретроплацентарное кровотечение, скрытое (между стенкой матки и плацентой); смешанное кровотечение.

Вопрос 26. Какие степени тяжести отслойки нормально расположенной плаценты существуют?

Эталон ответа:

Легкая степень, средняя степень, тяжелая степень.

Вопрос 27. Какие патогенетические факторы ПОНРП можно отнести к основным?

Эталон ответа:

Это сосудистый фактор (ангио-, васкулопатии), поверхностная инвазия трофобласта, неполноценный эндометрий; гемостатический фактор (тромбофилии); механический фактор (травма).

Вопрос 28. Каковы диагностические критерии ПОНРП?

Эталон ответа:

Диагноз отслойки плаценты является в большей степени клиническим диагнозом. Отсутствие ретроплацентарной гематомы на УЗИ не исключает отслойку, возможно это ПОНРП с наружным кровотечением.

Вопрос 29. С какой патологией необходимо дифференцировать ПОНРП?

Эталон ответа:

Необходимо дифференцировать с предлежанием плаценты, предлежанием сосудов пуповины, опухолью шейки матки.

Вопрос 30. Когда возможна пролонгация беременности при ПОНРП?

Эталон ответа:

При недоношенной беременности (до 34-35 недель), легкой степени отслойки, кровопотере не > 250 мл, отсутствии прогрессирования, отсутствии ухудшения в состоянии плода, отсутствии признаков коагулопатии.

Вопрос 31. При ПОНРП существует шанс родоразрешения через естественные родовые пути?

Эталон ответа:

Да, такой шанс имеет место при доношенной беременности, легкой степени ПОНРП, малой кровопотере (< 250 мл), отсутствии признаков гипоксии плода и прогрессирования отслойки, наличии готовности шейки матки к родам. Показана ранняя амниотомия, мониторинг состояния плода и роженицы.

Вопрос 32. Какова тактика при обнаружении матки Кювеллера во время лапаротомии?

Эталон ответа:

Если в динамике операции и хирургического гемостаза (по показаниям) матка хорошо сокращается, вопрос о сохранении матки решается консилиумом врачей. При атонии, не поддающейся терапии утеротониками, отсутствии эффекта от хирургического гемостаза, при продолжении кровотечения – производится гистерэктомия.

Вопрос 33. Какие причины кровотечений характерны для II-й половины беременности?

Эталон ответа:

Для этого периода беременности характерны кровотечения, связанные с предлежанием плаценты и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что, при обильной кровопотере, требует немедленного завершения беременности путем операции кесарева сечения.

Вопрос 34. Что такое кровотечение в последовом периоде?

Эталон ответа:

Это кровотечение после рождения плода, до рождения последа.

Вопрос 35. Что такое кровотечение в раннем послеродовом периоде?

Эталон ответа:

Это кровотечение, возникшие в первые 2 часа после родов.

Вопрос 36. Что такое позднее послеродовое кровотечение?

Эталон ответа:

Позднее послеродовое кровотечение возникает чаще всего в первые сутки после родов.

Вопрос 37. Основные причины кровотечений в последовом периоде родов?

Эталон ответа:

Это нарушения отделения плаценты (частичное плотное прикрепление, вращение плаценты) и выделения последа (ущемление в полости матки); травмы мягких родовых путей, дефекты гемостаза, гипотония матки.

Вопрос 38. От чего еще зависят нарушения отделения плаценты?

Эталон ответа:

Эти нарушения могут быть обусловлены местом прикрепления плаценты – в нижнем маточном сегменте, в углу, на перегородке, на миоматозном узле.

Вопрос 39. Могут ли привести к нарушениям отделения плаценты и выделения последа неправильные действия врача?

Эталон ответа:

Да, могут: при несвоевременных попытках выделения последа, массаже матки, потягивании за пуповину; введении больших доз утеротоников.

Вопрос 40. Какая клиника характерна, если плацента не отделяется на всем протяжении?

Эталон ответа:

В такой ситуации признаки отделения плаценты отсутствуют в течение длительного времени и отсутствует кровотечение

Вопрос 41. Опишите основные симптомы при частичном отделении плаценты.

Эталон ответа:

Основные симптомы при этом – отсутствие признаков отделения плаценты и кровотечения разной интенсивности.

Вопрос 42. Какова эффективность ручного отделения плаценты и выделения последа при разных формах послеродовых кровотечений?

