

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

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

Акушерство и гинекология. Ординатура.

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

В 2 частях
Часть 2

Красноярск
2018

Акушерство и гинекология. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе для специальности ординатуры 31.08.01 - Акушерство и гинекология. В 2 ч. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. Ч. 2.– 121 с.

Составители:

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

- Тема 20. Послеродовой мастит. Клиника, диагностика, лечение
- Тема 21. Послеродовые септические заболевания
- Тема 22. Физиологическое течение послеродового периода
- Тема 23. Невынашивание и перенашивание беременности
- Тема 24. Заболевания печени
- Тема 25. Акушерские кровотечения
- Тема 26. Гипотоническое кровотечение. Оказание неотложной помощи
- Тема 27. Гипоксия плода
- Тема 28. Асфиксия и родовая травма новорожденных
- Тема 29. Гестоз. Преэклампсия и эклампсия. Оказание неотложной помощи
- Тема 30. Пороки сердца и беременность
- Тема 31. Гипертоническая болезнь и беременность
- Тема 32. Сахарный диабет и беременность
- Тема 33. Заболевания почек и беременность
- Тема 34. Острые инфекционные заболевания (грипп, краснуха, ВУИ)
- Тема 35. Острый живот (аппендицит, холецистит, панкреатит, кишечная непроходимость)
- Тема 36. Методы диагностики и лечения гестозов беременных
- Тема 37. Медицинские показания к прерыванию беременности
- Тема 38. Изучение приказов МЗ РФ и МЗ Красноярского края по порядку оказания помощи детям и девочкам-подросткам

1. Индекс ОД.О.01.1.2.20 Тема: «Послеродовой мастит. Клиника, диагностика, лечение».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

1.Какова этиологическая структура гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний?

2.Классификация послеродовых инфекционных заболеваний Сазонова – Бартельса, ее значение.

3.Этапы распространения патологического процесса при гнойно-воспалительных послеродовых заболеваниях.

4.Что такое послеродовой мастит?

5. Клинические формы послеродового мастита.

6.Методы диагностики послеродового мастита.

7. Лечение послеродового мастита.

8. Показания к хирургическому лечению послеродового мастита.

9. Виды консервативного лечения послеродового мастита.

10. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ОКСИТОЦИН СПОСОБСТВУЕТ ОТДЕЛЕНИЮ МОЛОКА ИЗ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПУТЕМ

- а) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
- б) увеличения секреции пролактина
- в) снижения содержания эстрогенов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

2. К ПРЕПАРАТАМ, ТОРМОЗЯЩИМ ЛАКТАЦИЮ, ОТНОСЯТСЯ

- а) эстрогены
- б) парлодел
- в) барбитураты
- г) нитрофураны
- д) правильно а) и б)

3.К ГРУППЕ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ ЖЕНЩИНЫ

- а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
- б) с хроническим воспалительным процессом гениталий
- в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

4. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ

- а) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
- б) в локальном воздействии на очаг инфекции
- в) в повышении неспецифической реактивности организма
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

5. ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА

- а) золотистым стафилококком
- б) грамотрицательной флорой
- в) анаэробами
- г) ассоциацией микроорганизмов
- д) ничем из перечисленного

6. БАКТЕРОИДЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ДЕЙСТВИЮ

- а) эритромицина
- б) линкомицина
- в) метронидазола
- г) верно б) и в)
- д) всего перечисленного

7. УСЛОВИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА

- а) лактостаз
- б) трещины сосков
- в) снижение иммунологической защиты организма
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

8. К ГРУППЕ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА ОТНОСИТСЯ

- а) мастит в анамнезе
- б) мастопатия
- в) наличие послеродового эндометрита
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

9. ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ ЧАЩЕ БЫВАЕТ ПОРАЖЕНИЕ

- а) двустороннее
- б) у повторнородящих
- в) нижне-внутреннего квадранта
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

10. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА У БОЛЬНОЙ С ГОНОРЕЕЙ ЗАВИСИТ

- а) от возраста женщины
- б) от анатомических особенностей гениталий
- в) от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии

- г) верно а) и в)
- д) от всего перечисленного

Эталоны ответов:

1.-а; 2.-д; 3.-г; 4.-г; 5.-г; 6.-д; 7.-г; 8.-г; 9.-д; 10.-д.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам. ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11:

Задача 1.

Родильница 27 лет на 5 сутки послеродового периода жалуются на познабливание, слабость, головная боль, повышение температуры тела до 38 °С, боли в правой молочной железе, увеличение ее размеров.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела повышается до 38 °С, кожа в области правой молочной железы умеренно гиперемизирована, нагрубшая, болезненная при пальпации.

- 1.Ваш диагноз.
- 2.Возможно ли грудное вскармливание?
- 3.Тактика лечения?
- 4.Какие физиотерапевтические процедуры возможны?
- 5.Дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1.Послеродовый период 5 сутки. Лактационный серозный мастит правой молочной железы.

2.Во время заболевания независимо от клинической формы вскармливание ребенка как больной, так и здоровой грудью недопустимо. Необходимо использовать повязку, подвешивающую молочную железу, и сухое тепло на область поражения. Физиотерапия.

3.Антибактериальная терапия, лекарственные средства, повышающие специфическую иммунную реактивность и неспецифическую защиту организма,

4.При серозном мастите используют микроволны дециметрового или сантиметрового диапазона, ультразвук, УФ-лучи; при инфильтративном мастите показаны те же физические факторы, но с увеличением тепловой нагрузки.

5.Редко послеродовой мастит необходимо дифференцировать с мастопатией и раком молочной железы, которые, как правило, имеют длительный анамнез, в отличие от лактационного мастита, возникающего непосредственно после родов.

Задача 2.

У родильницы с 7-х суток послеродового периода повышение температуры до 38,5-39 °С, ознобы, нагрубание правой молочной железы, гиперемия, болезненность при пальпации, отделение молока резко затруднено. В развернутом анализе крови: лейкоциты $15,3 \times 10^9$, СОЭ 40 мм в ч, п/я 5, с/я 73, м 6, л 14, гемоглобин 96 г/л.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, под измененным участком кожи пораженной молочной железы пальпируется плотный

малоподвижный инфильтрат, увеличены регионарные подмышечные лимфатические узлы.

1.Ваш диагноз.

2.Необходимо ли подавление лактации в данной ситуации?

3.Тактика лечения.

4.Прогноз?

5.Возможность грудного вскармливания после излечения?

Эталон ответа:

1. Послеродовый период .Инфильтративный мастит справа.

2.При инфильтративном мастите прибегают к торможению лактации, а при отсутствии эффекта от терапии в течение 2— 3 сут подавляют ее. На подавление лактации необходимо получить согласие родильницы.

3.Антибактериальная терапия.

Препараты выбора — пенициллины, эффективны цефалоспорины 1 - 3 поколений, лекарственные средства, повышающие специфическую иммунную реактивность и неспецифическую защиту организм, антистафилококковый иммуноглобулин человека по 100 МЕ через 1 день в/м, курсом 3—5 инъекций.

4.Течение заболевания характеризуется большим числом гнойных форм, резистентностью к лечению, обширностью поражения молочных желез.

5. Вопрос о возобновлении грудного вскармливания после перенесенного мастита следует решать индивидуально в зависимости от тяжести процесса и результатов бактериологического исследования грудного молока.

Задача 3.

Родильница 9 сутки послеродового периода вызвала скорую помощь, жалобы на повышение температуры тела до 39 С, озноб, нарушение сна, левая молочная железа отечна, резко болезненна при пальпации, гиперемирована, данные жалобы появились 2 дня назад.

1.Ваш диагноз.

2.Необходима ли госпитализация, если да то какой по профилю стационар?

3.Профилактика данного заболевания?

4.Необходимый перечень обследования. предположительные изменения?

5.Тактика лечения?

Эталон ответа:

1.Послеродовый период 9 сутки. Лактационный мастит левой молочной железы.

2.Госпитализация необходима в профильный стационар-хирургический, для проведения полного клинико-лабораторного обследования и определения тактики лечения.

3.Необходимо обучать родильниц правильному уходу за молочными железами, сцеживанию молока, технике кормления ребенка.

4.Общий анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, нарастание скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Бактериологическое исследование молока с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам. Исследование желательно проводить до начала антибактериальной терапии. Молоко для исследования берут из пораженной и здоровой молочных желез. Необходимо количественно определять бактериальную обсемененность молока, поскольку диагностический критерий мастита — наличие в молоке 5×10^2 КОЕ/мл. УЗИ молочных желез: для серозного мастита характерны затухивание рисунка ткани, лактостаз; для инфильтративного мастита — участки гомогенной структуры, окруженные зоной воспаления, лактостаз; для гнойного мастита — расширенные протоки и альвеолы, с зоной инфильтрации вокруг («пчелиные соты»); для абсцедирующего мастита — полость с неровными краями и перемычками, окруженная зоной инфильтрации.

5. После проведения необходимого лабораторно-диагностического обследования определить тактику лечения: антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, хирургическое лечение.

Задача 4.

На 6 сутки послеродового периода нахождения в родильном доме повторнородящая предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °C, увеличение обеих молочных желез, резкая болезненность при пальпации, увеличение подмышечных лимфатических узлов.

- 1.Ваш диагноз.
- 2.Возможный инфекционный агент?
- 3.Профилактика заболевания?
- 4.Дифференциальный диагноз?
- 5.Необходимые методы исследования?

Эталон ответа:

1.Послеродовый период 6 сутки. Лактационный мастит обеих молочных желез.

2.Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена ассоциацией микроорганизмов.

3.Необходимо обучать родильниц правильному уходу за молочными железами, сцеживанию молока, технике кормления ребенка.

4.Редко послеродовой мастит необходимо дифференцировать с мастопатией и раком молочной железы, которые, как правило, имеют длительный анамнез, в отличие от лактационного мастита, возникающего непосредственно после родов.

5.Общий анализ крови, бактериальный посев молока, УЗИ молочных желез, осмотр хирурга, анестезиолога в случае хирургического лечения.

Задача 5.

Родильница 35 лет на 9 сутки послеродового периода жалуются на озноб, слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38 °C, боли в левой молочной железе, затруднение оттока молока.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела повышается до 38 °С, кожа в области левой молочной железы умеренно гиперемирована, нагрубшая, резко болезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз.
2. Возможно ли грудное вскармливание?
3. Тактика лечения?
4. Цель лечения?
5. Какие женщины относятся к группе риска?

Эталон ответа:

1. Послеродовый период 9 сутки. Лактационный серозный мастит левой молочной железы.

2. Во время заболевания независимо от клинической формы вскармливание ребенка как больной, так и здоровой грудью недопустимо. Необходимо использовать повязку, подвешивающую молочную железу, и сухое тепло на область поражения. Физиотерапия.

3. Антибактериальная терапия, лекарственные средства, повышающие специфическую иммунную реактивность и неспецифическую защиту организма,

4. Эрадикация возбудителя, купирование симптомов заболевания, нормализация лабораторных показателей и функциональных нарушений.

5. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины: с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, с хроническим воспалительным процессом гениталий, с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит).

6. Перечень практических умений по изучаемой теме. ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11:

1. Сбор анамнеза.
2. Наружное акушерское исследование.
3. Вагинальное исследование.
4. Определение размеров матки в послеродовом периоде.
5. Интерпретация лабораторных методов исследования.
6. Оценка характера лохий.
7. Определение показаний к хирургическим методам лечения при различных формах гночно – септических заболеваний и септическом шоке.
8. Правила оформления согласия на операцию и протокола операции.
9. Уметь разработать план ведения родильниц в послеродовом отделении, требующих интенсивной терапии при гнойно-септических заболеваниях.
 - Умение построить алгоритм получения объективной информации о формах гнойно-септических заболеваний.
 - Уметь определить показания, противопоказания и дозы назначения лекарственных препаратов в зависимости от формы

гнойно-септического заболевания и вида акушерской и соматической патологии.

Уметь составить алгоритм контроля ведения пациентки с различными формами гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания к хирургическим вмешательствам при различных формах гнойно-септических заболеваний.

10. Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в области стационарного акушерства, совершенствовать технику хирургических вмешательств при различных формах гнойно-септических заболеваний.

11. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного исследования.

12. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и доплерометрии с точки зрения оценки течения послеродового периода.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Актуальность послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в современном акушерстве.

2. Основные принципы лечения послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

1. Индекс ОД.О.01.1.2.21 Тема: «Послеродовые септические заболевания».

2.Формы работы: подготовка к семинарскому занятию.

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

1.Какова этиологическая структура гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний?

2.Классификация послеродовых инфекционных заболеваний Сазонова – Бартельса, ее значение.

3.Этапы распространения патологического процесса при гнойно-воспалительных послеродовых заболеваниях.

4.Что такое послеродовая язва?

5.Лечение послеродовых язв.

6.Послеродовый эндометрит.

7.Клинические формы эндометрита.

8.Отличие абортивной формы эндометрита от других форм.

9.Особенности стертой формы послеродового эндометрита.

10. Клинические проявления эндометрита после операции кесарева сечения.

11. Что такое разлитой послеродовый перитонит, пути распространения инфекции.

12. Что такое послеродовой сепсис.

13.Формы послеродового сепсиса.

14. Стадии септического шока.

15. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1.ПОДКЛАДНЫЕ ПЕЛЕНКИ ПОСЛЕ РОДОВ ПЕРВЫЕ ТРИ ДНЯ МЕНЯЮТ:

а) 2 раза в день;

б) 1 раз в день;

в) 4 раза в день;

г) после каждого кормления;

д) 3 раза в день.

2.ЧАСТОТА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА?

а) 1,5-2%;

б) 3-4%;

в) 10-15%;

г) 6,3-49,5%;

д) 18-25%.

3.КОГДА НАЧИНАЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКА ГВЗ У ДЕВОЧЕК?

а) с детского сада;

б) с 16-18 лет;

в) с момента начала половой жизни;

г) при взятии на учет;

д) с момента рождения девочки.

4.КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИТА ВЫ ЗНАЕТЕ?

- а) вялотекущий;
- б) острый;
- в) эндометрит вследствие фиброзного воспаления;
- г) эндометрит с некрозом децидуальной ткани;
- д) эндометрит с задержкой плацентарной ткани.

5.ЧАСТОТА ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

- а) 0,5-2%;
- б) 4-5%;
- в) 8-40%;
- г) 10-13%;
- д) 25-30%.

6.ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРОТОЧНОГО ДИАЛИЗА ПОЛОСТИ МАТКИ?

- а) эндометрит после кесарева сечения с клиникой расхождения швов на матке и признаками начинающегося или развивающегося перитонита;
- б) наличие гнойно-воспалительного процесса в области малого таза за пределами матки;
- в) высокая температура;
- г) хориоамнионит в родах;
- д) безводный промежуток более 24 часов.

7.ДЛЯ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ХОРИОНАМНИОНИТА ХАРАКТЕРНО:

- а) выраженная интоксикация
- б) рецидивирующий парез кишечника
- в) появление симптомов на 6-8е сутки после операции
- г) правильно а), б)
- д) все верно

8.ДЛЯ ПОДОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА ХАРАКТЕРНО:

- а) температура тела 38 С и выше
- б) тахикардия
- в) лохии с примесью крови
- г) все перечисленное верно
- д) ничего из перечисленного

9. ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ 1) В МАЗКЕ МНОГО ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК 2) РЕАКЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО СОДЕРЖИМОГО КИСЛАЯ 3) В МАЗКЕ ЕСТЬ ВЛАГАЛИЩНЫЕ БАЦИЛЛЫ 4) ЛЕЙКОЦИТОВ В МАЗКЕ СОДЕРЖИТСЯ ДО 10-15 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны

- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

10. ТЕРМИНОМ "ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД" ОБЫЧНО ОБОЗНАЧАЮТ

- а) первые 2 месяца после родов
- б) период грудного кормления новорожденного
- в) период послеродовой аменореи
- г) все перечисленное
- д) нет правильного ответа

Эталон ответа:

1.-в; 2.-г; 3.-д; 4.-в; 5.-в; 6.-а; 7.-г; 8.-в; 9.-в; 10.-а.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1

Повторнородящая 27 лет. В родах 22 часа, безводный промежуток 20 часов. На фоне проводимой терапии антибиотиками температура повысилась до 38,8 С. Схватки через 1-2 мин, по 40-50 с. Внутривенно вводится окситоцин, головка плода на тазовом дне, воды зеленые. Сердечные тоны плода 160 уд. в мин, ритмичные, приглушены.

- 1. Диагноз?
- 2. Ваша тактика?
- 3. Какие были допущены ошибки?
- 4. Показано ли родоразрешение путем наложения акушерских щипцов?
- 5. Показана ли эпизио- или перинеотомия?

Эталон ответа:

- 1. Срочные роды II. Эндометрит в родах. Гипоксия плода.
- 2. Укорочение II периода. Выходные акушерские щипцы, эпизио- или перинеотомия. Лечение гипоксии плода.
- 3. Родостимуляция при гипоксии плода не показана, своевременно не поставлен вопрос о родоразрешении путем операции кесарева сечения.

4. Да.

5. Да.

Задача № 2

У роженицы 25 лет на 3-и сутки после родов появилась температура до 40° С гектического характера, озноб, тахикардия до 120 уд. в мин. При объективном обследовании: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые синюшного цвета, на конъюнктивах петехиальная сыпь, на конечностях мелкоточечные кровоизлияния, на лице сыпь в виде "бабочки". В анализе крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты $18 \cdot 10^9$, СОЭ 70 мм в час, п/я 6, с/я 70, м 5, л 12.

- 1. Диагноз?
- 2. Ваша тактика?
- 3. Прогноз?
- 4. Перевод в гинекологическое отделение?
- 5. Сколько роженица должна находиться на стационарном лечении?

Эталон ответа:

- 1. Послеродовой период, 3-и сутки. Сепсис. ДВС-синдром.

2. Лапаротомия. Гистерэктомия (экстирпация матки) с трубами и хорошее дренирование брюшной полости. Антибиотикотерапия (2 антибиотика, внутримышечно и внутривенно), дезинтоксикационная терапия, иммунокоррекция, лечение ДВС-синдрома, витаминотерапия, УФО крови, плазмаферез, оксигенотерапия.

3.Сомнительный.

4.Перевод в гинекологическое отделение.

5.21 день.

Задача № 3

У родильницы с 4-х суток послеоперационного периода после операции кесарева сечения в нижнем сегменте по Пфанненштилю отмечается повышение температуры до 38-39[°] С, ознобы. В развернутом анализе крови: лейкоциты 15,3^х 10⁹, СОЭ 70 мм в ч, п/я 5, с/я 73, м 6, л 14, гемоглобин 96 г/л.

При осмотре: отмечается выраженная инфильтрация швов на передней брюшной стенке 10^х 12 см.

При влагалищном исследовании на 7-е сутки: матка до 15 недель, пальпация матки затруднена и болезненна из-за выраженной инфильтрации и гиперемии швов на передней брюшной стенке. Цервикальный канал пропускает палец, гнойные выделения с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. В течение 3 суток (с 4-го дня) проводится внутриматочный диализ, массивная антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Эффект незначительный. Переведена в гинекологическое отделение.

1.Диагноз?

2.Какие были допущены ошибки?

3.Тактика?

4.Прогноз?

5.Реабилитационные мероприятия?

Эталон ответа:

1.Послеоперационный период 4-е сутки. Метроэндометрит. Несостоятельность швов на передней брюшной стенке, инфильтрация швов на передней брюшной стенке.

2.Не распущены своевременно швы на передней брюшной стенке. Нет анализа крови в динамике.

3.Релапаротомия. Гистерэктомия (экстирпация матки) с трубами и хорошее дренирование брюшной полости. Антибиотикотерапия (2 антибиотика, внутримышечно и внутривенно), дезинтоксикационная терапия, иммунокоррекция, витаминотерапия.

4.Сомнительный.

5.Коррекция иммунной системы, лечение постгеморрагической анемии, УФО крови, плазмаферез, оксигенотерапия.

Задача № 4

Родильница 25 лет на 3-и сутки после родов предъявляет жалобы на слабость, повышение температуры до 38[°] С. В родах отмечался длительный

безводный промежуток (18 часов). Антибактериальная терапия не проводилась. При влагалищном исследовании: шейка формируется, цервикальный канал свободно пропускает палец за пределы внутреннего зева. Матка до 17 недель, при пальпации чувствительна, контуры четкие. Выделения из матки мутные с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. Придатки без особенностей.

1. Диагноз?

2. Какая допущена ошибка?

3. Ваша тактика?

4. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

5. План лечения?

Эталон ответа:

1. Послеродовый период, 3-и сутки. Эндометрит.

2. Не проводилась антибактериальная терапия в родах при длительном безводном промежутке.

3. Антибактериальная терапия, внутриартериальная перфузия, при ухудшении состояния – гистерэктомия с трубами и хорошим дренированием брюшной полости.

4. УЗИ, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, С-реактивный белок.

5. Внутриматочный лаваж: фурациллин + раствор пенициллина 10 млн ЕД на физрастворе или 10 мл 1% диоксида, антибиотикотерапия (2 антибиотика, внутримышечно и внутривенно), дезинтоксикационная терапия, иммунокоррекция, витаминотерапия.

Задача №5

Повторнородящая 29 лет поступила с указанием на подтекание вод в течение 17 часов. В родах 8 часов. Размеры таза: 25-28-30-20 см. диагональная конъюгата 12,5 см. положение плода поперечное. Сердцебиение ясное, 136 уд/мин. У роженицы отмечается повышение температуры до 38,6 градусов. Из половых путей гнойные выделения. При влагалищном исследовании найдено: раскрытие маточного зева на 10 см, плодного пузыря нет, предлежит плечико. Таз емкий.

1. Диагноз?

2. Возможны ли роды через естественные родовые пути?

3. Тактика врача?

4. План лечения?

5. Послеоперационное обследование?

Эталон ответа:

1. Срочные роды 2. Первый период родов. Запущенное поперечное положение плода. Хориоамнионит.

2. Не возможны.

3. В интересах плода, так как он жив необходимо родоразрешить операцией кесарево сечение, с последующим удалением матки, если воспалительный процесс в матке выраженный.

4. Антибактериальная терапия, внутриаартериальная перфузия, дезинтоксикационная терапия.

5. УЗИ, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, С-реактивный белок.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Сбор анамнеза.
2. Наружное акушерское исследование.
3. Вагинальное исследование.
4. Определение размеров матки в послеродовом периоде.
5. Интерпретация лабораторных методов исследования.
6. Оценка характера лохий.
7. Определение показаний к хирургическим методам лечения при различных формах гночно – септических заболеваний и септическом шоке.
8. Правила оформления согласия на операцию и протокола операции.
9. Уметь разработать план ведения родильниц в послеродовом отделении, требующих интенсивной терапии при гнойно-септических заболеваниях.

- Умение построить алгоритм получения объективной информации о формах гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания, противопоказания и дозы назначения лекарственных препаратов в зависимости от формы гнойно-септического заболевания и вида акушерской и соматической патологии.

- Уметь составить алгоритм контроля ведения пациентки с различными формами гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания к хирургическим вмешательствам при различных формах гнойно-септических заболеваний.

10. Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в области стационарного акушерства, совершенствовать технику хирургических вмешательств при различных формах гнойно-септических заболеваний.

11. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного исследования.

12. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и доплерометрии с точки зрения оценки течения послеродового периода.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Построить алгоритм диагностического поиска при подозрении на ГСЗ в послеродовом периоде.

2. Акушерский сепсис. Особенности течения. Акушерская тактика.

1. Индекс ОД.О.01.1.2.22 Тема: «Физиологическое течение послеродового периода».

2.Формы работы: подготовка к семинарскому занятию.

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

1. Когда наступает послеродовой период.
2. Сколько длится послеродовой период.
3. Какие изменения происходят в организме женщины в ранний послеродовой период, где родильница его проводит и почему.
4. Что такое инволюция матки? При каких размерах матки родильницу можно выписать домой.
5. Что такое лохии? Характер лохий в первые десять дней послеродового периода.
6. Когда у родильницы наступает лактация. Меры и методы профилактики по развитию лактостаза, послеродового мастита.
7. В чем заключается гигиена вскармливания грудью.
8. Значение санитарно-эпидемиологического режима в родильном доме для профилактики гнойно-септических осложнений у родильниц.
9. Самостоятельно составить и доложить представление о курируемой роженице (родильнице), новорожденном.
10. Обосновать диагноз курируемой роженицы, составить план ведения родов, послеродового периода (при необходимости определить показания к оперативному лечению).
11. Предложить необходимое дополнительное обследование.
12. Провести дифференциальный диагноз.
13. Выписать рецепты (назначаемых препаратов).
14. Дать рекомендации родильнице в послеродовом период
15. Продемонстрировать практические умения при обследовании роженицы, родильницы.
16. Продемонстрировать инструменты, необходимые при обследовании или операции.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА:

- 1) 1 ч
- 2) 2 ч
- 3) 4 ч.
- 4) 12 ч
- 5) 24 ч

2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- 1) появлением первой менструации

- 2) инволюцией шейки матки
- 3) прекращением выделений из матки

24

- 4) длительностью лактации
- 5) инволюцией матки

3. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА:

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 пальца выше пупка
- 3) на 2 пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между лоном и пупком
- 5) за лоном

4. ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ НА 10-Е СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ:

- 1) проходим для одного пальца
- 2) проходим для 2 пальцев
- 3) закрыт
- 4) проходим до области внутреннего зева
- 5) проходим для 1,5 пальцев

5. НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ НЕ ПРОИСХОДИТ:

- 1) отторжения децидуальной ткани
- 2) эпителизации плацентарной площадки
- 3) регенерации эндометрия
- 4) пролиферации эндометрия
- 5) секреторной трансформации эндометрия

6. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ В 1-Е СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ:

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 пальца выше пупка
- 3) на 2 пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между пупком и лоном
- 5) на 3 пальца выше лона

7. ХАРАКТЕР ЛОХИЙ НА 5-Е СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ (ПЕРЕД ВЫПИСКОЙ):

- 1) кровянистые
- 2) серозно-кровянистые
- 3) кровянисто-серозные
- 4) слизистые
- 5) гнойные

8. СОСТОЯНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА В 1-Е СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ:

- 1) проходим для кисти руки
- 2) проходим для 2–3 пальцев
- 3) сформирован, наружный зев закрыт
- 4) сформирован, внутренний зев закрыт
- 5) проходим для 1 п/пальца

9. ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ ЗАМЕДЛЯЕТСЯ ПРИ:

- 1) родах крупным плодом
- 2) лительных родах
- 3) анемии
- 4) послеродовом эндометрите
- 5) всех перечисленных осложнениях

10. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПОСЛЕДА:

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 пальца выше пупка
- 3) на середине расстояния между пупком и лоном
- 4) на 2 пальца ниже пупка
- 5) на уровне лона

Эталон ответа:

1- 2, 2- 5, 3- 1, 4-3,5- 5, 6-1, 7-2, 8-2, 9 -5, 10-4

5.Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача 1.

Повторнобеременная, повторнородящая К., 28 лет. Поступила в родильный дом со схватками потужного характера через 2 минуты по 50 секунд. Головка плода на тазовом дне, сердечные тоны плода ясные ритмичные 120 в минуту. Околоплодные воды излились по дороге в родильный дом, светлые. Через 10 минут самостоятельно родила мальчика массой 3000 г, 51 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед, цел. Матка сократилась, плотная, кровопотеря 150 мл.

Вопрос 1: Диагноз?;

Вопрос 2: Какие параметры включает оценка новорожденного по шкале Апгар?;

Вопрос 3: Биомониторное наблюдение во II периоде родов?;

Вопрос 4: Продолжительность последового периода в норме?;

Вопрос 5: Что такое ранний послеродовой период, где находится родильница?

Эталон ответа.

- 1) Срочные роды II. Ранний послеродовой период.;
- 2) Шкала Апгар: - Сердцебиение; - Дыхание; - Рефлексы; - Мышечный тонус; - Окраска кожи.;
- 3) Контроль за состоянием роженицы: - общее состояние, жалобы; - измерение Рс и АД 1 раз в 30 минут; - оценка сердечной деятельности плода каждые 15 минут, после каждой потуги.;
- 4) 5-30 минут.;
- 5) Ранний послеродовой период – это период в течение 2-х часов от момента рождения последа. Родильница находится в родовом отделении.;

Задача 2.

25.03.17 машиной скорой помощи, доставлена роженица с новорожденным ребенком. Роды домашние, 20 минут назад, плод отделен от матери, закричал сразу, послед не родился, кровотечения нет. Состояние роженицы: кожные покровы бледные, АД 130/80 мм.рт.ст. D=S, пульс – 88

уд. в мин. Беременность первая, в ж/к не наблюдалась, последняя менструация с 29.06.16 по 03.07.16. Масса новорожденной девочки 2900 г. Через 5 минут после поступления родился послед, цел, со всеми дольками и оболочками.

Вопрос 1: Поставьте диагноз. Предполагаемый срок родов?;

Вопрос 2: Как провести первичную, вторичную обработку новорожденного и решите вопрос, в какое отделение РД госпитализировать родильницу?;

Вопрос 3: Тактика ведения 3 периода родов?;

Вопрос 4: Какие профилактические меры необходимо провести роженице и новорожденному?;

Вопрос 5: Необходимые методы обследования родильницы в послеродовом отделении?

Эталон ответа.

1) Срочные роды в 38 недель, домашние, ранний послеродовой период. 3-4 апреля 2014.;

2) Обработать пуповину, кожные покровы, профилактика офтальмобленореи, определить признаки зрелости, антропометрия плода. Госпитализация в родовой блок.;

3) Проверить признаки отделения плаценты: по Шредеру, Альфельду, Кюстнера-Чукалова, оценить кровопотерю. При наличии положительных признаков отделения - выделить послед, одним из методов (вывести катетером мочу), попросить потужиться или применить метод Абуладзе или Креде-Лазаревича.;

4) Противостолбнячная сыворотка, санитарная обработка, антибактериальная терапия, обследования на ВИЧ, RW, Hbs-AG.;

5) ОАК, ОАМ, остальные анализы по показаниям.;

Задача 3.

Повторные срочные роды живым доношенным плодом произошли 30 минут назад. Послед выделился 10 минут спустя. При осмотре возникло сомнение в целостности плаценты. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Дно матки на палец ниже пупка, незначительные кровянистые выделения из влагалища. Пульс 74, ритмичный.

Вопрос 1: Своевременно ли произошло выделение последа?;

Вопрос 2: Возможные осложнения при задержке частей плаценты?;

Вопрос 3: Какова тактика врача при сомнении в целостности плаценты?;

Вопрос 4: Под каким обезболиванием проводится операция ручного обследования полости матки?;

Вопрос 5: Профилактика кровотечения в III периоде родов?

Эталон ответа.

1) Да.;

2) Кровотечение, эндометрит, плацентарный полип.;

3) Ручное обследование стенок послеродовой матки.;

4) Внутривенным (короткого действия).;

5) Введение утеротонических средств (окситоцина) в момент прорезывания головки у первородящих и в момент врезывания головки у повторнородящих.;

Задача 4.

Первобеременная, первородящая 3., 25 лет находится в родовом зале, беременность доношенная, схватки через 2 минут по 50 секунд потужного характера, хорошей силы, головка плода на тазовом дне. Сердечные тоны плода после схватки урежаются до 90 в минуту, произведена эпизиотомия. Через 1 минуту самостоятельно родился мальчик массой 3700 г, 52 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи, закричал после санации верхних дыхательных путей, оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов. Через 5 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед – цел. Родовые пути осмотрены в зеркалах, целы. Эпизиотомия восстановлена. Кровопотеря 200 мл.

Вопрос 1: Диагноз?;

Вопрос 2: С какой целью произведена эпизиотомия?;

Вопрос 3: По каким признакам проводится оценка новорожденного по шкале Апгар?;

Вопрос 4: Кратность проведения оценки новорожденных по шкале Апгар?;

Вопрос 5: Причина урежения сердцебиения плода?

Эталон ответа.

1) Срочные роды I. Ранний послеродовый период. Эпизотомия-рафия.;
2) Для ускорения родов, учитывая начавшуюся гипоксию плода.;
3) По 5 признакам: 1) Сердцебиение; 2) Дыхание; 3) Рефлексы; 4) Мышечный тонус; 5) Окраска кожи.;

4) В первую минуту после родов, через 5 минут.;

5) Тугое обвитие пуповины вокруг шеи.;

Задача 5.

Родильница Ф., 28 лет находится в послеродовом отделении 3 сутки после родов. Жалобы на чувство дискомфорта в области швов на промежности. Роды в срок, в конце второго периода по поводу угрожающего разрыва промежности произведена эпизиотомия. Наблюдалась в женской консультации регулярно, во время беременности выявлен хламидиоз, прошла курс антибактериальной терапии. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые, АД 120/80, 120/70, Ps 90 в минуту, температура 36,80 С. Молочные железы мягкие, соски чистые, сцеживание не затруднено. Живот мягкий безболезненный, матки плотная на 2 пальца ниже пупка, безболезненная. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, швы на промежности в удовлетворительном состоянии; гиперемии, налета - нет. Шейка матки формируется, цервикальный канал проходим для 2 см, матка до 12 недель, плотная безболезненная, лохии сукровичные умеренные.

Вопрос 1: Диагноз?;

Вопрос 2: Тактика ведения?;

Вопрос 3: Где должно проводиться лечение?;

Вопрос 4: Как называется женщина в послеродовом периоде?;

Вопрос 5: Что такое субинволюция матки?;

Эталон ответа.

1) Поздний послеродовый период 3 сутки. Состояние после эпизиотомии, -рафии.;

2) Обработка швов 2 раза в сутки антисептиком (перекись водорода 3%, раствор хлоргексидина, фурациллина). Кварц на область промежности. Туалет НПО.;

3) В послеродовом отделении.;

4) Родильница.;

5) Замедленное сокращение матки.;

6.Перечень практических умений по изучаемой теме:

1.Сбор анамнеза.

2.Наружное акушерское исследование.

3.Вагинальное исследование.

4.Определение размеров матки в послеродовом периоде.

5.Интерпретация лабораторных методов исследования.

6.Оценка характера лохий.

7.Определение показаний к хирургическим методам лечения при различных формах гнойно – септических заболеваний и септическом шоке.

8. Правила оформления согласия на операцию и протокола операции.

9. Уметь разработать план ведения родильниц в послеродовом отделении, требующих интенсивной терапии при гнойно-септических заболеваниях.

- Умение построить алгоритм получения объективной информации о формах гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания, противопоказания и дозы назначения лекарственных препаратов в зависимости от формы гнойно-септического заболевания и вида акушерской и соматической патологии.

- Уметь составить алгоритм контроля ведения пациентки с различными формами гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания к хирургическим вмешательствам при различных формах гнойно-септических заболеваний.

10.Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в области стационарного акушерства, совершенствовать технику хирургических вмешательств при различных формах ГСЗ.

11.Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного исследования.

12.Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и доплерометрии с точки зрения оценки течения послеродового периода.

7. Рекомендации по выполнению НИРС.

1. Дайте рекомендации родильнице в послеродовом периоде после эпизиотомии в родах.

2. Дать рекомендации родильнице в послеродовом периоде, по вопросам личной гигиены, грудного вскармливания, половой жизни, контрацепции.

3. Составить план профилактических мероприятий по распространению гнойно-септических заболеваний в родильном доме.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.23 Тема: «Невынашивание и перенашивание беременности».

2.Формы работы: подготовка к семинарскому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-7, ПК-9,

1. Показания при переносенной беременности к кесареву сечению
2. Определение невынашивания беременности
3. Осложнения при запоздалых родах
4. Особенности ведения запоздалых родов
5. Клиника и диагностика перенашивания
6. Причины перенашивания
7. Определение пролонгированной беременности
8. Определение перенашивания беременности
9. Оценка состояния недоношенных детей
10. Основные принципы ведения преждевременных родов.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) беременность продолжается 290-294 дня;
- 2) 275-280 дней;
- 3) продолжается более 280 дней и заканчивается рождением функционально зрелого ребенка;
- 4) ребенок рождается с признаками переносенности и жизнь его находится в опасности;
- 5) имеются изменения со стороны плаценты (петрификаты, жировое перерождение);

Правильный ответ: 3

2. ЛУЧШИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ШВА НА ШЕЙКУ МАТКИ ПРИ ИЦН:

- 1) 8-9 недель;
- 2) 10-12 недель;
- 3) 11-16 недель;
- 4) 18-19 недель;
- 5) 20-22 недели;

Правильный ответ: 3

3. К ОСОБЕННОСТЯМ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) ранняя инструментальная амниотомия;
- 2) отказ от применения анестетиков;
- 3) ранняя перинео- или эпизиотомия;
- 4) не проводится профилактика кровотечения;
- 5) быстрое родоразрешение;

Правильный ответ: 3

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ ТОКОЛИТИКОВ:

- 1) гепатит А;
- 2) бронхиальная астма;

- 3) токсикозы;
- 4) акушерское кровотечение;
- 5) носовое кровотечение;

Правильный ответ: 4

5. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) назначаются минералокортикоиды;
- 2) гормональные препараты назначают только при повышении уровня гормонов;
- 3) гормональные препараты назначают в минимальных дозах в первые 14-16 недель беременности;
- 4) используются комбинированные оральные контрацептивы;
- 5) используются максимальные дозы гормональных препаратов;

Правильный ответ: 3

6. ГОРМОНОМ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) тестостерон;
- 2) инсулин;
- 3) плацентарный лактоген;
- 4) тиреотропный гормон;
- 5) гонадотропный гормон;

Правильный ответ: 3

7. В ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

- 1) патогенетические средства;
- 2) постельный режим;
- 3) спазмолитики;
- 4) в-миметики;
- 5) тономоторные средства;

Правильный ответ: 5

8. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ НАЗЫВАЮТСЯ РОДЫ:

- 1) роды в интервале 22-37 недель;
- 2) роды в сроке беременности с 26 до 38 недель;
- 3) роды в сроке 39-40 недель;
- 4) роды после 40 недель беременности;
- 5) прерывание беременности в сроке от 20 до 27 недель;

Правильный ответ: 1

9. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИСТИННО ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) беременность продолжается 290-294 дня;
- 2) 275-280 дня;
- 3) 280 дней + 10-14 дней;
- 4) заканчивается рождением функционально зрелого ребенка;
- 5) изменений со стороны плаценты нет;

Правильный ответ: 3

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ
БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) 250-255 дней;
- 2) 260-265 дней;
- 3) 270-275 дней;
- 4) 280-285 дней;
- 5) 290-294 дня;

Правильный ответ: 4

5.Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1

Роженица Н., 28 лет. 2-ые запоздалые роды в 42-43 недели, 1-ый период родов. Предлежание головное, ПМП – 4000 гр., сердечные тоны плода приглушенные до 150 уд. в мин., подтекают зеленые околоплодные воды.

- 1) Диагноз?;
- 2) Тактика?;
- 3) На чем основан выбор тактики родоразрешения?;
- 4) Есть ли угроза жизни для матери?;
- 5) Противопоказания для оперативного родоразрешения.;

Эталон ответа

- 1) Запоздалые роды II в 42-43 недели. I период родов. Крупный плод. Хроническая гипоксия плода.;
- 2) Родоразрешение операцией кесарева сечения в экстренном порядке.;
- 3) С позиции перинатального акушерства, учитывая возможные осложнения для плода при родоразрешении через естественные родовые пути при наличии перенесенной беременности, крупных размеров плода и гипоксии плода.;
- 4) Нет.;
- 5) Гибель плода;

Задача № 2

Беременная К, 29 лет. Беременность 42-43 недели, головное предлежание, ПМП - 4200 гр. Находится в отделении патологии беременности, где проводилась подготовка шейки матки, без эффекта.

- 1) Предположительный диагноз?;
- 2) Составьте план обследования больной.;
- 3) Какова лечебная тактика?;
- 4) Какой срок беременности считается перенесенным?;
- 5) Методика подсчета ПМП?;

Эталон ответа

- 1) Беременность 42-43 недели. Крупный плод;
- 2) Группа крови, резус фактор, развернутый анализ крови, биохимическое исследование крови, коагулограмма, КТГ плода, УЗИ.;
- 3) Родоразрешение путем операции кесарева сечения.;
- 4) 42 недели и более.;
- 5) ОЖ умножается на ВДМ.;

Задача № 3

У женщины при беременности 22-23 недели появились схваткообразные боли в животе, выделений из половых путей нет. РV: шейка укорочена до 2,5 см. Цервикальный канал проходим для 1 п/п.

- 1) Диагноз?;
- 2) Тактика?;
- 3) С какого срока беременности диагностируют преждевременные роды?;
- 4) Возможные осложнения для плода?;
- 5) Прогноз для пролонгирования беременности.;

Эталон ответа

- 1) Беременность 22-23 недели. Угрожающие преждевременные роды.;
- 2) Госпитализация. Сохраняющая терапия. Профилактика РДС плода.;
- 3) С 22 недель.;
- 4) Гипоксия плода, антенатальная гибель.;
- 5) Благоприятный.;

Задача № 4

Беременность 41-42 недели. Родовой деятельности нет, средние размеры плода, размеры таза нормальные, акушерский анамнез не отягощен, положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. С/тоны плода ясные, ритмичные 140 в мин.

- 1) Диагноз?;
- 2) Тактика?;
- 3) Возможные осложнения родов для матери?;
- 4) Возможные осложнения для плода?;
- 5) Тактика при неэффективности подготовки родовых путей?

Эталон ответа

- 1) Беременность 41-42 недели.;
- 2) Подготовка шейки матки. Программированные роды.;
- 3) Аномалии родовой деятельности, гипотоническое кровотечение, разрывы мягких тканей родовых путей, клинически узкий таз.;
- 4) Травматизм, гипоксия.;
- 5) Кесарево сечение.;

Задача № 5

В женскую консультацию обратилась беременная женщина с жалобами на кровянистые выделения из половых путей при сроке беременности 9-10 недель. РV: матка увеличена до 9-10 недель, наружный зев пропускает 3 см, обильные кровянистые выделения.

- 1) Диагноз?;
- 2) Тактика?;
- 3) Прогноз?;
- 4) Тактика при неэффективности лечения?;
- 5) Возможные осложнения для матери?

Эталон ответа

- 1) Беременность 9-10 недель. Самопроизвольный выкидыш.;

2) Госпитализация. УЗИ. При выявлении прогрессирующей беременности – сохраняющая терапия.;

3) Неблагоприятный.;

4) Выскабливание полости матки.;

5) Неполный аборт, эндометрит, кровотечение.;

6.Перечень практических умений по изучаемой теме:

1.Сбор анамнеза.

2.Наружное акушерское исследование.

3.Вагинальное исследование.

4.Определение размеров матки в послеродовом периоде.

5.Интерпретация лабораторных методов исследования.

6.Оценка характера лохий.

7.Определение показаний к хирургическим методам лечения при различных формах гнойно – септических заболеваний и септическом шоке.

8. Правила оформления согласия на операцию и протокола операции.

9. Уметь разработать план ведения родильниц в послеродовом отделении, требующих интенсивной терапии при гнойно-септических заболеваниях.

- Умение построить алгоритм получения объективной информации о формах гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания, противопоказания и дозы назначения лекарственных препаратов в зависимости от формы гнойно-септического заболевания и вида акушерской и соматической патологии.

- Уметь составить алгоритм контроля ведения пациентки с различными формами гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания к хирургическим вмешательствам при различных формах гнойно-септических заболеваний.

10.Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в области стационарного акушерства, совершенствовать технику хирургических вмешательств при различных формах гнойно-септических заболеваний.

11.Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного исследования.

12.Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и доплерометрии с точки зрения оценки течения послеродового периода.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Составить алгоритм обследования женщин с невынашиванием вне беременности.

2. Составить перечень организационных мероприятий по профилактике невынашивания (основные задачи специализированных кабинетов по невынашиванию).

3. Составить алгоритм лечения женщин с привычным невынашиванием вне беременности.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.24 Тема: «Заболевания печени».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-1, УК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7.

1. Определения острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома.
2. Диагностика острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома.
3. Этиология и патогенез острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома
4. Клиника острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома.
5. Дифференциальная диагностика острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома.
6. Лечебная тактика острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома.
7. Меры профилактики острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома
8. Виды, формы, условия оказания помощи пациенткам с острым жировым гепатозом и HELLP-синдромом.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ОСТРЫМ ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

- а. гиперпротеинемия
- б. гиперкальциемия
- в. лейкоцитоз
- г. повышение уровня трансаминаз
- д. гипобилирубинемия

2. ЛЕЧЕНИЕ HELLP – СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- а. желчегонные средства
- б. инфузионная и заместительная трансфузионная терапия
- в. диуретики
- г. гепатопротекторы, плазмоферез, симптоматическая терапия
- д. антигипертензивные средства

3. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ HELLP – СИНДРОМА:

- а. слабость, недомогание
- б. боли в эпигастрии или правом подреберье, желтуха, петехиальная сыпь
- в. алопеция
- г. повышенная кровоточивость (петехии, кровоизлияния в местах инъекций)
- д. пустулезная сыпь

4. HELLP-СИНДРОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- а. клиникой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- б. носовым кровотечением
- в. разрывом печени с кровотечением в брюшную полость
- г. быстрым формированием печеночно-почечной недостаточности

д. протеинурией

5. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- а. не выраженной анемией
- б. гиперпротеинемией
- в. гиперкалиемией
- г. незначительным приростом трансаминаз печени, гипербилирубинемией
- д. гипокальциемией

6. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ:

- а. HELLP-синдром
- б. преэклампсия
- в. кровотечение
- г. припадок судорок;
- д. предлежание плаценты

7. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ ПРИ HELLP-СИНДРОМЕ

- а. повышено
- б. снижено
- в. практически не изменяется
- г. критически снижено
- д. критически повышено

8. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ HELLP-СИНДРОМ

- а. 36-37 НЕДЕЛЬ
- б. 5 НЕДЕЛЬ
- в. 12 НЕДЕЛЬ
- г. 22 НЕДЕЛИ
- д. 16 НЕДЕЛЬ

9. МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ HELLP-СИНДРОМЕ

- а. экстренное кесарево сечение
- б. плановое кесарево сечение при доношенной беременности
- в. акушерские щипцы
- г. вакуум-экстракция
- д. естественные роды

10. HELLP-СИНДРОМ ВПЕРВЫЕ ОПИСАН

- а. Пироговым
- б. Персианиновым
- в. Чемберленом
- г. Бакштейном
- д. Гегаром

Ответы: 1-г; 2-г; 3-б; 4-г; 5-г; 6-а, д; 7-г; 8-а; 9-а; 10-г.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам УК-1, УК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7.

Задача 1.

Беременная С, 21 года, учащаяся ПТУ, обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, головную боль, “ломоту” в теле, незначительный кожный зуд, тошноту, периодическую рвоту, познабливание, повышение температуры тела до 37,3-37,5. Указанные симптомы беспокоят в течение 5-7 дней. При опросе выяснено, что последние два дня моча стала темней обычного, кал сероватого цвета также выяснено, что беременная имела контакт (проживает в общежитии) с больной желтухой. Беременность I, 16-17 недель, желанная. Матка соответствует сроку 16-17 недель, безболезненная, в нормальном тоне. Пульс 60 уд в мин., АД 100/50 мм рт ст. Пальпируется увеличенная болезненная печень. Склеры иктеричные, кожные покровы слегка желтушные. Направлена с подозрением на острый вирусный гепатит в инфекционную больницу. Обследование: резко повышена активность трансаминаз (АЛТ 300 ед), гипербилирубинемия, тимоловая проба повышена, сулемовая снижена, лейкопения, относительный лимфоцитоз, моноцитоз, замедленная СОЭ. Тесты на ДВС-синдром отрицательные. Австралийский антиген обнаружен.

1. Сформулируйте акушерско-соматический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями и осложнениями беременности следует провести дифференциальную диагностику?
3. В какой форме чаще протекает это заболевание у беременных? Зависит ли это от срока беременности?
4. Назначьте обследование.
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

- 1) Беременность 16-17 недель. Инфекционный гепатит?
- 2) Вирусный гепатит В хронический гепатоз беременных, острый жировой гепатоз беременных, обострение хронического гепатита, доброкачественная гипербилирубинемия, рвота беременных.
- 3) Чаще протекает в легкой и средней степени тяжести, в поздние сроки беременности возможны более тяжелые формы.
- 4) Функциональные пробы печени в динамике, австралийский антиген неоднократно, исследование на наличие антител к вирусу гепатита А, общий анализ мочи и крови, гемостазиограмма. Наблюдение за развитием плода.
- 5) Диета - стол 5, обильное питье, витамины К, С и Р. При средней степени тяжести - инфузия 5% глюкозы. Защита печени от физических нагрузок.

Задача 2.

Пациентка К, 22 лет, обратилась у участковому акушеру-гинекологу с жалобами на тошноту по утрам, периодически (не каждый день) рвоту, задержку менструации на 2 недели, нагрубание молочных желез, непереносимость запаха табачного дыма. Половая жизнь в течение 6 месяцев,

без контрацепции. Брак I, зарегистрированный. Врач обратил внимание на небольшую иктеричность склер у женщины. При дополнительном расспросе выяснилось, что небольшая иктеричность склер с детства, периодически усиливается (после ОРВИ, физических нагрузок). Обследовалась в подростковом возрасте, диагноза не знает, медицинской документации о заболевании нет. Переехала из другой области два года назад. Контакт с желтушными больными отрицает. OS: Цианоз слизистой преддверия, влагища и шейки матки. P/: Матка мягковатая, увеличена до 5-6 недель беременности, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются. Своды глубокие, свободные. Исследование в срочном порядке активность АЛТ и АСТ не повышена.

1. Сформулируйте предварительный акушерско-соматический диагноз и обоснуйте его.;

2. С какими заболеваниями и осложнениями беременности следует провести дифференциальную диагностику?

3. Нуждается ли пациентка в госпитализации? В какое отделение? С какой целью?

4. Определите объем лабораторно-инструментального обследования.;

5. Прогноз для матери и плода;

Эталон ответа:

1) Беременность 5-6 недель, доброкачественная гипербилирубинемия.

2) Хронический гепатит, холестатический гепатоз беременных, острый жировой гепатоз, острый вирусный гепатит, ранний токсикоз, желчно-каменная болезнь.

3) Показана госпитализация в гастро-энтерологическое отделение многопрофильной больницы с целью обследования, уточнения диагноза, коллегиального решения вопроса о допустимости вынашивания беременности.

4) Общий анализ крови и мочи, ФПП, трансаминазы, австралийский антиген, гемостазиограмма, креатинин, сахар крови, ЩФ холестерина, протеинограмма, УЗИ печени. Скрининговое обследование по беременности.

5) Прогноз для матери и плода – относительно благоприятный. Доброкачественные гипербилирубинемии - это собирательное понятие, включающее различные синдромы (синдром Жильбера, синдром Дабина-Джонсона и Ротора), связанные с нарушением обмена билирубина без выраженного нарушения структуры и функции печени.

Задача 3.

Беременная В, 23 лет, при очередном посещении врача женской консультации пожаловалась на постоянный мучительный кожный зуд в области туловища, конечностей. Зуд беспокоит в течение 10 дней. Appetit сохранен тошноты, рвоты не было. Из анамнеза два года назад пришлось отказаться от гормональной контрацепции в связи с появлением кожного зуда. У матери данной женщины во время беременности была желтуха, которая прошла после родов. Контакт с больными вирусным гепатитом отрицает. Беременность I, желанная 30-31 неделя протекала без осложнения,

прибавка массы тела физиологическая. Состояние удовлетворительное. На коже живота и голеней следы от расчесов, небольшая иктеричность склер. Пульс 80 уд в мин., ритмичный, АД 120/80 и 125/80 мм рт.ст. Язык влажный чистый. Печень и селезенка не увеличены. Матка соответствует сроку беременности в нормальном тонусе безболезненная. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное ритмичное. Отеков нет. Беременная сразу же осмотрена терапевтом женской консультации, в срочном порядке проведено обследование. Результат: трансаминазы - верхняя граница нормы, прямой билирубин 32,5 мкмоль/л, общий анализ крови - без патологии. В моче положительная реакция на уробилин, белок отрицательный.

1. Сформулируйте предварительный акушерско-соматический диагноз и обоснуйте его.

2. Необходима ли госпитализация беременной? В какое лечебное учреждение, отделение?

3. Определите полный объем обследования беременной, ожидаемые результаты.

4. Лечение.

5. Реабилитация.

Эталон ответа:

1) Беременность 30-31 неделя. Холестатический гепатоз беременных (внутрипеченочная холестатическая желтуха беременных).

2) Госпитализация в отделение патологии беременных роддома.

3) ФПП, коагулограмма, тесты на ДВС-синдром, креатинин, мочевины, холестерин, щелочная фосфатаза. Общий анализ крови, общий анализ мочи. УЗИ печени. Кардиотокограмма.

4) Стол №5. Энтеросорбенты (полифепам, холестирамин), невсасывающиеся антациды (маалокс, альмагель, фосфалюгель), слепые тюбажи с ксилитом, сорбитом. Желчегонные из группы холецистокинетиков, местно - крахмальные ванночки. При выраженной форме - детоксикация (инфузионная терапия, плазмаферез).

5) Санаторно-курортное лечение, гепатопротекторы, контрацепция, лечение соматической патологии.

Задача 4.

Беременная Л 23 лет, студентка, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на нарастающую слабость, мучительную изжогу, тошноту, отсутствие аппетита, ощущение жжения по ходу пищевода, непостоянные боли в области эпигастрия и правого подреберья, нарушение сна, головные боли, повышение температуры тела до 37,2°. Указанные жалобы появились две недели назад, похудела на 3 кг. Беременность I, желанная 28-29 недель. На учете в женской консультации с 17 недель, посещала нерегулярно. В анамнезе большое число вирусных и бактериальных инфекций. Гепатитом не болела. Объективно общее состояние средней тяжести, адинамичная. Кожные покровы обычной окраски, иктеричность склер, уздечки языка. Пульс 100 уд в мин.,

ритмичный. АД 90/50 мм рт ст. Печень не увеличена. Матка с четкими контурами, соответствует неделям беременности, безболезненная. Сердцебиение плода глухое, 128 уд в мин. Кровяных выделений из влагалища нет. Из женской консультации больная доставлена в приемное отделение многопрофильной клинической больницы, в срочном порядке обследована. При срочном обследовании выявлено: прямой билирубин 160 мкмоль/л, АЛТ 60 ме/л, протромбиновый индекс 65%, умеренное повышение содержания ЩФ, общий белок 56 г/л, гипофибриногенемия, положительный этаноловый протаминсульфатный тесты, анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево, лимфопения.

1. Сформулируйте предварительный акушерско-соматический диагноз и обоснуйте его.

2. С какими заболеваниями и акушерскими осложнениями следует провести дифференциальную диагностику. Значение пункционной биопсии печени?

3. В консультации каких специалистов нуждается беременная?

4. В какое отделение следует госпитализировать беременную?

5. Определите полный объем обследования.

Эталон ответа:

1) Беременность 28-29 недель. Острый жировой гепатоз беременных. Преджелтушная стадия. Гипоксия плода.

2) Острый вирусный гепатит, HELLP-синдром, холестатический гепатоз беременных, почечно-печеночный синдром при тяжелой форме гестоза. В биоптате печени - массивное жировое перерождение печени без существенных признаков некроза гепатоцитов и воспалительной инфильтрации.

3) Инфекционист, терапевт (гепатолог), акушер-гинеколог, специалист по интенсивной терапии.

4) Родильное отделение, палата интенсивной терапии.

5) ФПП, показатели гемостазиограммы, содержание мочевины, креатинина, электролиты, протеинограмма, трансаминазы, сахар крови, КОС, австралийский антиген, общий анализ мочи, крови. УЗИ печени, по показаниям - пункционная биопсия печени.

Задача 5.

1. Беременная К. 30 лет, студентка, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на нарастающую слабость, непостоянные боли в области эпигастрия и правого подреберья, нарушение сна, головные боли, кожный зуд, повышение температуры тела до 37,2°. Указанные жалобы появились две недели назад, похудела на 4 кг. Беременность 1, желанная, 26-27 недель. На учете в женской консультации с 117 недель, посещала регулярно. В анамнезе большое число вирусных и бактериальных инфекций. Гепатитом не болела. Два года назад лечилась от гельминтоза, этиологию не помнит. Объективно общее состояние средней тяжести, адинамичная. Кожные покровы сухие, с расчесами, иктеричность склер, уздечки языка. Пульс 100 уд в мин., ритмичный. АД 90/50 мм рт ст. Печень не увеличена.

Матка с четкими контурами, соответствует неделям беременности, безболезненная. Сердцебиение плода глухое, 120 уд в мин. Из женской консультации больная доставлена в приемное отделение многопрофильной клинической больницы, в срочном порядке обследована. При срочном обследовании выявлено: прямой билирубин 160 мкмоль/л, АЛТ 600 ме/л, АСТ, 400 ме/л, протромбиновый индекс 65%, умеренное повышение содержания ЩФ, общий белок 56 г/л, гипофибриногенемия, положительный этаноловый протаминсульфатный тесты, анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево, лимфопения.

1. Диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Консультации каких специалистов необходимы в данном случае.
4. Госпитализация в какое отделение необходима?
5. Какие дополнительные исследования необходимы?

Эталон ответа:

1) Беременность 26-27 недель. Острый жировой гепатоз беременных. Хроническая гипоксия плода.

2) Острый вирусный гепатит, HELLP-синдром, холестатический гепатоз беременных, почечно-печеночный синдром при тяжелой форме гестоза. В биоптате печени - массивное жировое перерождение печени без существенных признаков некроза гепатоцитов и воспалительной инфильтрации.

3) Инфекционист, терапевт (гепатолог), акушер-гинеколог, специалист по интенсивной терапии.

4) Родовое, палата интенсивной терапии.

5) ФПП, показатели гемостазиограммы, содержание мочевины, креатинина, электролиты, протеинограмма, трансаминазы, сахар крови, КОС, австралийский антиген, общий анализ мочи, крови. УЗИ печени, по показаниям - пункционная биопсия печени.

6.Перечень практических умений по изучаемой теме. ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11:

- 1.Сбор анамнеза.
- 2.Наружное акушерское исследование.
- 3.Вагинальное исследование.
- 4.Определение размеров матки в послеродовом периоде.
- 5.Интерпретация лабораторных методов исследования.
- 6.Оценка характера лохий.
- 7.Определение показаний к хирургическим методам лечения при различных формах гночно – септических заболеваний и септическом шоке.
8. Правила оформления согласия на операцию и протокола операции.
9. Уметь разработать план ведения родильниц в послеродовом отделении, требующих интенсивной терапии при гнойно-септических заболеваниях.

- Умение построить алгоритм получения объективной информации о формах гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания, противопоказания и дозы назначения лекарственных препаратов в зависимости от формы гнойно-септического заболевания и вида акушерской и соматической патологии.

Уметь составить алгоритм контроля ведения пациентки с различными формами гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания к хирургическим вмешательствам при различных формах гнойно-септических заболеваний.

10. Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в области стационарного акушерства, совершенствовать технику хирургических вмешательств при различных формах гнойно-септических заболеваний.

11. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного исследования.

12. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и доплерометрии с точки зрения оценки течения послеродового периода.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Этиология и патогенез атипичных форм ПЭ.
2. Дифференциальная диагностика острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.25 Тема: «Акушерские кровотечения».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-1, ПК-2, ПК-6.

1. Кровотечения во второй половине беременности: предлежание плаценты, низкая плацентация, преждевременная отслойка плаценты. Дифференциальная диагностика.

2. Особенности кровотечения при предлежании плаценты и при преждевременной отслойке плаценты.

3.Факторы риска. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

4. Современные подходы к ведению беременности и родов.

5. Особенности родоразрешения.

6. Профилактическая борьба с геморрагическим шоком.

7. Эфферентные методы в лечении и профилактике акушерских кровотечений. Аутоплазмодонорство.

8. Осложнения послеродового (послеоперационного) периода. Профилактика. Реабилитация.

9. Роль женской консультации в своевременной диагностике факторов риска акушерских кровотечений, профилактика и реабилитация.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ДИАГНОЗ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ:

- а) ультразвукового сканирования
- б) амниоскопии
- в) везико- и сцинтиграфии
- г) тепловидения
- д) всех перечисленных выше исследований

2. ПРИ КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ОСНОВНОМ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ МИГРАЦИЯ ПЛАЦЕНТЫ:

- а) 16 – 18 нед
- б) 20 – 25 нед
- в) 32 – 35 нед
- г) 38 нед
- д) 40 нед

3. ОСОБЕННОСТИ: МИГРАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ:

- а) протекает бессимптомно
- б) возможна в различные сроки беременности
- в) сопровождается кровянистыми выделениями из половых путей и болями в животе
- г) родолжается от 1 до 20 нед
- д) все вышеперечисленное верно

4. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖНО ПРОВОДИТЬ:

а) в женской консультации
б) в приемном покое родильного дома
в) в родильном отделении и только при развернутой
операционной

г) в любых условиях

д) не производят из-за опасности возникновения
профузного кровотечения

5. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ - ЭТО ТАКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ
КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА, КАК ПРАВИЛО, РАСПОЛАГАЕТСЯ:

а) в теле матки

б) в нижнем сегменте матки

в) в нижнем сегменте матки, частично или полностью
перекрывая внутренний зев

г) по задней стенке матки

д) в дне матки

6. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НИЗКИМ, ЕСЛИ
ПРИ УЗИ МАТКИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЕЕ НИЖНИЙ
КРАЙ НЕ ДОХОДИТ ДО ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА:

а) на 11-12 см

б) на 9-10 см

в) на 7-8 см

г) на 5-6 см

7. ФАКТОРАМИ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМИ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ,
ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

а) растяжения нижнего сегмента матки

б) перемещения слоев миометрия в процессе беременности

в) атрофии нижней части плаценты

г) более активного развития верхней части плаценты

д) перемещения ворсин хориона по базальной мембране

матки

8. "МИГРАЦИЯ" ПЛАЦЕНТЫ ПРОИСХОДИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО, ЕСЛИ
ПЛАЦЕНТА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА СТЕНКЕ МАТКИ:

а) передней

б) задней

в) правой

г) левой

д) в дне

9. ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВПЕРВЫЕ
ВОЗНИКАЕТ, КАК ПРАВИЛО, ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ:

а) 8 – 12 нед

б) 16 – 20 нед

в) 22 – 24 нед

г) 28 – 32 нед

д) 36 – 40 нед

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) хроническая внутриутробная гипоксия плода
- б) снижение уровня гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов в крови
- в) повторные кровянистые выделения из половых путей
- г) артериальная гипотензия
- д) угроза прерывания беременности

Эталоны ответов:

1 – Г, 2 – В, 3 – А, 4 – Б, 5 – Д, 6 – В, 7 – В, 8 – В, 9 – Д, 10 - А

5. Самоконтроль по ситуационным задачам УК-1, ПК-2, ПК-6

Задача 1.

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

1. Ваш диагноз?
2. Причина данной патологии.
3. С какой патологией следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Оцените правильность ведения пациентки в женской консультации.
5. Как следовало родоразрешить пациентку?

Эталон ответа:

1. Первый период родов. ОАА. Свершившийся разрыв матки. Внутриутробная гибель плода.

2. Рубец на матке.
3. ПОНРП, предлежание плаценты.
4. Беременную с рубцом на матке следовало направить на родовую госпитализацию.
5. Кесарево сечение в плановом порядке.

Задача 2.

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом 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; ягодицы плода высоко над входом в малый таз; плодный пузырь цел.

1. Диагноз.
2. Что делать?
3. Как подсчитать допустимую кровопотерю?

4. Где следует проводить влагалищное исследование при подозрении на предлежание плаценты?

5. С какой патологией проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Полное предлежание плаценты. Тазовое предлежание плода.

2. Кесарево сечение в экстренном порядке.

3. 0,5% от массы тела.

4. В развернутой операционной.

5. ПОНРП

Задача 3.

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

1. Диагноз.

2. Что делать?

3. Какую патологию нужно исключать?

4. Каким образом провести дифференциальную диагностику?

5. Как подсчитать допустимую кровопотерю?

Эталон ответа:

1. Третий период родов.

2. Продолжить наблюдение за роженицей, контролировать признаки отделения плаценты, готовиться в операции ручного отделения плаценты.

3. Плотное прикрепление плаценты, приращение плаценты.

4. Во время операции ручного отделения плаценты.

5. 0,5% от массы тела

Задача 4.

Роженица находится в третьем периоде родов, 10 мин назад родился плод массой 4000 г. Появились кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве.

1. Диагноз.

2. Что делать?

3. Какие осложнения возможны?

4. Величина допустимой кровопотери?

5. Факторы риска гипотонического состояния матки у роженицы.

Эталон ответа:

1. Последовый период. Крупный плод.

2. Оценить кровопотерю, появление признаков отделения плаценты, в/в окситоцин.

3. Простое неотделение плаценты, гипотоническое кровотечение, субинволюция матки.

4. 0,5% от массы тела.

5. Крупный плод.

Задача 5.

Кровопотеря достигла 250 мл и продолжается. Признаки отделения плаценты отсутствуют.

- 1.Диагноз.
- 2.Тактика.
- 3.Допустимая кровопотеря.
- 4.Способы выделения последа.
- 5.С какой патологией нужно дифференцировать?

Эталон ответа:

- 1.Последовый период.
- 2.Подготовка к операции ручного отделения плаценты, введение окситоцина в/в.
- 3.0,5 % от массы тела.
4. Креде–Лазаревича, Абуладзе.
- 5.С частичным плотным прикреплением плаценты или частичным истинным приращением.

6.Перечень практических умений по изучаемой теме. ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11:

- 1.Сбор анамнеза.
- 2.Наружное акушерское исследование.
- 3.Вагинальное исследование.
- 4.Определение размеров матки в послеродовом периоде.
- 5.Интерпретация лабораторных методов исследования.
- 6.Оценка характера лохий.
- 7.Определение показаний к хирургическим методам лечения при различных формах гнойно – септических заболеваний и септическом шоке.
8. Правила оформления согласия на операцию и протокола операции.
9. Уметь разработать план ведения родильниц в послеродовом отделении, требующих интенсивной терапии при гнойно-септических заболеваниях.

- Умение построить алгоритм получения объективной информации о формах гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания, противопоказания и дозы назначения лекарственных препаратов в зависимости от формы гнойно-септического заболевания и вида акушерской и соматической патологии.

Уметь составить алгоритм контроля ведения пациентки с различными формами гнойно-септических заболеваний.

- Уметь определить показания к хирургическим вмешательствам при различных формах гнойно-септических заболеваний.

10.Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в области стационарного акушерства, совершенствовать технику хирургических вмешательств при различных формах гнойно-септических заболеваний.

11.Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного исследования.

12. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и доплерометрии с точки зрения оценки течения послеродового периода.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Контроль, задачи и средства интенсивной терапии в различных стадиях постреанимационного периода.
2. Эфферентные методы лечения акушерских кровотечений.
3. Клинико-физиологические основы рациональной инфузионной терапии акушерских кровотечений.

1. Индекс ОД.О.01.1.2.26 Тема: «Гипотоническое кровотечение. Оказание неотложной помощи».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4

1. Этиология кровотечений в последовом периоде
2. Ущемление последа
3. Гипотонические кровотечения - профилактика
4. Гипотонические кровотечения - лечение
5. Гипотонические кровотечения - классификация по объему кровопотери
6. Гипотонические кровотечения - клиника
7. Дефект плаценты
8. Гипотонические кровотечения - этиология
9. Патология прикрепления плаценты
10. Этиология кровотечений в послеродовом периоде

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. СЛЕДСТВИЕ ГИПОТОНИИ МАТКИ:

- 1) слабая родовая деятельность;
- 2) бурная родовая деятельность;
- 3) разрывы влагалища, промежности;
- 4) дискоординированная родовая деятельность;
- 5) преждевременные роды;

Правильный ответ: 1

2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ ПО ОТНОШЕНИЮ ОБЪЕМА ТЕРЯЕМОЙ КРОВИ К ВЕСУ ТЕЛА РОЖЕНИЦЫ В %:

- 1) от 0,1 до 0,3%;
- 2) от 0,3 до 0,5%;
- 3) от 0,5 до 1%;
- 4) свыше 1%;
- 5) свыше 1,5%;

Правильный ответ: 2

3. ОСНОВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ВТОРОМ ЭТАПЕ БОРЬБЫ С ГИПОТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:

- 1) в/в капельное введение окситоцина;
- 2) ручное обследование полости матки;
- 3) баллонная тампонада матки;
- 4) наложение шва на шейку матки по Лосицкой;
- 5) тампонада матки;

Правильный ответ: 3

4. ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ:

- 1) ввести сокращающие матку средства;
- 2) применить метод Креде-Лазаревича;
- 3) прием Абуладзе;
- 4) произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;

5) положить лед на низ живота;

Правильный ответ: 4

5. ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ В МОМЕНТ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ГОЛОВКИ:

- 1) окситоцин;
- 2) метилэргометрин;
- 3) прегнантол;
- 4) маммафизин;
- 5) хинин;

Правильный ответ: 1

6. ОСНОВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ 3 ЭТАПЕ БОРЬБЫ С ГИПОТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:

- 1) в/в капельное введение окситоцина;
- 2) надвлагалищная ампутация матки или экстирпация матки;
- 3) наложение зажимов на шейку матки по Бакшееву;
- 4) тампонада матки;
- 5) наложение шва по Лосицкой на шейку матки;

Правильный ответ: 2

7. ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 2 ЭТАП БОРЬБЫ С ГИПОТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:

- 1) 200-400 мл;
- 2) 400-600 мл;
- 3) 601-1000 мл;
- 4) более 1000 мл;
- 5) более 2000 мл;

Правильный ответ: 3

8. ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 3 ЭТАП БОРЬБЫ С ГИПОТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:

- 1) 200-400 мл;
- 2) 400-600 мл;
- 3) 601-1000 мл;
- 4) более 1000 мл;
- 5) более 2000 мл;

Правильный ответ: 4

9. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ:

- 1) 200-250 мл;
- 2) 300-400 мл;
- 3) до 500 мл;
- 4) 500-600 мл;
- 5) 600-700 мл;

Правильный ответ: 3

10. ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ, ПРИ КОТОРОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 ЭТАП БОРЬБЫ С ГИПОТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:

- 1) 200-400 мл;
- 2) 500-600 мл;

- 3) 601-1000 мл;
- 4) более 1000 мл;
- 5) более 2000 мл;

Правильный ответ: 2

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

Задача 1.

В роддом на носилках доставлена 30-летняя женщина из женской консультации, где ей по поводу тазового предлежания в сроке беременности 35 недель производили наружный профилактический поворот плода на головку. Беременность 5-я, предстоят 3-й роды. 2 предшествующие беременности закончились мед.абортами. Во время проведения наружного поворота женщина пожаловалась на сильную нарастающую боль в животе. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, цианоз губ, АД 70/40. Пульс 110, слабого наполнения. Матка на-пряжена, контуры четкие, болезненность по левому ребру матки, где определяется локальное выпячивание. Части плода пальпируются с трудом. Сердцебиение плода не выслушивается.

- 1) Диагноз?;
- 2) Причина возникновения данного осложнения?;
- 3) С какой патологией необходимо дифференцировать возникшее осложнение?;
- 4) Каковы должны быть дальнейшие действия врача?;
- 5) Какие выделяют этапы биомеханизма родов при тазовом предлежании?;

1) Беременность 35 недель. ПОНРП. Геморрагический шок III ст. Тазовое предлежание плода. Антенатальная гибель плода. ОАА. Поворот плода по Архангельскому.;

2) Производство наружного поворота плода на головку.;

3) Разрыв матки, хирургические причины клиники острого живота (аппендицит, желчнокаменная болезнь и др.), предлежание плаценты.;

4) Лапаротомия, кесарево сечение в экстренном порядке с последующим решением вопроса об объеме операции; мероприятия по борьбе с шоком (инфузионная терапия).;

5) Первый момент — внутренний поворот ягодиц; второй момент — боковое сгибание поясничной части позвоночника плода; третий момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища; четвертый момент — боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника; пятый момент — внутренний поворот головки; шестой момент — сгибание головки.;

Задача 2.

В конце беременности у повторнородящей женщины без родовой деятельности внезапно появились яркие кровянистые выделения. Доставлена в род. дом в состоянии средней тяжести с умеренно выраженной анемией. Матка мягкая, безболезненная при пальпации, предлежат ягодицы, с/биение плода приглушено 150 уд/мин. При развернутой операционной произведено

влагалищное исследование при котором найдено: шейка матки сохранена, ц/канал проходим для 1 п/п, над внутренним зевом определяется плацентарная ткань. Во время исследования кровотечение усилилось.

- 1) Каков диагноз?;
 - 2) Тактика врача?;
 - 3) Какой метод кесарева сечения считается общепризнанным в современном акушерстве?;
 - 4) Основные методы обезболивания при операции кесарева сечения?;
 - 5) Тактика врача в случае гибели плода?;
- 1) Доношенная беременность. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. Тазовое предлежание плода.;
 - 2) Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.;
 - 3) В нижнем маточном сегменте поперечным разрезом.;
 - 4) Эндотрохеальный наркоз, спинномозговая анестезия.;
 - 5) Кесарево сечение в экстренном порядке.;

Задача 3.

Первородящая 30 лет, беременность 39-40 недель, первая. Доставлена в родильное отделение с потужной деятельностью, поведение беспокойное, советы медперсонала не выполняет, мечется. При осмотре: головка врезывается, кожа промежности бледная, блестящая. Через 5 мин. родоразрешилась живой доношенной девочкой массой 4200 грамм. Самостоятельно отделилась плацента и выделился послед, цел. Матка сократилась, плотная, из половых путей - умеренное кровотечение. При осмотре обнаружено: разрыв кожи промежности, мышц тазового дна, сфинктера прямой кишки, умеренное кровотечение из разрыва.

- 1) Диагноз?;
 - 2) С какими осложнениями следует проводить дифференциальную диагностику?;
 - 3) Причина данного осложнения?;
 - 4) План дообследования?;
 - 5) Лечение?;
- 1) Срочные роды I в 39-40 недель в 30 лет. Ранний послеродовый период. Разрыв промежности III степени. Кровотечение.;
 - 2) Другими видами материнского родового травматизма (разрыв шейки матки, влагалища и т.д.);
 - 3) Крупный плод;
 - 4) Ручное обследование полости матки;
 - 5) Ушивание разрыва промежности III степени.;

Задача 4.

Повторнородящая 30 лет. Беременность третья, роды вторые. Беременность протекала на фоне длительно текущей преэклампсии. Родила живого мальчика массой 3200 г. Последовый период длился 5 минут. Послед выделился самостоятельно, цел. Общая продолжительность родов 12 часов

30 минут. После рождения последа началось кровотечение. Кровь жидкая, без сгустков. Матка хорошо сократилась, плотная. При осмотре в зеркалах - травмы мягких тканей родовых путей не обнаружено. Кровопотеря составила 600 мл и продолжается.

- 1) Диагноз?;
- 2) Причина возникшего кровотечения?;
- 3) С чем необходимо дифференцировать возникшее осложнение?;
- 4) Дальнейшая тактика врача?;
- 5) Реабилитация в послеоперационном периоде?;

1) Ранний послеродовый период после срочных родов II. Хронический ДВС- синдром на фоне длительно текущей преэклампсии, фаза гипокоагуляции, маточное кровотечение. ОАА;

2) Нарушение коагуляционных свойств крови вследствие развившегося хронического ДВС- синдрома на фоне длительно текущей преэклампсии;

3) С гипотоническим состоянием матки, разрывом мягких тканей родовых путей. (Разрыв матки, шейки матки, промежности, влагалища);

4) Срочная лапаротомия и гистерэктомия без придатков;

5) После удаления матки у молодой женщины возможно развитие депрессии, необходима консультация психолога;

Задача 5.

Повторнородящая 29 лет. Роды осложнились частичной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Родился живой доношенный мальчик массой 3300 г. Послед выделился самостоятельно. В раннем послеродовом периоде при хорошо сократившейся матке началось кровотечение. Выделяющаяся кровь жидкая, сгустков не образуется. Кровопотеря составила 900,0 мл и продолжается.

- 1) Диагноз?;
- 2) Какая патология развивалась?;
- 3) Были ли допущены ошибки при ведении родов?;
- 4) Дальнейшая тактика?;
- 5) Реабилитация в послеоперационном периоде?;

1) Ранний послеродовый период после срочных родов II, осложненных ПОНРП. ДВС- синдром, фаза гипокоагуляции. Кровотечение;

2) ДВС- синдром;

3) При ПОНРП во время родов и влагалищном родоразрешении в последовом периоде показано ручное выделение последа с последующим обследованием полости матки. Ручное обследование полости матки следовало провести на более раннем этапе, еще при меньшем объеме кровопотери;

4) Срочная лапаротомия и гистерэктомия без придатков;

5) После удаления матки возможно развитие депрессии, необходима консультация психолога;

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Тактика ведения пациенток с кровотечением в раннем послеродовом периоде
2. Причины и факторы риска кровотечений в последовом периоде
3. Причины и факторы риска кровотечений в раннем послеродовом периоде

1. Индекс ОД.О.01.1.1.27 Тема: «Гипоксия плода».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2

- 1.Дайте определение гипоксии плода и асфиксии новорожденного.
- 2.Назовите факторы риска развития гипоксии плода.
- 3.Дайте классификацию гипоксии плода.
4. Назовите тесты функциональной диагностики состояния плода и охарактеризуйте их.
5. Дайте классификацию гипоксии плода в зависимости от этиологии, патогенеза, и течения патологического процесса.
6. Дайте краткую характеристику ультразвуковой фетометрии, доплерометрии.
7. Дайте краткую характеристику кардиотокографии плода.
8. Дайте краткую характеристику плодовых и плацентарных гормонов, участвующих в росте и развитии плода.
9. Дайте краткую характеристику амниоскопии, амниоцентеза.
- 10.Охарактеризуйте особенности развития лёгочной системы плода. Что такое сурфактантная система плода. Что такое болезнь гиалиновых мембран.
- 11.Какова тактика акушера при диагностировании острой гипоксии плода в родах, в зависимости от периода родов.
- 12.Дайте характеристику клинической оценки новорожденного по шкале Апгар, Сильвермана.
- 13.Произведите реанимацию и интенсивную терапию новорожденного, родившегося в состоянии асфиксии.
- 14.Назовите методы профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?
 - а. поздние гестозы и фпн
 - б. перенашивание беременности.
 - в. хронические экстрагенитальные заболевания матери.
 - г. внутриутробное инфицирование.
 - д. все выше перечисленное
2. ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?
 - а. синдром сдавления нижней полой вены.
 - б. хронические экстрагенитальные заболевания матери.
 - в. преждевременная отслойка плаценты.
 - г. острые нарушения кровообращения и дыхания беременной.
 - д. правильно 1,3,4.
3. КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- а. монотонность сердечного ритма.
- б. децелерации при нестрессовом тесте.
- в. зеленое окрашивание о/вод.
- г. ослабление шевеления плода.
- д. все выше перечисленное

4. КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВ?

- а. брадикардия после схватки.
- б. поздние децелерации на ктг.
- в. зеленые о/воды при головном предлежании.
- г. акцелерации после схватки.
- д. верно 1,2,3.

5. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- а. программированные роды.
- б. проводить лечение гипоксии до срока родов.
- в. кесарево сечение.
- г. родовозбуждение окситоцином в/венно.
- д. верно 3,4.

6. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО 2 ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ?

- а. консервативное ведение родов.
- б. лечение гипоксии.
- в. немедленное родоразрешение операцией наложения акушерских щипцов.
- г. родоразрешение путем вакуум-экстракции плода.
- д. ничего из перечисленного.

7. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ ОЦЕНКЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР.

- а. частота сердцебиения и дыхания.
- б. окраска кожных покровов.
- в. мышечный тонус.
- г. рефлексорная возбудимость.
- д. все выше перечисленное

8. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ИЛИ НАРУШАЕТСЯ КРОВОТОК В СОСУДАХ ПУПОВИНЫ?

- а. тугое обвитие пуповины или истинный узел.
- б. выпадение пуповины.
- в. разрыв сосудов плевистого прикрепленной пуповины.
- г. переносная беременность.
- д. верно 1,2,3.

9. СУММА БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ АПГАР У НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИВШЕГОСЯ В ЛЕГКОЙ АСФИКСИИ?

- а. 0-1 балл
- б. 6-7 баллов

- в. 3-4 балла
- г. 9-10 баллов
- д. 0-5 баллов

10. **ОБЪЕМ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО С ОЦЕНКОЙ ПО ШКАЛЕ АПГАР 4 БАЛЛА?**

- а. санация полости рта и трахеи, вентиляция (маской), раздражение рефлексогенных зон, при отсутствии эффекта - интубация и перевод на ивл, коррекция метаболических нарушений и гемодинамики.
- б. санация полости рта и трахеи, интубация и перевод на ивл, коррекция метаболических нарушений и гемодинамики.
- в. раздражение рефлексогенных зон, интубация, санация полости рта и трахеи, перевод на ивл, коррекция метаболических нарушений и гемодинамики.
- г. ничего из перечисленного.
- д. все выше перечисленное.

Эталоны ответов:

- 1. Д
- 2. Д
- 3. Д
- 4. Д
- 5. В
- 6. В
- 7. Д
- 8. Д
- 9. Б
- 10. А

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

Задача 1.

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

- 1. Ваш диагноз?
- 2. Причина данной патологии.
- 3. С какой патологией следует проводить дифференциальный диагноз?
- 4. Оцените правильность ведения пациентки в женской консультации.
- 5. Как следовало родоразрешить пациентку?

Эталон ответа:

1.Первый период родов. ОАА. Свершившийся разрыв матки. Внутриутробная гибель плода.

2.Рубец на матке.

3.ПОНРП, предлежание плаценты.

4.Беременную с рубцом на матке следовало направить на дородовую госпитализацию.

5. Кесарево сечение в плановом порядке.

Задача 2.

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом 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; ягодицы плода высоко над входом в малый таз; плодный пузырь цел.

1.Диагноз.

2.Что делать?

3.Как подсчитать допустимую кровопотерю?

4.Где следует проводить влагалищное исследование при подозрении на предлежание плаценты?

5.С какой патологией проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1.Полное предлежание плаценты. Тазовое предлежание плода.

2.Кесарево сечение в экстренном порядке.

3.0,5% от массы тела.

4.В развернутой операционной.

5.ПОНРП

Задача 3.

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

1.Диагноз.

2.Что делать?

3.Какую патологию нужно исключать?

4.Каким образом провести дифференциальную диагностику?

5.Как подсчитать допустимую кровопотерю?

Эталон ответа:

1.Третий период родов.

2.Продолжить наблюдение за роженицей, контролировать признаки отделения плаценты, готовиться в операции ручного отделения плаценты.

3.Плотное прикрепление плаценты, приращение плаценты.

4.Во время операции ручного отделения плаценты.

5.0,5% от массы тела

Задача 4.

Роженица находится в третьем периоде родов, 10 мин назад родился плод массой 4000 г. Появились кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве.

1. Диагноз.
2. Что делать?
3. Какие осложнения возможны?
4. Величина допустимой кровопотери?
5. Факторы риска гипотонического состояния матки у роженицы.

Эталон ответа:

1. Последовый период. Крупный плод.
2. Оценить кровопотерю, появление признаков отделения плаценты, в/в окситоцин.
3. Простое неотделение плаценты, гипотоническое кровотечение, субинволюция матки.
4. 0,5% от массы тела.
5. Крупный плод.

Задача 5.

Кровопотеря достигла 250 мл и продолжается. Признаки отделения плаценты отсутствуют.

1. Диагноз.
2. Тактика.
3. Допустимая кровопотеря.
4. Способы выделения последа.
5. С какой патологией нужно дифференцировать?

Эталон ответа:

1. Последовый период.
2. Подготовка к операции ручного отделения плаценты, введение окситоцина в/в.
3. 0,5 % от массы тела.
4. Креде–Лазаревича, Абуладзе.
5. С частичным плотным прикреплением плаценты или частичным истинным приращением

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Шкала Апгар, историческая справка.
2. Особенности строения сердечно-сосудистой системы плода и его кровообращения
3. Особенности фетального гемоглобина

1. Индекс ОД.О.01.1.1.28 Тема: «Асфиксия и родовая травма новорожденных».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9

1. Дайте определение гипоксии плода и асфиксии новорожденного.
2. Назовите факторы риска развития гипоксии плода.
3. Дайте классификацию гипоксии плода.
4. Назовите тесты функциональной диагностики состояния плода и охарактеризуйте их.
5. Дайте классификацию гипоксии плода в зависимости от этиологии, патогенеза, и течения патологического процесса.
6. Дайте краткую характеристику ультразвуковой фетометрии, доплерометрии.
7. Дайте краткую характеристику кардиотокографии плода.
8. Дайте краткую характеристику плодовых и плацентарных гормонов, участвующих в росте и развитии плода.
9. Дайте краткую характеристику амниоскопии, амниоцентеза.
10. Охарактеризуйте особенности развития лёгочной системы плода. Что такое сурфактантная система плода. Что такое болезнь гиалиновых мембран.
11. Какова тактика акушера при диагностировании острой гипоксии плода в родах, в зависимости от периода родов.
12. Дайте характеристику клинической оценки новорожденного по шкале Апгар, Сильвермана.
13. Произведите реанимацию и интенсивную терапию новорожденного, родившегося в состоянии асфиксии.
14. Назовите методы профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

2. ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- а. ПЭ и ФПН
- б. перенашивание беременности.
- в. хронические экстрагенитальные заболевания матери.
- г. внутриутробное инфицирование.
- д. все выше перечисленное

2. ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- а. синдром сдавления нижней полой вены.
- б. хронические экстрагенитальные заболевания матери.
- в. преждевременная отслойка плаценты.
- г. острые нарушения кровообращения и дыхания беременной.
- д. правильно 1,3,4.

3. КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- а. монотонность сердечного ритма.
- б. децелерации при нестрессовом тесте.
- в. зеленое окрашивание о/вод.
- г. ослабление шевеления плода.
- д. все выше перечисленное

4. КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВ?

- а. брадикардия после схватки.
- б. поздние децелерации на ктг.
- в. зеленые о/воды при головном предлежании.
- г. акцелерации после схватки.
- д. верно 1,2,3.

5. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- а. программированные роды.
- б. проводить лечение гипоксии до срока родов.
- в. кесарево сечение.
- г. родовозбуждение окситоцином в/венно.
- д. верно 3,4.

6. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО 2 ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ?

- а. консервативное ведение родов.
- б. лечение гипоксии.
- в. немедленное родоразрешение операцией наложения акушерских щипцов.
- г. родоразрешение путем вакуум-экстракции плода.
- д. ничего из перечисленного.

7. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ ОЦЕНКЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР.

- а. частота сердцебиения и дыхания.
- б. окраска кожных покровов.
- в. мышечный тонус.
- г. рефлексорная возбудимость.
- д. все выше перечисленное

8. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ИЛИ НАРУШАЕТСЯ КРОВОТОК В СОСУДАХ ПУПОВИНЫ?

- а. тугое обвитие пуповины или истинный узел.
- б. выпадение пуповины.
- в. разрыв сосудов плевистого прикрепленной пуповины.
- г. переносная беременность.
- д. верно 1,2,3.

9. СУММА БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ АПГАР У НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИВШЕГОСЯ В ЛЕГКОЙ АСФИКСИИ?

- а. 0-1 балл
- б. 6-7 баллов
- в. 3-4 балла
- г. 9-10 баллов
- д. 0-5 баллов

10. **ОБЪЕМ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО С ОЦЕНКОЙ ПО ШКАЛЕ АПГАР 4 БАЛЛА?**

- а. санация полости рта и трахеи, вентиляция (маской), раздражение рефлексогенных зон, при отсутствии эффекта - интубация и перевод на ивл, коррекция метаболических нарушений и гемодинамики.
- б. санация полости рта и трахеи, интубация и перевод на ивл, коррекция метаболических нарушений и гемодинамики.
- в. раздражение рефлексогенных зон, интубация, санация полости рта и трахеи, перевод на ивл, коррекция метаболических нарушений и гемодинамики.
- г. ничего из перечисленного.
- д. все выше перечисленное.

Эталоны ответов:

- 1. Д
- 2. Д
- 3. Д
- 4. Д
- 5. В
- 6. В
- 7. Д
- 8. Д
- 9. Б
- 10. А

4. **Самоконтроль по ситуационным задачам ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9**
Задача 1.

Первобеременная 18 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью, с жалобами на боли в животе постоянного характера и темные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза выяснено, что в течение 19 дней были большие отеки ног, брюшной стенки, болела голова. К врачу не обращалась. При поступлении АД 140/90 мм рт ст, бледная, пульс 110 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Матка напряжена, болезненна, предлежит головка. Сердечные тоны плода приглушены, аритмичные, 160 уд/мин. Родовой деятельности нет, из влагалища значительные темные кровянистые выделения. При осмотре в зеркалах: шейка матки сохранена, зев закрыт.

- 1. Какой диагноз?
- 2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациентки?
- 3. Что дальше делать?
- 4. Какое обследование нужно произвести?

5.Какие могут быть осложнения?

Эталон ответа:

1.Диагноз: Беременность 39-40 недель. Тяжелый гестоз. ПОНРП. Острая гипоксия плода.

2. Тяжесть состояния обусловлена тяжелым гестозом и ПОНРП.

3.Тактика ведения: родоразрешить путем операции кесарева сечения.

4.Влагалищное исследование, УЗИ, коагулограмма, биохимический анализ крови.

5.Матка Кувелера, внутриутробная гибель плода.

Задача 2.

Первобеременная 23 года. Доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Срок беременности 36 недель. С 34 недель беспокоит головная боль, отеки нижних конечностей, АД повышалось до 150/90 мм рт ст. Внезапно появились боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. При поступлении: матка напряжена, ассиметрична, болезненная при пальпации. АД 100/80 мм рт ст, пульс 104 уд/мин, ритмичный. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Осмотр в зеркалах: шейка матки сохранена. Выделения из цервикального канала кровянистые, умеренные. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца. Определяется плодный пузырь, напряжен. Выделения кровянистые, обильные.

1.Диагноз?

2.Чем обусловлена тяжесть состояния беременной?

3. Что делать?

4.Возможные осложнения?

5.При отслойке какой площади плаценты плод погибает?

Эталон ответа:

1.Диагноз: Беременность 37 недель. Тяжелый гестоз. ПОНРП. Геморрагический шок I ст. Антенатальная гибель плода.

2.Тяжелым гестозом, ПОНРП, геморрагическим шоком.

3.Тактика ведения: родоразрешить путем операции кесарева сечения.

4.ДВС, матка Кувелера.

5.Более одной трети.

Задача 3.

Повторнородящая 29 лет, родоразрешилась живым доношенным мальчиком массой 3300,0. Сразу после рождения плода выделился послед, на котором имеется гематома, занимающая большую часть плаценты. При хорошо сократившейся матке началось кровотечение. Кровопотеря составила 900 мл. Кровь жидкая, сгустков не образуется. Пульс – 98 уд/мин, АД 100/60 мм рт ст. Ан. крови: Нв – 104 г/л, тромбоциты – $2,5 \times 10^{11}/л$; СОЭ 35 мм/ч, фибриноген – 1,2 г/л; Гематокрит – 32%, ЦВД – 24 мм водного столба.

1.Диагноз?

2.Тактика врача?

3.Объем оперативного вмешательства?

4.Какова дальнейшая тактика ведения?

5.Дополнительное обследование?

Эталон ответа:

1.Диагноз: Ранний послеродовой период. ПОНРП во время беременности. ДВС – синдром, гипокоагуляция, Анемия I ст. Антенатальная гибель плода.

2.Экстренное оперативное вмешательство.

3.Экстирпация матки, дренирование.

4.Немедленное вхождение в 2 вены, инфузионная терапия с целью коррекции гипокоагуляции.

5.Гемостазиограмма.

Задача 4.

Роженица К.Н.А., 30 лет, жительница города. В анамнезе 6 аборт, 1 роды. Беременность восьмая, осложнилась поздним гестозом на фоне пиелонефрита. Дородовая госпитализация не проведена. Поступила в родильный дом в первом периоде родов. АД 130/90 и 140/100 мм. рт. ст. Через 4 часа от начала родовой деятельности исчезли сердечные тоны плода. Состояние ее резко ухудшилось: кожные покровы бледные, АД 160/100 и 170/110 мм. рт. ст., пульс 100 уд/мин. Началось обильное кровотечение из половых путей. Заподозрена ПОНРП и только через 1,5 часа произведена операция кесарева сечения, извлечен мертвый мальчик массой 3200 г., обнаружена тотальная отслойка плаценты, кровопотеря составила ≈2400 мл. Проводилась массивная инфузионно-трансфузионная терапия. Смерть наступила на 7 сутки от полиорганной недостаточности.

1.Диагноз.

2.Дайте экспертную оценку ведения пациентки.

3.Сроки и цель плановой госпитализации при наличии экстрагенитальной патологии?

4.Какова допустимая кровопотеря для данной пациентки?

5.Наиболее тяжелые осложнения при позднем гестозе?

Эталон ответа:

1. Сочетанный поздний гестоз. ПОНРП. ДВС. Интранатальная гибель плода. Полиорганная недостаточность.

2.Анализ данного случая показывает, что недооценка степени тяжести гестоза в родах привела к неправильной тактике ведения, а запоздалое оперативное родоразрешение (через 1,5 часа с момента возникновения кровотечения) привело к геморрагическому шоку третьей степени и к смерти родильницы.

3.Первый триместр - решение вопроса о возможности вынашивания беременности, 2 триместр – выявление акушерских осложнений, 3 триместр – вопрос о сроке и методе родоразрешения.

4.0,3% от массы тела

5.ПОНРП, ДВС, внутриутробная гибель плода.

Задача 5.

Больная К.Л.В., 38 лет, поступила из села в родильный дом г. Красноярска с диагнозом: беременность 35 недель, полное предлежание

плаценты (по УЗИ), отягощенный акушерский анамнез, поздний гестоз, ожирение IV, анемия беременной. В анамнезе у женщины - 5 медицинских аборт и 4 родов. Последние роды осложнились ПОНРП и гибелью плода. На учете в женской консультации состояла с 20 недель беременности, обследована. При УЗИ в 25 недель выявлено полное предлежание плаценты, но клинических проявлений не было. В родильном доме обследована, назначено лечение позднего гестоза, профилактика дистресс-синдром плода. Планировалось кесарево сечение в 36 недель беременности. На 9 сутки с момента поступления проводится абдоминальное родоразрешение по поводу начавшегося кровотечения (≈ 400 мл). Во время операции извлечен младенец массой 3200 г., после чего отмечалась гипотензия (АД 50/00 мм рт.ст.) в течение 20 минут вследствие кровотечения (≈ 1500 мл). Родильница находилась в течение 2 часов на продленной ИВЛ в операционной, затем была переведена в палату хотя кровотечение из половых путей продолжалось. И только через 4 часа при массивной кровопотере и гипокоагуляционной фазе ДВС-синдрома производится релапаротомия и экстирпация матки (кровопотеря ≈ 3500 мл). Несмотря на проводимую интенсивную терапию спустя 12 часов после операции наступила смерть от полиорганной недостаточности.

При ведении беременной были допущены следующие ошибки. В родильном доме при поступлении неправильно определен срок беременности (по всем данным срок беременности был 38-39, а не 35 недель). Данные УЗИ, проведенного в родильном доме, свидетельствовали о том, что легкие плода были зрелые, и проведение профилактики дистресс-синдрома у плода не требовалось. Родоразрешить беременную с такой грозной патологией, как полное предлежание плаценты, нужно было после обследования, на второй день после поступления. Массивная кровопотеря во время операции, о чем говорила гипотензия в течение 20 минут на операционном столе, была недооценена и не диагностировано приращение плаценты, поэтому не произведена экстирпация матки. Больной при развитии гипокоагуляционной фазы ДВС-синдрома (через 4 часа) производится запоздало релапаротомия и гистерэктомия. Все выше изложенное привело к развитию у больной полиорганной недостаточности и ее гибели. Смерть была предотвратима при условии своевременного выполнения адекватного оперативного вмешательства.

1. Укажите ошибки при ведении пациентки.
2. Диагноз при поступлении.
3. Дайте экспертную оценку приведенного случая в роддоме.
4. Дайте экспертную оценку приведенного случая в женской консультации.
5. Необходимо ли гистологическое исследование плаценты?

Эталон ответа:

1. При ведении беременной были допущены следующие ошибки. В родильном доме при поступлении неправильно определен срок беременности (по всем данным срок беременности был 38-39, а не 35 недель), запоздалое

родоразрешение, массивная кровопотеря во время операции, недиагностировано приращение плаценты и не проведен должный объем при оперативном вмешательстве.

2.Беременность 38 недель. Полное предлежание плаценты. Гестоз. Ожирение 4 степени.Анемия беременной.

3.В родильном доме при поступлении неправильно определен срок беременности. Родоразрешить беременную с такой грозной патологией полное предлежание плаценты, нужно было после обследования, на второй день после поступления. Массивная кровопотеря во время операции, о чем говорила гипотензия в течение 20 минут на операционном столе, была недооценена и не диагностировано приращение плаценты, поэтому не произведена экстирпация матки. Больной при развитии гипокоагуляционной фазы ДВС-синдрома (через 4 часа) производится запоздало релапаротомия и гистерэктомия. Все выше изложенное привело к развитию у больной полиорганной недостаточности и ее гибели. Смерть была предотвратима при условии своевременного выполнения адекватного оперативного вмешательства.

4.Беременная с таким акушерским анамнезом должна быть поставлена на учет с ранних сроков, в роддом необходимо было госпитализировать не позднее 36 недель.

5.Да.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Реанимация новорожденных при асфиксии
2. Особенности выхаживания новорожденных, рожденных в асфиксии.
3. Отдаленные последствия перенесенной асфиксии

1. Индекс ОД.О.01.1.1.29 Тема: «Гестоз. Преэклампсия и эклампсия. Оказание неотложной помощи».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. ПК-8, ПК-9, ПК-10

1. Определение преэклампсии / эклампсии.
2. В какие сроки беременность часто осложняется преэклампсией?
3. Современное представление об этиологии и патогенезе преэклампсии?
4. Классификация преэклампсии.
5. Критерии диагностики, умеренной преэклампсии.
6. Критерии диагностики, тяжелой преэклампсии.
7. Клинические признаки эклампсии?
8. Основные принципы терапии преэклампсии в зависимости от степени тяжести.
9. Какие осложнения развиваются после перенесенной эклампсии?
10. Наиболее часто встречающееся осложнение беременности и родов при преэклампсии.
11. Алгоритм лечения беременных в зависимости от степени тяжести преэклампсии.
12. Принципы ведения родов и способы родоразрешения у женщин с преэклампсией, эклампсией.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

- 1) местную анестезию
- 2) эпидуральную анестезию
- 3) масочный наркоз
- 4) оксигенотерапию
- 5) нейролептаналгезию

Правильный ответ: 2.

2. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) кесарево сечение
- 2) медикаментозное родовозбуждение простагландинами
- 3) медикаментозное родовозбуждение окситоцином
- 4) акушерские щипцы
- 5) роды через естественные родовые пути

Правильный ответ: 1.

3. ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) календарного срока беременности
- 2) степени тяжести преэклампсии

- 3) срока беременности при котором диагностирована преэклампсия
- 4) предполагаемого веса плода
- 5) длительности течения преэклампсии

Правильный ответ: 2 .

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ЭКЛАМПСИИ:

- 1) кровоизлияние в надпочечники
- 2) кровоизлияние в мозг
- 3) уремия
- 4) острая сердечная недостаточность
- 5) острая печеночная недостаточность

Правильный ответ: 2.

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности
- 2) досрочное родоразрешение с амниотомией
- 3) через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания
- 4) кесарево сечение
- 5) индуцированные роды через естественные родовые пути

Правильный ответ: 4.

6. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ЖЕЛТОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ:

- 1) лечение печеночной недостаточности
- 2) немедленное родоразрешение, независимо от срока беременности
- 3) лечение нарушенных функций печени до срока жизнеспособности плода
- 4) лечение нарушенных функций печени до срока доношенной беременности
- 5) пролонгирование беременности до 39-40 недель

Правильный ответ: 2 .

7. ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПЛОД, КАК ПРАВИЛО, СТРАДАЕТ ОТ:

- 1) гипоксии
- 2) врожденных пороков сердца
- 3) инфицирования
- 4) аномалий развития
- 5) асфиксии

Правильный ответ: 1.

8. ЭКЛАМПСИЯ - ЭТО:

- 1) глубокий обморок
- 2) судорожный припадок с потерей сознания
- 3) коллапсодное состояние
- 4) кома
- 5) головная боль и мелькание «мушек» перед глазами

Правильный ответ: 2.

9. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) кесарево сечение;
- 2) медикаментозное родовозбуждение простагландинами;
- 3) медикаментозное родовозбуждение окситоцином
- 4) акушерские щипцы
- 5) роды через естественные родовые пути

Правильный ответ: 1.

10. ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) календарного срока беременности
- 2) степени тяжести преэклампсии
- 3) срока беременности при котором диагностирована преэклампсия
- 4) предполагаемого веса плода
- 5) длительности нахождения беременной в акушерском стационаре

Правильный ответ: 2.

5.Самоконтроль по ситуационным задачам ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задача №1.

Повторнобеременная 36 лет. Роды срочные, в родах 6 часов. Таз нормальный. Плод средних размеров. А/Д 180/100 мм.рт.ст., выраженные отеки на ногах. Отмечает чувство беспокойства, головную боль, мелькание мушек перед глазами. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, предлежат ягодичы над входом в малый таз. Сердечные тоны плода 136 в минуту.

1. Поставить диагноз?
2. Какие клинические проявления свидетельствует о тяжелой преэклампсии?
3. В каком периоде родов находится роженица?
4. Оцените состояние плода?
5. Тактика врача - акушера?

Эталон ответа:

1. Срочные роды II. I период родов. Чисто ягодичное предлежание плода. Тяжелая преэклампсия.
2. А/Д 180/100 мм.рт.ст., выраженные отеки на ногах. Чувство беспокойства, головная боль, мелькание мушек перед глазами.
3. В первом периоде родов.
4. Состояние плода удовлетворительное.
5. Родоразрешение путём операции кесарево сечения в экстренном порядке.

Задача №2.

Больная 21 года. Поступила в родильный дом при сроке беременности 36 недель с жалобами на выраженную головную боль, тошноту, массивные отеки ног, промежности, лица. Беременность первая. Наблюдалась в женской консультации с 28 недель беременности. До этого времени к врачам не обращалась, артериальное давление не измеряла, анализы мочи не сдавала. Тогда же впервые было зарегистрировано повышенное артериальное давление 160/100 – 180/120 мм.рт.ст., протеинурия до 1200 – 2100 мг/л, отеки.

Лечение несколько улучшило состояние больной. Однако последние 5 недель к врачу не обращалась, по месту прописки не проживала.

При осмотре больная заторможена, артериальное давление 180/110 мм.рт.ст. Через 1 час после поступления больная с трудом открывает глаза, на вопросы не отвечает, появились тонические судорожные подергивания мышц голеней, рвота. Сердечные тоны плода приглушены, 167 в минуту.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения больной?
3. Когда больную можно экстубировать?
4. С каким диагнозом поступила больная?
5. В чем ошибка врачей, допустивших приступ эклампсии?

Эталон ответа:

1. Беременность 36 недель. Эклампсия. Острая гипоксия плода.
2. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
3. После восстановления всех витальных функций.
4. С диагнозом тяжелая преэклампсия.
5. Несвоевременная и неадекватная терапия тяжелой преэклампсии.

Задача №3.

Первобеременная 32 лет. Беременность 36 недель. В женской консультации была месяц назад. Отмечаются отеки лица, туловища, рук, ног. А/Д 180/120 – 170/100 мм.рт.ст., в моче белок 4 г/л, цилиндры гиалиновые и зернистые, эритроциты. Родовой деятельности нет. Дома было 5 приступов с судорогами и потерей сознания, последний в приемном отделении родильного дома.

Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердечные тоны приглушены 100 ударов в минуту.

1. Диагноз?
2. Причина тяжелой преэклампсии?
3. Тактика врача?
4. Где должна после операции лечиться больная?
5. Прогноз для плода?

Эталон ответа:

1. Беременность 36 недель. Тяжелая преэклампсия. Экламптический статус. Хроническая ФПН. Острая гипоксия плода.
2. Женщина не посещала консультацию и не лечилась.
3. Срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
4. В стационаре III уровня оказания помощи беременным, роженицам, родильницам (перинатальный центр), реанимационное отделение.
5. Прогноз для плода неблагоприятный.

Задача №4.

В родильный дом поступила беременная женщина при сроке беременности 38 недель, с жалобами на головную боль, мелькание мушек 60 перед глазами, чувство давления в эпигастральной области.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 90 ударов в минуту, А/Д 170/90 – 180/100 мм.рт.ст., выражены отеки ног. Положение плода

продольное, головка над входом в малый таз, сердечные тона плода приглушены 165 ударов в минуту.

В момент санитарной обработки возник припадок судорог с потерей сознания.

1. Диагноз при поступлении?
2. Почему страдают тоны плода?
3. Перечислите триаду Цангемейстера
4. Возможно ли дальнейшее пролонгирование беременности?
5. Тактика врача – акушера?

Эталон ответа:

1. Беременность 38 недель. Эклампсия. Острая гипоксия плода.
2. Тоны страдают в результате развития хронической ФПН на фоне тяжелой преэклампсии, развития острой гипоксии плода во время приступа эклампсии.

3. Гипертензия, отеки, протеинурия.

4. Нет.

5. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача №5.

Беременной 18 лет. В течение трех недель находится в стационаре в связи с умеренной преэклампсией. Срок беременности 37 недель. Жалоб не предъявляет.

Отмечается пастозность лица, отеки ног. А/Д 150/90-160/100 мм.рт.ст., в моче следы белка. Плод отстает на две недели от гестационного срока.

1. Диагноз?
2. Почему плод отстает от гестационного срока?
3. Какую ошибку допустили врачи?
4. Тактика врача – акушера?
5. Клинические симптомы умеренной преэклампсии?

Эталон ответа:

1. Беременность 37 недель. Умеренная преэклампсия. Хроническая ФПН, гипотрофия плода I степени.

2. Плод отстает в развитии в результате хронической ФПН на фоне преэклампсии.

3. Лечить умеренную преэклампсию можно в течение 4-5 дней с последующей оценкой эффективности, если нет эффекта или отмечается ухудшение, необходимо досрочное родоразрешение.

4. Немедленное родоразрешение оперативным путем.

5. Преэклампсия умеренная: артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм рт. ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель у женщины с нормальным АД в анамнезе в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 часовой пробе мочи

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Современные принципы интенсивной терапии эклампсии.
2. Особенности клиники и диагностики тяжелой преэклампсии.

3. Гипертензивные состояния беременных. Роль и задачи врача в оказании неотложной помощи, лечении и профилактике гипертензивных состояний.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.30 Тема: «Пороки сердца и беременность».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

1. Что означает термин артериальная гипертензия?
2. Причины возникновения гипертонической болезни у женщин.
3. Клинические проявления артериальной гипертензии у беременных.
4. Причины развития артериальной гипотонии.
5. С чем следует дифференцировать артериальную гипертензию?
6. Клиника артериальной гипотонии, влияние на течение беременности.
7. Причины развития пороков сердца.
8. Особенности течения беременности при пороках сердца.
9. Диагностическое значение УЗИ при оценке внутриутробного состояния плода при различных формах сердечно – сосудистых заболеваний у беременных.
10. Основные принципы терапии артериальной гипертензии у беременных.
11. Принципы ведения беременности у женщин с пороками развития сердца.
12. Перинатальные исходы при заболеваниях сердечно – сосудистой системы у беременных.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. В КАЧЕСТВЕ ДОСТОВЕРНЫХ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННОЙ СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ

- 1) одышку
- 2) выраженное увеличение размеров сердца
- 3) систолические и диастолические шумы в области сердца
- 4) нарушения сердечного ритма
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 5.

2. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ В ОТНОШЕНИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выраженный митральный стеноз
- 2) выраженный аортальный стеноз
- 3) синдром Эйзенменгера
- 4) все перечисленное
- 5) ПМК

Правильный ответ: 4.

3. ЧАЩЕ ВСЕГО НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 8-12 недель
- 2) 13-18 недель
- 3) 19-24 недели
- 4) 24-32 недели

5) 32-38 недель

Правильный ответ: 4.

4. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ

- 1) накануне родов
- 2) в родах
- 3) в послеродовом периоде
- 4) правильно б) и в)
- 5) в ранние сроки беременности

Правильный ответ: 4.

5. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ НАЧИНАЮЩЕЙСЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выраженной одышкой
- 2) кашлем
- 3) влажными хрипами
- 4) тахикардией
- 5) всем перечисленным

Правильный ответ: 5.

6. СЕРДЕЧНАЯ АСТМА, КАК ПРАВИЛО, ПРЕДШЕСТВУЕТ

- 1) мерцательной аритмии
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) отеку легких
- 4) ничему из перечисленного
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 3.

7. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА

- а) для аортальных пороков
- б) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия
- в) для всего перечисленного
- г) ни для чего из перечисленного
- д) для митральных пороков

8. ТАХИКАРДИЯ, ОДЫШКА ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ЯВЛЕНИЯ ЗАСТОЯ В ЛЕГКИХ, ОТЕКИ, ИСЧЕЗАЮЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СТАДИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) I
- 2) IIА
- 3) IIБ
- 4) III
- 5) 0

Правильный ответ: 2.

9. ПРИ НАЛИЧИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ЛЮБОЙ СТАДИИ ДО БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ НЕОБХОДИМО

- 1) срочная коррекция имеющихся нарушений
- 2) прерывание беременности
- 3) тщательное обследование и совместное наблюдение акушера-гинеколога и терапевта в условиях женской консультации

4) правильно а) и б)

5) правильно а) и в)

Правильный ответ: 4.

10. ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ВЫКЛЮЧЕНИЕ ПОТУГ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИЗВОДЯТ

- 1) при недостаточности кровообращения IIА стадии
- 2) при высокой легочной гипертензии
- 3) при мерцательной аритмии
- 4) при всем перечисленном
- 5) ни при чем из перечисленного

Правильный ответ: 4.

5.Самоконтроль по ситуационным задачам ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
Задача №1.

Повторнобеременная 36 лет, находится под наблюдением женской консультации по поводу беременности 9-10 недель и гипертонической болезни 2 стадии с церебральными и кардиальными ангиоспазмами. Женщина хочет иметь ребенка. Первая беременность окончена медицинским абортom по желанию.

1. Диагноз?
2. Показано ли пролонгирование беременности?
3. План ведения?
4. Как проводится скрининг беременных на ГБ?
5. В чем заключается профилактика?

Эталон ответа:

1. Беременность 9-10 недель. Гипертоническая болезнь 2 стадии с церебральными и кардиальными ангиоспазмами

2. По соматическому статусу вынашивание беременности противопоказано.

3. Следует сделать медицинский аборт.

4. Для скрининга АГ во время беременности на каждом приеме проводят измерение АД.

5. Профилактика осложнений заключается в нормализации АД.

Задача №2.

Повторнородящая 27 лет, страдает гипертонической болезнью 2А стадии. АД 190/110 180/110 мм рт.ст. началась родовая деятельность. В родах 3 часа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд/мин. Данные

влагалищного исследования: шейка сглажена, раскрытие 4 см, плодный пузырь цел. Стреловидный шов в левом косом размере.

1. Диагноз.
2. Возможно ли завершить роды естественным путем?
3. Тактика ведения?
4. Необходимый перечень обследования после родов?
5. Клиника ГБ.

Эталон ответа:

1. Срочные роды вторые. Первый период родов. Тяжелая ПЭ на фоне гипертонической болезни тяжелой степени.

2. Нет не целесообразно.
3. Целесообразно роды завершить операцией кесарево сечение.
4. ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования, рекомендуемые обязательно:

- общий анализ крови;
- анализы мочи общий и по Нечипоренко;
- определение уровня глюкозы в плазме крови (натощак);
- содержание в сыворотке крови калия, мочевой кислоты, креатинина, общего холестерина, липопротеинов высокой плотности;

- ЭКГ;
- исследование глазного дна;
- Эхо-КГ;
- амбулаторное суточное мониторирование АД.

5. Женщины предъявляют жалобы на периодические головные боли, головокружение, сердцебиение, одышку, боли в грудной клетке, нарушение зрения, похолодание конечностей, парестезии, пароксизмальные эпизоды потоотделения, иногда жажду, полиурию, никтурию, гематурию, немотивированное чувство тревоги.

Задача №3.

Повторнобеременная 36 лет, находится под наблюдением женской консультации по поводу беременности 9-10 недель и гипертонической болезни 1 стадии. Женщина хочет иметь ребенка. Первая беременность окончена медицинским абортом по желанию.

1. Диагноз?
2. Показано ли пролонгировать беременность?
3. План ведения?
4. Перечень обследования?
5. Возможные осложнения?

Эталон ответа:

1. Беременность 9-10 недель. Гипертоническая болезнь 1 стадии
2. По соматическому статусу вынашивание беременности не противопоказано.

3. Следует госпитализировать беременную в кардиологическое отделение, провести полное обследование и подобрать гипотензивную терапию.

4. Исследования, рекомендуемые обязательно:

- общий анализ крови;
- анализы мочи общий и по Нечипоренко;
- определение уровня глюкозы в плазме крови (натощак);
- содержание в сыворотке крови калия, мочевой кислоты, креатинина, общего холестерина, липопротеинов высокой плотности;
- ЭКГ;
- исследование глазного дна;
- Эхо-КГ;
- амбулаторное суточное мониторирование АД.

5. Осложнения

- Инсульт на фоне гипертонического криза.
- Повышается риск акушерских осложнений: ПН, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия.

Задача №4.

Повторнородящая 27 лет, страдает гипертонической болезнью 2А стадии. Поступила в родильный дом с жалобами на головную боль, отеки при сроке беременности 32 недели. АД 190/110 180/110 мм рт ст., родовой деятельности нет, околоплодные воды излились 3 часа назад, светлые. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд/мин. Данные влагалищного исследования: шейка матки сохранена, плотная, цервикальный канал раскрыт на 1 см, плодного пузыря нет. Предлежит тазовый конец.

1. Диагноз?
2. Возможна ли сохраняющая терапия?
3. Тактика ведения?
4. Показания для госпитализации при ГБ?
5. Причина наступившего состояния?

Эталон ответа:

1. Беременность 32 недели. Тазовое предлежание плода. ПРПО. Тяжелая ПЭ на фоне гипертонической болезни тяжелой степени.

2. Нет. Высокий риск наступления критических состояний.
3. Целесообразно роды завершить операцией кесарева сечения.
4. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

■ I триместр — для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности;

- в остальное время — при неэффективности проводимой терапии;
- в 37-38 недель - для подготовки женщины к родоразрешению.

5. ГБ 2 стадии, в результате чего наслоиась ПЭ.

Задача №5.

Повторнородящая женщина находится в отделении патологии с 40 недель беременности. Анамнез отягощен гипертонической болезнью 1 степени. В связи с перенашиванием, при «незрелой» шейке матки, проводилась подготовка ш/матки к родам мифепристоном. В 41 неделю беременности осматривается вагинально – шейка матки «зрелая». В стационаре проведены дополнительные методы обследования: УЗИ, КТГ,

ДП, гормональное исследование - диагностирована ЗРП 1 ст. Хроническая гипоксия плода. По совокупности всех данных выставляется диагноз: Беременность 41 неделя. ГБ 1 ст. Хроническая ФПН (компенсированная). Хроническая гипоксия плода.

Учитывая беременность 41 неделя. ГБ 1 ст. Хроническая ФПН (компенсированная). Хроническая гипоксия плода, а также наличие подготовленных родовых путей решено родоразрешить женщину через естественные родовые пути путем программированных родов.

- 1.Согласны ли Вы с планом ведения родов?
2. Какой бы Вы предложили план родоразрешения?
- 3.Показания для госпитализации при ГБ?
4. Показание к консультации специалистов ?
- 5.Цели лечения ГБ?

Эталон ответа:

1. Нет план родов не корректный.
2. Целесообразно родоразрешить операцией кесарево сечение.
3. Показания к госпитализации:

■ I триместр — для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности;

- в остальное время — при неэффективности проводимой терапии;
- в 37 недель - для подготовки женщины к родоразрешению.

4. Показания к консультации специалистов:

Наблюдение терапевтом и акушером в женской консультации осуществляют 1 раз в 2 недели до 30 недель беременности, 1 раз в неделю — с 30 недель. Особое внимание необходимо уделить своевременному выявлению ПЭ, ФПН, нередко присоединяющихся при АГ.

5. Цели лечения:

Снижение АД до целевых уровней при минимально эффективном количестве назначаемой терапии с целью минимального риска развития сердечно-сосудистых и акушерских осложнений у беременной и создания оптимальных условий для развития плода.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Акушерская тактика при различных стадиях ГБ.
2. Гипертензивные состояния беременных. Роль и задачи врача в оказании неотложной помощи, лечении и профилактике гипертензивных состояний.
3. Разработать план ведения беременных в отделении патологии с приобретенными и врожденными пороками сердца.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.31 Тема: «Гипертоническая болезнь и беременность».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-3, ПК-2, ПК-3

1. Определение хроническая АГ / гестационная АГ.
2. В какие сроки беременность часто осложняется преэклампсией?
3. Клиническая классификация гипертензивных расстройств во время беременности ?
4. Критерии артериальной гипертензии во время беременности.
5. Клинически значимая протеинурия
6. Назовите препараты для быстрого снижения уровня АД при тяжелой АГ у беременных
- 7.Алгоритм лечения беременных при АГ.
8. Рекомендации по питанию и образу жизни

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ - ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) осложнения беременности поздних сроков - после 20-22 недель
- 2) заболевания, возникающие во время беременности
- 3) заболевания, осложняющие течение беременности
- 4) заболевания, несвязанные с беременностью
- 5) осложнения, возникающие до 20 недель беременности

Правильный ответ: 1.

2. ПРЕПАРАТ 1 ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) допегит
- 2) нифедипин
- 3) эналаприл
- 4) конкор
- 5) клофелин

Правильный ответ: 1.

3. ПРЕПАРАТ 2 ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) допегит
- 2) нифедипин
- 3) эналаприл
- 4) конкор
- 5) клофелин

Правильный ответ: 2.

4. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) допегит

- 2) конкор
- 3) эналаприл
- 4) нифедипин
- 5) клофелин

Правильный ответ: 4.

5. ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) коррекция фоновой патологии, назначение малых доз аспирина и препаратов кальция
- 2) оксигенотерапию
- 3) назначение малых доз окситоцина
- 4) назначение инсулина
- 5) назначение мочегонных средств

Правильный ответ: 1.

6. В КОМПЛЕКС ТЕРАПИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ВХОДИТ

- 1) лечебно-охранительный режим
- 2) рациональное питание
- 3) медикаментозная терапия
- 4) своевременное родоразрешение
- 5) назначение инсулина

Правильный ответ: 5.

7. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1) по длительности течения
- 2) по цифрам АД и уровню протеинурии
- 3) по степени анемии
- 4) по выраженности отеков
- 5) по глюкозурии

Правильный ответ: 2.

8. У БЕРЕМЕННЫХ ЗА НОРМУ А/Д СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ

- 1) 130/90-135/90 мм рт ст
- 2) 90/60-100/60 мм рт ст
- 3) 135/90-140/90 мм рт ст
- 4) 120/80-110/70 мм рт ст
- 5) 100/60 мм рт ст

Правильный ответ: 4.

9. БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) гипертонической болезни 1 ст
- 2) гипертонической болезни 2 ст, плохо поддающейся терапии
- 3) гипертонической болезни 3 ст
- 4) при симптоматической гипертензии
- 5) при гипертонической болезни, осложненной инсультом

Правильный ответ: 1.

10. ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

- 1) выявление беременных с Rh (-) кровью
- 2) терапия, направленная на нормализацию АД, нормализация маточно-плацентарного кровотока
- 3) назначение инсулина
- 4) назначение препаратов железа
- 5) физиотерапия

Правильный ответ: 2.

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

Задача №1.

Повторнобеременная 36 лет. Роды срочные, в родах 6 часов. Таз нормальный. Плод средних размеров. А/Д 180/100 мм.рт.ст., выраженные отеки на ногах. Отмечает чувство беспокойства, головную боль, мелькание мушек перед глазами. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, предлежат ягодицы над входом в малый таз. Сердечные тоны плода 136 в минуту.

1. Поставить диагноз?
2. Какие клинические проявления свидетельствует о тяжелой преэклампсии?
3. В каком периоде родов находится роженица?
4. Оцените состояние плода?
5. Тактика врача - акушера?

Эталон ответа:

1. Срочные роды II. I период родов. Чисто ягодичное предлежание плода. Тяжелая преэклампсия.
2. А/Д 180/100 мм.рт.ст., выраженные отеки на ногах. Чувство беспокойства, головная боль, мелькание мушек перед глазами.
3. В первом периоде родов.
4. Состояние плода удовлетворительное.
5. Родоразрешение путём операции кесарево сечения в экстренном порядке.

Задача №2.

Больная 21 года. Поступила в родильный дом при сроке беременности 36 недель с жалобами на выраженную головную боль, тошноту, массивные отеки ног, промежности, лица. Беременность первая. Наблюдалась в женской консультации с 28 недель беременности. До этого времени к врачам не обращалась, артериальное давление не измеряла, анализы мочи не сдавала. Тогда же впервые было зарегистрировано повышенное артериальное давление 160/100 – 180/120 мм.рт.ст., протеинурия до 1200 – 2100 мг/л, отеки. Лечение несколько улучшило состояние больной. Однако последние 5 недель к врачу не обращалась, по месту прописки не проживала.

При осмотре больная заторможена, артериальное давление 180/110 мм.рт.ст. Через 1 час после поступления больная с трудом открывает глаза,

на вопросы не отвечает, появились тонические судорожные подергивания мышц голеней, рвота. Сердечные тоны плода приглушены, 167 в минуту.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения больной?
3. Когда больную можно экстубировать?
4. С каким диагнозом поступила больная?
5. В чем ошибка врачей, допустивших приступ эклампсии?

Эталон ответа:

1. Беременность 36 недель. Эклампсия. Острая гипоксия плода.
2. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
3. После восстановления всех витальных функций.
4. С диагнозом тяжелая преэклампсия.
5. Несвоевременная и неадекватная терапия тяжелой преэклампсии.

Задача №3.

Первобеременная 32 лет. Беременность 36 недель. В женской консультации была месяц назад. Отмечаются отеки лица, туловища, рук, ног. А/Д 180/120 – 170/100 мм.рт.ст., в моче белок 4 г/л, цилиндры гиалиновые и зернистые, эритроциты. Родовой деятельности нет. Дома было 5 приступов с судорогами и потерей сознания, последний в приемном отделении родильного дома.

Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердечные тоны приглушены 100 ударов в минуту.

1. Диагноз?
2. Причина тяжелой преэклампсии?
3. Тактика врача?
4. Где должна после операции лечиться больная?
5. Прогноз для плода?

Эталон ответа:

1. Беременность 36 недель. Тяжелая преэклампсия. Экламptический статус. Хроническая ФПН. Острая гипоксия плода.
2. Женщина не посещала консультацию и не лечилась.
3. Срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
4. В стационаре III уровня оказания помощи беременным, роженицам, родильницам (перинатальный центр), реанимационное отделение.
5. Прогноз для плода неблагоприятный.

Задача №4.

В родильный дом поступила беременная женщина при сроке беременности 38 недель, с жалобами на головную боль, мелькание мушек 60 перед глазами, чувство давления в эпигастральной области.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 90 ударов в минуту, А/Д 170/90 – 180/100 мм.рт.ст., выражены отеки ног. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердечные тона плода приглушены 165 ударов в минуту.

В момент санитарной обработки возник припадок судорог с потерей сознания.

1. Диагноз при поступлении?
2. Почему страдают тоны плода?
3. Перечислите триаду Цангемейстера
4. Возможно ли дальнейшее пролонгирование беременности?
5. Тактика врача – акушера?

Эталон ответа:

1. Беременность 38 недель. Эклампсия. Острая гипоксия плода.
2. Тоны страдают в результате развития хронической ФПН на фоне тяжелой преэклампсии, развития острой гипоксии плода во время приступа эклампсии.

3. Гипертензия, отеки, протеинурия.
4. Нет.
5. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Задача №5.

Беременной 18 лет. В течение трех недель находится в стационаре в связи с умеренной преэклампсией. Срок беременности 37 недель. Жалоб не предъявляет.

Отмечается пастозность лица, отеки ног. А/Д 150/90-160/100 мм.рт.ст., в моче следы белка. Плод отстает на две недели от гестационного срока.

1. Диагноз?
2. Почему плод отстает от гестационного срока?
3. Какую ошибку допустили врачи?
4. Тактика врача – акушера?
5. Клинические симптомы умеренной преэклампсии?

Эталон ответа:

1. Беременность 37 недель. Умеренная преэклампсия. Хроническая ФПН, гипотрофия плода I степени.

2. Плод отстает в развитии в результате хронической ФПН на фоне преэклампсии.

3. Лечить умеренную преэклампсию можно в течение 4-5 дней с последующей оценкой эффективности, если нет эффекта или отмечается ухудшение, необходимо досрочное родоразрешение.

4. Немедленное родоразрешение оперативным путем.

5. Преэклампсия умеренная: артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм рт. ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель у женщины с нормальным АД в анамнезе в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 часовой пробе мочи.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Современные подходы к лечению гестационной АГ.
2. Дифференциальная диагностика хронической АГ и гестационной АГ.
3. Допегит- клиническая фармакология.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.32 Тема: «Сахарный диабет и беременность».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1

1. Сахарный диабет. Определение. Актуальность проблемы. Частота. Материнская и перинатальная смертность при СД.

2. Влияние СД на течение беременности. Классификация заболевания.

3. Диагностика гестационного сахарного диабета. Осложнения сахарного диабета.

4. Особенности течения беременности и родов при СД (поздний токсикоз, особенности течения позднего токсикоза при СД; многоводие, острые и обострение хронических заболеваний мочевыводящих путей – цистита, пиелонефрита; кольпит; угрожающие аборт и преждевременные роды и т.д.).

5. Особенности функционального состояния и морфологии плаценты.

6. Ведение беременных с СД в женской консультации. Противопоказания к сохранению беременности при СД.

7. Ведение беременных с СД в условиях стационара.

8. Выбор метода и срока родоразрешения. Показания к КС при СД. Особенности ведения родов у больных СД.

9. Реанимация новорожденных у матерей с СД.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1.ФАКТОРЫ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА, - ЭТО

- а) заболевание поджелудочной железы
- б) заболевание других желез внутренней секреции
- в) нарушение рецепции к инсулину
- г)генетически обусловленные нарушения
- д)все перечисленные

2. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ

- а) абсолютная недостаточность инсулина в организме
- б) относительная недостаточность инсулина в организме
- в) нарушение обмена веществ
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

3. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) жажда
- б) сухость во рту
- в) кожный зуд
- г) полиурия

д) все перечисленные

4. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- а) содержания глюкозы в крови и в моче
- б) содержания кетоновых тел в крови
- в) содержания ацетона в моче
- г) проведение глюкозотолерантного теста
- д) всего перечисленного

5. СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ В НОРМЕ НАТОЩАК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОРТО-ТОЛУИДИНОВОГО МЕТОДА СОСТАВЛЯЕТ

- а) в пределах 60-100 мг% (3.3-5.5 ммоль/л)
- б) не превышает 120 мг% (6.6 ммоль/л)
- в) не превышает 140 мг% (7.7 ммоль/л)
- г) не превышает 220 мг% (12.21 ммоль/л)
- д) правильно а) и б)

6. СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАТОЩАК В НОРМЕ (ПО МЕТОДУ ХАГЕДОРНА - ЙЕНСЕНА) СОСТАВЛЯЕТ

- а) в пределах 80-120 мг% (4.4-6.6 ммоль/л)
- б) не превышает 140 мг% (7.7 ммоль/л)
- в) не превышает 220 мг% (21.21 ммоль/л)
- г) правильно 1) и 2)
- д) правильно 2)

7. КАКИЕ ТИПЫ КАРДИОТОКОГРАММ ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВотоКА ОТРАЖАЮТ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ:

- а) монотонная кардиотокограмма;
- б) снижение вариабельности базального ритма до 5–10 уд/мин;
- в) кардиотокограмма с выраженными вариабельными и длительными децелерациями;
- г) синусоидальный тип кривой.
- д) правильно 1),3)

8. ТЕСТ С НАГРУЗКОЙ УГЛЕВОДАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАРУШЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ЧЕРЕЗ 2 Ч ПОСЛЕ ЗАВТРАКА ГЛИКЕМИЯ (ПО МЕТОДУ ХАГЕДОРНА - ЙЕНСЕНА) ПРЕВЫШАЕТ

- а) 5 ммоль/л
- б) 6.11 ммоль/л
- в) 7.22 ммоль/л
- г) 8.33 ммоль/л
- д) 9.44 ммоль/л

9. НАЗОВИТЕ ПРИЗНАКИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- а) отсутствие прироста фетометрических показателей;
- б) увеличение тяжести хронической гипоксии плода, согласно данным кардиотокографии;
- в) увеличение систолодиастолического отношения в артерии пуповины и маточных артериях;
- г) появление нулевого или ретроградного диастолического кровотока в артерии пуповины.
- д) все перечисленное верно

10. У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НЕРЕДКО РАЗВИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- а) поздний токсикоз
- б) ангиопатия сетчатки
- в) активация хронической инфекции в мочевыводящих путях
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленные

Эталон ответов:

1.-д; 2.-д; 3.-д; 4.-д; 5.-д; 6.-а; 7.-д; 8.-в; 9.-д; 10.-д.

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

Задача 1.

Беременная М. 29 лет. Срок беременности 7 недель, имеет сахарный диабет, 1 тип, тяжелое течение, идет на 24 ЕД пролонгированного инсулина. Беременность желанная.

1. Ваш диагноз.
2. Возможно ли пролонгирование беременности, обосновать.
3. Тактика.
4. Назовите основные клинические симптомы сахарного диабета.
5. Назовите противопоказания к вынашиванию беременности, при сахарном диабете?

Эталон ответа:

1. Беременность 7 недель. Инсулинозависимый сахарный диабет, тяжелое течение.
2. Вынашивание беременности противопоказано, необходимо ее прервать, т.к. течение диабета злокачественное, очень высокий риск внутриутробной патологии.
3. Прерывание беременности.
4. Жажда, сухость во рту, кожный зуд, полиурия.
5. Противопоказания к сохранению беременности при СД. Наличие прогрессирующих сосудистых осложнений диабета (прогрессирующая

ретинопатия, интеркапиллярный гломерулосклероз с почечной недостаточностью и гипертензией).

Задача 2.

Беременная К. 32 года. Беременность 12 недель. Имеет латентный сахарный диабет. Беременность желанная.

- 1.Тактика.
- 2.Если необходима госпитализация тогда укажите профиль?
- 3.Укажите цель госпитализации?
- 4.Необходимо ли проведение терапии?
- 5.Последствия для плода?

Эталон ответа:

1.После полного клинико-лабораторного обследования, при отсутствии осложнений, пролонгирование беременности возможно.

2.Госпитализация в эндокринное отделение.

3.Цели первой госпитализации: тщательное клиническое обследование, позволяющее выявить сопутствующее заболевание, собрать акушерский и диабетический анамнез, определить степень риска данной беременности и решить вопрос о целесообразности ее сохранения; определение оптимальной дозировки инсулина; проведение курса профилактического лечения с целью предотвращения развития осложнений.

4.Да необходимо, сахароснижающей.

5.У 75-85% женщин, страдающих сахарным диабетом, беременность протекает с осложнениями. 1 место занимает поздний токсикоз беременных, затем многоводие, угроза прерывания беременности, крупный плод, инфекция мочевыводящих и половых путей, рвота беременных.

Задача 3

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная 42 лет на 6-й неделе беременности. Состояние удовлетворительное. В анамнезе сахарный диабет в течение 2 лет, не требующий инъекций инсулина. Беременность желанная.

- 1.Тактика врача.
- 2.Необходима ли госпитализация, если да то цель госпитализации?
- 3.Возможное влияние на плод?
- 4.Назовите частоту самопроизвольного прерывания беременности?
- 5.Если планируется пролонгирование беременности, укажите метод родоразрешения?

Эталон ответа:

1.Совместная консультация с эндокринологом, полное клинико-лабораторное обследование, при отсутствии осложнений дальнейшее пролонгирование беременности, под строгим контролем.

2.Да необходима, цели первой госпитализации: тщательное клиническое обследование, позволяющее выявить сопутствующее заболевание, собрать акушерский и диабетический анамнез, определить степень риска данной беременности и решить вопрос о целесообразности ее сохранения; определение оптимальной дозировки инсулина; проведение

курса профилактического лечения с целью предотвращения развития осложнений.

3.1 место занимает поздний токсикоз беременных, затем многоводие, угроза прерывания беременности, крупный плод, инфекция мочевыводящих и половых путей, рвота беременных.

4. Частота самопроизвольного прерывания беременности у беременных с СД не превышает 10%.

5. Родоразрешение путем операции Кесарево сечение, т.к. имеются факторы риска: возраст беременной, наличие сахарного диабета.

Задача 4

Обратилась беременная на 10-й неделе беременности. Жалобы появившиеся в течение последнего месяца, на жажду, особенно ночью, кожный зуд, выделение мочи до 2 литров в сутки. При сборе анамнеза женщина сказала, что у нее резус отрицательная принадлежность.

1. Предположительный диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Возможные осложнения со стороны плода?

4. Возможно ли дальнейшее пролонгирование беременности?

5. Назовите показания для оперативного родоразрешения?

Эталон ответа:

1. Беременность 10 недель. Сахарный диабет беременной. Резус отрицательная кровь.

2. Госпитализация в эндокринологическое отделение. Тщательное клиническое обследование, позволяющее выявить сопутствующее заболевание, собрать акушерский и диабетический анамнез, определить степень риска данной беременности и решить вопрос о целесообразности ее сохранения; проведение курса профилактического лечения с целью предотвращения развития осложнений.

3.1 место занимает поздний токсикоз беременных, затем многоводие, угроза прерывания беременности, крупный плод, инфекция мочевыводящих и половых путей, рвота беременных.

4. Да при отсутствии осложнений.

5. Показания к КС при СД. Наличие сосудистых осложнений диабета, прогрессирующих во время беременности. Наличие лабильного Д со склонностью к кетоацидозу. Прогрессирующая гипоксия плода при отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути и при сроке не менее 36 недель. Наличие тяжелого неподдающегося лечению ПГ беременных. Тазовые предлежания. Наличие гигантского плода. При появлении показаний к КС у больных с СД при сроке беременности 37 недель можно начать родовозбуждение, а затем приступить к КС.

Задача 5

Обратилась женщина 32 лет за консультацией по вопросу возможности забеременеть и выносить беременность. В анамнезе сахарный диабет второго типа, легкой степени, ожирение второй степени.

1. Возможно ли наступление беременности?
2. Тактика.
3. Возможные осложнения?
4. Показания к прерыванию беременности?
5. Показания к КС?

Эталон ответа:

1. Да возможно, после тщательной предгравидарной подготовки.
2. Следует провести комплексное обследование для исключения сосудистых осложнений. С учетом степени ожирения рекомендовать снижение веса путем назначения диеты, метформина и ксеникала. При планировании беременности от приема этих препаратов воздержаться.

3. У 75-85% женщин, страдающих сахарным диабетом, беременность протекает с осложнениями. 1 место занимает поздний токсикоз беременных, затем многоводие, угроза прерывания беременности, крупный плод, инфекция мочевыводящих и половых путей, рвота беременных.

4. Противопоказания к сохранению беременности при СД. Наличие прогрессирующих сосудистых осложнений диабета (прогрессирующая ретинопатия, интеркапиллярный гломерулосклероз с почечной недостаточностью и гипертензией).

5. Показания к КС при СД. Наличие сосудистых осложнений диабета, прогрессирующих во время беременности. Наличие лабильного Д со склонностью к кетоацидозу. Прогрессирующая гипоксия плода при отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути и при сроке не менее 36 недель. Наличие тяжелого неподдающегося лечению ПГ беременных. Тазовые предлежания. Наличие гигантского плода. При появлении показаний к КС у больных с СД при сроке беременности 37 недель можно начать родовозбуждение, а затем приступить к КС.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Беременность и болезни эндокринных желез
2. Принципы ведения беременных с сахарным диабетом в зависимости от его типа.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.33 Тема: «Заболевания почек и беременность».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

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

1. Что такое бессимптомная бактериурия у беременных.
2. Тактика лечения бессимптомной бактериурии.
3. Беременность и мочекаменная болезнь.
4. Беременность и цистит.
5. Беременность и пиелонефрит.
6. Беременность и гломерулонефрит.
7. Беременность и единственная почка.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ИЗМЕНЕНИЕ УРОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ НЕ ИМЕЕТ ЗАВИСИМОСТИ:

- 1) от гормонального фона
- 2) от размеров матки
- 3) от положения на спине или на боку
- 4) от состояния вен яичникового сплетения
- 5) от увеличения минутного объема сердца

Правильный ответ: 5.

2. ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ:

- 1) чаще встречается во второй половине беременности
- 2) чаще левосторонний
- 3) обычно стрептококковой этиологии
- 4) может сопровождаться АГ
- 5) верно 1 и 4

Правильный ответ: 5.

3. ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ:

- 1) обычно не сопровождается выраженной интоксикацией
- 2) не представляет сложностей в дифференциальной диагностике
- 3) является противопоказанием к катетеризации мочеточников
- 4) может осложняться развитием бактериально-токсического шока
- 5) при безуспешной терапии является показанием к прерыванию

беременности и последующей операции на почках

Правильный ответ: 4.

4. ПИЕЛОНЕФРИТ:

1) при наличии частых обострений является показанием к прерыванию беременности

2) повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений

3) в I триместре беременности лучше лечить антибиотиками группы аминогликозидов

4) обычно обостряется на 4-6 и 12-14 день послеродового периода

5) Верно 2 и 4

Правильный ответ: 5.

5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ВЫШЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ АНТИБИОТИКИ, КРОМЕ

1. пенициллина;
2. ампициллина;
3. пиопена;
4. тетрациклина;
5. клафорана.

Правильный ответ: 4

6. ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО (ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО) ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ПРИХОДИТСЯ НА СРОК БЕРЕМЕННОСТИ

1. 10–21 неделя;
2. 22–28 недель;
3. 29–32 недели;
4. 33–36 недель;
5. 37–40 недель.

Правильный ответ: 2

7. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЧЕК ИСКЛЮЧАЕТСЯ, ЕСЛИ

1. относительная плотность мочи за сутки колеблется в широких пределах (1005–1028);
2. относительная плотность утренней мочи высокая (более 1020);
3. количество мочевины в крови не превышает 5 ммоль/л (30 мг%);
4. верно все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

Правильный ответ: 4

8. ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СЛЕДУЕТ

1. прервать беременность;
2. сохранить беременность, но провести лечение как при пиелонефрите;
3. провести ретроградную пиелографию для уточнения диагноза;
4. правильно б) и в);
5. сохранить беременность без проведения лечения как при пиелонефрите.

Правильный ответ: 2

9. ПОКАЗАНИЕМ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОДНОЙ ПОЧКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. пиелонефрит;
2. туберкулез;
3. нарушение функции почки (концентрационной и выделительной);
4. гипертония;
5. все перечисленное.

Правильный ответ: 5

10. ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ (В ОТЛИЧИЕ ОТ ТОГО ЖЕ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ) ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1. часто развивается поздний выкидыш или преждевременные роды;
2. часто присоединяется поздний токсикоз беременных;
3. как правило, развивается внутриутробное инфицирование плода;
4. не оказывает влияния на течение беременности;
5. как правило, развивается ВЗРП.

Правильный ответ: 5

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

Задача №1.

Беременная 23 лет, срок беременности 32 недели обратилась на ФАП с жалобами на боли в пояснице больше слева, озноб повышение температуры до 39° С. В общем анализе мочи лейкоцитурия.

Матка при осмотре вне тонуса, положение плода продольное, предлежит головка сердцебиение плода ясное ритмичное 140 уд./мин. Выделений из половых путей нет. Отеков нет. АД 120/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите принципы ведения беременных с пиелонефритом.
4. Назовите принципы лечения пиелонефрита беременных.
5. Назовите принципы профилактики пиелонефрита беременных.

Эталон ответа:

1. Беременность 32 недели, острый левосторонний пиелонефрит. Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в пояснице больше слева, озноб повышение температуры до 39° С, результатов объективного обследования – лейкоцитурия
2. Тактика акушерки: госпитализация беременной в родовое отделение ЦРБ; контроль факта госпитализации
3. Проведение лабораторно-инструментальных методов обследования: мазок на флору и степень чистоты; посев средней порции мочи и отделяемого из влагалища на флору и определение чувствительности к антибиотикам; клинический анализ крови; анализ мочи по Нечипоренко и по Зимницкому; биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, мочевая кислота, креатинин; контроль АД, диуреза; УЗИ почек; консультация врача-уролога
4. Принципы лечения пиелонефрита беременных: антибактериальная терапия местного и системного применения;

противогрибковые препараты для местного применения; средства, нормализующие микрофлору

5. Профилактика пиелонефрита у беременных: диагностика бессимптомной бактериурии; питьевой режим; позиционная терапия; контроль анализа мочи

Задача №2.

Первобеременная С., 23 лет доставлена в акушерский стационар машиной «скорой помощи» с жалобами на боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, температуру 39,0°C. Объективно: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд в минуту. Срок беременности 28 недель. Матка увеличена соответственно сроку беременности, сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 140 уд/мин. Симптом 12 ребра справа положительный. В анализе мочи: бактерии +++, лейкоциты 45-50 в поле зрения. В анамнезе данных за патологию почек нет.

1. Диагноз?
2. В какой стационар следует госпитализировать беременную?
3. В чем будет заключаться обследование?
4. В чем будет заключаться лечение?
5. В чем заключается реабилитация пациентки?

Эталон ответа

1. Беременность 28 недель. Острый гестационный пиелонефрит.
2. Отделение нефрологии (урологии) многопрофильного стационара.
3. РАК, биохимическое исследование крови, бак. посев мочи, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому, анализ мочи на суточную потерю белка, УЗИ почек.
4. Инфузионная, антибактериальная терапия, уросептики, препараты спазмолитического действия, профилактика гипоксии плода и преэклампсии.
5. Позиционная терапия, прием уросептиков в течение беременности, профилактика переохлаждения, наблюдение уролога и полное клиническое обследование после родов.

Задача №3.

Больная 28 лет. При сроке беременности 19 нед, через 12 дней после перенесенной ангины, вновь повысилась температура тела, появились олигурия, отеки, артериальное давление поднялось до 180/110 мм рт. ст. В связи с острой почечной недостаточностью применен гемодиализ. Доставлена в клинику при сроке беременности 33—34 нед. При поступлении состояние больной тяжелое. Отмечаются одышка, отеки в области поясницы и брюшной стенки; артериальное давление 195/95 мм рт. ст. В моче белок 16,5 г/л, эритроциты и лейкоциты густо покрывают все поля зрения, гиалиновые цилиндры; относительная плотность мочи 1,009.

При исследовании мочи по Каковскому—Аддису количество лейкоцитов $8,28 \cdot 10^6$ /сут, эритроцитов $387,54 \cdot 10^6$ /сут, цилиндров $1,08 \cdot 10^5$. Клубочковая фильтрация составила 53 мл/мин, канальцевая реабсорбция 99,6%. Анализ крови: эр $2,7 \cdot 10^{12}$ в 1 мл, Hb 69 г/л, л $12,6 \cdot 10^9$ в 1 мкл, СОЭ 59 мм/ч. Остаточный азот крови увеличился с 0,49 до 1,19 г/л. Мочевина крови — 11,3 ммоль. Учитывая тяжесть состояния больной, решено срочно прервать беременность на фоне лечения оксациллином, преднизолоном, фуросемидом (лазиксом), неоконпенсаном, , дибазолом, папаверином, кислородом и витаминами. После вскрытия плодного пузыря плод принял поперечное положение, произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождавшаяся обильным кровотечением. Произведено абдоминальное кесарево сечение. Извлечен мальчик массой 2050 г и длиной тела 46 см в состоянии асфиксии. Ребенок умер через 3 ч. Послеоперационный период осложнился гипокоагуляцией, анемией, двусторонней бронхопневмонией, эндомиометритом. Активный воспалительный процесс в почках продолжался. Остаточный азот и мочевины крови оставались высокими. На 40-й день после операции больная переведена в нефрологическое отделение.

1. Ваш диагноз?
2. Чем обусловлена тяжесть состояния больной перед преждевременным родоразрешением?
3. Каким развившимся осложнением можно объяснить гипокоагуляцию в послеоперационном периоде?
4. В чем будет заключаться лечение?
5. В чем заключается реабилитация пациентки?

Эталон ответа:

1. Беременность 34 недели. Острый гломерулонефрит.
2. Азотемией.
3. ДВС-синдромом.
4. Инфузионная, антибактериальная терапия, уросептики, препараты спазмолитического действия, профилактика гипоксии плода и преэклампсии.
5. Позиционная терапия, прием уросептиков в течение беременности, профилактика переохлаждения, наблюдение уролога и полное клиническое обследование после родов.

Задача №4.

Больная 27 лет. Поступила с четвертой беременностью при сроке 20 нед. 8 лет назад во время первой беременности артериальное давление поднялось до 180/120 мм рт. ст., появились отеки и протеинурия до 10 г/л. При сроке 30 нед развилась преэклампсия, и плод погиб внутриутробно. Через год — вторая беременность. Она сопровождалась такой же клинической картиной, преэклампсией и рождением мертвого плода при сроке беременности 32 нед. После родоразрешения артериальное давление оставалось повышенным, составляло 260/120 мм рт. ст. и практически не поддавалось лечению. Еще через 2 года произошел самопроизвольный аборт

при сроке беременности 10 нед. В 25 лет госпитализирована в Институт кардиологии РАМН, где произвели пункционную биопсию почки: диагностирован мембранозно—пролиферативный хронический гломерулонефрит. Выявлены увеличение левого желудочка сердца, клубочковая фильтрация составила 116 мл/мин. Артериальное давление удалось снизить со 180/120 до 140/90 мм рт. ст. Выписана с клиническим диагнозом: гипертоническая форма хронического гломерулонефрита с сохранной функцией почек. Настоящая беременность четвертая. В 23 недели состояние больной ухудшилось. Вновь повысилось артериальное давление, которое не удавалось снизить назначением дибазола, папаверина, клофелина, допегита. Поступила с жалобами на головную боль, одышку при физической нагрузке. Отеков не было. Граница сердца расширена влево до среднеключичной линии. На верхушке сердца выслушивался дующий систолический шум, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 170/100 мм рт. ст. В моче белок 0,23-1,98 г/л. Относительная плотность мочи 1,022, лейкоцитов 8—10 в поле зрения, эритроциты единичные, выщелоченные, цилиндры гиалиновые и зернистые, единичные. Анализ крови: Hb 112 г/л, эр. $6,8 \cdot 10^{12}$ в 1 мкл; СОЭ 43 мм/ч. На глазном дне сужение артерий сетчатки. Остаточный азот крови составил 0,27 г/л, мочевины крови 5,66 ммоль/л, общий белок крови 63 г/л, холестерин крови 4,37 ммоль/л, клубочковая фильтрация почек 58,4 мл/мин, канальцевая реабсорбция 98,8%. Плод погиб внутриутробно на 2-й день после госпитализации женщины.

1. Ваш диагноз?
2. Что явилось причиной развития хронического поражения почек?
3. Что послужило причиной невынашивания и антенатальной смерти плодов при всех последующих беременностях?
4. В чем будет заключаться лечение?
5. В чем заключается реабилитация пациентки?

Эталон ответа:

1. Беременность 23 недели. Гипертоническая форма хронического гломерулонефрита. Антенатальная гибель плода
2. Тяжелая преэклампсия, осложнившая первую беременность, привела к гибели плода и вызвала развитие гломерулонефрита.
3. Гипертоническая форма заболевания послужила причиной невынашивания и антенатальной смерти плодов при всех последующих беременностях.
4. Инфузионная, антибактериальная терапия, уросептики, препараты спазмолитического действия, профилактика гипоксии плода и преэклампсии.
5. Позиционная терапия, прием уросептиков в течение беременности, профилактика переохлаждения, наблюдение уролога и полное клиническое обследование после родов.

Задача №5.

Больная 24 лет. В самом начале беременности выявлены обширные отеки, и больная направлена в терапевтическое отделение, где диагностирован хронический гломерулонефрит. Беременность было рекомендовано прервать, но больная категорически отказалась. При сроке беременности 18 нед поступила с массивными отеками лица, рук, живота, ног, поясницы. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В моче 9,9 г/л белка, относительная плотность мочи 1,008—1,021, выщелоченных эритроцитов 30—40 в поле зрения, зернистые цилиндры. Проба Нечипоренко: эритроцитов $106 \cdot 10^3$, лейкоцитов $4,25 \cdot 10^3$. Анализ крови: эр $2,7 \cdot 10^{12}$ — $3,4 \cdot 10^{12}$ в 1 мкл, НЬ 77-102 г/л, л $6,2 \cdot 10^9$ в 1 мкл, СОЭ 56 мм/ч. Общий белок крови 46—63 г/л, холестерин крови 6,8—9,8 ммоль/л, остаточный азот 0,195—0,265 г/л. Содержание натрия в сыворотке крови 147 ммоль/л, калия 4,86 ммоль/л, кальция 2,1 ммоль/л. Клубочковая фильтрация почек 34 мл/мин, канальцевая реабсорбция 97,2%. Почечный кровоток 454 мл/мин. Состояние плода оставалось удовлетворительным. Лечение: трансфузии альбумина (5 раз — 1,25л), плазмы (4 раза — 1,25л), крови (6 раз — 1,5 л), гипотиазид, верошпирон, микроволновая терапия на область почек. Отеки значительно уменьшились, протеинурия, гипопроteinемия и анемия стали менее выраженными. При сроке беременности 38 нед произведено кесарево сечение. Родился живой мальчик массой 2800 г, длиной 47 см в удовлетворительном состоянии. Мать и ребенок выписаны через 2 нед.

1. Ваш диагноз?
2. Чем обусловлено внутривенное введение альбумина?
3. Отсутствие каких синдромов обусловило благоприятный прогноз для данной пациентки?
4. Что в тактике ведения больной также обусловило благоприятный прогноз?
5. В чем заключается реабилитация пациентки?

Эталон ответа:

1. Срочные роды 1 в 38 недель. Нефротическая форма гломерулонефрита. Лапаротомия. Кесарево сечение по Пфанештилю.
2. Гипоальбуминемией.
3. Синдромов артериальной гипертензии и азотемии.
4. Длительное наблюдение и лечение в стационаре.
5. Своевременное выявление факторов риска и их коррекция.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Современные подходы к лечению гломерулонефрита у беременных.
2. Беременность и острая почечная колика.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.34 Тема: «Острые инфекционные заболевания (грипп, краснуха, ВУИ) ».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

1. Диагностика ВИЧ-инфекции на фоне беременности.
2. Особенности течения ВИЧ-инфекции на фоне беременности.
3. Профилактика инфицирования новорожденного
4. Профилактика инфицирования плода.
5. Выбор метода родоразрешения.
6. Принципы ведения беременности.
7. Особенности течения ВИЧ инфекции у женщин
8. Принципы ведения послеродового периода

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 5-10%;
- 2) 10-20%;
- 3) 20-40%;
- 4) 40-60%;
- 5) более 60%;

Правильный ответ: 3

2. ВРЕМЯ, С КОТОРОГО НАЧИНАЮТ АРВТ ЗИДОВУДИНОМ НОВОРОЖДЕННОГО У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ЖЕНЩИНЫ С НЕОПРЕДЕЛЯЕМЫМ УРОВНЕМ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ::

- 1) С момента рождения;
- 2) В первые 1-2 часа жизни;
- 3) В течение 6-8 часов жизни;
- 4) В течение 10-12 часов;
- 5) В течение первых суток;

Правильный ответ: 3

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ-ИНДИКАТОРЫ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА НЕОБХОДИМОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ:

- 1) Беспричинная диарея в течение 1 месяца и более и стойкая лихорадка в течение 1 месяца и более;
- 2) Сухость во рту;
- 3) Набор веса;
- 4) Розеолезная сыпь на теле;
- 5) Бессонница;

Правильный ответ: 1

4. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИИ:

- 1) 35 недель беременности;
- 2) 36 недель беременности;

- 3) 37 недель беременности;
- 4) 38 недель беременности;
- 5) Плановое кесарево сечение не проводится;

Правильный ответ: 4

5. ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) Антиретровирусных, антибактериальных, противогрибковых препаратов;
- 2) Антиаритмических препаратов;
- 3) Противопротозойных препаратов;
- 4) Цитостатиков;
- 5) Иммуномодуляторов;

Правильный ответ: 1

6. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИЧ ОБУСЛОВЛЕНО:

- 1) Нарушением «распознавания» чужеродных антигенов системой макрофагов;
- 2) Улучшением процесса антигеногенеза;
- 3) Повышением уровня Т-хелперов;
- 4) Повышением фагоцитарной активности фагоцитов;
- 5) Переохлаждением;

Правильный ответ: 1

7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ:

- 1) По клиническим признакам;
- 2) При выявлении антител к ВИЧ в ИФА;
- 3) При выявлении антител к ВИЧ в ИФА и в иммуноблоте;
- 4) При выявлении стойкой лимфаденопатии;
- 5) При выявлении генерализованной саркомы Капоши;

Правильный ответ: 3

8. ВТОРОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ НЕОБХОДИМО ПРОХОДИТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) 16-18 недель беременности;
- 2) 20-22 недель беременности;
- 3) 24-26 недель беременности;
- 4) 28-30 недель беременности;
- 5) 30-32 недели беременности;

Правильный ответ: 4

9. ИММУНОДЕФИЦИТ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

- 1) Повышением уровня Т4 лимфоцитов;
- 2) Высоким уровнем сахара;
- 3) Снижением количества ЦИК;
- 4) Высоким уровнем ЦИК и иммуноглобулинов всех классов;
- 5) Снижением уровней иммуноглобулинов;

Правильный ответ: 4

10. МЕТОД ИФА ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ:

- 1) 7-10 дней;
- 2) 2 недели;
- 3) 1 месяц;
- 4) 1-1,5 месяца;
- 5) 1,5-2 месяца;

Правильный ответ: 4

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

Задача №1.

Беременная 24-25 недель беременности, 30 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, на длительную температуру 37,5 С, на потливость по ночам, на диарею и на увеличение лимфатических узлов.

- 1) Диагноз?;
 - 2) Назовите путь передачи вируса матери?;
 - 3) Необходимые мероприятия?;
 - 4) Назовите путь передачи вируса ребенку;
- 1) Беременность 24-25 недель. ВИЧ- инфекция.;
 - 2) Заражение при половом контакте; Парентеральное заражение крови при гемотрансфузиях, медицинских манипуляциях, операциях;;
 - 3) Проведение серологического исследования: ИФА, при положительном результате проведение иммуноблотинга. При повторном положительном результате, назначение антиретровирусной терапии.;
 - 4) Передача новорожденным через плаценту, в родовых путях, при грудном вскармливании.;

Задача №2.

В Родильный дом №7 поступила женщина со сроком беременности 34-35 недель, не обследованная. В ходе обследования был выявлена ВИЧ-инфекция.

- 1) Диагноз?;
 - 2) Тактика родоразрешения?;
 - 3) Какие препараты вы выберете с целью АРВП?;
 - 4) Основной фактор при ВИЧ-инфекции, влияющий на тактику родоразрешения?;
- 1) Беременность 34-35 недель. ВИЧ-инфекция;
 - 2) Незамедлительно начать антиретровирусную терапию. Рекомендовано плановое кесарево сечение в сроке 38 недель, для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ- инфекцией.;

3) Зидовудин, Вирамун;

4) Вирусная нагрузка матери;

Задача №3.

В родильный дом доставлена женщина со сроком беременности 38 недель 5 дней. С жалобами на тянущие боли внизу живота. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что женщина состоит на учете в центре СПИД с 2013 года. С 16 недель беременности проводится АРВП. Вирусная нагрузка 350 копий. При осмотре: Р.В.: Шейка длиной 1.5-2 см, умеренно размягчена, цервикальный канал проходим для одного

поперечного пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

- 1) Предполагаемый диагноз?;
- 2) План родов.;
- 3) В каком сроке стоит родоразрешить женщину?;
- 4) Какие препараты вы выберете с целью АРВП у

новорожденного;

1) Беременность 38 недель 5 дней. Предвестники родов. В-20 с низкой вирусной нагрузкой.;

2) Роды вести через естественные родовые пути.;

3) 39 недель беременности.;

4) Зидовудин, Вирамун;

Задача №4.

У беременной женщины при обследовании в 30-32 недели были выявлены антитела к ВИЧ методом иммуноферментного анализа и подтверждены иммуноблоттингом.

1) Составьте план сбора эпидемиологического анамнеза.;

2) Расскажите о путях заражения ВИЧ-инфекцией ребенка от матери.;

3) Определите дальнейшую тактику ведения беременной.;

4) Назовите сроки обследования детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.;

5) План родоразрешения?;

1) При сборе эпидемиологического анамнеза следует уточнить: - не вела ли женщина беспорядочную половую жизнь; - не употребляет ли она наркотические вещества внутривенно; - где и когда она получала медицинскую помощь (инвазивные процедуры, переливание крови, операции); - те же самые данные выяснить о муже; - не является ли она донором.;

2) Пути заражения ВИЧ-инфекцией ребенка от матери: а) внутриутробный; б) интранатальный (при прохождении через родовые пути); в) постнатальный (через грудное молоко).;

3) Женщине нужно объяснить, что риск заражения ребенка может составить 30%. В случае решения оставить плод, женщине следует разъяснить, что риск рождения инфицированного ребенка можно снизить при регулярном наблюдении врачами и профилактическом лечении и выполнении всех рекомендаций. Кроме того, следует объяснить, какие могут возникнуть проблемы при уходе за ребенком (искусственное вскармливание, регулярное обследование и т.п.).;

4) Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, обследуются при взятии на учет и через 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 месяцев (так как в организме ребенка длительное время циркулируют антитела матери).;

5) Плановое кесарево сечение;

Задача №5.

У ВИЧ-инфицированной женщины во время родов произвели вскрытие плодного пузыря, в результате чего произошло разбрызгивание околоплодных вод, капли которых попали на кожу лица и в глаза врача акушера-гинеколога, который был одет в медицинский халат, шапочку, фартук, на лице – четырехслойная маска, на руках – резиновые перчатки.

- 1) Какие нарушения Вы отметили в данной ситуации?;
- 2) Назовите заболевания, являющиеся СПИД-ассоциированными и почему.;
- 3) Определите тактику врача в целях профилактики заболевания ВИЧ-инфекцией.;
- 4) Расскажите о правилах обработки помещений, в которых проводились манипуляции, операции и другие инвазивные мероприятия с ВИЧ-инфицированными пациентами.;
- 5) Пути заражения ВИЧ-инфекцией ребенка от матери;

1) В данной аварийной ситуации не соблюдены меры защиты при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. Врач должен быть одет в хирургический халат, шапочку, фартук; на лице – четырехслойная маска, очки или защитный экран. Перед надеванием перчаток кожу ногтевых фаланг обработать 5% раствором йода.;

2) Заболевания, относящиеся к СПИД-ассоциированным, – это парентеральные гепатиты и заболевания, передающиеся половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, уреаплазмоз, хламидиоз и др.). Называют их так потому, что они имеют одни и те же пути передачи, что и ВИЧ-инфекция (половой, парентеральный, вертикальный).;

3) В целях профилактики заболевания ВИЧ-инфекцией медицинская сестра должна: а) провести обработку: глаза – промыть водой и обработать 0,05% раствором марганцевокислого калия; кожа – не втирая, обработать 70% раствором спирта, вымыть два раза теплой водой с туалетным мылом, затем снова обработать 70% раствором спирта; б) о произошедшей аварии сообщить заведующему отделением; в) обратиться к врачу-инфекционисту для консультации и наблюдения в течение 12 месяцев; г) пройти лабораторное обследование на наличие антител к ВИЧ в установленные сроки; д) по назначению врача начать прием противовирусных препаратов.;

4) Помещения, в которых проводились манипуляции, операции и другие инвазивные мероприятия с ВИЧ-инфицированными пациентами, подлежат внеплановой генеральной уборке: заливают 6% раствором перекиси водорода или 5% раствором хлорамина и оставляют на 1 час. Плацентарную кровь, околоплодные воды и другой материал засыпают сухой хлорной известью 1:5 на 1 час, после дезинфекции уничтожают. Факт уничтожения биологического материала отражают в истории болезни. Медицинский инструментарий обеззараживается согласно ОСТ 42-21-2-85.;

5) а) внутриутробный; б) интранатальный (при прохождении через родовые пути); в) постнатальный (через грудное молоко).;

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Лечение ВИЧ-инфекции у беременных

2. Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери плоду

3. Оппортунистические инфекции у беременной с ВИЧ положительным результатом.

1. Индекс ОД.О.01.1.1.35 Тема: «Острый живот (аппендицит, холецистит, панкреатит, кишечная непроходимость)».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2

1. Острый аппендицит во время беременности
2. Острый панкреатит во время беременности.
3. Острый холецистит во время беременности.(клиника)
- 4.Диагностика и лечение холецистита у беременных.
5. Кишечная непроходимость во время беременности

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ПОРАЖЕНИЕ КАКИХ ОРГАНОВ ЖКТ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ «ОСТРОГО ЖИВОТА» У БЕРЕМЕННЫХ

1. Аппендикса
2. Желчного пузыря
3. Поджелудочной железы
4. Желудка
5. Верно все.

Правильный ответ: 5.

2. АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

1. Боли локализуются от правой подвздошной области до правого подреберья
2. Симптомы раздражения брюшины слабо выражены
3. Быстрое развитие перитонита
4. Гипертонус матки
5. Верно все

Правильный ответ: 5.

3. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ АППЕНДЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Нижнесрединная лапаротомия
2. Лапаротомия по Пфанненштилю
3. По Волковичу-Дьяконову
4. Разрез в правом подреберье
5. Срединная лапаротомия

Правильный ответ: 3.

4. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДЕЦИТЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Аппендэктомия и одновременно кесарево сечение
2. Аппендэктомия с последующей родостимуляцией
3. Только аппендэктомия при отсутствии сопутствующей акушерской патологии
4. Аппендэктомия после родоразрешения
5. Кесарево сечение.

Правильный ответ: 3.

5. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИКИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Симптомы заболевания развиваются постепенно
2. Стремительное начало заболевания
3. Задержка газов и стула
4. Диарея
5. Верно 1, 3.

Правильный ответ: 5.

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Язвенная болезнь желудка
2. Холецистит
3. Перенесенные операции на органах брюшной полости
4. Верно все.
5. Диарея.

Правильный ответ: 3.

7. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОБСУЛОВЛЕН

1. Гиперхолестеринемией
2. Нарушением моторики ЖКТ
3. Снижением иммунологических барьеров
4. Гиперкоагуляционными изменениями крови
5. Верно все.

Правильный ответ: 5.

8. ЭКСТРЕННОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПОКАЗАНО ПРИ:

1. Остром холецистите в сочетании с перитонитом
2. Остром холецистите, осложненном холангитом
3. Тяжелой форме острого панкреатита
4. Остром холецистите с механической желтухой
5. Верно все.

Правильный ответ: 6.

9. В СОСТАВ АНАТОМИЧЕСКОЙ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ВХОДИТ:

1. Широкая маточная связка
2. Маточная труба
3. Собственная связка яичника
4. Верно Б, В
5. Верно все.

Правильный ответ: 3.

10. МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДЕЛИТСЯ НА:

1. Странгуляционную
2. Обтурационную
3. Смешанную
4. Сосудистую
5. Верно все

Правильный ответ: 5.

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

Задача №1.

Больная К., 27 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области. Заболела около 8 часов назад, когда появились боли в эпигастрии, а затем они сместились в правую подвздошную область. Стул был, кал обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C. Состоит на учете в женской консультации по поводу беременности 10 недель. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие объективные симптомы Вы можете выявить при этом заболевании? 3. Какие лабораторные исследования следует провести и какие могут быть получены данные? 4. Какова лечебная тактика? Подготовьте больную к операции и выберите метод обезболивания. Выпишите назначения – лекарственные препараты. 5. Назовите основные этапы операции.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз.;

Вопрос 2: Какие объективные симптомы Вы можете выявить при этом заболевании?;

Вопрос 3: Какие лабораторные исследования следует провести и какие могут быть получены данные?;

Вопрос 4: Какова лечебная тактика? Подготовьте больную к операции и выберите метод обезболивания. Выпишите назначения – лекарственные препараты.;

Вопрос 5: Назовите основные этапы операции.;

Эталон ответа:

1) Острый аппендицит. Беременность 10 недель.;

2) Симптомы острого аппендицита. Ровзинга – появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области. Ситковского – поворот на левый бок вызывает боли в правой подвздошной области. Бартомье-Михельсона – больной лежит на левом боку. Выраженные боли при пальпации правой подвздошной области. Образцова – производится пальпация правой подвздошной области в положении больного на спине. Боль усиливается при поднимании правой выпрямленной нижней конечности. Щеткина-Блюмберга – при отнятии руки от передней брюшной стенки усиливается боль.;

3) Лабораторные исследования и возможный результат. Клинический анализ крови. Может наблюдаться умеренный лейкоцитоз ($10-12 \times 10^9/\text{л}$). Количество лейкоцитов может быть и нормальное. Важно исследовать формулу белой крови, где может наблюдаться нейтрофилез, сдвиг влево. Общий анализ мочи – норма, но в случаях воспалительного спяния червеобразного отростка с мочевым пузырем или мочеточником, возможно появление в анализе мочи лейкоцитов, неизмененных эритроцитов.;

4) Показана операция. Эластическое бинтование нижних конечностей. Обрить волосы на месте операционного поля. При помощи зонда освободить желудок. Освободить мочевой пузырь. Премедикация: Sol. Promedoli 2% - 1,0; Sol. Atropini sulf. 0,1% - 1,0 за 10-15 мин. перед операцией. Местная

анестезия с использованием 0,25% раствора новокаина, а лучше, при наличии условий, общее обезболивание.;

5) Основные этапы операции. Лапаротомия в правой подвздошной области. Перевязка брыжейки червеобразного отростка. Удаление отростка и погружение его культи в кисетный и П-образный шов. По показаниям дренирование брюшной полости. Ушивание операционной раны.;

Задача №2.

Больная 36 лет, обратилась с жалобами на внезапно появившиеся боли в правой половине живота, иррадиирующие в пах и правую поясничную область. Заболел 2 часа назад. Раньше подобных болей никогда не было. Боли сопровождались однократной рвотой. Больная беспокойна. Температура при поступлении 37,5°C. Пульс 100 уд. в мин., язык влажный, обложен белым налетом. Живот в правой половине болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания по правой поясничной области положительный. Лейкоцитоз 14,0•10⁹/л. В общем анализе мочи следы белка, относительная плотность 1,018, свежих эритроцитов 8-10 в п/з, выщелоченных эритроцитов 1-2 в п/з, лейкоцитов 8-10 в п/з. Была госпитализирована в урологическое отделение с диагнозом мочекаменная болезнь, правосторонняя почечная колика. Через 3-е суток от начала заболевания появились положительные симптомы Образцова и Щеткина-Блюмберга. Госпитализирован в хирургическое отделение с подозрением на хирургическое заболевание. При обследовании была выявлена беременность 5 недель.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз.;

Вопрос 2: С чем была связана диагностическая ошибка и какие методы исследования помогли бы ее избежать, их результаты?;

Вопрос 3: Назовите шесть основных возможных положений червеобразного отростка.;

Вопрос 4: Какие возможны особенности клинических проявлений острого аппендицита в зависимости от варианта положения отростка?;

Вопрос 5: Назначьте послеоперационное лечение.;

Эталон ответа:

1) Острый аппендицит. Беременность 5 недель.;

2) Дифференциальный диагноз. Методы диагностики должны быть направлены на дифференцировку таких патологических состояний, как МКБ, правосторонняя почечная колика, острый холецистит, острый аппендицит, с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка.;

3) Переднее Медиальное Восходящее (высокое) Нисходящее (тазовое) Ретроцекальное Ретроперитонеальное.;

4) При переднем и медиальном положении отростка наблюдаются, как правило, типичные клинические проявления острого аппендицита. При высоком (подпеченочном) расположении отростка трудно бывает отличить его от острого холецистита. При ретроцекальном и ретроперитонеальном положениях отростка острое воспаление его может вовлечь в воспалительный процесс мочеточник, что будет проявляться дизурическими

расстройствами, положительным симптомом поколачивания справа, изменениями в клиническом анализе мочи. В связи со значительным удалением отростка от передней брюшной стенки напряжение мышц живота может отсутствовать. При нисходящем (тазовом) положении отростка его воспаление может вовлечь в процесс мочевого пузыря, что будет проявляться дизурическими расстройствами, изменениями в клиническом анализе мочи; при вовлечении в процесс стенки прямой кишки возможно появление признаков острой дизентерии (понос, тенезмы); при вовлечении в процесс придатков матки могут быть признаки острого аднексита.;

5) Послеоперационное лечение Постельный режим в первые сутки. На вторые сутки полупостельный режим. Жидкость можно принимать в первые сутки после операции. Принимать пищу в пределах первого стола можно после восстановления функции кишечника. Антибиотикотерапия в течение 10 дней с учетом чувствительности микрофлоры или антибиотика широкого спектра действия Швы снимать на 5-6 сутки после операции, при условии, что рана зажила первичным натяжением.;

Задача №3.

Больная 32 лет, поступила на 4-й день заболевания. Появились боли в правой подвздошной области, тошнота. К врачу не обращалась, принимала анальгетики, боли стихли. В правой подвздошной области определяется плотное неподвижное образование размером 18x12 см, прилегающее к гребню подвздошной кости, болезненное при пальпации. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет беременности 20 недель, симптомы раздражения брюшины отрицательные; температура тела 37,8°C.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз.;

Вопрос 2: Опишите процесс формирования этого заболевания.;

Вопрос 3: С какими заболеваниями наиболее часто следует дифференцировать выявленную у больного патологию?;

Вопрос 4: Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза и ожидаемые результаты?;

Вопрос 5: Какие специальные и инструментальные методы исследования могут понадобиться для проведения дифференциального диагноза?;

Эталон ответа:

1) Аппендикулярный инфильтрат. Беременность 20 недель.;

2) Это конгломерат воспалительно измененных и спаявшихся петель кишок, сальника, париетальной брюшины, ограничивающих воспаленный червеобразный отросток от свободной брюшной полости.;

3) Дифференциальная диагностика С опухолью слепой кишки. Опухоль чаще дает клинику частичной кишечной непроходимости, возможны кишечные кровотечения, при аппендикулярном инфильтрате этого не наблюдается практически никогда. В процессе лечения аппендикулярный инфильтрат чаще уменьшается и исчезает; опухоль не уменьшается в размерах. Опущенная правая почка. В горизонтальном положении в отличие от инфильтрата, возвращается на свое место;

4) Клинический анализ крови, в котором будет увеличено общее количество лейкоцитов, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. При опухоли слепой кишки возможна анемия. Клинический анализ мочи – без существенных изменений.;

5) Инструментальное обследование. УЗИ – наличие гипреэхогенного образования в правой подвздошной области. По показаниям проводится ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией.;

Задача №4.

Женщина 32 лет. Вторая беременность — 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастральной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела — 32,7°. Лейкоциты — $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный.

Вопрос 1: Ваш предварительный диагноз?;

Вопрос 2: Какое заболевание следует исключить и как?;

Вопрос 3: Ваша тактика лечения?;

Вопрос 4: Алгоритм обследования;

Вопрос 5: Выберите метод родоразрешения;

Эталон ответа:

1) Острый аппендицит.;

2) Учитывая анамнез, локализацию болей необходимо исключить острый холецистит. Необходимо выполнить УЗИ.;

3) Экстренное оперативное вмешательство, если нельзя исключить острый аппендицит.;

4) Анамнез. РАК. УЗИ органов брюшной полости. Кульдоцентез.;

5) Кесарево сечение. Аппендэктомия.;

Задача №5.

Повторнобеременная 37 лет доставлена через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом жирной пищи. Срок беременности 12 недель. В анамнезе страдает в течении последних 5-ти лет панкреатитом, холециститом. Последнее обострение 1 год назад. Лечение в стационаре. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно — укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина — Блюмберга и Мейо — Робсона. Пульс — 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°. АД — 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$.

Вопрос 1: Ваш предположительный диагноз?;

Вопрос 2: Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?;

Вопрос 3: Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?;

Вопрос 4: Показано ли в данном случае прерывание беременности?;

Вопрос 5: Реабилитационные мероприятия

Эталон ответа:

- 1) Острый панкреатит. Панкреонекроз, ферментативный шок.;
 - 2) УЗИ поджелудочной железы. Амилаза крови и мочи.;
 - 3) Комплексное консервативное лечение, после чего решить вопрос о необходимости диагностической лапароскопии.;
 - 4) Да;
 - 5) Соблюдение диеты, диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.;
- 7. Примерная тематика НИР по теме.**

1. МКБ во время беременности
2. Острая хирургическая гинекологическая патология во время беременности

1. Индекс ОД.О.01.1.1.36 Тема: «Методы диагностики и лечения гестозов беременных».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-1, УК-2, ПК-1

1. Определение преэклампсии / эклампсии.
2. Современное представление об этиологии и патогенезе преэклампсии?
3. Классификация преэклампсии.
4. Критерии диагностики, умеренной/тяжелой преэклампсии.
5. Основные принципы терапии преэклампсии в зависимости от степени тяжести.
6. Какие осложнения развиваются после перенесенной эклампсии?
7. Наиболее часто встречающееся осложнение беременности и родов при преэклампсии.
8. Алгоритм лечения беременных в зависимости от степени тяжести преэклампсии.
9. Принципы ведения родов и способы родоразрешения у женщин с преэклампсией, эклампсией.
10. Показания к досрочному родоразрешению при преэклампсии.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) календарного срока беременности
- 2) степени тяжести преэклампсии
- 3) срока беременности при котором диагностирована преэклампсия
- 4) предполагаемого веса плода
- 5) длительности течения преэклампсии

Правильный ответ: 2 .

2. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) кесарево сечение
- 2) медикаментозное родовозбуждение простагландинами
- 3) медикаментозное родовозбуждение окситоцином
- 4) акушерские щипцы
- 5) роды через естественные родовые пути

Правильный ответ: 1.

3. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

- 1) местную анестезию
- 2) эпидуральную анестезию
- 3) масочный наркоз
- 4) оксигенотерапию
- 5) нейролептаналгезию

Правильный ответ: 2.

4. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности
- 2) досрочное родоразрешение с амниотомией
- 3) через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания
- 4) кесарево сечение
- 5) индуцированные роды через естественные родовые пути

Правильный ответ: 4.

5. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ЖЕЛТОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ:

- 1) лечение печеночной недостаточности
- 2) немедленное родоразрешение, независимо от срока беременности
- 3) лечение нарушенных функций печени до срока жизнеспособности плода
- 4) лечение нарушенных функций печени до срока доношенной беременности
- 5) пролонгирование беременности до 39-40 недель

Правильный ответ: 2.

6. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) кесарево сечение;
- 2) медикаментозное родовозбуждение простагландинами;
- 3) медикаментозное родовозбуждение окситоцином
- 4) акушерские щипцы
- 5) роды через естественные родовые пути

Правильный ответ: 1.

7. ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) календарного срока беременности
- 2) степени тяжести преэклампсии
- 3) срока беременности при котором диагностирована преэклампсия
- 4) предполагаемого веса плода
- 5) длительности нахождения беременной в акушерском стационаре

Правильный ответ: 2.

8. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

- 1) диета, включая разгрузочные дни
- 2) явка через 3-5 дней
- 3) лечение только в условиях стационара
- 4) мочегонные, гипотензивные процедуры в амбулаторных условиях;
- 5) направление на ВКК

Правильный ответ: 3

9. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ:

- 1) по длительности течения
- 2) по цифрам АД и уровню протеинурии
- 3) по степени анемии
- 4) по выраженности отеков
- 5) по глюкозурии

Правильный ответ: 2

10. Показания к досрочному родоразрешению при тяжелой преэклампсии:

- 1) умеренная преэклампсия
- 2) наличие изолированных отеков
- 3) ПОНРП
- 4) нормальные цифры АД
- 5) протеинурия 1 г/л в сутки

Правильный ответ: 3.

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

Задача №1.

Третьи роды. У роженицы 2 г/л белка в моче. Отеки, АД 180/100. От начала родовой деятельности прошло 8 часов. Воды не изливались. Предлежит головка, находящаяся в узкой части полости малого таза. Открытие зева полное. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота и сильные распирающие боли внизу живота. Пульс 100 в минуту, мягкий. Матка приняла асимметричную форму за счет выпячивания ее левого угла, пальпация матки болезненна. Сердцебиение плода глухое, 90 в мин., аритмичное. Наружного кровотечения нет.

1. Какой период родов? Оцените состояние плода;
2. Что произошло? Степень осложнения?;
3. Причина осложнения?;
4. Что делать?;

5. Необходимая третичная профилактика (реабилитация) в послеродовом периоде в рамках национального проекта?;

Эталон ответа:

- 1) Второй период родов. Острая гипоксия плода.;
- 2) Произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты тяжелой степени.;
- 3) Данное осложнение произошло на фоне тяжелой преэклампсии;
- 4) Необходимо наложить полостные (атипичные) акушерские щипцы.

Активное ведение третьего периода родов. Отделение плаценты и выделение последа с ревизией полости матки под адекватным обезболиванием.;

5) В послеродовом периоде необходимо продолжить лечение преэклампсии, проводить антибактериальную терапию, введение утеротонических препаратов, при необходимости инфузионную терапию с целью восполнения кровопотери. «Половой покой» в течение 6-8 недель.;

Задача №2.

У первородящей, 24 лет, в течение нескольких дней головная боль, плохое самочувствие. До этого во время беременности чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100.

Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, сердцебиение плода слева выше пупка, 140 в минуту. Размеры таза: 25 - 28 - 31 - 20 см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, прощупывается слева и спереди левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При производстве влагалищного исследования возник первый припадок судорог, продолжающийся 3-4 мин, с потерей сознания.

1. Оцените состояние роженицы при поступлении.;
2. Какой период родов?;
3. Причина, спровоцировавшая припадок?;
4. Что делать?;
5. Основные цели и задачи национального проекта «Здоровье» в связи со сложившейся в России демографической ситуацией конкретно в данном случае?;

Эталон ответа:

- 1) Состояние тяжелое - эклампсия;
- 2) Второй;
- 3) Роженица поступила с тяжелой преэклампсией. Вагинальный осмотр у таких пациенток должен проводится при обезболивании, на фоне противосудорожной, седативной, гипотензивной терапии.;
- 4) Начать лечение эклампсии - магниальная, гипотензивная, седативная терапия. Интубация, наркоз, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.;
- 5) Снизить до минимума показатели материнской и младенческой смертности. Расширить показания для операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях.;

Задача №3.

Первобеременная 32 лет. Беременность 36 недель. В женской консультации была месяц назад. Отмечаются отеки лица, туловища, рук, ног. А/Д 180/120 – 170/100 мм.рт.ст., в моче белок 4 г/л, цилиндры гиалиновые и зернистые, эритроциты. Родовой деятельности нет. Дома было 5 приступов с судорогами и потерей сознания, последний в приемном отделении родильного дома.

Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердечные тоны приглушены 100 ударов в минуту.

1. Диагноз?
2. Причина тяжелой преэклампсии?
3. Тактика врача?
4. Где должна после операции лечиться больная?
5. Прогноз для плода?

Эталон ответа:

1. Беременность 36 недель. Тяжелая преэклампсия. Экламптический статус. Хроническая ФПН. Острая гипоксия плода.
2. Женщина не посещала консультацию и не лечилась.
3. Срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
4. В стационаре III уровня оказания помощи беременным, роженицам, родильницам (перинатальный центр), реанимационное отделение.
5. Прогноз для плода неблагоприятный.

Задача №4.

В родильный дом поступила беременная женщина при сроке беременности 38 недель, с жалобами на головную боль, мелькание мушек 60 перед глазами, чувство давления в эпигастральной области.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 90 ударов в минуту, А/Д 170/90 – 180/100 мм.рт.ст., выражены отеки ног. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердечные тона плода приглушены 165 ударов в минуту.

В момент санитарной обработки возник припадок судорог с потерей сознания.

1. Диагноз при поступлении?
2. Почему страдают тоны плода?
3. Перечислите триаду Цангемейстера
4. Возможно ли дальнейшее пролонгирование беременности?
5. Тактика врача – акушера?

Эталон ответа:

1. Беременность 38 недель. Эклампсия. Острая гипоксия плода.
2. Тоны страдают в результате развития хронический ФПН на фоне тяжелой преэклампсии, развития острой гипоксии плода во время приступа эклампсии.
3. Гипертензия, отеки, протеинурия.
4. Нет.
5. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Задача №5.

Первобеременная 34 лет. Поступила в родильный дом в сроке беременности 31-32 недели с жалобами на боли в эпигастральной области, головную боль, плохое зрение, рвоту. С 26 недель беременности отмечалась избыточная прибавка в весе, за последнюю неделю составила 600 г.. В анализе мочи периодически обнаруживаются следы белка, АД повышалось до цифр 130/90, 140/90 мм. рт. ст. Лечилась амбулаторно (ограничение жидкости, мочегонные средства, дибазол, папаверин.. В последние 3 дня появилась бессонница, головная боль, отеки. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Отеки голеней, стоп, передней брюшной стенки, одутловатость лица. АД 180/110, 170/100 мм.рт.ст. Пульс – 120 уд.в мин. Матка увеличена до 28-29 недель беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердечные тоны

плода ритмичные, 140 уд. в мин. Околоплодные воды не изливались. Мочи 40 мл.

В анализе крови гемоглобин 120 г/л; в анализе мочи 1,5 г/л белка, цилиндры. В гемостазе: тромбоцитов $160 \cdot 10^9/\text{л}$, АЧТВ 32 сек, ПТИ 120%, ОФТ 24.

При вагинальном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная наружный зев закрыт. Таз емкий.

1. Ваш диагноз?;
2. Какова акушерская тактика?;
3. Были ли ошибки при ведении беременной?;
4. Оценить жизнеспособность плода?;
5. В чем заключается первичная профилактика развития преэклампсии?;

Эталон ответа:

- 1) Беременность 31-32 недели. Тяжелая преэклампсия. Задержка развития плода.;
- 2) Госпитализация в ПИТ, лечение преэклампсии (магнезиальная, гипотензивная терапия, седативные препараты, обезболивание, профилактика дистресс-синдрома плода, контроль диуреза, полное клинико-лабораторное обследование) Экстренное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.;
- 3) С 26 недель необходима была госпитализация в стационар.;
- 4) Учитывая недоношенный срок беременность, задержку развития риск перинатальной гибели для плода высокий.;
- 5) Планирование беременности, лечение имеющейся соматической патологии.;

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Особенности клиники и диагностики тяжелой преэклампсии.
2. Роль и задачи врача в оказании неотложной помощи, лечении и профилактике тяжелой преэклампсии.

1. Индекс ОД.О.01.1.6.37 Тема: «Медицинские показания к прерыванию беременности».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. ПК-2, ПК-7, ПК-9

1. Прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборт, медикаментозные методы прерывания беременности с использованием мифепристона и различных препаратов, содержащих аналоги простагландинов группы Е и F).

2. Искусственное прерывание беременности до 12 недель.

3. Консервативные методы прерывания беременности в ранние сроки с помощью простагландинов и их аналогов, а также анти-прогестинов (экоситан) и блокаторов его рецепторов (мифепристон).

4. Прерывание беременности в поздние сроки(13-22 недели) по медицинским показаниям.

5. Малое кесарево сечение (показания, п/показания и осложнения).

6. Методы интраамниального введения гипертонического раствора(20%) хлорида натрия.

7. Методика проведения, показания, п/показания и осложнения. Оказание экстренной помощи при осложнениях.

8. Простогландиновый метод прерывания беременности в поздние сроки (способы применения, показания, п/показания и осложнения).

9. Искусственное прерывание беременности методом дилатации и эвакуации на сроке беременности 13-16 недель.

10. Комбинированный метод прерывания беременности.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. Перечислите задачи планирования семьи:

- 1) производство абортов;
- 2) обеспечение контрацепцией;
- 3) наблюдение во время беременности;
- 4) спонтанное возникновение желанной беременности;
- 5) все вышеперечисленное.

Правильный ответ: 2.

2. В какие сроки производится прерывание беременности по желанию женщины:

- 1) до 12 недель;
- 2) до 22 недель;
- 3) до 28 недель;
- 4) в любые сроки.
- 5) до 37 недель.

Правильный ответ: 1

3. По каким показаниям производится прерывание беременности в любые сроки:

- 1) по социальным показаниям;
- 2) по желанию женщины;

- 3) по медицинским показаниям со стороны матери;
- 4) по медицинским показаниям со стороны плода;
- 5) при наличии внутриутробной инфекции.

Правильный ответ: 3.

4. В какие сроки производится мини-аборт:

- 1) в 3-4 недели беременности;
- 2) до 17 недель;
- 3) до 7 недель беременности;
- 4) до 12 недель.
- 5) Верно 3 и 4 .

Правильный ответ: 1.

5. Каковы преимущества мини-аборта:

- 1) минимальная кровопотеря;
- 2) отсутствие травматизации шейки матки;
- 3) отсутствие травмы базального слоя эндометрия;
- 4) все вышеперечисленное.
- 5) Верно 1 и 3.

Правильный ответ: 4

6.Прерывание беременности по социальным показаниям показано в случаях:

- 1) соматических заболеваний
- 2) заболеваний ЦНС
- 3) инфекционных заболеваний
- 4) нежелания иметь ребенка
- 5) беременность в следствие изнасилования.

Правильный ответ: 5.

7. В обязательный объем исследований перед абортом входит:

- 1) ОАК, ОАМ, обследование на группу крови и резус фактор, исследование крови на инфекцию, УЗИ органов малого таза
- 2) ОАК, биохимическое исследование крови, обследование на группу крови и резус фактор, исследование крови на инфекцию
- 3) ОАМ, исследование свертывающей системы крови, обследование на группу крови и резус фактор, исследование крови на инфекцию
- 4) обследование на группу крови и резус фактор, исследование крови на инфекцию, консультация психиатра, ОАМ
- 5) Р-графия грудной клетки, ОАК, биохимическое исследование крови, обследование на группу крови и резус фактор, исследование крови на инфекцию.

Правильный ответ: 1.

8. Абортом называют прерывание беременности до:

- 1) 12 недель
- 2) 22 недель
- 3) 25 недель
- 4) 28 недель
- 5) 37 недель

Правильный ответ: 2

9. По желанию женщины прерывание беременности проводится до:

- 1) 12 недель
- 2) 22 недель
- 3) 25 недель
- 4) 28 недель
- 5) 37 недель

Правильный ответ: 1

10. По социальным показаниям прерывание беременности проводится до:

- 1) 12 недель
- 2) 22 недель
- 3) 25 недель
- 4) 28 недель
- 5) 37 недель

Правильный ответ: 1.

5.Самоконтроль по ситуационным задачам ПК-2, ПК-7, ПК-9

Задача 1.

На прием в женскую консультацию обратилась беременная на 9-10-й неделе. Видимых отклонений в развитии беременности не отмечается. Из анамнеза: в 6-7 недель беременности перенесла ОРВИ с высокой температурой тела (до 38-39^oC), в это время в течение 6 дней принимала тетрациклин.

1. Ваш диагноз.;
2. Тактика врача в отношении беременности.;

Эталон ответа.

1) Диагноз: Беременность 9-10 недель. Состояние после перенесенного ОРВИ (в 6-7 недель).;

2) Тактика. Учитывая прием антибактериальных препаратов (тетрациклин), обладающих эмбриотоксическим действием, в ранние сроки беременности показано прерывание беременности.;

Задача 2.

На прием в женскую консультацию обратилась беременная на 10-й неделе беременности. В течение 3 дней отмечаются явления ОРВИ, картина острого бронхита, температура тела - 37.5^oC. Проводит лечение: постельный режим, обильное горячее питье, ампициллин по 0,5 x 4 раза в день, микстура термопсиса.

Вопрос 1: Ваш диагноз.;

Вопрос 2: Тактика врача в отношении беременности.;

Эталон ответа.

1) Диагноз: Беременность 10 недель. ОРВИ.;

2) Тактика. Учитывая прием лекарственных препаратов (ампициллин, термопсис), не обладающих эмбриотоксическим действием;

Задача 3.

В женскую консультацию обратилась беременная, срок беременности 21 неделя. Предстоят 6 роды. Социальный статус – неблагополучный (была изнасилована). Настаивает на прерывании беременности.

Вопрос 1: Тактика врача женской консультации.;

Эталон ответа.

1) Тактика. Необходимо направить в гинекологический стационар для прерывания беременности, учитывая наличие социального показания.;

Задача 4.

Молодая нерожавшая женщина 23 лет заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39 градусов, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 12,0, СОЭ 35 мм/час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормальных размеров, мягкая, подвижная, умеренно болезненная, зев закрыт. Выделения скудные, кровянистые, без запаха.

Вопрос 1: Предварительный диагноз?;

Вопрос 2: Какова лечебная тактика?;

Эталон ответа.

1) Ds: Острый эндометрит после медицинского аборта (не исключается неполный мед. аборт).;

2) Тактика: комплексная противовоспалительная терапия. В случае неполного аборта после улучшения состояния больной необходимо произвести инструментальное опорожнение полости матки под прикрытием антибиотиков и КГС.;

Задача 5.

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

Вопрос 1: Дальнейшая тактика врача-гинеколога.;

Вопрос 2: Каковы возможные причины возникшего осложнения?;

Эталон ответа.

1) Тактика: Срочная лапароскопия или лапаротомия.;

2) Наличие неполноценной стенки матки вследствие наличия хронического воспалительного процесса, многочисленные аборты в анамнезе, срок беременности 12 недель.;

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Медикаментозный аборт. Показания, противопоказания, условия выполнения, перечень необходимого обследования, технику проведения прерывания беременности, осложнения.

2. Медицинский аборт. Показания, противопоказания, условия выполнения, перечень необходимого обследования, технику проведения прерывания беременности в сроке до 12 недель беременности (медицинский аборт), осложнения.

1. Индекс ОД.О.01.1.6.38 Тема: «Изучение приказов МЗ РФ и МЗ Красноярского края по порядку оказания помощи детям и девочкам-подросткам».

2.Формы работы: подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия. УК-1, ПК-1

1.Согласно какому приказу осуществляется работа женской консультации?

2. Перечислить цели деятельности ж/к.

3. В чем заключаются задачи женской консультации?

4. По каким принципам строится деятельность работы ж/к?

5. Какова структура женской консультации?

6. Перечислить показатели работы ж/к, касающиеся беременности.

7. Какие существуют формы учетной документации в ж/к?

8. Когда и на сколько выдается листок нетрудоспособности при неосложненных и осложненных родах?

9. Каков порядок общего осмотра при первом и последующих посещениях у женщин с нормально протекающей беременностью?

10. Какие существуют группы диспансерного учета?

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ Ж/К ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а. число женщин на участке;

б. абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года;

в. число осложнений после аборта;

г. число абортов на 1000 женщин фертильного возраста;

д. число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста.

2. ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ-ЭТО:

а) число пролеченных в стационаре;

б) число больных, направленных на санаторное лечение;

в) снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

г) удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года;

д) правильно 2 и 3.

3. СТОЙКОГО СНИЖЕНИЯ ЧИСЛА АБОРТОВ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ, КОГДА ДОЛЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМС, ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ) СОСТАВЛЯЕТ:

а) 15-20%

б) 25-30%

- в) 35-40%
- г) 45-50%
- д) 55-60%

4. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРИЕМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОРГАНИЗОВЫВАТЬ В Ж/К С МОЩНОСТЬЮ (НА ЧИСЛО УЧАСТКОВ):

- а) 4;
- б) 5;
- в) не менее 6;
- г) 7;
- д) 8 и более

5. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) число осмотренных женщин;
- б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет;
- в) число женщин, направленных на лечение в санаторий;
- г) доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин;
- д) правильно 1 и 2.

6. РОЛЬ СМОТРОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ПОЛИКЛИНИК СОСТОИТ, КАК ПРАВИЛО:

- а) в диспансеризации гинекологических больных;
- б) в обследовании и наблюдении беременных женщин;
- в) в проведении периодических медицинских осмотров;
- г) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин;
- д) правильно 3 и 4.

7. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ: 1) РОДИЛЬНОГО ДОМА, 2) ПОЛИКЛИНИКИ, 3) МЕДСАНЧАСТИ, 4) САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ.

- а) правильно 1,2,3;
- б) правильно 1,2;
- в) все ответы правильные;
- г) правильно только 4;
- д) все ответы неправильные.

8. ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРОВОДИТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПУТЕМ: 1) ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ; 2) ПАТРОНАЖА; 3) СБОРА АНАМНЕЗА; 4) ОЦЕНКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА (В БАЛЛАХ).

- а) правильно 1,2,3;
- б) правильно 1,3,4;
- в) все правильно;
- г) правильно только 4;

д) все неправильно.

9. ДОКУМЕНТАМИ, ФИКСИРУЮЩИМИ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ Ж/К И ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОБЫЧНО ЯВЛЯЮТСЯ: 1) СПИСКИ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ДОРОДОВОГО ПАТРОНАЖА; 2) ЖУРНАЛ ПЕРЕДАЧИ ТЕЛЕФОНОГРАММ ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО; 3) ЖУРНАЛЫ, ФИКСИРУЮЩИЕ РАБОТУ «ШКОЛУ МАТЕРИ» И «ШКОЛЫ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА»; 4) ЖУРНАЛ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ.

- а) правильно 1,2,3;
- б) правильно 1,2;
- в) все верно;
- г) правильно только 4;
- д) все неверно.

10. ДОКУМЕНТ, ПО КОТОРОМУ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖНО ПРОКОНТРОЛИРОВАТЬ РАБОТУ Ж/К ПО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН:

- а) статистический талон уточнения диагноза;
- б) выписка из стационара;
- в) индивидуальная карта беременной;
- г) журнал госпитализации;
- д) журнал патронажа.

Эталоны ответов:

- 1. Г
- 2. Г
- 3. В
- 4. Д
- 5. Г
- 6. В
- 7. Б
- 8. Б
- 9. А
- 10. Г

5.Самоконтроль по ситуационным задачам УК-1, ПК-1

Задача №1

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

- 1. Диагноз?
- 2. Какие осложнения возможны при данной клинике?
- 3. Тактика врача ЖК?
- 4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
- 5. Нужно ли назначать спазмолитики?

Эталон ответа:

1. Беременность 8 недель, угрожающий выкидыш.
2. Неразвивающаяся беременность.
3. Госпитализация в гинекологическое отделение.
4. Анализ крови на ХГ, УЗИ органов малого таза.
5. При клинике угрожающего аборта в сроке 8 недель

спазмолитики показаны.

Задача №2

В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабое шевеление плода, срок беременности 35-36 нед., дно матки между пупком и мечевидным отростком, сердцебиение плода глухое, ритмичное. На ногах отеки, прибавка в весе 10 кг.

1. Диагноз?
2. Как определить внутриутробное состояние плода?
3. Какое осложнение беременности имеет место?
4. Тактика врача ЖК?
5. Нужно ли проводить УЗИ плода?

Эталон ответа:

1. Беременность 35-36 недель. Отеки беременной. ЗВРП. Хроническая гипоксия плода.
2. КТГ
3. Гестоз – отеки беременной, ФПН.
4. Госпитализация в родильный дом.
5. УЗИ и доплерометрия для исключения ЗВРП.

Задача №3

На приеме повторнобеременная, 39 лет с ОАА (аборты). Беременность-15, роды-4. Размеры таза нормальные. Положение плода на момент осмотра поперечное, головка справа. Беременность 38 нед., матка в тонусе, сердечные тоны плода приглушены, ритмичные, 160 уд. в мин., рост 165 см., вес 173 кг. Воды не изливались.

1. Диагноз?
2. Какое положение имеет плод?
3. Оцените состояние плода?
4. Тактика врача ЖК?
5. Причина поперечного положения плода?

Эталон ответа:

1. Беременность 38 нед. Поперечное положение плода. Хроническая гипоксия плода. ОАА. Ожирение III ст.
2. Поперечное положение плода.
3. Признаки хронической гипоксии.
4. Срочная госпитализация в родильный дом.
5. Перерастяжение матки из-за паритета беременности и родов.

Задача № 4

Больная 25 лет, жалуется на бесплодие в течение 3 лет, которое наступило после медицинского аборта. Менструация регулярно через 28 дней по 3-4 дня. Обследована. На метросальпингографии: контуры полости матки четкие, полость имеет форму треугольника, трубы с обеих сторон контрастированы до ампулярных отделов. На контрольном снимке контраста в брюшной полости нет. 2. Больная 29 лет жалуется на бесплодие в течение 5 лет. Беременность 1 закончилась срочными родами с наложением акушерских щипцов, имелись глубокие разрывы влагалища и промежности. Менструация регулярная по 3-4 дня через 30 дней. Муж тот же. В зеркалах: наружные органы развиты правильно, половая щель зияет за счет старого разрыва промежности 2 ст. Влагалище широкое, шейка деформирована за счет старых боковых разрывов. Матка, придатки без особенностей. Своды глубокие. На метросальпингографии трубы проходимы. В зеркалах: шейка деформирована, слева глубокий разрыв, достигающий до свода, слизистая цервикального канала пролабирует. Выделения обильные, гнойные.

1. Диагноз?
2. Алгоритм ваших действий?
3. Есть ли необходимость проведения гистероскопии?
4. Вероятное место аклюзии маточных труб?
5. Нужно ли сделать лапароскопию?

Эталон ответа:

1. Бесплодие вторичное, трубная форма.
2. Направить на эндоскопическое лечение.
3. Гистероскопию провести необходимо для исключения синехий и патологии эндометрия.
4. Ампулярные отделы маточных труб.
5. Лапароскопия необходима для проведения сальпинголизиса.

Задача № 5

Больная 23 лет, жалуется на бесплодие в течение 2 лет. Замужем 2 года. В анамнезе отмечалась задержка менструального цикла периодически до 2 недель. Менструации с 11 лет, установились через 1,5 года, лечилась в 12 лет по поводу ювенильного кровотечения. Объективно: оволосение по мужскому типу, при влагалищном исследовании патологии не выявлено.

1. Диагноз?
2. Какое гормональное обследование необходимо?
3. Есть ли необходимость проведения гистероскопии?
4. Нужно ли проводить индукцию овуляции?
5. Нужно ли сделать лапароскопию?

Эталон ответа:

1. Бесплодие первичное, эндокринная форма.
2. Исследовать уровень: ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, тестостерон.
3. Гистероскопию провести необходимо при выявлении признаков гиперплазии или гипоплазии эндометрия.

4. После нормализации ритма менструаций возможно провести контролируемую индукцию овуляции.

5. Лапароскопия проводится при отсутствии эффекта от стимуляции овуляции.

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Ювенильное акушерство .
2. Ювенильная гинекология.

Список литературы:

Основная:

1. Акушерство [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с. - (Национальные руководства).
2. Гинекология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

Дополнительная:

1. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. : ил.
2. Акушерство. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям / сост. А. Т. Егорова, В. Б. Цхай, А. И. Пашов [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 146 с.
3. Акушерство. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям / сост. А. Т. Егорова, В. Б. Цхай, А. И. Пашов [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 285 с.
4. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции [Электронный ресурс] : рук. для врачей / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
5. Гинекология. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям / сост. А. Т. Егорова, В. Б. Цхай, А. И. Пашов [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 140 с.
6. Гистероскопия [Электронный ресурс] : атлас и руководство / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 248 с. : ил.
7. Инструментарий, используемый в акушерско-гинекологической практике : учеб. пособие / И.М. Бетоева, Т.С. Дзайнуков, Л.В. Майсурадзе [и др.]. - Владикавказ : СОГМА, 2014. - 77 с.

8. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / гл. ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
9. Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс] : рук. для врачей / Э. К. Айламазян, М. С. Зайнулина, И. Ю. Коган [и др.]. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
10. Неотложные состояния в акушерстве [Электронный ресурс] : рук. для врачей / В. Н. Серов, Г. Т. Сухих, И. И. Баранов [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 784 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста. Акушерство и гинекология).
11. Онкогинекология в практике гинеколога [Электронный ресурс] / М. Г. Венедиктова, Ю. Э. Доброхотова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
12. Практическая кольпоскопия [Электронный ресурс] / С. И. Роговская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 240 с. : ил.
13. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии [Электронный ресурс] / ред. В. Гомел, Э. И. Брилл ; пер. с англ. А. Е. Любова. - эл. изд. - М. : Лаборатория знаний, 2016.
14. Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих ; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 384 с. - (Схемы лечения).
15. Хирургическое лечение рака молочной железы и меланомы [Электронный ресурс] / ред. К. И. Бленд, М. У. Бухлер, А. Ксендес [и др.] ; пер. с англ. В. В. Пожарский ; ред.-пер. В. Д. Чхиквадзе. - 2-е изд. (эл.). - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. - 314 с. : ил.
16. Цитологическое исследование цервикальных мазков - Пап-тест [Электронный ресурс] / Н. Ю. Полонская, И. В. Юрасова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
17. Клинические протоколы по специальности акушерство и гинекология. Ссылка доступна по http://kraszdrazh.ru/documents/poryadki_okazaniya_meditsinskoy_pomoshchi/klinicheskie_rekomendatsii_protokoli_lecheniya