Эталон ответа:

При плотном прикреплении (частичном и полном), ущемлении последа можно полностью отделить все доли плаценты и выделить послед. При истинном вращении отделить плаценту невозможно без нарушения целостности стенки матки.

Вопрос 43. Какое место занимает гипотония матки в структуре кровотечений в родах и материнской смертности от кровотечений?

Эталон ответа:

Гипотония матки является ведущей причиной кровотечения и, в ряде стран, летальных исходов.

Вопрос 44. Как проводится I-й этап остановки гипотонического послеродового кровотечения?

Эталон ответа:

Лечение гипотонии матки осуществляется поэтапно. I-й этап – катетеризация 2-х периферических вен, внутривенное введение кристаллоидов, ручное обследование полости матки, бимануальная компрессия матки, ушивание разрывов мягких тканей родовых путей, введение утеротоников (в/в окситоцин, пабал в/в или в/м).

Вопрос 45. В чем заключается II-й этап оказания помощи при гипотоническом кровотечении?

Эталон ответа:

II-й этап представляет собой проведение управляемой баллонной тампонады матки (однобаллонным акушерским катетером) на 2 часа, продолжение инфузионно-трансфузионной терапии.

Вопрос 46. Каково условие применения баллонной тампонады матки?

Эталон ответа:

Баллонная тампонада используется после ручного контроля полости матки и её полного опорожнения.

Вопрос 47. Что представляет собой III-й этап оказания помощи при гипотонических кровотечениях?

Эталон ответа:

III-й этап – это хирургический. Он подразделяется на лапаротомию и мероприятия до гистерэктомии и, при неэффективности, собственно гистерэктомию.

Вопрос 48. Что предпринимается хирургически до гистерэктомии при гипотоническом кровотечении?

Эталон ответа:

Это ревизия матки (и ушивание при необходимости); компрессионные швы на матку; перевязка маточных и яичниковых сосудов; перевязка внутренних подвздошных артерий.

Вопрос 49. Какие компрессионные сшивные технологии применяются в настоящее время?

Эталон ответа:

Это шов Перейра, шов B-lynch, модифицированный шов B-lynch, вертикальный шов, шов по Радзинскому и Рымашевскому, квадратный шов.

Вопрос 50. Какие преимущества дают компрессионные швы на матке?

Эталон ответа:

Они являются альтернативой гистерэктомии, позволяя сохранить матку и реализовать в дальнейшем репродуктивные планы женщины.

Вопрос 51. Что называется IV этапом оказания помощи при гипотонических кровотечениях?

Эталон ответа:

IV й этап оказания помощи при гипотонических кровотечениях – это проведение реабилитационных мероприятий, в т.ч. инфузионно-трансфузионная терапия.

Вопрос 52. Что такое реинфузия крови? Когда она показана?

Эталон ответа:

Это обратное переливание собственной крови, удаляемой из серозных полостей, операционной раны во время операции и после нее (не более 6 часов). Реинфузия показана при массивных кровопотерях.

Вопрос 53. Что такое реинфузия крови и какие ситуации в акушерстве создают потребность в реинфузии крови?

Эталон ответа:

Это обратное переливание собственной крови, удаляемой из серозных полостей, операционной раны во время операции и после нее (не более 6 часов). Реинфузия показана при массивных кровопотерях в акушерстве.

Вопрос 54. Как технически обеспечена реинфузия крови в настоящее время?

Эталон ответа:

В настоящее время для реинфузии крови используются аппараты Cell Saver и C.A.T.S. (система непрерывной аутоотрансфузии).

Вопрос 55. Каковы преимущества аппаратной реинфузии?

Эталон ответа:

Это исключение опасности заражения инфекциями, возможность применения при редких группах крови, преимущества аутоэритроцитов над донорскими в 2-3 раза по восстановлению кислороднесущей функции крови, снижение риска гемотрансфузионных осложнений.

Вопрос 56. Каковы противопоказания к реинфузии крови интраоперационно?

Эталон ответа:

К противопоказаниям относятся: наличие в брюшной полости гнояного содержимого или содержимого кишечника; наличие в излившейся крови гемостатических препаратов на основе коллагена; наличие у больной злокачественного новообразования.

Вопрос 57. Что можно отнести к недостаткам аппаратной реинфузии крови?

Эталон ответа:

Недостатками можно назвать невозможность при реинфузии крови сохранить плазму и тромбоциты, что влечет потерю факторов свертываемости и нарушения гемостаза; теряются также иммуноглобулины и белки. Также возможно сохранение в реинфузате микробов и клеток опухолей.

Вопрос 58. Какие осложнения при реинфузии крови могут иметь место?

Эталон ответа:

Это коагулопатии, вплоть до ДВС (при массивных реинфузиях > 1000 мл), гемолиз (разрушение) эритроцитов.

Вопрос 59. При каких обстоятельствах в акушерстве переливается цельная донорская кровь?

Эталон ответа:

Цельная донорская кровь в настоящее время не переливается ни при каких обстоятельствах. Переливаются только компоненты крови.

Вопрос 60. Какие компоненты донорской крови наиболее употребимы в акушерстве?

Эталон ответа:

Это эритроцитсодержащие, тромбоцитсодержащие и плазменные корректоры гемостаза и фибринолиза, плазменные корректоры иммунитета. Лейкоцитсодержащие компоненты крови в акушерстве практически не применяются.

Вопрос 61. Как трактуется величина кровопотери в акушерстве?

Эталон ответа:

Величина кровопотери трактуется как допустимая (0,5% от массы тела), патологическая (>500 мл в родах и > 1000 мл при кесаревом сечении) и критическая (более 30% ОЦК, > 1500 – 2000 мл).

Вопрос 62. При каких показателях проводится гемотрансфузия при остановленном кровотечении?

Эталон ответа:

При остановленном кровотечении гемотрансфузия проводится при уровне гемоглобина менее 70 г/л (с учетом индивидуальных данных), но при гемоглобине > 100 г/л показаний для гемотрансфузии нет.

Вопрос 63. Что может быть причиной отсутствия эффекта от лечения кровопотери в течение 3-4 часов?

Эталон ответа:

Основная причина – продолжающееся кровотечение: в брюшную полость и забрюшинное пространство, а также в плевральную полость на фоне катетеризации подключичной вены.

Вопрос 64. Что такое аутодонорство? Какой вид его более целесообразен в акушерстве?

Эталон ответа:

Это предварительная заготовка аутокрови или аутоплазмы. Более целесообразно аутоплазмодонорство, т.к. именно плазма – источник факторов свертывания крови.

Вопрос 65. В чем преимущества аутодонорства в акушерстве?

Эталон ответа:

Преимущества заключаются в отсутствии риска посттрансфузионных осложнений, передачи инфекций, аллоиммунизации.

Вопрос 66. Имеются ли противопоказания к заготовке аутоплазмы в акушерстве?

Эталон ответа:

Да, имеются. Это анемия, гипопропротеинемия, заболевания крови, тяжелая экстрагенитальная патология, онкологические заболевания, тромбозы.

Вопрос 67. В какие сроки происходит заготовка аутокрови или аутоплазмы?

Эталон ответа:

Заготовка осуществляется в 32-37 недель однократно или двухкратно с недельным интервалом.

Задания на дополнение

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

_____ не входит в комплекс клинических данных для определения величины кровопотери.

Эталон ответа: продолжительность родов

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово или цифру:

Расположение плаценты считается низким, если её нижний край не доходит до внутреннего зева на _____ сантиметров.

Эталон ответа: пять (5).

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Поздний гестоз не является фактором риска развития _____.

Эталон ответа: предлежания плаценты.

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово:

Клиника ПОНРП не предполагает _____.

Эталон ответа: бессимптомность.

Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово или цифру:

Поздними послеродовыми кровотечениями называются кровотечения, которые возникают более, чем через _____ часа после родов.

Эталон ответа: два (2).

Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите окончание предложения:

Допустимая кровопотеря при физиологических родах не должна превышать _____.

Эталон ответа: 0,5% от массы тела.

Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово:

_____ тип плацентации у человека создает особую опасность развития массивных акушерских кровотечений.

Эталон ответа: гемохориальный.

Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Методом профилактики акушерских кровотечений не является _____.

Эталон ответа: оперативное родоразрешение.

Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Лабораторные показатели _____ и _____ не являются косвенными методами оценки объема кровопотери.

Эталон ответа: гемоглобин и гематокрит.

Критерии оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетвори- тельно» (не заче- но) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетвори- тельно» (зачтено) или удовлетворитель- ный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уро- вень освоения компе- тенции	Оценка «отлично» (зачте- но) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Шкала оценивания тестового контроля:

Процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует