

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 11.06.2026 08:40:02
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»**

Институт среднего медицинского образования

СОГЛАСОВАНО

Главная медицинская сестра
БУ «Сургутский окружной
клинический центр охраны
материнства и детства»
_____ Ф.Х. Салаватова
«04» июня 2026 г.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебно-методической работе
_____ Е.В. Коновалова
«11» июня 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Специальность
31.02.02 Акушерское дело

Квалификация выпускника
Акушерка/акушер

Форма обучения
очная

Сургут, 2026 год

1. ЦЕЛЬ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ И ТРЕБОВАНИЯ К ЕГО СОДЕРЖАНИЮ

Целью фонда оценочных средств (далее – ФОС) для проведения государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) является установление уровня соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы среднего профессионального образования (далее – ООП СПО, образовательная программа) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования (далее – ФГОС СПО), оценка сформированности компетенций.

Фонд оценочных средств для проведения ГИА по специальности 31.02.02 «Акушерское дело» включает:

- перечень компетенций, сформированных в результате освоения ООП СПО;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкалы оценивания;
- типовые задания и материалы, необходимые для оценки результатов освоения ООП СПО.

2. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ, СФОРМИРОВАННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ООП СПО

Освоение ООП СПО направлено на формирование общекультурных, и профессиональных компетенций, установленных в ФГОС СПО. Перечень сформированных компетенций по данной ООП СПО приведен в программе ГИА.

В ходе проведения государственного экзамена осуществляется оценка сформированности компетенций. Тематика вопросов государственного экзамена включает разделы дисциплин/модулей ООП (одной или нескольких), результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников. Указанные разделы дисциплин, соотнесенные с компетенциями, оценка сформированности которых осуществляется при проведении государственного экзамена, приведены в таблице 1.

Таблица 1

Перечень компетенций, сформированность которых оценивается в процессе сдачи государственного экзамена

№ п/п	Итоговый междисциплинарный экзамен	Коды формируемых компетенций	
	Наименования профессионального модуля	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
1.	Осуществление профессионального ухода за пациентами, в том числе по профилю «акушерское дело»	1, 2, 4, 5	1.1. – 1.4.
2.	Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями	1 – 6, 9	2.1. – 2.5.

3.	Осуществление организационной, профилактической работы, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение	1 – 6, 9	3.1. – 3.4
4.	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	1 – 7, 9	4.1 – 4.6

Выпускник, освоивший образовательную программу, должен быть готов к выполнению видов деятельности, перечисленных в таблице 2.

Таблица 2

Виды деятельности

Код и наименование вида деятельности (ВД)	Код и наименование профессионального модуля (ПМ), в рамках которого, осваивается ВД
1	2
В соответствии с ФГОС	
ВД 01. Осуществление профессионального ухода за пациентами, в том числе по профилю «акушерское дело»	ПМ 01. Осуществление профессионального ухода за пациентами, в том числе по профилю «акушерское дело»
ВД 02. Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями	ПМ 02. Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями
ВД 03. Осуществление организационной, профилактической работы, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение	ПМ 03. Осуществление организационной, профилактической работы, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение
ВД 04. Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ПМ 04. Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Используемый комплект заданий по специальности Акушерское дело, разработанный методическим центром аккредитации специалистов, позволяет оценить степень сформированности общих и профессиональных компетенций по видам профессиональной деятельности (таблица 3).

Таблица 3

Тематика заданий для оценки Государственного экзамена

Оцениваемые виды деятельности и компетенции по ним	Описание тематики выполняемых в ходе процедур ГИА заданий (направленных на демонстрацию конкретных освоенных результатов по ФГОС)
Государственный экзамен	
Осуществление профессионального ухода за пациентами, в том числе по профилю «акушерское дело»	Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов:

<p>ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов</p> <p>ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации, в том числе акушерско-гинекологического профиля по виду деятельности</p> <p>ПК 1.3. Осуществлять профессиональный уход за пациентами, в том числе новорожденными, с использованием современных средств и предметов ухода</p> <p>ПК 1.4. Осуществлять уход за телом человека</p>	<p>Соблюдение санитарно-эпидемиологических правил медицинской организации акушерско-гинекологического профиля</p>
<p>Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями</p> <p>ПК 2.1. Проводить медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, послеродовый период и с распространёнными гинекологическими заболеваниями</p> <p>ПК 2.2. Осуществлять лечение неосложненных состояний пациентов в период беременности, родов, послеродовый период и с распространёнными гинекологическими заболеваниями</p> <p>ПК 2.3. Проводить родоразрешение при физиологическом течении родов и при осложнённом течении родов (акушерской патологии) совместно с врачом акушером-гинекологом</p> <p>ПК 2.4. Проводить первичный туалет новорождённого, оценку и контроль его витальных функций</p> <p>ПК 2.5. Проводить медицинскую реабилитацию пациентов в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями</p>	<p>Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: Проведение наружного акушерского обследования беременной женщины</p>
<p>Осуществление организационной, профилактической работы, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение</p> <p>ПК 3.1. Проводить мероприятия по формированию у пациентов по профилю «акушерское дело» и членов их семей мотивации к ведению здорового образа жизни, в том числе по вопросам планирования семьи</p>	<p>Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: Проведение профилактического осмотра женщины (доврачебный кабинет женской консультации)</p>

<p>ПК 3.2. Проводить диспансеризацию и профилактические осмотры женщин в различные периоды жизни</p> <p>ПК 3.3. Проводить физиопсихопрофилактическую подготовку женщин к беременности, родам, грудному вскармливанию и уходу за новорождённым</p> <p>ПК 3.4. Вести медицинскую документацию, организовывать деятельность медицинского персонала, находящегося в распоряжении</p>	
<p>Оказание медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>ПК 4.1. Проводить оценку состояния беременной, роженицы, родильницы, новорождённого, требующего оказания неотложной или экстренной медицинской помощи</p> <p>ПК 4.2. Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе во время самопроизвольных неосложненных родах и в послеродовый период</p> <p>ПК 4.3. Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>ПК 4.4. Проводить мониторинг состояния пациента при оказании неотложной или экстренной медицинской помощи во время эвакуации (транспортировки)</p> <p>ПК 4.5. Устанавливать медицинские показания и направлять пациентов в профильные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи</p> <p>ПК 4.6. Обеспечивать госпитализацию пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи</p>	<p>Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: Проведение базовой сердечно-легочной реанимации</p>

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии оценивания сформированности компетенций в процессе сдачи государственного экзамена (I этап - тестирование)

«5» (отлично)	90 – 100 %
«4» (хорошо)	80 – 89 %
«3» (удовлетворительно)	70 – 79 %
«2» (неудовлетворительно)	менее 70 %

3.2. Критерии оценивания сформированности компетенций в процессе сдачи государственного экзамена (II этап - выполнение практических навыков (умений) в симулированных условиях)

Критериями оценивания являются практические действия по специальности, указанные в оценочном листе. Показатели оценивания критериев:

3- выполнено полностью
2 – выполнено частично
1 – выполнено недостаточно
0 – не выполнено

Оценка складывается из показателей, количество которых суммируется за все практические действия (в оценочном листе) переводится в проценты, затем в баллы. Шкала оценивания варьируется в соответствии с количеством практических действий, перечисленных в оценочном листе специальности.

Критерии оценивания практического навыка по чек-листу в зависимости от набранных баллов:

Оценка ГИА	«2»	«3»	«4»	«5»
Отношение полученного количества баллов к максимально возможному (в процентах)	0% - 69%	70% - 79%	80% - 89%	90% - 100%

Если хотя бы один практический навык оценивается менее 70% ответов «выполнено полностью», то студент считается не сдавшим государственный экзамен.

3.3. Критерии оценивания сформированности компетенций в процессе сдачи государственного экзамена (III этап – решение ситуационных задач (мультикейсов). Оценка складывается из процентного соотношения правильных ответов от общего количества ответов при решении ситуационных задач.

Критерии оценивания ситуационной задачи по эталону в зависимости от набранных баллов:

Оценка ГИА	«2»	«3»	«4»	«5»
Отношение полученного количества баллов к максимально возможному (в процентах)	0% - 69%	70% - 79%	80% - 89%	90% - 100%

Если хотя бы общее количество верных ответов по эталону оценивается менее 70% ответов «выполнено полностью», то студент считается не сдавшим государственный экзамен.

4. МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ООП СПО

Материалы, необходимые для оценки результатов освоения ООП СПО, представлены в виде фонда оценочных средств.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого выпускника автоматически с использованием информационных систем, в соответствии со спецификацией при выборке заданий с учётом специальности 31.02.02 Акушерское дело, из единой базы оценочных средств, формируемой Методическим центром

аккредитации. Количество тестовых заданий для индивидуального ответа не может быть менее 60.

4.1. Оценочные средства проведения первого этапа (тестирования) государственного итогового экзамена

4.1.1. Оценочные средства для проведения первого этапа государственного экзамена представлены в виде тестов.

4.1.2. Тесты составляются на материале базы тестовых заданий для первичной аккредитации специалистов.

4.1.3. База тестовых заданий содержит 300 вопросов с выбором ответа, распределенных по 5 вариантам.

Тестирование: ответ на 60 вопросов из банка тестовых заданий за 60 минут. Тестирование проводится с использованием компьютерных технологий.

Перечень МДК, которые выносятся на 1 этап государственного экзамена (тестирование):

МДК 01.01 Безопасная среда для пациента и персонала

МДК 01.02 Сестринский уход за пациентом, в том числе по профилю «акушерское дело»

МДК 02.01 Медицинская помощь пациентам с распространенными гинекологическими заболеваниями

МДК 02.02 Медицинская помощь пациентам в период беременности, родов, послеродовый период

МДК 02.03 Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии

МДК 03.01 Мероприятия, направленные на сохранение репродуктивного здоровья

МДК 03.02 Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам

МДК 04.01 Медицинская помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии

МДК 04.02 Медицинская помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни

4.2. Оценочные средства проведения второго этапа (демонстрация практического навыка в симулированных условиях) государственного экзамена

Оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях проводится путем оценивания правильности и последовательности выполнения практических заданий. Комплектование набора практических заданий для каждого выпускника осуществляется с использованием информационных систем из Единой базы оценочных средств. Общее количество практических заданий, а также время, отводимое на их выполнение, определяются Методическим центром аккредитации. При этом на выполнение практического задания одному выпускнику, должно отводиться не более 30 минут.

Оценочные средства для проведения второго этапа государственного экзамена представлены в виде перечня практических навыков:

1. Осмотр шейки матки в зеркалах у беременной женщины;
2. Бимануальное влагалищное исследование у беременной женщины;
3. Взятие мазка по Папаниколау (Pap-тест, цитологическое исследование);
4. Определение окружности живота, высоты дна матки у беременных женщин;
5. Пальпация плода (наружное акушерское исследование);
6. Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа;
7. Влагалищное исследование в родах;
8. Оказание акушерского пособия в родах;

9. Антропометрия новорожденного (измерение массы, длины тела, окружности головки и грудной клетки);
10. Определение признака Вастена;
11. Базовая сердечно-легочная реанимация.

4.3. Оценочные средства проведения третьего этапа (решение ситуационных задач) государственного экзамена

Решение ситуационных задач проводится путем ответов на вопросы, содержащиеся в ситуационных задачах.

Комплектование набора ситуационных задач для каждого выпускника осуществляется с использованием информационных систем автоматически в соответствии со спецификацией при их выборке из Единой базы оценочных средств для специальности 31.02.02 Акушерское дело. Общее количество ситуационных задач, а также время, отводимое на их решение, определяются Методическим центром аккредитации.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Осмотр шейки матки в зеркалах у беременной женщины

п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/Нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
Подготовка к проведению процедуры			
6.	Подготовить манипуляционный стол	Сказать	
7.	Подготовить пациентку	Сказать	
8.	Обработать руки хирургическим способом	Сказать	
9.	Надеть перчатки медицинские стерильные	Выполнить	
Выполнение процедуры			
10.	Развести большие и малые половые губы большим и указательным пальцами левой руки	Выполнить	
11.	Ввести правой рукой створчатое зеркало до середины влагалища в прямом размере	Выполнить/ Сказать	
12.	Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов	Выполнить/ Сказать	
13.	Раскрыть створки, вывести шейку матки для осмотра и зафиксировать зеркало	Выполнить	
14.	Осмотреть и оценить влагалищную часть шейки матки: форму, цвет, наружный зев, наличие патологических образований	Выполнить/ Сказать	
15.	Снять зеркало с фиксации, постепенно выводить зеркало, осматривая и оценивая стенки влагалища: цвет, наличие патологических образований, характер выделений	Выполнить/ Сказать	
16.	Погрузить извлеченное зеркало в ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора	Выполнить	
17.	Снять перчатки	Выполнить	

п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/Нет
18.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
19.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
20.	Помочь женщине встать с кресла	Сказать	
21.	Убрать пеленку с гинекологического кресла и поместить её в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
22.	Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором	Сказать	
Завершение процедуры			
23.	Снять перчатки	Выполнить	
24.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
25.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком	Сказать	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Осмотр шейки матки в зеркалах у беременной женщины

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Я Ваша участковая акушерка»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура осмотра шейки матки в зеркалах, с целью выявления заболеваний шейки матки»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
6.	Подготовить манипуляционный стол	«Столик покрыт стерильной пленкой, на которой лежит створчатое зеркало стерильное»
7.	Подготовить пациентку	«Пациентка лежит на гинекологическом кресле, покрытом пелёнкой одноразовой стерильной»
8.	Обработать руки хирургическим способом	«Руки обработаны хирургическим способом»
11.	Ввести правой рукой створчатое зеркало до середины влагалища в прямом размере	«Ввожу створчатое зеркало в прямом размере до середины влагалища»
12.	Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов	«Перевожу зеркало в поперечный размер и продвигаю до сводов»
14.	Осмотреть и оценить влагалищную часть шейки матки: форму, цвет, наружный зев, наличие патологических образований, характер выделений	«Шейка матки цилиндрической/ конической формы, цвет бледно-розовый, наружный зев цервикального канала точечный/щелевидный, патологических образований нет, выделения слизистые»
15.	Снять зеркало с фиксации, постепенно выводить зеркало, осматривая и оценивая стенки влагалища: цвет, наличие	«Слизистые стенок влагалища бледно-розового цвета, патологических изменений нет,

	патологических образований, характер выделений	выделения - бели»
16.	Помочь женщине встать с кресла	«Разрешите помочь Вам встать с кресла»
17.	Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором	«Гинекологическое кресло обрабатывается дезинфицирующим раствором»
18.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»

Оборудование и оснащение для практического навыка в соответствии с условием практического задания

1. Тренажер для гинекологического осмотра
2. Кресло гинекологическое
3. Манипуляционный стол
4. Створчатое зеркало стерильное
5. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого)
6. Перчатки медицинские стерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого)
7. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого)
8. Ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора
9. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
10. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета
11. Формы медицинской документации: индивидуальная карта беременной и родильницы

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Бимануальное влагалищное исследование у беременной женщины

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Подготовить пациентку	Сказать	
7.	Обработать руки хирургическим способом	Сказать	
8.	Надеть перчатки медицинские стерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
9.	Развести большие и малые половые губы большим и указательным пальцами левой руки	Выполнить	
10.	Ввести во влагалище III палец правой руки и отвести заднюю стенку влагалища книзу, по III пальцу ввести II палец правой руки, большой палец отведен кверху, IV и V прижаты к ладони, а тыльная сторона упирается в промежность	Выполнить	
11.	Расположить пальцы, введенные во влагалище, в переднем своде, шейку матки отвести кзади	Выполнить/ Сказать	
12.	Расположить левую руку на передней брюшной стенке, надавливая по	Выполнить/ Сказать	

	направлению к полости малого таза, навстречу пальцам правой руки		
--	--	--	--

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
13.	Найти тело матки, сближая пальцы обеих рук, определить и оценить её положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность	Выполнить/ Сказать	
14.	Пропальпировать и оценить придатки матки – пальцы правой руки переместить в левый, а затем в правый боковой свод, а левую руку - на соответствующую пахово-подвздошную область	Выполнить/ Сказать	
15.	Извлечь из влагалища пальцы правой руки	Выполнить	
16.	Снять перчатки	Выполнить	
17.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора	Выполнить	
18.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
19.	Помочь женщине встать с кресла	Сказать	
20.	Убрать пеленку с гинекологического кресла и поместить её в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
21.	Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором	Сказать	
	Завершение процедуры		
22.	Снять перчатки	Выполнить	
23.	Перчатки поместить в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
24.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком	Сказать	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Бимануальное влагалищное исследование у беременной женщины

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» ««Я Ваша участковая акушерка»»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура влагалищного исследования, с целью обследования шейки матки, матки и её придатков»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
6.	Подготовить пациентку	«Пациентка лежит на гинекологическом кресле, покрытом пелёнкой одноразовой стерильной»
7.	Обработать руки хирургическим способом	«Руки обработаны хирургическим способом»
11.	Расположить пальцы, введенные во влагалище, в переднем своде, шейку матки отвести кзади	«Пальцы, введённые во влагалище, располагаю в переднем своде, отводя шейку матки кзади»
12.	Расположить левую руку на передней брюшной стенке, надавливая по направлению к полости малого таза, навстречу пальцам правой руки	«Левую руку располагаю на передней брюшной стенке, надавливая по направлению к полости малого таза, навстречу пальцам правой руки»
13.	Пропальпировать и оценить положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность тела матки	«Тело матки в anteversio-anteflexio, нормальных размеров, грушевидной формы, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное»
14.	Пропальпировать и оценить придатки	«В норме придатки не пальпируются»
19.	Помочь женщине встать с кресла	«Разрешите помочь Вам встать с кресла»
21.	Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором	«Гинекологическое кресло обрабатывается дезинфицирующим раствором»
24.	Вымыть руки с использованием жидкого	«Мою руки под проточной водой с

мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»
--	--

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Тренажер для гинекологического осмотра.
2. Кресло гинекологическое.
3. Манипуляционный стол.
4. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
5. Перчатки медицинские стерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
6. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
7. Ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора.
8. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б».
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета.
10. Формы медицинской документации: индивидуальная карта беременной и родильницы, форма 111у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Взятие мазка по Папаниколау (Pap-тест, цитологическое исследование)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Подготовить манипуляционный стол	Сказать	
7.	Подготовить пациентку	Сказать	
8.	Обработать руки хирургическим способом	Сказать	
9.	Надеть перчатки медицинские стерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
10.	Развести большие и малые половые губы большим и указательным пальцами левой руки	Выполнить	
11.	Ввести правой рукой во влагалище створчатое зеркало в прямом размере	Выполнить/ Сказать	
12.	Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов	Выполнить/ Сказать	
13.	Обнажить шейку матки, при наличии	Выполнить/	

	слизи, удалить её стерильным ватным шариком с помощью пинцета медицинского стерильного	Сказать	
14.	Ввести под контролем глаза во влагалище цервикс-щетку и её конус осторожно направить в цервикальный канал	Выполнить/ Сказать	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
15.	Назвать зону забора материала	Сказать	
16.	Прижать цервикс-щетку к поверхности шейки и произвести 5 полных круговых движений – по часовой стрелке до «коровой росы»	Выполнить/ Сказать	
17.	Вывести аккуратно цервикс-щетку из влагалища	Выполнить	
18.	Нанести содержимое цервикс-щеточки на предметное стекло линейными движениями вдоль стекла	Выполнить/ Сказать	
19.	Извлечь зеркало и погрузить в ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора	Выполнить	
20.	Поместить цервикс-щетку в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
21.	Снять перчатки	Выполнить	
22.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора	Выполнить	
23.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
24.	Помочь женщине встать с кресла	Сказать	
25.	Убрать пеленку с гинекологического кресла и поместить её в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
26.	Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором	Сказать	
	Завершение процедуры		
27.	Снять перчатки	Выполнить	
28.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	

29.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком	Сказать	
30.	Заполнить направление на цитологическое исследование 446 - У	Сказать	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Взятие мазка по Папаниколау (Pap-тест, цитологическое исследование)

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» ««Я Ваша участковая акушерка»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура взятия мазка по Папаниколау (Pap – тест, цитологическое исследование), с целью диагностики онкозаболеваний шейки матки»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
6.	Подготовить манипуляционный стол	«Столик покрыт стерильной пленкой, на которой лежит створчатое зеркало стерильное, цервикс-щетка, подписанное предметное стекло»
7.	Подготовить пациентку	«Пациентка лежит на гинекологическом кресле, покрытом пелёнкой одноразовой стерильной»
8.	Обработать руки хирургическим способом	«Руки обработаны хирургическим способом»
11.	Ввести правой рукой во влагалище створчатое зеркало в прямом размере	«Ввожу створчатое зеркало в прямом размере до середины влагалища»

12.	Перевести зеркало в поперечный размер и продвинуть до сводов	«Перевожу зеркало в поперечный размер и продвигаю до сводов»
13.	Обнажить шейку матки, при наличии слизи, удалить её стерильным ватным шариком с помощью пинцета медицинского стерильного	«Обнажаю шейку матки и при наличии слизи, удаляю её стерильным ватным шариком с помощью пинцета медицинского стерильного»
14.	Ввести во влагалище цервикс-щетку и её конус осторожно направить в цервикальный канал.	«Ввожу цервикс-щетку во влагалище и направляю её конус в цервикальный канал»
15.	Назвать зону забора материала	«Материал беру из зоны стыка плоского и цилиндрического эпителия цервикального канала (на глубине от 0,8 до 2,5 см)»
16.	Прижать цервикс-щетку к поверхности шейки и произвести 5 полных круговых движений – по часовой стрелке до «кровоавой росы»	«После введения цервикс-щетку прижимаю к поверхности шейки и произвожу 5 полных круговых движений по часовой стрелке до «кровоавой росы»»
17.	Нанести содержимое цервикс-щетки на предметное стекло линейными движениями вдоль стекла	«Осторожными движениями наношу взятый материал на предметное стекло, используя 2 стороны цервикс-щетки»
18.	Помочь женщине встать с кресла	«Разрешите помочь Вам встать с кресла»
19.	Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором	«Гинекологическое кресло обрабатывается дезинфицирующим раствором»
20.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»
21.	Заполнить направление на цитологическое исследование 446 У	«Заполняется направление на цитологическое исследование»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Тренажер для гинекологического осмотра.
2. Кресло гинекологическое.
3. Манипуляционный стол.
4. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
5. Цервикс-щётка.
6. Предметное стекло.
7. Створчатое зеркало стерильное.
8. Пинцет медицинский стерильный.
9. Стерильная укладка с ватными шариками.
10. Перчатки медицинские стерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
11. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
12. Ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора.
13. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б».

14. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета.
15. Формы медицинской документации: индивидуальная карта беременной и родильницы, форма 111у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Определение окружности живота, высоты дна матки у беременных женщин

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	Сказать	
7.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
8.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
9.	Встать справа от пациентки лицом к ней	Выполнить	
10.	Взять сантиметровую ленту	Выполнить	
11.	Измерить окружность живота	Выполнить/ Сказать	
12.	Зафиксировать окружность живота в сантиметрах	Сказать	
13.	Измерить высоту стояния дна матки	Выполнить/ Сказать	

14.	Зафиксировать высоту стояния дна матки в сантиметрах	Сказать	
15.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	Сказать	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
16.	Обработать сантиметровую ленту дезинфицирующим раствором	Сказать	
17.	Убрать пеленку с кушетки медицинской и поместить её в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
18.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	Сказать	
Завершение процедуры			
19.	Снять перчатки	Выполнить	
20.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
21.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком	Сказать	
22.	Записать результаты измерения в индивидуальную карту беременной и родильницы	Сказать	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Определение окружности живота, высоты дна матки у беременных женщин

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО) «Я Ваша участковая акушерка»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура измерения окружности живота и высоты стояния дна матки, с целью определения срока беременности и предполагаемой массы плода»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	«Разрешите, я помогу Вам лечь на кушетке на спину. Обнажите, пожалуйста, живот»
7.	Обработать руки гигиеническим способом	«Руки обработаны гигиеническим способом»
11.	Измерить окружность живота	«Приподнимите таз» «Измеряю окружность живота, по линии, проходящей через пятый поясничный позвонок сзади, а спереди на уровне пупка»
12.	Зафиксировать окружность живота в сантиметрах	«Окружность живота ___ см»
13.	Измерить высоту стояния дна матки	«Измеряю высоту стояния дна матки сантиметровой лентой, по белой линии живота от лобка до верхней точки дна матки»
14.	Зафиксировать высоту стояния дна матки в сантиметрах	«Высота стояния дна матки ___ см»
15.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	«Разрешите помочь Вам встать с кушетки»
16.	Обработать сантиметровую ленту	«Сантиметровая лента

	дезинфицирующим раствором	обрабатывается дезинфицирующим раствором»
17.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	«Кушетка обрабатывается дезинфицирующим раствором»
18.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»
19.	Записать результаты измерения в индивидуальную карту беременной и родильницы	«Результаты измерений записываются в индивидуальную карту беременной и родильницы»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Торс беременной женщины для наружного акушерского осмотра.
2. Кушетка медицинская.
3. Манипуляционный стол.
4. Сантиметровая лента.
5. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
6. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А».
7. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного.
8. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
9. Формы медицинской документации: индивидуальная карта беременной и родильницы, форма 111у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Пальпация плода (наружное акушерское исследование)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	Сказать	
7.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
8.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
9.	Встать справа от пациентки лицом к ней	Выполнить	
10.	Провести первый прием наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого): ладонные поверхности обеих рук расположить на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно, а ногтевые фаланги пальцев были обращены друг к другу	Выполнить	
11.	Определить крупную часть плода,	Выполнить/	

	расположенную в дне, осторожно пальпируя дно матки	Сказать	
12.	Провести второй прием наружного акушерского исследования	Выполнить	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
	(Леопольда-Левицкого): опустить руки со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже		
13.	Определить положение, вид и позицию плода, осторожно пальпируя боковые поверхности матки	Выполнить/ Сказать	
14.	Провести третий прием наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого): левую руку положить на дно матки и подать плод к правой руке, а правой рукой охватить часть плода, расположенную над входом в малый таз	Выполнить	
15.	Определить крупную часть плода, предлежащую ко входу в малый таз, баллотирующим движением правой руки	Выполнить/ Сказать	
16.	Встать лицом к ногам женщины. Провести четвертый прием наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого): кисти обеих рук уложить на нижний сегмент матки и сблизить их	Выполнить	
17.	Определить уровень стояния предлежащей части плода по отношению ко входу в малый таз	Выполнить/ Сказать	
18.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	Сказать	
19.	Убрать пеленку с кушетки медицинской и поместить её в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
20.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	Сказать	
	Завершение процедуры		
21.	Снять перчатки	Выполнить	
22.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
23.	Вымыть руки с использованием жидкого	Сказать	

	мыла, осушить и обработать кожным антисептиком		
--	--	--	--

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись _____

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Пальпация плода (наружное акушерское исследование)

№ п/п	Практическое действие студента	Примерный текст комментариев студента
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» ««Я Ваша участковая акушерка»»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура пальпации плода (наружное акушерское исследование), с целью определения положения, предлежания, вида и позиции плода»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	«Разрешите, я помогу Вам лечь на кушетке на спину. Обнажите, пожалуйста, живот»
7.	Обработать руки гигиеническим способом	«Руки обработаны гигиеническим способом»
11.	Определить крупную часть плода, расположенную в дне, осторожно пальпируя дно матки	«Определяю крупную часть плода, расположенную в дне матки. Головка плода – округлая, плотная, баллотирует. Газовый конец неправильной формы, мягковатый, не баллотирует»
13.	Определить положение, вид и позицию плода, осторожно пальпируя боковые поверхности матки	«Определяю положение плода (продольное, косое, поперечное), позицию плода (I, II) и вид плода (передний, задний)». «Определяю с одной стороны спинку плода с широкой поверхностью, с

		другой — мелкие части плода (ручки, ножки) в виде мелких подвижных бугров»
14.	Определить крупную часть плода, подлежащую ко входу в малый таз, баллотирующим движением правой руки	«Определяю подлежащую часть плода - головное, тазовое предлежание». «Головка плода – округлая, плотная, баллотирует. Тазовый конец неправильной формы, мягковатый, не баллотирует»
17.	Определить уровень стояния подлежащей части плода по отношению ко входу в малый таз	«Определяю отношение подлежащей части плода к полости таза - над входом, малым сегментом, большим сегментом во входе в малый таз, в полости и в выходе малого таза»
18.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	«Разрешите помочь Вам встать с кушетки»
20.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	«Кушетка обрабатывается дезинфицирующим раствором»
23.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Торс беременной женщины для наружного акушерского осмотра.
2. Кушетка медицинская.
3. Манипуляционный стол.
4. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
5. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А».
6. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного.
7. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
8. Формы медицинской документации: индивидуальная карта беременной и родильницы, форма 111у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/Нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	Сказать	
7.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
8.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
9.	Встать справа от пациентки лицом к ней	Выполнить	
10.	Провести второй прием наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого): опустить руки со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже	Выполнить	
11.	Определить положение, вид и позицию плода, осторожно пальпируя боковые поверхности матки	Выполнить/ сказать	
12.	Провести третий прием наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого): левую руку положить на дно матки и подать плод к правой руке, а правой рукой охватить часть плода, расположенную над входом в малый таз	Выполнить	
13.	Определить крупную часть плода, предлежащую ко входу в малый таз, баллотирующим движением правой руки	Выполнить/ Сказать	
14.	Взять акушерский стетоскоп	Выполнить	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/Нет
15.	Прижать стетоскоп широким раструбом к животу матери	Выполнить/ Сказать	
16.	Зафиксировать стетоскоп между передней брюшной стенкой и ухом	Выполнить	
17.	Убрать руку от трубки стетоскопа	Выполнить	
18.	Взять в левую руку секундомер или часы с секундной стрелкой	Выполнить	
19.	Выслушивать сердцебиение плода в течение 1 мин.	Сказать	
20.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	Сказать	
21.	Обработать широкий раструб стетоскопа дезинфицирующим раствором	Сказать	
22.	Убрать пеленку с кушетки медицинской и поместить её в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «В»	Выполнить	
23.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	Сказать	
	Завершение процедуры		
24.	Снять перчатки	Выполнить	
25.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «В»	Выполнить	
26.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	Сказать	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» ««Я Ваша участковая акушерка»»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура аускультации плода с помощью акушерского стетоскопа, с целью диагностики внутриутробного состояния плода»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	«Разрешите, я помогу Вам лечь на кушетке на спину. Обнажите, пожалуйста, живот»
7.	Обработать руки гигиеническим способом	«Руки обработаны гигиеническим способом»
11.	Определить положение, вид и позицию плода, осторожно пальпируя боковые поверхности матки	«Определяю положение плода (продольное, косое, поперечное), позицию плода (I, II) и вид плода (передний, задний)». «Определяю с одной стороны спинку плода с широкой поверхностью, с другой — мелкие части плода (ручки, ножки) в виде мелких подвижных бугров»
13.	Определить крупную часть плода, предлежащую ко входу в малый таз, баллотирующим движением правой руки	«Определяю предлежащую часть плода - головное, тазовое предлежание». «Головка плода – округлая, плотная, баллотирует. Тазовый конец неправильной формы, мягковатый, не баллотирует»
15.	Прижать стетоскоп широким раструбом к животу матери	«При головном предлежании стетоскоп устанавливается ниже пупка: при

		первой позиции – слева, при второй позиции – справа» «При тазовом предлежании сердцебиение плода выслушивается выше пупка: при первой позиции – слева, при второй позиции – справа» «При поперечном положении сердцебиение выслушивается на уровне пупка: при первой позиции – слева, при второй позиции – справа» «ЧСС плода должна быть в 2 раза больше, чем ЧСС матери. В норме ЧСС плода от 120 до 160 уд./мин (в среднем 130-140)»
19.	Выслушивать сердцебиение плода в течение 1 мин.	
20.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	«Разрешите помочь Вам встать с кушетки»
21.	Обработать широкий раструб стетоскопа дезинфицирующим раствором	«Широкий раструб стетоскопа обрабатывается дезинфицирующим раствором»
23.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	«Кушетка обрабатывается дезинфицирующим раствором»
26.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Торс беременной женщины для наружного акушерского осмотра.
2. Кушетка медицинская.
3. Манипуляционный стол.
4. Стетоскоп акушерский.
5. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
6. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «В».
7. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «В» желтого цвета.
8. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
9. Формы медицинской документации: история родов.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Влагалищное исследование в родах

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
			Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Надеть шапочку медицинскую одноразовую, маску для лица 4-х слойную медицинскую одноразовую нестерильную	Выполнить	
7.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кровати, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	Сказать	
8.	Обработать наружные половые органы роженицы раствором антисептика	Сказать	
9.	Обработать руки хирургическим способом	Сказать	
10.	Надеть перчатки медицинские стерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
11.	Осмотреть наружные половые органы на наличие патологических изменений	Выполнить/ Сказать	
12.	Развести указательным и большим пальцами левой руки большие и малые половые губы	Выполнить	
13.	Ввести во влагалище III палец правой руки и отвести заднюю стенку влагалища книзу, по III пальцу ввести II палец правой руки, большой палец отведен кверху, IV и V прижаты к ладони, а тыльная сторона упирается в промежность	Выполнить	

14.	Определить пальпаторно: состояние стенок влагалища, шейки матки, плодного пузыря; предлежащую часть плода, наличие костных экзостозов, достижимость крестцового мыса, характер выделений из половых путей	Сказать	
15.	Извлечь из влагалища пальцы правой руки	Выполнить	
Завершение процедуры			
16.	Снять перчатки	Выполнить	
17.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора	Выполнить	
18.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	Сказать	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Влагалищное исследование в родах

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Я акушерка родильного отделения»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура влагалищного исследования, с целью выяснения акушерской ситуации в родах»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
7.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кровати, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	«Разрешите, я помогу Вам лечь на кровати на спину»
8.	Обработать наружные половые органы роженицы раствором антисептика	«Наружные половые органы роженицы обработаны раствором антисептика»
9.	Обработать руки хирургическим способом	«Руки обработаны хирургическим способом»
11.	Осмотреть наружные половые органы на наличие патологических изменений	«Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, воспалительных и рубцовых изменений нет»
14.	Определить пальпаторно: состояние стенок влагалища, шейки матки, плодного пузыря; предлежащую часть плода, наличие костных экзостозов, достижимость крестцового мыса, характер выделений из половых путей	«Влагалище узкое/ёмкое, шейка матки сглажена, края тонкие, легко растяжимые, раскрытие маточного зева 3-10 см., плодный пузырь есть/нет, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз, костных экзостозов нет, крестцовый мыс недостижим»
18.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Акушерский тренажер для оказания акушерского пособия.
2. Родовая кровать.
3. Манипуляционный стол.
4. Пелёнка одноразовая стерильная.
5. Шапочка медицинская одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
6. Маска для лица 4-х слойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
7. Перчатки медицинские стерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
8. Ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора.
9. Формы медицинской документации: история родов, форма 096у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Оказание акушерского пособия в родах

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Подготовить родовую кровать	Сказать	
7.	Подготовить роженицу	Сказать	
8.	Надеть шапочку медицинскую одноразовую, маску для лица 4-х слойную медицинскую одноразовую нестерильную, очки защитные медицинские	Выполнить	
9.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на родовой кровати (руками держаться за специальные держатели, ноги расположить на упорах)	Сказать	
10.	Обработать наружные половые органы роженицы раствором антисептика	Сказать	
11.	Обработать руки хирургическим способом	Сказать	
12.	Надеть фартук стерильный одноразовый	Выполнить	
13.	Надеть халат медицинский одноразовый стерильный	Выполнить	
14.	Надеть перчатки медицинские стерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
15.	Встать у ножного края кровати справа	Выполнить	
16.	Расположить при прорезывании головки плода ладонь левой руки на лобковом сочленении, так чтобы 4 пальца легкими	Выполнить	

	движениями вниз и кзади осторожно сдерживали стремительное продвижение головки плода		
--	--	--	--

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
17.	Расположить правую руку через стерильную пеленку на промежности для её защиты	Выполнить	
18.	Сдерживать при потугах левой рукой преждевременное разгибание головки плода, направляя ее вниз.	Выполнить	
19.	Совершать в перерывах между потугами «заём тканей», смещая ткани вульварного кольца к промежности	Выполнить	
20.	Рекомендовать женщине при рождении теменных бугров не тужиться, а глубоко и ритмично дышать ртом	Сказать	
21.	Освободить теменные бугры головки плода от тканей вульварного кольца, защищая правой рукой ткани промежности	Выполнить	
22.	Взять левой рукой головку плода в области височных костей, способствуя разгибанию головки, а правой рукой осторожно снимать ткани промежности с рождающегося личика плода	Выполнить	
23.	Расположить ладони после рождения головки плода в щечно-височной области и бережно способствовать головке завершить наружный поворот	Выполнить	
24.	Осторожно направить головку плода кзади, способствуя прорезыванию переднего плечика до границы верхней и средней третей	Выполнить	
25.	Направить левой рукой головку плода кпереди, способствуя рождению заднего плечика	Выполнить	
26.	Низвести правой рукой через пелёнку ткани промежности с рождающегося заднего плечика	Выполнить	
27.	Ввести указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины после рождения плечевого пояса и приподнять туловище плода кпереди (вверх,	Выполнить	

	на живот матери)		
28.	Выложить новорожденного на живот матери, обсушить и укрыть тёплой стерильной пеленкой	Выполнить	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
	Завершение процедуры		
29.	Снять перчатки	Выполнить	
30.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора	Выполнить	
31.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	Сказать	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Оказание акушерского пособия в родах

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Я Ваша акушерка и буду принимать у Вас роды»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Я буду оказывать Вам акушерское пособие. Цель пособия – помощь в родах, профилактика родового травматизма»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	У Вас нет возражений против моего участия в ведении Ваших родов» проговорить «возражений пациентки на прием родов нет»
6.	Подготовить родовую кровать	«Родовая кровать предварительно обработана дез. раствором, покрыта стерильной простынёй, пеленкой одноразовой медицинской стерильной»
7.	Подготовить роженицу	«На роженицу надеты стерильная рубашка, одноразовая шапочка, бахилы»
9.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на родовой кровати (руками держаться за специальные держатели, ноги расположить на упорах)	«Держитесь, пожалуйста, руками за специальные держатели, а ноги расположите на упорах»
10.	Обработать наружные половые органы роженицы раствором антисептика	«Наружные половые органы роженицы обработаны раствором антисептика»
11.	Обработать руки хирургическим способом	«Руки обработаны хирургическим способом»
20.	Рекомендовать женщине при рождении тазовых бугров не тужиться, а глубоко и ритмично дышать ртом	«Пожалуйста, не тужьтесь. Дышите глубоко через открытый рот»
31.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Родовая кровать
2. Акушерский тренажер для оказания акушерского пособия.
3. Кукла плода.
4. Акушерский комплект для приема родов.
5. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 2 шт. на одну попытку экзаменуемого).
6. Халат медицинский одноразовый стерильный (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
7. Шапочка медицинская одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
8. Маска для лица 4-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
9. Очки защитные медицинские.
10. Фартук стерильный одноразовый (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
11. Перчатки медицинские стерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
12. Стерильная рубашка для роженицы.
13. Бахилы медицинские одноразовые высокие.
14. Ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора.
15. Манипуляционный стол.
16. Формы медицинской документации: история родов, форма 096у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Антропометрия новорожденного (измерение массы, длины тела, окружности головки и грудной клетки)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Подготовить новорождённого	Сказать	
7.	Подготовить весы для новорождённых (электронные)	Сказать	
8.	Надеть шапочку медицинскую одноразовую, маску для лица 4-хслойную медицинскую одноразовую нестерильную	Выполнить	
9.	Обработать руки хирургическим способом	Сказать	
10.	Надеть халат медицинский одноразовый стерильный	Выполнить	
11.	Надеть перчатки медицинские стерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
12.	Взять стерильную сантиметровую ленту. Повернуть ребёнка на бок	Выполнить	
13.	Приложить сантиметровую ленту к головке ребенка и произвести измерение длины тела до пяточного бугра	Выполнить	
14.	Определить показатель длины тела новорожденного	Сказать	
15.	Положить ребенка на спину. Сантиметровой	Выполнить/	

	лентой измерить окружность головки	Сказать	
16.	Определить показатель окружности головки	Сказать	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
17.	Измерить сантиметровой лентой окружность грудной клетки ребенка	Выполнить/ Сказать	
18.	Определить показатель окружности грудной клетки	Сказать	
19.	Положить на электронные весы пеленку одноразовую медицинскую стерильную. Взвесить и вновь установить весы в нулевую позицию	Выполнить	
20.	Положить ребенка на весы и зафиксировать массу тела новорожденного	Выполнить/ Сказать	
21.	Положить ребёнка на пеленальный столик	Выполнить	
22.	Убрать пеленку с весов и поместить её в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
23.	Обнулить весы	Выполнить	
24.	Обработать весы дезинфицирующим раствором	Сказать	
	Завершение процедуры		
25.	Снять перчатки	Выполнить	
26.	Поместить перчатки в ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
27.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	Сказать	
28.	Зафиксировать данные длины тела, массы тела, окружности головки и грудной клетки в форме 097у	Выполнить	

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Антропометрия новорожденного (измерение массы, длины тела, окружности головки и грудной клетки)

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Я акушерка родильного отделения»
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Я буду измерять массу, длину тела, окружность головки и грудной клетки Вашего ребёнка, с целью определения его антропометрических показателей»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений против проведения данной процедуры? » проговорить «возражений пациентки против проведения данной процедуры нет»
6.	Подготовить новорождённого	«Новорождённый лежит на пеленальном столике, предварительно застеленном пеленкой одноразовой медицинской стерильной»
7.	Подготовить весы для новорождённых (электронные)	«Весы для новорождённых (электронные) предварительно обработаны дезинфицирующим средством, подключены к сети»
9.	Обработать руки хирургическим способом	«Руки обработаны хирургическим способом»
14.	Определить показатель длины тела новорожденного	«Измеряю длину тела новорождённого. Длина тела ___ см»
15.	Измерить окружность головки	«Измеряю окружность головки ребёнка по ориентирам: а) сзади - затылочный бугор б) спереди - надбровные дуги.
16.	Определить показатель окружности головки	«Окружность головки ___ см»
17.	Измерить окружность грудной клетки ребенка	«Измеряю окружность грудной клетки ребенка по ориентирам: а) сзади – нижний угол лопатки; б) спереди – соски;
18.	Определить показатель окружности грудной клетки	«Окружность грудной клетки ___ см»

20.	Положить ребенка на весы и зафиксировать массу тела новорождённого	«Измеряю массу тела новорождённого. Масса тела ___ гр»
24.	Обработать весы дезинфицирующим раствором	«Весы обрабатываются дезинфицирующим раствором»
27.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Манекен новорожденного для ухода
2. Пеленальный столик.
3. Весы для новорожденных (электронные).
4. Сантиметровая лента стерильная.
5. Пеленка одноразовая медицинская стерильная (из расчета 2 шт. на одну попытку экзаменуемого).
6. Халат медицинский одноразовый стерильный (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
7. Шапочка медицинская одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
8. Маска для лица 4-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
9. Перчатки медицинские стерильные (из расчета 1 пара на одну попытку экзаменуемого).
10. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б».
11. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета.
12. Манипуляционный стол.
13. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения медицинской документации.
14. Формы медицинской документации: история развития новорожденного, форма 097у.
15. Формы медицинской документации: история родов, форма 096у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Определение признака Вастена

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
			Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
6.	Надеть шапочку медицинскую одноразовую, маску для лица 4-хслойную медицинскую одноразовую нестерильную	Выполнить	
7.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кровати, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	Сказать	
8.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
9.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
10.	Назвать условия для определения признака Вастена	Сказать	
11.	Расположить кисть правой руки с выпрямленными пальцами на лобке роженицы	Выполнить	
12.	Двигать скользящими движениями кисть сверху на предлежащую часть плода	Выполнить	
13.	Оценить признак Вастена отрицательный: передняя часть головки плода находится ниже симфиза	Выполнить/ Сказать	
14.	Оценить признак Вастена вровень: передняя	Выполнить/	

	часть головки находится на одном уровне с симфизом	Сказать	
--	--	---------	--

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
15.	Оценить признак Вастена положительный: передняя часть головки плода находится выше симфиза	Выполнить/ Сказать	
	Завершение процедуры		
16.	Снять перчатки		
17.	Поместить перчатки в емкость-контейнер для дезинфицирующего раствора		
18.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, высушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук		

Количество набранных отметок «да» _____

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Определение признака Вастена

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Я акушерка родильного отделения»
2.	Идентифицировать пациентку	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациентки с историей родов	«Пациентка идентифицирована»
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить её цель	«Вам предстоит процедура определения признака Вастена, с целью выявления соответствия размеров головки плода размерам Вашего таза»
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациентки на выполнение процедуры нет»
7.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение – лежа на спине, на кровати, покрытой пелёнкой одноразовой стерильной	«Разрешите, я помогу Вам лечь на кровати на спину»
8.	Обработать руки гигиеническим способом	«Руки обработаны гигиеническим способом»
10.	Назвать условия для определения признака Вастена	«Признак Вастена определяется при наличии условий: активная родовая деятельность, полное раскрытие шейки матки, отошедшие околоплодные воды, головка плода фиксирована во входе в малый таз»
13.	Оценить отрицательный признак Вастена	«Передняя часть головки плода находится ниже симфиза - роды заканчиваются самопроизвольно через естественные родовые пути»
14.	Оценить признак Вастена - вровень	Передняя часть головки находится на дном уровне с симфизом. Возможные варианты исхода родов: - роды заканчиваются самопроизвольно (недоношенный плод, хорошая родовая деятельность и конфигурация головки плода); - роды заканчивают оперативным путём (слабость родовой деятельности, крупная головка и неправильные её вставления)»
15.	Оценить положительный признак Вастена	Передняя часть головки плода находится

		ыше симфиза - роды самостоятельно акончиться не могут, так как имеется несоответствие между тазом матери и оловкой плода»
18.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	«Мою руки под проточной водой с использованием жидкого мыла. Сушу руки одноразовыми бумажными полотенцами, после чего обрабатываю кожным антисептиком»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Акушерский тренажер для оказания акушерского пособия.
2. Родовая кровать.
3. Манипуляционный стол.
4. Пелёнка одноразовая стерильная.
5. Шапочка медицинская одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
6. Маска для лица 4-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку экзаменуемого).
7. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку)
8. Ёмкость-контейнер для дезинфицирующего раствора.
9. Формы медицинской документации: история родов, форма 096у.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.02

Акушерское дело

Этап Государственного экзамена

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: базовая сердечно-легочная реанимация

№ п/п	Перечень практических действий	Критерии оценки	Отметка о выполнен ии
1.	Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего	Сказать	
2.	Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи	Выполнить	
3.	Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	Сказать	
4.	Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	Сказать	
5.	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
6.	Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
7.	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути	Выполнить	
	Определить признаки жизни		
8.	Приблизить ухо к губам пострадавшего	Выполнить/ Сказать	
9.	Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего (для лиц с ОВЗ по зрению: определить экскурсию грудной клетки пострадавшего, положив руку на грудь)	Выполнить	
10.	Считать вслух до 10-ти	Сказать	
	Вызвать специалистов (СМП) по алгоритму		
11.	Факт вызова бригады	Сказать	
12.	Координаты места происшествия	Сказать	
13.	Количество пострадавших	Сказать	
14.	Пол	Сказать	
15.	Примерный возраст	Сказать	
16.	Состояние пострадавшего	Сказать	
17.	Предположительная причина состояния	Сказать	
18.	Объем Вашей помощи	Сказать	
	Подготовка к компрессиям грудной клетки		
19.	Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	Выполнить	

20.	Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды	Выполнить	
21.	Основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки пострадавшего	Выполнить	
22.	Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок	Выполнить	
23.	Время до первой компрессии	Указать в секундах	
	Компрессии грудной клетки		
24.	Выполнить 30 компрессий подряд	Выполнить	
25.	Руки аккредитуемого вертикальны	Выполнить	
26.	Руки аккредитуемого не сгибаются в локтях	Выполнить	
27.	Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней	Выполнить	
28.	Компрессии отсчитываются вслух	Сказать	
	Искусственная вентиляция легких		
29.	Защита себя	Использовать устройство-маску полиэтиленовую с обратным клапаном для искусственной вентиляции легких	
30.	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
31.	1-ым и 2-ым пальцами этой руки зажать нос пострадавшему	Выполнить	
32.	Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
33.	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрать воздух в лёгкие	Выполнить	
34.	Обхватить губы пострадавшего своими губами	Выполнить	
35.	Произвести выдох в пострадавшего	Выполнить	
36.	Освободить губы пострадавшего на 1-2 секунды	Выполнить	
37.	Повторить выдох в пострадавшего	Выполнить	
	Критерии выполнения базовой сердечно-легочной реанимации		
38.	Глубина компрессий	Грудная клетка механического тренажера визуально продавливается на 5-6 см	

39.	Полное высвобождение рук между компрессиями	Во время выполнения компрессий руки аккредитуемого отрываются / не отрываются от поверхности тренажера	
40.	Частота компрессий	Частота компрессий составляет 100-120 в минуту	
41.	Базовая сердечно-легочная реанимация продолжалась циклично (2 цикла подряд)	Оценить (1 цикл <input type="checkbox"/> 30:2)	
Завершение испытания			
42.	При команде: «Осталась 1 минута»	Реанимация не прекращалась	
43.	Перед выходом	Участник не озвучил претензии к своему выполнению	
Нерегламентированные и небезопасные действия			
44.	Компрессии вообще не производились	Поддерживалось /«Да» Не поддерживалось / «Нет» искусственное кровообращение	
45.	Центральный пульс	Не тратил время на отдельную проверку пульса на сонной артерии вне оценки дыхания	
46.	Периферический пульс	Не пальпировал места проекции лучевой (и/или других периферических) артерий	
47.	Оценка неврологического статуса	Не тратил время на проверку реакции зрачков на свет	
48.	Сбор анамнеза	Не задавал лишних вопросов, не искал медицинскую документацию	
49.	Поиск нерегламентированных приспособлений	Не искал в карманах пострадавшего лекарства, не тратил время на поиск платочков, бинтиков, тряпочек	
50.	Риск заражения	Не проводил ИВЛ без средства защиты	
51.	Другие нерегламентированные и небезопасные действия	Указать количество	

52.	Общее впечатление эксперта	БСЛР оказывалась профессионально	
-----	----------------------------	----------------------------------	--

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: базовая сердечно-легочная реанимация

№ (практического действия)	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего.	«Опасности нет»
3.	Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	«Вам нужна помощь?»
4.	Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	«Помогите, человеку плохо!»
8.	Приблизить ухо к губам пострадавшего	Проговорить: «Дыхания нет!»
10.	Считать вслух до 10-ти	«Один, два, три,... и т.д. десять»
11.	Факт вызова бригады	Проговорить: «Я набираю номер 112 для вызова скорой медицинской помощи»
12.	Координаты места происшествия	Назвать любой адрес
13.	Количество пострадавших	«Количество пострадавших - 1 человек»
14.	Пол	Указать любой пол
15.	Примерный возраст	Указать любой возраст старше 30 лет
16.	Состояние пострадавшего	«Пострадавший без сознания, без дыхания, без пульса на сонной артерии»
17.	Предположительная причина состояния	«Предположительная причина состояния □ внезапная остановка кровообращения»
18.	Объем Вашей помощи	«Я приступаю к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции легких»
28.	Компрессии отсчитываются вслух	«Один, два, три,... и т.д. тридцать»

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Торс механический взрослого для отработки приемов сердечно-легочной реанимации, лежащий на полу
2. Напольный коврик
3. Устройство-маска полиэтиленовая с обратным клапаном для искусственной вентиляции легких (из расчета 1 маска на все попытки)
4. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 3 шт. на одну попытку аккредитуемого)
5. Салфетка марлевая нестерильная, размер 110x125 мм (из расчета 1 шт. на одну

попытку)

Ознакомительный набор банка тестовых заданий для I этапа Государственного экзамена (с эталонами ответа)

Вопрос № 1

Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

- наружное акушерское исследование;
- влагалищное исследование;
- (+) УЗИ;
- оценка сердечной деятельности;
- исследование свертывающей системы крови.

Вопрос № 2

Факторы, связанные с высоким риском перинатальной заболеваемости:

- (+) низкий социально-экономический статус матери;
- (+) возраст матери менее 20 лет;
- (+) курение матери;
- (+) злоупотребление алкоголем;
- занятие спортом.

Вопрос № 3

Метод Цовьянова при ножном предлежании

- способствует сохранению нормального членорасположения плода
- (+) позволяет предотвратить преждевременное рождение ножек плода
- (+) позволяет перевести ножное предлежание в смешанное ягодично-ножно
- (+) снижает мертворождаемость
- позволяет предотвратить запрокидывание ручек.

Вопрос № 4

Первая медицинская помощь при ранении наружной сонной артерии

- (+) пальцевое прижатие
- наложение давящей воздухонепроницаемой повязки
- обезболивание
- прошивание раны

Вопрос № 5

Растворы для стерилизации химическим методом:

- (+) сайдекс, глутарал
- (+) 6% перекись водорода
- 3% перекись водорода
- (+) лизоформин 3000
- (+) эригид-форте

Вопрос № 6

Эмбриотомия – это:

- (+) акушерская операция
- (+) вид плодоразрушающих операций
- (+) расчленение плода
- наложение акушерских щипцов

Вопрос № 7

Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не характерно:

- боли в животе;
- (+) отсутствие болей в животе;
- геморрагический шок;
- изменение сердцебиения плода;
- изменение формы матки.

Вопрос № 8

Основные причины кровотечения в раннем послеродовом периоде:

- (+) травма родовых путей
- (+) гипотония, атония матки
- эндометрит
- опухолевые процессы

Вопрос № 9

Какие гормоны обеспечивают лактацию?

- эстрогены;
- кортизол;
- инсулин;
- (+) пролактин.

Вопрос № 10

Расстояние между нижним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой мыса крестца называется конъюгатой.
диагональной

Вопрос № 11

Осложнением 1-го периода родов при тазовом предлежании не является:

- (+) преждевременное излитие околоплодных вод ;
- слабость родовой деятельности;
- выпадение пуповины;
- внутриутробная гипоксия плода.

Вопрос № 12

Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в невскрытом биксе со штатным фильтром:

- 3 суток
- (+) 20 суток
- 30 суток

Вопрос № 13

Признаки анемии беременных:

- (+) сухость кожи, ломкость ногтей
- мышечная слабость
- (+) гипотония
- (+) падение уровня гемоглобина ниже 110 г/л

Вопрос № 14

Тактика акушерки при отделившемся последе и задержке его в полости матки:

- сокращающие матку препараты внутривенно

- сокращающие препараты в шейку матки
- (+) применение наружных методов выделения последа
- ручное отделение и выделение последа

Вопрос № 15

Высока вероятность инфицирования ВИЧ при:

- (+) половом контакте с ВИЧ-инфицированным
- проживании в одной квартире с ВИЧ-инфицированным
- (+) совместном парентеральном введении с ВИЧ-инфицированным наркотических веществ,
- (+) рождении ребенка ВИЧ-инфицированной женщиной

Вопрос № 16

Отхождение околоплодных вод происходит в норме:

- (+) при полном или почти полном раскрытии шейки матки
- при раскрытии шейки матки на 5-6 см
- с началом потуг
- до появления регулярных схваток

Вопрос № 17

Положительное окрашивание фенолфталеиновых проб:

- синее
- (+) розовое
- коричневое

Вопрос № 18

Журнал учета работы ультрафиолетовой бактерицидной установки заполняется:

- ежедневно
- 1 раз в неделю
- 1 раз в месяц
- (+) при каждом включении установки

Вопрос № 19

Комплексное лечение беременных с гестозами второй половины беременности предусматривает:

- (+) спазмолитические препараты;
- (+) бережное родоразрешение;
- (+) седативные препараты;
- гипотонические препараты.

Вопрос № 20

Искусственный аборт – это:

- прерывание беременности в любые сроки
- (+) медицинская операция
- (+) прерывание беременности до 22-недельного срока
- метод регулирования семьи

Вопрос № 21

При применении промедола в родах возможно:

- появление анурии;
- появление гипертензии;
- (+) угнетение дыхания у матери и плода;

Вопрос № 22

Отходы от лекарственных препаратов и дез. средств с истёкшим сроком годности относятся к:

- класс А (эпидемиологически безопасные)
- класс Б (эпидемиологически опасные)
- класс В (эпидемиологически чрезвычайно опасные)
- (+) класс Г (токсикологически опасные)
- класс Д (радиоактивные)

Вопрос № 23

Отрицательное влияние на эмбрион оказывают:

- (+) антибиотики
- (+) цитостатики
- витамины
- глюкоза

Вопрос № 24

II степень недоношенности соответствует массе плода:

- 2500-2000 г
- 1500-1000 г
- (+) 2001-1500 г
- 900-1000 г

Вопрос № 25

Благоприятное воздействие, оказываемое личностью медицинского работника на психику пациента называют:

- (+) терапевтическим общением
- нетерапевтическим общением

Вопрос № 26

Для характерно появление симптомов нарушения мозгового кровообращения эклампсии

Вопрос № 27

Факторы, вызывающие гипотрофию плода:

- (+) гестозы
- (+) хронические тяжелые экстрагенитальные заболевания
- (+) хроническая интоксикация
- излитие вод

Вопрос № 28

Тактика при начавшемся и совершившемся разрыве матки:

- немедленное чревосечение
- интубационный наркоз
- (+) интубационный наркоз и чревосечение
- переливание крови, кровезаменителей

Вопрос № 29

В диагностике послеродового мастита не имеет значения:

- (+) длительность безводного промежутка;
- данные осмотра и пальпации молочной железы;

- наличие предрасполагающих факторов к его развитию;
- характерные жалобы больной.

Вопрос № 30

При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

- в женской консультации;
- в приемном покое родильного отделения;
- (+) в родильном отделении и только при развернутой операционной;
- в любых условиях.

Вопрос № 31

Неправильные положения плода:

- продольное;
- (+) поперечное;
- (+) косое.

Вопрос № 32

Четвертым приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

- высоту дна матки
- (+) местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза
- мелкие части плода
- спинку плода

Вопрос № 33

Субинволюция матки после родов может быть обусловлена:

- нормальным функционированием кишечника и мочевого пузыря;
- (+) развитием воспалительного процесса;
- (+) невозможностью грудного вскармливания;
- (+) задержкой частей плаценты в матке;
- (+) слабостью родовой деятельности.

Вопрос № 34

Для обезболивания родов используют:

- (+) промедол
- апрофен
- анальгин
- (+) атропин

Вопрос № 35

Противопоказаниями к противотуберкулезной вакцинации являются:

- (+) родовая травма
- (+) вес менее 2000 г
- (+) гнойные инфекции
- вес более 4000 г

Вопрос № 36

Клинически узкий таз – это:

- одна из форм анатомически узкого таза;
- отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности;
- (+) несоответствие головки плода и таза матери

Вопрос № 37

Моюще-дезинфицирующее средство используют для:

- (+) Дезинфекции использованного инструментария
- (+) Дезинфекции и предстерилизационной очистки инструментария
- Дезинфекции и стерилизации инструментария

Вопрос № 38

Маточное кровотечение длительное, обильное при регулярном цикле носит название:

- метроррагия;
- олигоменорея;
- полименорея;
- гиперменорея;
- (+) гиперполименорея.

Вопрос № 39

Методы родоразрешения при поперечном положении плода и доношенной беременности:

- операция поворот плода на ножку;
- операция наружного поворота плода на головку;
- (+) плановое или экстренное кесарево сечение.

Вопрос № 40

Вакцинация против гепатита В проводится на:

- (+) 1-е сутки
- 5-е сутки
- 10-е сутки

Вопрос № 41

Возможные осложнения тазовых предлежаний плода:

- (+) дородовое излитие околоплодных вод
- (+) выпадение петель пуповины
- (+) запрокидывание ручек, головки
- кровотечение

Вопрос № 42

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия :

- (+) коротко подстриженные ногти,
- (+) отсутствие лака на ногтях,
- (+) отсутствие искусственных ногтей,
- (+) отсутствие на руках ювелирных украшений

Вопрос № 43

Возможные осложнения при эклампсии:

- (+) отслойка сетчатки;
- (+) кровоизлияние в мозг;
- (+) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- (+) острая почечно-печеночная недостаточность;
- гипогалактия.

Вопрос № 44

«Не навреди» - это основной принцип этической модели:

- (+) Гиппократ
- Парацельс

- деонтологической
- биоэтики

Вопрос № 45

Для стерилизации применяются средства, обладающие:

- статическим действием
- вирулицидным действием
- (+) спороцидным действием
- фунгицидным действием
- родентицидным действием

Вопрос № 46

Частыми клиническими признаками трихомоноза при беременности являются:

- (+) кольпит
- цистит
- (+) уретрит
- явления общей интоксикации

Вопрос № 47

К основным методам оценки внутриутробного состояния плода в родах относят:

- (+) частота и сила сердечных сокращений плода;
- частота шевеления плода;
- (+) характер околоплодных вод;
- (+) кардиомониторное наблюдение.

Вопрос № 48

Анатомические особенности недоношенного новорожденного:

- (+) большая голова
- (+) отсутствие подкожно-жировой клетчатки
- расположение пупочного кольца под мечевидным отростком

Вопрос № 49

ВИЧ-инфицированный пациент, получающий только консультативные услуги

- должен предупреждать врача, медсестру о своем диагнозе
- (+) не должен предупреждать врача, медсестру о своем диагнозе

Вопрос № 50

Вакцинация БЦЖ возможна с:

- 1-х суток
- 2-х суток
- (+) 3-х суток

Вопрос № 51

Первая медицинская помощь при ранениях вен шеи

- пальцевое прижатие
- (+) наложение давящей воздухопроницаемой повязки
- обезболивание
- прошивание раны

Вопрос № 52

При переднем виде затылочного предлежания головка прорезывается:

- косым размером

- вертикальным размером
- (+) малым косым размером
- большим косым размером

Вопрос № 53

Аntenатальная охрана плода – это:

- медицинская помощь во время родов
- комплекс лечебно-профилактических мероприятий для женщин до беременности
- дородовая профилактическая помощь
- (+) комплекс лечебно-профилактических мероприятий для беременных женщин

Вопрос № 54

Тактика акушерки при выявлении поперечного положения плода при 38-недельном сроке беременности:

- (+) срочная госпитализация в роддом
- назначение корригирующей гимнастики
- наружный поворот плода
- наблюдение до 39-40 недель беременности

Вопрос № 55

Нейролептаналгезия в акушерской практике используется:

- (+) для обезболивания родов
- (+) для создания психоэмоционального покоя
- (+) только при акушерских операциях
- при любых родах

Вопрос № 56

При наступлении беременности наружные половые органы претерпевают изменения:

- (+) слизистая оболочка входа во влагалище становится цианотичной;
- (+) усиливается секреция сальных желез вульвы;
- (+) наружные половые органы разрыхляются;

Вопрос № 57

Асептика – это комплекс мероприятий, направленных на

- уничтожение микробов в ране
- полное уничтожение микробов и их спор
- стерильность
- ликвидацию микроорганизмов в ране и в организме в целом
- (+) предупреждение проникновения микроорганизмов в рану и в организм в целом

Вопрос № 58

В прелиминарный период родов не происходит:

- формирование в ЦНС родовой доминанты;
- изменение соотношений эстрогенов и прогестерона;
- структурные изменения шейки матки;
- (+) раскрытие шейки матки;
- прижатие предлежащей части плода ко входу в таз.

Вопрос № 59

К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относятся:

- (+) резкая болезненность схваток;

- (+) повышение базального тонуса матки;
- (+) затруднения мочеиспускания;
- (+) уплотнения краев шейки матки в схватку;
- регулярные схватки.

Вопрос № 60

Срок беременности определяют по:

- (+) дате последней менструации
- сомнительным признакам
- (+) данным УЗИ
- (+) вероятным признакам

Вопрос № 61

При неправильном положении плода:

- (+) продольная ось плода перпендикулярна оси матки;
- (+) продольная ось плода пересекается под углом с осью матки;
- продольная ось плода совпадает с осью матки.

Вопрос № 62

Врожденные заболевания плода возникают в период:

- неонатальный
- перинатальный
- (+) эмбриогенеза
- фетогенеза

Вопрос № 63

Характерными особенностями кровотечений при предлежании плаценты являются:

- (+) внезапность их появления;
- (+) их повторяемость;
- боли в животе.

Вопрос № 64

Ромбовидная площадка на задней поверхности крестца называется
ромбом Михаэлиса

Вопрос № 65

Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- позиция плода;
- вид плода;
- (+) высота стояния дна матки;
- предлежащая часть.

Вопрос № 66

Обязательный скрининг в роддоме:

- (+) аудиологический и неонатальный
- УЗИ
- офтальмологический

Вопрос № 67

Основным клиническим симптомом при угрожающем разрыве матки по рубцу является:

- высокое косое стояние контракционного кольца
- положительный признак Вастена

- (+) болезненность по рубцу
- затруднение самопроизвольного мочеиспускания

Вопрос № 68

Подъем температуры до 38,5 С, познобливание, увеличение и в объеме и отек обеих молочных желез, затрудненное сцеживание на 3-е сутки послеродового периода - симптомы:

- гнойного мастита;
- (+) лактостаза;
- серозного мастита;
- инфильтративного мастита;
- флегмонозного мастита.

Вопрос № 69

Факторы риска развития послеродовой инфекции:

- (+) вирулентность микроорганизма;
- (+) кровопотеря;
- (+) течение родового акта;
- лейкоцитоз у беременной.

Вопрос № 70

Лечебный эффект переливания крови заключается в:

- (+) увеличении объема циркулирующей крови
- (+) заместительной терапии
- поднятии АД
- изменении соотношения белковых фракций

Вопрос № 71

Признаки угрожающего разрыва промежности:

- (+) синюшность тканей
- (+) куполовидное выпячивание
- (+) отечность тканей
- гиперемия тканей

Вопрос № 72

Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:

- (+) нерегулярными схватками;
- (+) различной интенсивностью схваток;
- (+) болезненными схватками;
- (+) плохой динамикой раскрытия шейки матки;
- наличием регулярных схваток.

Вопрос № 73

Принципы лечения чесотки

- (+) одновременное лечение всех больных в очаге
- (+) мытье больного со сменой нательного и постельного белья в начале и конце курса терапии
- втирание препарата тампоном или салфеткой
- втирание препарата лицам старше трех лет в весь кожный покров
- (+) втирание препарата в вечернее время на 8--0 часов
- контроль излеченности проводить после - недели лечения

Вопрос № 74

Позиция плода – это:

- отношение спинки плода к плоскостям таза
- (+) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- положение спинки плода по отношению к передней и задней стенкам матки
- отношение крупной части плода ко входу в малый таз

Вопрос № 75

Частые осложнения поперечного положения плода:

- развитие хориоамнионита
- (+) запущенное поперечное положение плода
- (+) гипоксия плода
- кровотечение

Вопрос № 76

Формы гемолитической болезни новорожденных:

- (+) отечная форма
- универсальный отек мозга плода
- (+) желтушная форма
- (+) анемическая форма

Вопрос № 77

Платяная вошь во внешней среде без пищи живет при низкой температуре

- (+) до -0 суток
- до - месяца
- до - года

Вопрос № 78

Линия, соединяющая центры всех прямых размеров таза, называется осью.
проводной

Вопрос № 79

При гипотонии матки применяются:

- (+) окситоцин
- (+) эргометрин
- лидокаин

Вопрос № 80

Предлежанию плаценты способствуют:

- (+) воспалительные процессы в эндометрии;
- (+) аборты;
- (+) генитальный инфантилизм;
- (+) паритет родов;
- неправильные положения плода.

Вопрос № 81

При кровотечении в 3 периоде родов и наличии признаков отделения плаценты не показано:

- лед на низ живота;
- (+) ручное отделение плаценты;
- выделение последа наружными приемами;
- введение сокращающих матку средств.

Вопрос № 82

Для профилактики педикулеза и чесотки осмотрам подлежат дети домов ребенка, детских домов, школ интернатов, школ, ДДУ, загородных детских учреждений

(+) еженедельно

- 2 раз в месяц

- 1 раз в месяц

- 1 раз в год

Вопрос № 83

Измерения освещенности в лечебном учреждении

- проводят 2 раза в год

(+) проводят 1 раз в год

- не проводят

Вопрос № 84

Порок развития пуповины:

(+) грыжа пупочного канатика

- пупочная грыжа

- гнойный омфалит

Вопрос № 85

Для регуляции родовой деятельности используются:

(+) окситоцин

- лидаза

(+) гонадотропины

- прогестерон

Вопрос № 86

Причиной преждевременных родов не является

- многоводие;

- многоплодие;

(+) гестоз первой половины беременности в анамнезе;

- истмико-цервикальная недостаточность;

- инфекции.

Вопрос № 87

Мазки на гонорею при беременности берутся из:

(+) уретры

(+) цервикального канала

- переднего свода влагалища

- вульвы

Вопрос № 88

Многоводие определяется при:

(+) ультразвуковом исследовании

- рентгенографии плода в любом случае

(+) наружных приемах акушерского обследования

- влагалищном исследовании

Вопрос № 89

Группы риска по разрыву матки - беременные, имеющие:

(+) рубец на матке;

(+) анатомически и клинически узкий таз;

- (+) крупный плод;
- гестоз.

Вопрос № 90

Неотложная помощь при кровотечении в раннем послеродовом периоде для самостоятельно работающей акушерки и фельдшера состоит из следующих мероприятий:

- (+) ушивание при разрывах с обезболиванием
- (+) введение сокращающих матку средств
- (+) ручное обследование полости матки по показаниям
- кюретаж матки

Вопрос № 91

Состав «Аптечки аварийных ситуаций»:

- (+) 70 % спирт этиловый , 5% спиртовой раствор йода,бактерицидный лейкопластырь,стерильный бинт,резиновые перчатки ,ножницы, препараты выбора: или 0,05 % раствор марганцовокислого калия или 1 % раствор борной кислоты или 1% раствор протаргола
- 70 % спирт этиловый, 5% спиртовой раствор йода, бактерицидный лейкопластырь, ножницы препараты выбора: или 0,05 % раствор марганцовокислого калия или 1 % раствор борной кислоты
- 70 % спирт этиловый, 5% спиртовой раствор йода, стерильный бинт, резиновые перчатки, ножницы, препараты выбора: или 0,05 % раствор марганцовокислого калия или 1% раствор протаргола

Вопрос № 92

Расход спирта этилового 95% списывается в:

- (+) Гр
- Мл
- Кг

Вопрос № 93

Проводить дезинфекцию использованного одноразового инструментария:

- (+) Необходимо
- не обязательно

Вопрос № 94

Показателем начала второго периода родов является:

- опускание предлежащей части в малый таз;
- потуги;
- внутренний поворот головки;
- (+) полное раскрытие шейки матки;
- рождение плода.

Вопрос № 95

Оценка состояние плода по шкале Апгар включает:

- (+) частоту сердечных сокращений;
- (+) мышечный тонус и состояние нервных рефлексов;
- (+) характер дыхания;
- (+) цвет кожных покровов;
- массу и длину плода.

Вопрос № 96

Показания для наложения щипцов:

- угроза разрыва матки
- (+) тяжелые гестозы
- (+) гипоксия плода в родах
- мертвый плод

Вопрос № 97

Сбор отходов класса Б (не колеще-режущий инструментарий) осуществляется в:

- одноразовые пакеты белого цвета
- (+) одноразовые пакеты желтого цвета
- одноразовые пакеты красного цвета

Вопрос № 98

Пути передачи внутрибольничной инфекции:

- (+) парентеральный
- (+) контактный
- (+) воздушно-капельный
- (+) фекально - оральный
- биологический
- химический

Вопрос № 99

К предвестникам родов относятся:

- (+) опущение дна матки;
- (+) выделение из влагалища слизистой пробки;
- (+) нерегулярные боли внизу живота;
- отхождение околоплодных вод.

Вопрос № 100

Для профилактики и лечения трещин сосков используют:

- (+) мазевые аппликации;
- (+) физические методы воздействия;
- (+) воздушные ванны;
- гормональные средства;
- (+) антисептические препараты.

Вопрос № 101

На ВИЧ-инфекцию обследуются обязательно:

- (+) беременные женщины
- больные с поражениями легких
- (+) больные парентеральными вирусными гепатитами
- (+) доноры крови и органов

Вопрос № 102

При попадании крови или других биологических жидкостей при аварийной ситуации на слизистые глаз, можно использовать:

- (+) Чистую воду
- (+) 1% раствор борной кислоты
- (+) раствор марганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10 000
- раствор хлоргексидина водный

Вопрос № 103

Принципы ведения детей с поражением ЦНС:

- (+) щадящий режим
- физиотерапия и гимнастика со 2-х суток жизни
- ранняя выписка

Вопрос № 104

Клинический симптомокомплекс угрожающего разрыва матки:

- (+) непроизвольные потуги и матка в форме песочных часов;
- положительный признак Вастена;
- непродуктивная родовая деятельность и преждевременное излитие вод;
- задний вид затылочного предлежания и родовая опухоль на головке.

Вопрос № 105

Ведение родов при поперечном положении плода:

- (+) сохранение вод до полного открытия
- (+) кесарево сечение
- (+) поворот плода на ножку
- амниотомия при открытии на 4 см.

Вопрос № 106

Тактика при полном предлежании плаценты и начавшемся кровотечении в родах:

- снятие родовой деятельности
- (+) срочное кесарево сечение
- применение акушерских щипцов
- сокращающие матку средства

Вопрос № 107

Число сердцебиений плода в минуту в норме:

- 80-90 ударов;
- 100-110 ударов;
- (+) 120-140 ударов;
- 100-200 ударов;
- 170-180 ударов.

Вопрос № 108

Наиболее тяжелой формой гнойно-септических осложнений после кесарева сечения является

.....
сепсис

Вопрос № 109

Не обязательно проходить консультацию генетика

- 35-летней женщине, планирующей рождение ребенка;
- женщине, у которой было три самопроизвольных выкидыша;
- 39-летней женщине, первый ребенок у которой родился с дефектом нервной трубки;
- супружеской паре, в генотипе детей которой – несбалансированная транслокация;
- (+) 21-летней беременной с неосложненным семейным анамнезом.

Вопрос № 110

В раннем послеродовом периоде при физиологическом течении происходят следующие изменения:

- (+) инволюция матки;

- (+) формирование шейного канала шейки матки;
- (+) восстановление тонуса мышц тазового дна;
- (+) ретракция, контракция матки и тромбообразование в сосудах плацентарной площадки;
- субинволюции матки.

Вопрос № 111

К группе риска развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся роженицы:

- (+) больные с миомой матки;
- (+) те, у кого роды осложнились слабостью родовой деятельности;
- (+) родившие ребенка с массой тела более 4000г;
- (+) многорожавшие женщины;
- с Rh-сенсibilизацией.

Вопрос № 112

Измерения микроклимата в лечебном учреждении

- (+) проводят 2 раза в год
- проводят 1 раз в год
- не проводят

Вопрос № 113

Дезиконт (индикаторные полоски) используют для:

- (+) Определения концентрации дезинфицирующего средства
- (+) Определения неправильно приготовленного дезинфицирующего раствора
- Определения % соотношения дезинфицирующего средства и воды

Вопрос № 114

Срок беременности и дата родов могут быть определены по:

- (+) последней менструации;
- (+) первому шевелению плода;
- (+) данным УЗИ;
- (+) данным ранней явки.

Вопрос № 115

Ведущей точкой при переднем виде затылочном предлежании плода является:

- (+) малый родничок;
- середина лобного шва;
- середина расстояния между большим и малым родничком.

Вопрос № 116

Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют нанесением

- (+) 2-3-х капель раствора на кровяное пятно
- 2-3-х капель раствора на стерильный ватный шарик

Вопрос № 117

При истинном приращении плаценты показано

- ручное отделение последа;
- введение сокращающих средств;
- выскабливание полости матки;
- холод на живот;
- (+) экстирпация или ампутация матки.

Вопрос № 118

Продольным называется положение, при котором ось плода:

- находится под прямым углом к продольной оси матки;
- находится под острым углом к оси матки;
- (+) совпадает с длинником матки;
- находится под тупым углом к оси матки.

Вопрос № 119

Возможные причины разрыва матки:

- (+) клиническое несоответствие размеров таза и предлежащей части плода
- миома матки
- (+) рубцовые изменения матки

Вопрос № 120

Воздушный метод стерилизации применяется для изделий из:

- (+) металла
- хлопчатобумажной ткани
- (+) стекла
- (+) силиконовой резины

Вопрос № 121

Тактика при клинически узком тазе и мертвом плоде:

- (+) срочная госпитализация
- (+) плодоразрушающая операция
- применение акушерских щипцов
- вакуум-экстракция

Вопрос № 122

Тактика акушерки при многоводии:

- (+) детальное обследование
- кесарево сечение
- амниотомия
- (+) профилактика кровотечения в родах

Вопрос № 123

При начавшемся кровотечении в послеродовом периоде необходимо, прежде всего:

- провести ручное отделение плаценты;
- ввести сокращающие матку средства;
- осмотреть родовые пути;
- (+) определить признаки отделения плаценты;
- лед на низ живота.

Вопрос № 124

Симптомы угрожающего разрыва промежности все, кроме:

- значительное выпячивание промежности;
- побледнение кожи промежности;
- отек промежности;
- (+) появление кровянистых выделений

Вопрос № 125

Причинами послеродовых воспалительных заболеваний матки являются:

- (+) микоплазмы;

- (+) хламидии;
- (+) стафилококки;
- (+) анаэробы.

Вопрос № 126

Ведение родильниц в раннем послеродовом периоде заключается в контроле:

- (+) артериального давления, пульса, дыхания;
- (+) сократительной функции матки;
- (+) кровопотери.

Вопрос № 127

Послеродовый сепсис является:

- первым этапом инфекционного процесса
- экстрагенитальным послеродовым заболеванием
- (+) признаком IV этапа инфекции
- признаком II этапа инфекции

Вопрос № 128

УЗИ в акушерстве позволяет определить:

- (+) расположение плаценты и ее патологию;
- (+) фетометрические показатели;
- (+) неразвивающуюся беременность;
- (+) аномалии развития плода.

Вопрос № 129

В высохшей мокроте на различных предметах внешней среды микобактерии туберкулеза могут сохранять свои свойства в течение

- нескольких дней
- (+) нескольких месяцев
- несколько лет
- несколько часов

Вопрос № 130

Лекарственные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции:

- Неовир (оксодигидроакридилацетат натрия)
- Циклоферон (меглюмин акридонацетат)
- (+) Лопинавир (ритонавир)
- (+) Зидовудин(ламивудин)

Вопрос № 131

Клинические стадии аборта:

- (+) полный
- (+) неполный
- (+) в ходу
- мини-аборт
- (+) угрожающий

Вопрос № 132

При многоплодной беременности в родах возникают:

- (+) аномалии родовых сил
- (+) гипотонические кровотечения

- (+) раннее излитие вод
- многоводие

Вопрос № 133

Характерным признаком метроэндометрита является матки.
субинволюция

Вопрос № 134

Дифференцировать преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты необходимо с:

- (+) разрывом органов брюшной полости
- (+) травмой органов брюшной полости
- (+) предлежанием плаценты
- хориоамнионитом

Вопрос № 135

Мониторный контроль в родах проводится для оценки:

- (+) состояния плода
- (+) родовой деятельности
- степени раскрытия шейки матки
- околоплодных вод

Вопрос № 136

Сбор отходов класса А осуществляется в:

- (+) многоразовые емкости
- (+) одноразовые пакеты белого цвета
- одноразовые пакеты желтого цвета
- одноразовые пакеты красного цвета

Вопрос № 137

Признак начала первого периода родов:

- излитие околоплодных вод;
- наличие «зрелой» шейки матки;
- (+) появление регулярных схваток;
- вставление головки во вход в малый таз.

Вопрос № 138

Стерильный стол накрывают:

- на сутки
- на 12 часов
- (+) на 6 часов

Вопрос № 139

Антисептика – это комплекс мероприятий направленных на

- предупреждение попадания микробов в рану
- полное уничтожение микробов и их спор
- стерильность
- предупреждение проникновения микроорганизмов в рану и в организм в целом
- (+) ликвидацию микроорганизмов в ране и в организме в целом

Вопрос № 140

Неинфекционное заболевание кожи:

- (+) невус
- флегмона
- визикулопустулез

Вопрос № 141

Врожденный порок развития, требующий немедленной госпитализации:

- (+) атрезия ануса
- заячья губа
- крипторхизм

Вопрос № 142

Положительным окрашиванием азопирамовой пробы считается:

- синее
- розовое
- коричневое
- (+) розовое, синее или коричневое

Вопрос № 143

Провести профилактику ВИЧ-инфекции медработнику после аварийной ситуации с ВИЧ-инфицированным пациентом антиретровирусными препаратами следует в период, не позднее:

- (+) 72 часов
- 1 часа
- 24 часов

Вопрос № 144

Влагалищное исследование в родах производят с целью:

- (+) определения целостности плодного пузыря;
- (+) определения степени раскрытия шейки матки;
- (+) определения особенностей вставления предлежащей части плода;
- (+) оценки состояния костного таза;

Вопрос № 145

Вторым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- предлежащая часть;
- членорасположение плода;
- высота стояния дна матки;
- (+) позиция плода;
- головка плода.

Вопрос № 146

Причины разрыва промежности:

- (+) ригидность тканей
- (+) рубцы от предыдущих разрывов
- узкий таз
- (+) неправильное ведение родов

Вопрос № 147

Кожа недоношенного новорожденного обрабатывается:

- (+) ежедневно стерильным растительным маслом
- йодом

- спиртом
- вазелином

Вопрос № 148

Основные задачи медицинской службы медицины катастроф

- лечебно-профилактические и гигиенические мероприятия
- (+) сохранение здоровья населения, оказание всех видов медицинской помощи с целью спасения жизни, снижение психоэмоционального воздействия катастроф, обеспечение санитарного благополучия в зоне ЧС и др.
- подготовка медицинских кадров, материально-техническое обеспечение больниц в зоне ЧС
- сохранение личного здоровья медицинских формирований, эвакуация лечебных учреждений вне зоны ЧС

Вопрос № 149

К способам выделения из матки неотделившегося последа относят:

- метод Абуладзе;
- потягивание за пуповину;
- метод Креде-Лазаревича;
- (+) ручное отделение плаценты и выделение последа.

Вопрос № 150

Чесоточный клещ вне тела человека живет

- до 5 часов
- до 2 суток
- (+) до 5 суток
- до 2 недель

Вопрос № 151

Профилактика разрывов шейки матки включает:

- подготовку шейки матки к родам при беременности 38-39 нед;
- (+) консервативное лечение эрозий шейки матки;
- (+) введение спазмолитиков в 1 периоде родов;
- введение спазмолитиков во 2 периоде родов.

Вопрос № 152

Не оказывает тератогенного действия на плод:

- ионизирующая радиация;
- дефицит фолиевой кислоты;
- острые инфекции во время беременности;
- (+) прием во время беременности дексаметазона.

Вопрос № 153

Обязательному ФЛГ-обследованию 2 раза в год подлежат

- (+) лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции
- (+) ВИЧ-инфицированные
- больные сахарным диабетом;
- мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;
- (+) лица, освобожденные из СИЗО и ИУ, - в первые 2 года после освобождения
- лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными;

Вопрос № 154

Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у роженицы:

- (+) урогенитальной инфекции;
- (+) невосполненной кровопотери;
- (+) длительного безводного периода;
- возраста старше 30 лет.

Вопрос № 155

В задачи влагалищного исследования не входит:

- выяснение степени раскрытия шейки матки;
- определение целостности плодного пузыря;
- (+) оценка состояния плода;
- определение особенностей вставления головки;
- оценка размеров таза.

Вопрос № 156

Увеличение матки во время беременности происходит за счет:

- гипертрофии мышечных волокон матки;
- (+) гиперплазии мышечных волокон матки;
- (+) растяжения стенок матки растущим плодом.

Вопрос № 157

Группы риска инфицирования ВИЧ:

- (+) потребители инъекционных наркотиков
- больные, получающие кортикостероиды
- (+) коммерческие секс-работники
- (+) мужчины, имеющие секс с мужчинами

Вопрос № 158

При возникновении кровотечения из влагалища, не сопровождающееся болями в 37 недель беременности следует в первую очередь, :

- (+) вызвать дежурного врача;
- провести родовозбуждение;
- провести исследование системы гемостаза;
- вскрыть плодный пузырь;
- провести осмотр влагалища в зеркалах.

Вопрос № 159

Возможные осложнения родов при многоплодии:

- (+) слабость родовой деятельности
- выпадение мелких частей плода
- (+) послеродовые кровотечения
- (+) поперечное положение второго плода

Вопрос № 160

В родах постоянно контролируются:

- (+) состояние сердечно-сосудистой системы роженицы;
- (+) характер родовой деятельности;
- (+) состояние плода;
- (+) характер выделений из влагалища;
- состояние работы кишечника.

Вопрос № 161

Установить верную последовательность действий медицинского работника при повреждении кожных покровов (укол, порез) :

1. немедленно снять перчатки
2. выдавить кровь из ранки
3. под проточной водой тщательно вымыть руки с мылом
4. обработать руки 70% спиртом
5. смазать ранку 5% спиртовым раствором йода
6. заклеить ранку бактерицидным лейкопластырем
7. использованные перчатки погрузить в дезинфицирующий раствор.

Вопрос № 162

Гипогалактия связана с:

- недостаточной подготовкой молочных желез
- (+) маститом
- (+) эндокринными заболеваниями

Вопрос № 163

Из первого физиологического отделения переводят беременных с:

- гестозом
- (+) маститом
- анемией
- гипертонической болезнью

Вопрос № 164

ВИЧ-инфекция не передается при:

- (+) Рукопожатии
- Использовании одного шприца, несколькими лицами
- (+) Кашле, чихании
- (+) Пользовании туалетами или душевыми
- от инфицированной матери плоду
- (+) Укусах комаров или других насекомых

Вопрос № 165

Клинический признак окончания второго периода родов:

- излитие задних околоплодных вод
- (+) рождение плода
- сокращение матки
- рождение последа

Вопрос № 166

Наиболее точный метод диагностики при маточном кровотечении:

- кольпоскопия
- лапароскопия
- УЗИ
- (+) гистероскопия

Вопрос № 167

Подготовка больного к отбору мокроты:

- (+) почистить зубы и прополоскать полость рта кипяченой водой;
- промыть желудок;
- (+) сделать несколько глубоких вдохов и резких выдохов

- надеть на больного резиновые перчатки;
- опорожнить кишечник;
- (+) при отсутствии мокроты дать отхаркивающее средство или щелочные ингаляции

Вопрос № 168

Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

- наличие регулярных схваток;
- болезненные схватки;
- недостаточное продвижение предлежащей части;
- (+) недостаточность динамики раскрытия шейки матки;
- запоздалое излитие околоплодных вод.

Вопрос № 169

Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во время беременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более:

- 0,1 – 0,3 см;
- (+) 0,4 – 0,6 см;
- 0,7 – 0,9 см;
- 1,0 – 1,2 см;
- 1,3 – 1,5 см.

Вопрос № 170

«Дезинфекция» – это

- уничтожение патогенных микроорганизмов
- (+) комплекс мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний и разрушение токсинов на объектах внешней среды.
- уничтожение грибов
- уничтожение вирусов

Вопрос № 171

Лечение ранних гестозов включает:

- (+) лечебно-охранительный режим
- обязательную госпитализацию
- (+) диетотерапию
- введение спазмолитиков

Вопрос № 172

Возможные осложнения беременности при гриппе:

- (+) прерывание беременности в 30% случаев
- уродства плода
- перенашивание
- (+) антенатальная гибель плода

Вопрос № 173

Контроль стерилизационного оборудования:

- (+) проводят не реже 2 раз в год
- проводят 1 раз в год
- не проводят

Вопрос № 174

Возможные осложнения родоразрешающих операций:

- (+) перитонит

- (+) сепсис
- (+) образование спаек

Вопрос № 175

Основные причины перинатальной смертности:

- (+) асфиксия
- (+) инфекция
- гемолитическая болезнь
- аномалии развития

Вопрос № 176

Признак начала второго периода родов:

- появление потуг;
- излитие околоплодных вод;
- (+) полное открытие маточного зева;
- врезывание головки плода.

Вопрос № 177

В акушерской практике основным очагом инфекции является
матка

Вопрос № 178

В родах при головном предлежании плода считается нормальной частота сердечных сокращений

- (+) 120-160 уд в мин;
- 110-150 в мин;
- 100-180 в мин;
- более 200 в мин.

Вопрос № 179

Пути передачи вирусных гепатитов В, С :

- (+) Половой путь
- (+) Парентеральный путь
- (+) Вертикальный путь
- Воздушно-капельный путь
- фекально-оральный
- трансмиссивный

Вопрос № 180

Барьерные меры защиты медицинского персонала при выполнении любых медицинских манипуляций:

- (+) халат
- (+) шапочка
- (+) одноразовая маска
- (+) перчатки,
- (+) сменная обувь

Вопрос № 181

Положение плода – это:

- (+) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- отношение спинки плода к стенке матки

- отношение головки к плоскостям таза
- отношение крупной части плода ко входу в малый таз

Вопрос № 182

Частота сердцебиения в норме у плода:

- 200 уд/мин
- (+) 140 уд/мин
- 100 уд/мин
- 180 уд/мин

Вопрос № 183

К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагают:

- (+) слабость родовой деятельности;
- (+) многоводие;
- (+) многоплодие;
- (+) крупный плод;
- физиологическое течение беременности.

Вопрос № 184

Принципы лечения больного туберкулезом:

- промывание желудка;
- (+) детоксикация
- (+) многокомпонентная химиотерапия
- терапия холодом
- (+) коррекция гиповитаминозов, анемии
- (+) полноценное питание
- искусственная вентиляция легких.

Вопрос № 185

К методам диагностики перенесенной беременности относятся:

- (+) определение срока беременности;
- наружное акушерское исследование;
- (+) влагалищное исследование в родах.

Вопрос № 186

Причины перенашивания беременности:

- (+) эндокринопатии, патология рецепторного аппарата матки, пороки развития плода;
- эндокринопатии, инфекции, истмико-цервикальная недостаточность, резус-конфликт;
- эндокринопатии
- возраст беременной менее 20 лет и более 35 лет.

Вопрос № 187

Медицинский работник, инфицированный ВИЧ:

- (+) Может работать в лечебном учреждении, если он не проводит манипуляций
- Не может работать в лечебном учреждении, даже если он не проводит манипуляций
- Может работать при приеме препаратов
- Не может работать на определенных этапах диагностики

Вопрос № 188

На месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов находится
родничок.
большой

Вопрос № 189

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

- (+) сгибание
- (+) разгибание
- дополнительное сгибание
- (+) внутренний поворот головки

Вопрос № 190

К осложнениям в 1 периоде родов при узком тазе, относятся:

- (+) слабость родовой деятельности;
- (+) ранее излитие вод;
- (+) выпадение пуповины;
- (+) гипоксия плода
- своевременное излитие околоплодных вод.

Вопрос № 191

Нормативный документ, утративший силу:

- (+) СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, роддомов и других лечебных стационаров»
- СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»
- СанПин 2.1.7.2790-10 Санитарно–эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами
- СанПин 2.1.3.2630-10 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

Вопрос № 192

Основными показаниями к кесареву сечению являются:

- (+) центральное предлежание плаценты
- (+) клинически узкий таз
- (+) узкий таз, сужение III-IV степени
- угрожающая гипоксия плода

Вопрос № 193

Симптомы разрыва трубы:

- (+) быстро нарастающая анемия
- (+) картина внутреннего кровотечения
- «кинжальная» боль в нижнем отделе живота
- периодические боли над лоном

Вопрос № 194

Прививочный календарь начинается с прививок:

- АКДС, полиомиелит
- АКДС
- краснуха, паротит
- (+) БЦЖ, гепатит В

Вопрос № 195

Для профилактики кровотечения в родах в момент прорезывания головки часто применяется:

- промедол;
- (+) окситоцин;
- прегнантол;

- протин;
- свежемороженая плазма.

Вопрос № 196

Осложнением второго периода родов при тазовом предлежании не является:

- (+) разрыв шейки матки;
- запрокидывание ручек
- ущемление головки.

Вопрос № 197

Для перенашивания беременности характерны:

- (+) отсутствие родовой деятельности;
- (+) ухудшение сердечной деятельности плода;
- (+) уменьшение окружности живота при целом плодном пузыре;
- (+) окрашивание околоплодных вод меконием;
- повышение артериального давления.

Вопрос № 198

Осложнения при запоздалых родах:

- (+) аномалии родовой деятельности
- (+) родовые травмы
- могут быть только у юных первородящих
- возникают в третьем периоде

Вопрос № 199

Для начала родового акта не характерно:

- сглаживание и раскрытие шейки матки;
- регулярная родовая деятельность;
- (+) излитие околоплодных вод;
- формирование и внедрение плодного пузыря в шейку;
- прижатие предлежащей части ко входу в малый таз.

Вопрос № 200

Осложнениями преждевременных родов могут быть:

- (+) аномалии родовой деятельности
- (+) аномалии отхождения вод
- (+) родовые травмы
- нарушения свертывающей системы крови

**Банк ситуационных задач с эталонами ответов для проведения третьего этапа
государственного экзамена**

Раздел 1.

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНЕ
ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Ситуационная задача 1

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке ФАП 5 мая обратилась женщина 24 лет с жалобами на задержку месячных. Последняя менструация была с 15 по 19 марта. Пациентку беспокоит тошнота и рвота по утрам. Замужем в течение 6-ти месяцев. От беременности не предохранялась.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 56 кг. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Акушерский осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичные. Матка увеличена до размеров женского кулака, размягчена, особенно в области перешейка, наклонена кпереди. Придатки не пальпируются. Выделения умеренные, светлые.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Перечислите специалистов, консультацию которых должна получить беременная.
5. Назовите предположительные признаки беременности

Эталон решения ситуационной задачи 1

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 8 недель	
2.	Обоснование диагноза: – наличие предположительных признаков беременности: тошнота, рвота по утрам; – наличие вероятных признаков беременности: задержка менструации, цианоз шейки матки и слизистой влагалища, увеличение матки до размеров женского кулака	
3.	Тактика акушерки: 1. собрать анамнез; 2. провести антропометрию; 3. измерить наружные размеры таза; 4. заполнить форму 111/у (индивидуальная карта беременной); 5. дать направления на анализы: – общий анализ крови и мочи; – определение группы крови и резус-принадлежности; – анализ крови на RW, ВИЧ, вирусный гепатит В и С; – микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, грибы рода кандиды;	
1	2	3
	б. назначить следующую явку через 10 дней	
4.	Консультации врачей:	

	<ul style="list-style-type: none"> – терапевта – не менее двух раз; – стоматолога – не менее двух раз; – отоларинголога, офтальмолога не менее одного раза; – других врачей по показаниям, с учетом сопутствующей патологии 	
5.	<p>Предположительные признаки беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> – тошнота, рвота, потеря аппетита, вкусовые прихоти; – изменение обонятельных ощущение; – утомляемость, раздражительность, сонливость; – пигментация кожи лица, белой линии живота, сосков и ореол; – появление рубцов беременности; – увеличение живота 	

Ситуационная задача 2

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке ФАПа обратилась пациентка 23 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками из влагалища, начавшиеся 1 час назад. Считает себя беременной, т.к. имеет задержку менструации на два месяца, беспокоит по утрам тошнота. Кровотечению предшествовали схваткообразные боли внизу живота. Вмешательство с целью прерывания беременности отрицает. Замужем. Беременность желанная. В анамнезе одни роды и один медицинский аборт 5 месяцев назад без осложнений. При осмотре отмечается умеренная бледность кожных покровов.

Влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, шейка матки синюшная, зев пропускает свободно 1 палец. Матка мягковатой консистенции, слегка болезненная, увеличена до 6-7 недель беременности. Придатки без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине
4. Назовите объем доврачебной помощи.
5. Назовите классификацию самопроизвольных абортов.

Эталон решения ситуационной задачи 2

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Аборт в ходу при беременности 6-7 недель</p>	
2.	<p>Обоснование диагноза: Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> – указания на задержку менструации на 2 месяца; – наличия предположительных признаков беременности: тошнота по утрам; – данных влагалищного исследования: (синюшность шейки матки, увеличение матки до 6-7 недель); – жалоб на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения со сгустками из влагалища, 	
1	2	3

	– данных влагалищного исследования – зияние цервикального канала и соответствие размеров матки предполагаемому сроку беременности	
3.	Тактика акушерки. Пациентку необходимо срочно транспортировать в сопровождении медицинского работника до ближайшей ЦРБ для оказания квалифицированной помощи (удаление плодного яйца путём выскабливания полости матки)	
4.	Объем доврачебной помощи при аборте в ходу. При большой кровопотере начать внутривенное капельное введение физиологического раствора	
5.	Классификация самопроизвольных абортов: – угрожающий аборт; – начавшийся аборт; – аборт в ходу; – неполный аборт; – полный аборт	

Ситуационная задача 3

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушеркой ФАП вызвана на прием беременная А., 24 лет. По обменной карте предполагаемый срок родов был 2 недели назад. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице.

Беременность первая, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности. Была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели. Месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 170 см, вес 82 кг. АД 120/80, 115/80 мм рт. ст., Ps 72 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ 90 см, ВСДМ 34см. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, частота 120 уд./мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Перечислите способы, помогающие уточнить срок родов.
5. Назовите принципы ведения беременности при перенашивании.

Эталон решения ситуационной задачи 3

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 42 недели. Переношенная беременность. Внутриутробная гипоксия плода	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – с рок родов был 2 недели назад, пациентка отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней;	

	– объективных данных: урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о внутриутробной гипоксии плода	
3.	Тактика акушерки: – направить беременную в родильный дом для решения вопроса о способе родоразрешения; – объяснить важность госпитализации, проконтролировать госпитализацию	
4.	Способы, помогающие уточнить срок родов: – по последней менструации (правила Негеле); – по оплодотворению; – по овуляции; – по первой явке в женскую консультацию; – по первому шевелению; – по данным УЗИ	
5.	Принципы ведения беременности при перенашивании. При сроке беременности более 40 недель рекомендована госпитализация в стационар для уточнения срока беременности, обследования плода и решения вопроса о методе родоразрешения	

Ситуационная задача 4

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке ФАП 5 мая обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту до 10 раз в день, снижение аппетита, нарушение сна, повышение температуры до 37, 5⁰ С.

Анамнез: соматические заболевания отрицает. Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта. Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9 недель, беременность протекала на фоне токсикоза I половины беременности.

Объективно: рост 160 см, вес 56 кг. АД 100/60; 90/50 мм рт. ст., Ps 96 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски.

Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища цианотичны. Влагалище нерожавшей. Бимануально: матка соответствует 7-8 неделям беременности, мягковатой консистенции, безболезненная. Выделения скудные, слизистого характера.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите объем доврачебной помощи.
4. Назовите принципы лечения данного состояния.
5. Назовите показания для прерывания беременности.

Эталон решения ситуационной задачи 4

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 7-8 недель. Рвота беременных умеренная. Осложненный акушерский анамнез	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании:	

	<ul style="list-style-type: none"> – наличия предположительных признаков беременности: тошнота, рвота, изменения аппетита; – наличия вероятных признаков беременности: задержка менструации, увеличение, размягчение матки, цианоз влагалища; – по последней менструации и по величине матки можно определить, что срок беременности 7-8 недель; – данных объективного обследования: гипотония, тахикардия, температура, потеря веса, нарушение аппетита и сна; – об осложненном акушерском анамнезе говорит самопроизвольный выкидыш, которым закончилась I беременность 	
3.	Доврачебная помощь при рвоте беременных: <ul style="list-style-type: none"> – инфузия 0,9% раствора хлорида натрия 	
4.	Принципы лечения умеренной рвоты беременных: <ul style="list-style-type: none"> – диета, сбалансированная по калорийности и содержанию белка; – контроль баланса выпитой и выделенной жидкости; – контроль массы тела, диуреза, артериального давления; – контроль клинического и биохимического анализа крови; – определение ацетона и кетоновых тел 1 раз в 2 недели; – антигистаминные препараты; – пиридоксина гидрохлорид; – противорвотные и седативные средства 	
5.	Показания для прерывания беременности: <ul style="list-style-type: none"> – отсутствие эффекта от проводимой терапии, ухудшение состояния; – отрицательная динамика лабораторных показателей (увеличение ацетона в моче, нарастание гипербилирубинемии и т.д.); – рвота более 25 раз в сутки и потеря массы тела более 8 – 10 кг; – признаки печеночно-почечной недостаточности 	

Ситуационная задача 5

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первобеременная А. 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию в сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями рвоты легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак I. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 165 см, вес 75 кг, прибавка массы тела за 10 дней составила 1000 г. АД 110/70, 115/75 мм рт. ст. Рс 72 уд./мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин., слева ниже пупка. ВДМ 32 см, ОЖ 88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы лечения данного состояния.

5. Назовите меры профилактики данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 5

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 34 недели. Отеки вызванные беременностью	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия беременности, по поводу которой женщина наблюдается; – появление отеков первой степени при нормальных цифрах АД, отсутствия белка в моче, патологической прибавки массы тела за десять дней	
3.	Тактика по отношению к женщине: – госпитализация в отделение патологии беременных; – проведение беседы с беременной о необходимости лечения в стационаре; – контроль госпитализации	
4.	Принципы лечения отеков связанных с беременностью и ухода за беременными: – нормосолевая и нормоводная диета; – позиционная терапия; – контроль и самоконтроль баланса выпитой и выделенной жидкости; – контроль массы тела, диуреза, артериального давления; – определение суточного белка в моче	
5.	Профилактика: – выделение беременных группы риска; – полноценный сон; – продукты питания с высоким содержанием белка; – ограничение стрессовых ситуаций	

Ситуационная задача 6

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В ЦРБ поступила первобеременная А., 30 лет. Беременность в сроке 36-37 недель. Жалоб не предъявляет.

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. С 30 недель беременная прибавила 6 кг массы тела. Две недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт. ст. Принимала таблетки валерианы и папазола.

Объективно: пульс 80 уд./мин., ритмичный. АД 170/100, 170/110 мм рт. ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода 136 уд./мин., ясное. Срочно определен белок в анализе мочи, выявлена протеинурия 2,32 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз обоснуйте его.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите объем доврачебной помощи при данном состоянии.
4. Назовите меры профилактики данного состояния.

5. Назовите женщин группы риска по развитию данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 6

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 36-37 недель. Тяжелая преэклампсия. Диагноз поставлен на основании наличия типичной триады симптомов: повышение АД до 170/100, 170/110 мм рт. ст., наличие протеинурии 2,32 г/л, выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Показатели АД и степень выраженности отеков говорят о степени тяжести преэклампсии</p>	
2.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – провести оценку тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из половых путей, сердцебиение плода; – в приемный покой вызывается врач анестезиолог-реаниматолог, который начинает оказывать помощь; – обеспечить венозный доступ; – пациентка госпитализируется в ОРИТ; – дальнейшее ведение тяжелой ПЭ должно обеспечиваться одновременно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом 	
3.	<p>Доврачебная помощь при преэклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода; – обеспечить венозный доступ: периферическая вена; – ввести магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно на физиологическом растворе (за 10 мин.) через инфузомат со скоростью 2 г/час (22 капли/час). – при АД выше 140/90 мм рт. ст. – гипотензивная терапия: метилдофа, нифедипин; – госпитализация в ПИТ; – при госпитализации пациентки с ПЭ линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда транспортируется пациентка 	
4.	<p>Профилактика преэклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выделить группу риска беременных по преэклампсии; – режим труда и отдыха; – нормосолевая и нормоводная диета, сбалансированная по содержанию белка; – отказ от курения, приема алкоголя; 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – беременным группы риска ПЭ рекомендовано: низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75 мг в день), за 12 недель до родов. При этом необходимо письменное информированное согласие женщины; – по показаниям – назначение препаратов Са – не менее 1 г в 	

	<p>день.</p> <p>Не рекомендовано рутинное применение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – диуретиков; – препаратов группы гепарина; – витаминов Е и С; – препаратов магния; – рыбьего жира; – ограничения соли 	
5.	<p>Группа риска по преэклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – преэклампсия в анамнезе; – перерыв после последних родов 10 лет и более; – возраст более 35 лет; – избыточный вес /ожирение; – семейный анамнез (ПЭ у матери или сестры); – ДАД 80 мм рт. ст. и выше; – протеинурия при постановке на учет по беременности; – многоплодная беременность; – экстрагенитальные заболевания: гипертоническая болезнь, заболевания почек, заболевания сосудов, сахарный диабет 	

Ситуационная задача 7

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная Х., 25 лет, доставлена в акушерское отделение районной больницы машиной скорой помощи в 18.00 в тяжелом состоянии с помрачённым сознанием.

Из рассказа сопровождавшего ее мужа удалось узнать, что настоящая беременность первая, протекала без осложнений, соматически здорова. Две недели назад, получив дородовой отпуск, беременная уехала к матери в деревню. Возвратилась домой вчера, чувствовала общее недомогание, появились отеки и головные боли. Сегодня с утра почувствовала боль «под ложечкой», была рвота, вскоре появился судорожный припадок с потерей сознания.

При поступлении в родильный дом судорожный припадок повторился. Вначале появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, глаза перекошились. Затем начались подергивания верхних конечностей. Тело беременной вытянулось, позвоночник изогнулся, челюсти плотно сжались, глаза закатились и стали видимыми белки глазных яблок. Дыхание прекратилось. Лицо побледнело, вслед за этим последовала буря судорог во всей мускулатуре тела, появился сильный цианоз, шейные вены напряглись. Судороги постепенно стали реже и, наконец, прекратились. Появился глубокий шумный вдох, на губах выступила пена. Дыхание восстановилось. Припадок длился полторы минуты. Беременная без сознания

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите возможные осложнения данного состояния.
4. Назовите принципы оказания доврачебной помощи.
5. Перечислите основные моменты профилактики данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 7

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 32 недели. Эклампсия во время беременности. Диагноз поставлен на основании характерного судорожного припадка, отеков, головной боли у беременной со сроком беременности 32 недели</p>	
2.	<p>Определение тактики по отношению к женщине:</p> <ul style="list-style-type: none"> – в приемном покое проводится оценка тяжести состояния: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из половых путей, сердцебиение плода; – в обязательном порядке в приемный покой вызывается врач анестезиолог-реаниматолог, который начинает оказывать помощь; – обеспечить венозный доступ; – пациентка госпитализируется в ОРИТ; – дальнейшее ведение эклампсии должно проводиться одновременно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом 	
3.	<p>Осложнения эклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – эклампсический статус; – кровоизлияние в мозг; – отслойка сетчатки; – отслойка плаценты; – внутриутробная смерть плода; – гибель женщины 	
4.	<p>Доврачебная помощь при эклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода; – обеспечить венозный доступ; – ввести магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно (за 10 мин.) через инфузомат со скоростью 2 г/час. (22 капли/час) на растворе NaCl 09% (или другого кристаллоида); – при АД выше 140/90 мм рт. ст. гипотензивная терапия: метилдофа, нифедипин; – при судорогах обеспечить проходимость дыхательных путей; – при судорогах или судорожной готовности диазепам 10 мг в/в однократно; – при госпитализации пациентки с ПЭ/эклампсией линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда транспортируется пациентка 	
1	2	3
5.	<p>Профилактика эклампсии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выделить группу риска по преэклампсии; – режим труда и отдыха; – нормосолевая и нормоводная диета, сбалансированная по содержанию белка; – отказ от курения, приема алкоголя. <p>Беременным группы риска ПЭ рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> – низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75 мг в день), начиная с 12 недель до родов. При этом необходимо 	

	<p>письменное информированное согласие женщины;</p> <ul style="list-style-type: none"> – по показаниям – назначение в виде препаратов Са. <p>Не рекомендовано рутинное применение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – диуретиков; – препаратов группы гепарина; – витаминов Е и С; – препаратов магния; – рыбьего жира; – ограничения соли 	
--	---	--

Ситуационная задача 8

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

23-летняя женщина встала в женскую консультацию на учет по беременности в 7 недель. В прошлом у нее был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явка в женскую консультацию на прием через 10 дней.

Приём ведет акушерка. Беременная жалоб не предъявляет. Все анализы в норме. Группа крови 1(0), резус-фактор отрицательный.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Тактика ведения беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови.
4. Принципы лечения резус-конфликта.
5. Профилактика резус-конфликта.

Эталон решения ситуационной задачи 8

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 8 9 недель. Резус отрицательная принадлежность крови. Осложнённый акушерский анамнез. Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> – резус отрицательной принадлежности крови беременной; – осложненного акушерского анамнеза (беременность вторая, в анамнезе 1 медицинский аборт) 	
1	2	3
2.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – объяснить женщине, что кровь на резус-фактор должен сдать отец ребенка; – написать направление на анализ крови отцу ребенка на определение группы крови и резус-принадлежность; – пригласить беременную на очередной прием через неделю 	
3.	<p>Тактика ведения беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови:</p> <ul style="list-style-type: none"> – при резус-положительной принадлежности крови отца ребенка исследовать кровь беременной на резус-антитела один раз в месяц; – при отсутствии резус-антител в крови матери при резус-положительной крови отца ребенка – введение 	

	иммуноглобулина человека анти-резус RHO(D) в 28 – 30 недель, а также после хорионбиопсии, амниоцентеза, кордоцентеза, биопсии плаценты	
4.	Принципы лечения: – внутриутробное переливание крови плоду; – досрочное родоразрешение	
5.	Профилактика резус-конфликта: – профилактика нежелательной беременности и прерывания беременности; – повторное введение иммуноглобулина человека анти-резус RHO(D) не позднее 72 часов после родов, медицинского аборта или самопроизвольного выкидыша	

Ситуационная задача 9

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная 23 лет, срок беременности 32 недели обратилась на ФАП с жалобами на боли в пояснице больше слева, озноб повышение температуры до 39⁰ 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. А/Д 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 решения ситуационной задачи 9

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. – Предположительный диагноз. Беременность 32 недели, острый левосторонний пиелонефрит.	
1	2	3
	Диагноз поставлен на основании: – жалоб на боли в пояснице больше слева, озноб повышение температуры до 39 ⁰ С, – результатов объективного обследования – лейкоцитурия	
2.	Тактика акушерки: – госпитализация беременной в родовое отделение ЦРБ; – контроль факта госпитализации	
3.	Принципы ведения беременных с пиелонефритом. 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;	

	<ul style="list-style-type: none"> – клинический анализ крови; – анализ мочи по Нечипоренко и по Зимницкому; – биохимический анализ крови: общий белок, мочеви́на, мочева́я кислота, креатинин; – контроль АД, диуреза; – УЗИ почек; – консультация врача-уролога 	
4.	Принципы лечения пиелонефрита беременных: <ul style="list-style-type: none"> – антибактериальная терапия местного и системного применения; – противогрибковые препараты для местного применения; – средства, нормализующие микрофлору 	
5.	Профилактика пиелонефрита у беременных: <ul style="list-style-type: none"> – диагностика бессимптомной бактериурии; – питьевой режим; – позиционная терапия; – контроль анализа мочи 	

Ситуационная задача 10

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Первобеременная в 16 недель беременности пришла на очередной прием в женскую консультацию, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд./мин., матка в нормальном тоне, безболезненная, дно ее на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов $7,0 \times 10^9/\text{л}$., СОЭ 18 мм/час гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к женщине.
3. Назовите принципы лечения данного состояния.
4. Назовите осложнения беременности при данном состоянии.
5. Назовите принципы профилактики данного состояния у беременных.

Эталон решения ситуационной задачи 10

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 16 недель. Анемия беременных I степени. Обоснование диагноза: диагноз поставлен на основании снижения уровня Hb до 102 г/л	
2.	Тактика акушерки: <ul style="list-style-type: none"> – дать направление на клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов; – дать направление на биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, билирубин); – направить на консультацию к врачу-терапевту с последующим динамическим наблюдением 	

3.	Лечение анемии беременных: – полноценное питание, включение в рацион продуктов, богатых железом, белком, витаминами (мясные продукты, фрукты, овощи, молочные продукты и т.д.); – препараты, содержащие железо; – лечение сопутствующих заболеваний	
4.	Возможные осложнения беременности: – угроза прерывания беременности; – слабость родовой деятельности; – гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде; – гипогалактия; – кровотечение в раннем послеродовом периоде; – внутриутробная гипотрофия плода; – внутриутробная гипоксия плода, асфиксия новорожденного.	
5.	Профилактика анемии беременных: – рациональное питание; – своевременное лечение экстрагенитальных заболеваний	

Ситуационная задача 11

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первобеременная 22 лет поступила в палату патологии беременности с жалобами на тошноту и рвоту более 25 раз в сутки, потерю в весе (за 2 недели до 8 кг), слабость.

При осмотре: слизистые сухие, склеры иктеричны, кожа умеренно бледная, сухая. АД 90/60 мм рт. ст. Рс 100 уд./мин., слабого наполнения.

В зеркалах: слизистые влажлища и влажлищной части шейки матки синюшные, выделения слизистые.

Бимануально: матка мягковатая, увеличена до 8 недель. Придатки без особенностей.

Кровь: Нб – 135 г/л, лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л, билирубин общий – 35,6 мкмоль/л. В анализе мочи: белок -2,1 г/л, ацетон +++++, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия – покрывают все поле зрения.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать рвоту беременных.
4. Определите свою тактику по отношению к женщине.
5. Назовите принципы лечения беременных при данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 11

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 8 недель. Чрезмерная рвота	
2.	Обоснования диагноза: Диагноз поставлен на основании: – жалоб беременной – рвота до 25 раз в сутки; – потери веса 8 кг за 2 недели; – объективных данных: сухость кожи и слизистых, иктеричность склер, гипотония, тахикардия; – лабораторных данных: билирубин общий – 35,6 мкмоль/л, в	

	анализе мочи: протеинурия, ацетонурия, цилиндрурия, клетки почечного эпителия покрывают все поле зрения	
3.	Дифференциальная диагностика: Необходимо провести дифференциальную диагностику с пищевой токсикоинфекцией, гастритом, панкреатитом, желчно-каменной болезнью, нейроинфекцией (анамнез, УЗИ абдоминальное, консультация инфекциониста, терапевта)	
4.	Тактика по отношению к беременной. Учитывая состояние беременной, лабораторные исследования в данном случае показано прерывание беременности	
5.	Принципы лечения беременных с рвотой беременных: – нормосолевая и нормоводная диета, сбалансированная по калорийности и содержанию белков; – противорвотные и седативные средства; – инфузионная терапия; – нейролептики; – пиридоксин гидрохлорид; – антигистаминные препараты	

Ситуационная задача 12

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В женскую консультацию впервые обратилась первобеременная 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту особенно на работе (по профессии пациентка маляр), повышенную сонливость, раздражительность, вкусовые прихоти. Половая жизнь вне брака, но собирается зарегистрировать брак с отцом будущего ребёнка. Из анамнеза выяснено, женщина состоит на учете у кардиолога с диагнозом: хроническая ревматическая болезнь, недостаточность митрального клапана.

Бимануально: влагалище нерожавшей, шейка матки чистая, синюшная. Тело матки в правильном положении, мягковатой консистенции, размером до 6-7 недель беременности, выделения светлые.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с ревматическими болезнями сердца.
5. Назовите осложнения беременности у больных с хроническими ревматическими заболеваниями сердца и пороками сердца.

Эталон решения ситуационной задачи 12

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 6-7 недель Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия сомнительных признаков беременности: тошнота, сонливость, раздражительность; – наличия вероятных признаков беременности: задержка	

	менструации, синюшность шейки матки, увеличения размеров матки, изменения её консистенции; – данных анамнеза – наличие ревматического процесса и порока сердца	
3.	Тактика акушерки: – назначение базового спектра обследования беременной; – консультация врача-кардиолога; – госпитализация в терапевтический стационар с целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания беременности	
4.	Принципы ведения беременных с ревматическими болезнями сердца и пороками сердца: Проводятся плановые госпитализации беременной: 1. до 10 недель беременности с целью уточнения диагноза и решения о возможности вынашивания беременности; 2. в 28-30 недель беременности с целью обследования и коррекции проводимой терапии; 3. в 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбора тактики и способа родоразрешения; 4. при ухудшении состояния, появлении признаков декомпенсации, осложнении течения беременности в любом сроке	
5.	Осложнения беременности у больных с хроническими ревматическими заболеваниями сердца и пороками сердца: – развитие признаков сердечной недостаточности; – развитие преэклампсии; – развитие внутриутробной гипоксии, асфиксии, гипотрофия плода; – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	

Ситуационная задача 13

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первобеременная 32 лет, по профессии преподаватель литературы педагогического колледжа обратилась в женскую консультацию с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных в течение 3-х месяцев. До этого месячные с 13 лет регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. При опросе выявлено, что женщина страдает гипертонической болезнью III степени в течение 5 лет, состоит на учете у терапевта. При осмотре: правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы чистые. АД 180/100 мм рт. ст. Пульс 89 уд./мин.

Осмотр в зеркалах: влагалище нерожавшей, слизистая влагалища и шейки матки цианотичны. Бимануально: матка увеличена до 8 недель беременности, мягковата, безболезненна

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с гипертонической болезнью.
5. Назовите осложнения беременности у больных с гипертонической болезнью.

Эталон решения ситуационной задачи 13

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 8 недель. Гипертоническая болезнь III степени.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – выявленных при гинекологическом исследовании сомнительных и вероятных признаков беременности; – данных анамнеза: женщина страдает гипертонической болезнью в течение 5 лет, состоит на учете у терапевта; – результатов обследования: АД 180/100 мм рт. ст.	
3.	Тактика по отношению к женщине: – базовый спектр обследования беременной; – консультация врача-кардиолога; – госпитализация в терапевтический стационар с целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания беременности	
4.	Принципы ведения беременных гипертонической болезнью: Проводятся плановые госпитализации беременной: 1. до 10 недель беременности с целью уточнения диагноза и решения о возможности вынашивания беременности; 2. в 28-30 недель беременности с целью обследования и коррекции проводимой терапии; 3. в 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбора тактики и способа родоразрешения; 4. при ухудшении состояния, появлении признаков декомпенсации, осложнении течения беременности в любом сроке	
5.	Осложнения беременности у больных с гипертонической болезнью: – развитие сердечной недостаточности; – развитие преэклампсии; – развитие внутриутробной гипоксии, асфиксии, гипотрофия плода; – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	

Ситуационная задача 14

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первобеременная, 20 лет, студентка гуманитарного университета живет в общежитии вместе с мужем студентом-сокурсником. Впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 2,5 месяцев. Кроме того, отмечает повышенную сонливость и тошноту по утрам.

В зеркалах шейка чистая с явлениями цианоза. Бимануально: матка увеличена до 8 недель беременности. Область придатков без особенностей.

Измерение наружных размеров таза: 23 – 26 – 28 – 18.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с данным состоянием.
5. Перечислите степени сужения таза.

Эталон решения ситуационной задачи 1

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 12 недель. Общеравномерносуженный таз. Сужение таза I степени	
2.	Обоснование: Диагноз поставлен на основании: – сомнительных и вероятных признаков беременности, выявленных при бимануальном исследовании и осмотре шейки матки в зеркалах; – диагноз узкого таза на основании измерения наружных размеров таза(все размеры таза уменьшены на 2 см)	
3.	Тактика акушерки: – назначить базовый спектр обследования женщины при беременности; – назначить следующую явку через 10 дней	
4.	Принципы ведения беременных с анатомически узким тазом: – госпитализация за 10-14 дней до предполагаемого срока родов для решения вопроса о способе и методе родоразрешения	
5.	Степени сужения таза: – первая степень сужения (истинная конъюгата от 11 см до 9 см); – вторая степень сужения (истинная конъюгата от 9 см до 7 см); – третья степень сужения (истинная конъюгата менее 7 см)	

Ситуационная задача 15

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке ФАП на очередной прием пришла беременная 30 лет. Срок беременности 37 – 38 недели. Первые роды 5 лет назад в тазовом предлежании. Ребенок, со слов пациентки, родился в асфиксии, но был оживлен. Настоящая беременность протекает без осложнений.

Размеры таза 26, 29,33. 21. АД 120/80, 110/75 мм рт. ст. Прибавка массы тела за 10 дней +500 г, отеков нет. Тонус матки обычный. Над входом в малый таз пальпируется широкая, мягкая часть плода, в дне матки – округлая, баллотирующая часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева выше пупка, 138 уд./мин. Окружность живота 90 см, ВДМ 32 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с тазовым предлежанием.
5. Назовите классификацию тазовых предлежаний.

Эталон решения ситуационной задачи 15

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза.	

	Предположительный диагноз. Беременность 37 – 38 недель. Тазовое предлежание плода	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании данных наружного акушерского исследования: – над входом в малый находится широкая, мягкая часть – тазовый конец; – в дне матки баллотирующая округлая часть – головка ; – сердцебиение плода выслушивается со стороны позиции выше пупка, что характерно для тазовых предлежаний	
3.	Тактика акушерки. Учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежанием, надо убедить беременную в необходимости немедленной госпитализации в родовое отделение родильного дома	
4.	Принципы ведения беременных с тазовым предлежанием. Все беременные с тазовым предлежанием должны быть госпитализированы в родовое отделение за 7 – 10 дней до предполагаемого срока родов. За это время проводят ультразвуковую диагностику и тестовое определение состояния плода и готовности матки к родам.	
5.	Классификация тазовых предлежаний: – чисто ягодичное; – смешанное ягодичное; – ножные предлежания: а) полное в) неполное	

Ситуационная задача 16

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

При очередной явке в женскую консультацию в 35 недель беременности повторнородящая (было 2 родов с крупными плодами) обнаружено, что брюшная стенка перерастянута. Окружность живота – 98 см. Высота дна матки – 28 см. В дне матки части плода не определяются, слева определяется крупная часть плода округлой формы, справа пальпируется тоже крупная часть мягковатой консистенции. Предлежащей части нет. Сердцебиение плода ритмичное, на уровне пупка. Размеры таза 25-28-32-20 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите причины возникновения поперечного положения плода.
5. Назовите осложнения беременности при поперечном положении плода.

Эталон решения ситуационной задачи 16

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 35 недель, поперечное положение плода, 1 позиция	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – в дне матки части плода не определяются, слева определяется	

	<p>крупная часть плода округлой формы, справа пальпируется тоже крупная часть мягковатой консистенции;</p> <p>– предлежащей части нет</p>	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <p>– назначить беременной корригирующую гимнастику с целью изменить положение плода на продольное;</p> <p>– при неудавшейся попытке поворота, госпитализация в родовое отделение в 37-38 недель беременности</p>	
4.	<p>Причины возникновения поперечного положения плода:</p> <p>– недостаточность брюшного пресса у многорожавших;</p> <p>– многоводие;</p> <p>– многоплодие;</p> <p>– аномалии развития и миома матки;</p> <p>– аномалии расположения плаценты;</p> <p>– узкий таз;</p> <p>– пороки развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия);</p> <p>– короткая пуповина;</p> <p>– недоношенность плода</p>	
5.	<p>Осложнения беременности при поперечном положении плода:</p> <p>– преждевременные роды;</p> <p>– родовое излитие околоплодных вод и впадение мелких частей плода и пуповины;</p> <p>– гипоксия плода</p>	

Ситуационная задача 17

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Повторнобеременная обратилась к акушерке ФАП в сроке беременности 34 недели с жалобами на болезненные ощущения внизу живота.

Из анамнеза: 1,5 года назад произведено кесарево сечение по поводу тазового предлежания крупного плода; послеоперационный период осложнился эндомиометритом.

При пальпации кожный рубец спаян с подлежащей тканью. При УЗИ контуры нижнего сегмента неровные, отмечаются втяжение в виде ниши, локальное истончение нижнего сегмента до 2 мм, точечные плотные включения.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки по отношению к женщине.
4. Назовите признаки неполноценности рубца на матке.
5. Перечислите мероприятия, которые необходимо провести при угрожающем разрыве матки при несостоятельном рубце после кесарева сечения.

Эталон решения ситуационной задачи 17

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Постановка диагноза.</p> <p>Предположительный диагноз. Беременность 34 недели, рубец на матке после кесарева сечения. Несостоятельность рубца. Осложненный акушерский анамнез</p>	

2.	<p>Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> – данных пальпации: кожный рубец спаян с подлежащей тканью; – данных анамнеза: операция кесарева сечения, которой закончились предыдущие роды осложнилась эндометритом в послеоперационном периоде; – данных УЗИ 	
3.	<p>Тактика акушерки. Срочная госпитализация для динамического наблюдения за беременной и решения вопроса о подготовке к родоразрешению</p>	
4.	<p>Рубец на матке считают неполноценным если:</p> <ul style="list-style-type: none"> – предыдущее кесарево сечение было произведено менее 2 лет назад; – в послеоперационном периоде была лихорадка; – рубец заживал вторичным натяжением; – рубец на матке был корпоральным; – плацента расположена в области рубца; – во время беременности боли в животе или кровянистые выделения задолго до родов; – болезненность рубца при его пальпации или при шевелении плода; – кожа в области рубца спаяна с подлежащими тканями передней брюшной стенки; – при пальпации или при УЗИ рубца определяют его истончение и/или симптом «ниши» 	
5.	<p>Мероприятия, которые необходимо провести при угрожающем разрыве матки. При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность (ингаляционный наркоз) и закончить роды оперативным путем</p>	

Ситуационная задача 18

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная В., 28 лет, обратилась к акушерке ФАП с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели. Беременность 3-я: I беременность закончилась нормальными родами 4 года назад. II беременность закончилась медицинским абортom в сроке беременности 9-10 недель.

Данная беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в I половине. Неделю назад после физической нагрузки появились мажущие кровянистые выделения. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания: эндометрит после медицинского аборта. Объективно: рост 165 см, вес 75 кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД 110/70, 110/75 мм рт. ст., Ps 80 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ 90 см, ВДМ 36 см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд./мин., ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.

4. Расскажите о причинах данной патологии.
5. Перечислите осложнения, которые могут возникнуть при данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 18

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 34 недели. Предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности; – акушерский анамнез отягощен перенесенным медицинским абортom, осложненным эндометритом. О предлежании плаценты, осложнившимся кровотечением, говорят; – повторяющиеся кровянистые выделения из половых путей; – бледные кожные покровы; – понижение АД; – высокое расположение предлежащей головки; – кровянистые выделения из половых путей при нормальном тоне матки	
3.	Тактика акушерки: – госпитализация беременной в родильный дом; – учитывая риск усиления кровотечения необходимо госпитализировать беременную в родильный дом в сопровождении медицинского работника; – при усилении кровянистых выделений, войти в периферическую вену, проводить инфузию физиологического раствора; – предупредить стационар о госпитализации женщины с предлежанием плаценты	
4.	Причины предлежания плаценты: – хроническое воспаление эндометрия; – рубцовые изменения после абортов, операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки); – миома матки; – аномалии развития матки; – инфантилизм; – многократные роды; – инфекционные осложнения в послеоперационном периоде	
1	2	3
5.	Осложнения предлежания плаценты: – рождение недоношенного ребенка; – внутриутробная асфиксия плода; – развитие острой анемии; – развитие геморрагического шока, ДВС-синдрома; – послеродовые инфекционные заболевания;	

	– эмболия околоплодными водами.	
--	---------------------------------	--

Ситуационная задача 19

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная Н. пришла к акушерке ФАП с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Данные анамнеза: наследственность не отягощена, из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 5 дней умеренные, регулярные, через 28 дней. Последняя менструация 5 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – медицинским абортом, третья – самопроизвольным выкидышем. На учете в женской консультации не стоит. Срок беременности, определенные по последней менструации, соответствует 20 неделям.

Объективно: при поступлении общее состояние женщины удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание пониженное. Температура тела 36,7⁰ С, пульс 80 уд./мин., АД 120/80 мм рт. ст., патологии внутренних органов не выявлено. Живот овоидной формы, величина матки соответствует 24-недельному сроку беременности. Матка при пальпации тестоватой консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена как при 24-недельной беременности, тестоватой консистенции, безболезненная. При пальпации в области яичников с обеих сторон определяются овоидные образования тугоэластической консистенции, размерами 5 x 6 см, подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, шейка не эрозирована. Выделения кровянистые в небольшом количестве. Кровь темная, жидкая, с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите методы лечения данной патологии.
5. Перечислите состояния, с которыми необходимо дифференцировать данное заболевание.

Эталон решения ситуационной задачи 19

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 20 недель. Пузырный занос. Двусторонние лютеиновые кисты яичников	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – срока беременности, определенного по последней менструации, соответствует 20 неделям; – пузырный занос выставлен на основании наличия кровянистых выделений из половых путей с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными	

	стебельками; – значительного увеличения размеров матки, превышающего таковые при данном сроке беременности (при сроке 20 недель величина матки соответствует 24-недельному сроку); – тестоватой консистенции матки; – отсутствия достоверных признаков беременности (шевеление, сердцебиения, не определяются части плода); – наличие кистозных яичников	
3.	Тактика акушерки. Требуется немедленная госпитализация женщины в род дом при ЦРБ	
4.	Лечение пузырного заноса: – симптоматическая и медикаментозная терапия (лечение постгеморрагической анемии при ее наличии); – аспирационный кюретаж под в/в инфузией окситоцина и одновременная подготовка к лапаротомии; – при кровотечении оперативное лечение; – профилактическая химиотерапия (метотрексат); – гормональная контрацепция	
5.	Дифференцировать пузырный занос следует: – с многоплодной беременностью; – с самопроизвольным абортом; – с миомой матки; – с острым многоводием; – с неправильно поставленным гестационным сроком	

Ситуационная задача 20

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На прием к акушерке ФАП пришла беременная Р. 32 лет с жалобами на резкие локальные боли в животе, мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые появились за час до приема, была однократно рвота.

В анамнезе перенесенные заболевания: корь, ангина, грипп, страдает гипертонической болезнью первой степени. Брак второй. Данная беременность пятая, первая – закончилась срочными родами без осложнений, затем три медицинских аборта, последний аборт – с повторным выскабливанием полости матки.

Настоящая беременность протекала в I половине с периодическим повышением АД. Наблюдалась у терапевта по поводу гипертонической болезни I степени, принимала гипотензивные препараты. От предложенной неделю назад госпитализации отказалась из-за тяжелой болезни ребенка.

При осмотре кожные покровы бледные, пульс 94 уд./мин., ритмичный, АД 130/90, 140/90 мм рт. ст. ОЖ 96 см, ВДМ 38 см. Матка напряжена, болезненная в области передней стенки. Части плода определяются с трудом. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту, ритмичное, глухое.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите причины возникновения данной патологии.
5. Назовите осложнения данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 20

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Беременность 38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутриутробная гипоксия плода. Гипертоническая болезнь I степени. Отягощенный акушерский анамнез</p>	
2.	<p>Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> – появления внезапных локальных болей в животе на фоне гипертонической болезни, отягощенного акушерского анамнеза; – несоответствия величины наружного кровотечения тяжести общего состояния; – напряжения матки и болезненности ее при пальпации; – затруднения определения частей плода из-за повышенного тонуса матки; – нарушения сердцебиение плода – тахикардия до 150 уд./мин. и глухость тонов 	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить состояние беременной (пульс, АД, ЧСС, температура тела); – срочно вызвать врача и бригаду скорой помощи; – до прибытия врача успокоить беременную; – обеспечить постельный режим; – подготовить периферическую вену и начать инфузионную терапию (физиологический раствор) 	
4.	<p>Причины преждевременной отслойки плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> – заболевания сердечно-сосудистой системы; – гипертензионные расстройства во время беременности; – заболевания почек; – воспалительные заболевания матки; – миома матки; – перерастяжение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде; – травма непосредственная 	
1	2	3
5.	<p>Осложнения преждевременной отслойки плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ДВС синдром; – матка «Кювелера»; – гипотония матки; – гипоксия и асфиксия новорожденного; – внутриутробная смерть плода 	

Ситуационная задача 21

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы
Основная часть

На очередной прием к акушерке ФАП пришла первобеременная 26 лет. Срок беременности 37 – 38 недель. Соматический и гинекологический анамнез не отягощен. Обследование согласно стандарту.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. АД 110/70 мм рт. ст. ОЖ 110 см. ВДМ 42 см. Положение плода продольное. Предлежит головка. В дне матки пальпируется головка второго плода. Выслушивается два независимых сердцебиения, тоны ясные, ритмичные. Отеков нет.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите особенности ведения беременных при данных состояниях.
5. Назовите осложнения беременности при данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 21

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 36 – 37 недель. Двойня	
2.	Обоснование диагноза: Диагноз поставлен на основании: – при наружном акушерском исследовании пальпируются головки двух плодов; – выслушивается два независимых сердцебиения; – размеры матки больше по сравнению с предполагаемым сроком беременности	
3.	Тактика акушерки: – оценка состояния беременной и плода; – госпитализация в родоразрешительное отделение ЦРБ с целью подготовки к родам и определения способа родоразрешения	
4.	Особенности ведения беременных при многоплодной беременности (двойне): – базовый спектр обследования беременной; – скрининговое УЗИ в 16 – 18 недель для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии плода и истмико-цервикальной недостаточности; – госпитализация за 2 недели до предполагаемого срока родов	
1	2	3
5.	Возможные осложнения беременности: – невынашивание; – анемия; – гипертензионные расстройства; – преждевременное излитие вод; – задержка развития плода; – врожденные аномалии; – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; – неправильное положение плода; – трансфузионный синдром близнецов	

Ситуационная задача 22

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке ФАП 5 мая обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту по утрам.

Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта. Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9 недель. Состоит на учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. АД 120/60; 110/50 мм рт. ст., Ps 78 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски.

Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища цианотичны. Влагалище нерожавшей. Бимануально: матка соответствует 7-8 неделям беременности, мягковатой консистенции, безболезненная. Выделения скудные, слизистого характера

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с сахарным диабетом.
5. Назовите возможные осложнения беременности и родов при сахарном диабете.

Эталон решения ситуационной задачи 22

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Беременность 7-8 недель. Сахарный диабет.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия сомнительных признаков беременности: тошнота, рвота по утрам; – наличия вероятных признаков беременности: задержка менструации, цианоз слизистой влагалища и шейки матки, увеличение матки до 7-8 недель беременности, мягковатая консистенция матки; – данных анамнеза, указывающих на наличие сахарного диабета	
1	2	3
3.	Тактика акушерки: – оценить общее состояние беременной; – направить на консультацию к врачу акушеру-гинекологу ЦРБ	
4.	Принципы ведения беременных с сахарным диабетом: – базовый спектр обследования беременной; – диета (стол №9); – медикаментозное лечение под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта; – первая госпитализация до 10-11 недель – для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности, уточнения диагноза, подбора терапии; – вторая госпитализация в сроке 21-24 недели для компенсации	

	углеводного обмена; – третья госпитализация в сроке 32-33 недели для дальнейшего мониторинга течения беременности и сахарного диабета; – четвертая госпитализация в 36-37 недель для решения вопроса о способе родоразрешения; – в любом сроке – при декомпенсации сахарного диабета и ухудшении состояния плода	
5.	Возможные осложнения беременности и родов при сахарном диабете: – угроза прерывания беременности; – гипертензивные расстройства; – многоводие; – гипоксия плода; – макросомия; – урогенитальная инфекция; – преждевременное излитие вод; – слабость родовой деятельности; – клинически узкий таз; – дистоция плечиков; – родовой травматизм матери и плода; – послеродовый эндометрит; – врожденные аномалии развития; – перинатальная смертность	

Ситуационная задача 23

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 20-21 неделя беременности.

При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 15 недель, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите принципы ведения беременных с данной патологией.
5. Назовите профилактику осложнений после хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

Эталон решения ситуационной задачи 23

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 17 недель. Угроза прерывания беременности. Привычное невынашивание. Истмико-цервикальная недостаточность Отягощенный акушерский анамнез	

2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: <ul style="list-style-type: none"> – указанного срока беременности; – наличия в анамнезе двух самопроизвольных выкидышей, что свидетельствует о привычном невынашивании беременности; – данных влагалищного исследования: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец 	
3.	Тактика акушерки. Учитывая необходимость коррекции истмико-цервикальной недостаточности необходимо госпитализировать беременную в родовое отделение родильного дома	
4.	Принципы ведения беременных с истмико-цервикальной недостаточностью: <ul style="list-style-type: none"> – у пациенток с привычным невынашиванием беременности или истмико-цервикальной недостаточностью во втором триместре необходимо проводить мониторинг состояния шейки матки с 12 недель еженедельно или 1 раз в 2 недели; – при отсутствии осложнений беременная должна быть госпитализирована за 2 недели до предполагаемого срока родов 	
5.	Профилактика осложнений после хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности. Акушерка женской консультации должна знать, что при незначительном повышении тонуса матки беременная со швами на шейке матки должна быть госпитализирована. В стационаре при значительном тонусе матки или схваткообразных болях швы с шейки матки должны быть сняты	

Ситуационная задача 24

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная с 24-недельным сроком беременности пришла на прием к акушерке ФАП. Предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота.

Состояние беременной удовлетворительное. Матка при осмотре безболезненная, при пальпации приходит в тонус. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистых выделений из половых путей нет.

При ультразвуковом исследовании выявлено: плод в головном предлежании, размеры его соответствуют 24-недельному сроку беременности. Головка плода расположена очень низко. Плацента расположена на задней стенке матки. Околоплодных вод умеренное количество. Отмечается участок сокращенного миометрия передней стенки матки.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите классификацию самопроизвольных абортов.
5. Назовите причины возникновения данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 24

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
----------	--------------------	--------------------------

1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Угрожающий самопроизвольный поздний выкидыш при сроке 24 недель беременности	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия жалоб на тянущие боли внизу живота; – реакции матки на пальпацию сокращением; – данных ультразвукового исследования: наличие участка сокращенного миометрия передней стенки матки	
3.	Тактика акушерки. Необходимо направить беременную в родоразрешительное отделение родильного дома для дополнительного обследования и лечения	
4.	Классификация самопроизвольных абортов: – угрожающий самопроизвольный аборт; – начавшийся самопроизвольный аборт; – аборт в ходу; – неполный аборт; – полный аборт	
5.	Причины невынашивания беременности: – генетические причины – хромосомные аномалии; – анатомические причины: аномалии развития матки, миома матки, истмико-цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии; – эндокринные причины: дисфункция яичников, щитовидной железы, сахарный диабет; – иммунологические причины (сенсibilизация к хорионическому гонадотропину); – инфекционные причины: ОРЗ, тонзиллит, пиелонефрит, воспалительные процессы гениталий	

Ситуационная задача 25

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка ФАП вызвана на дом к пациентке 36 лет, предъявлявшей жалобы на боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность, возникли внезапно 1 час назад, когда женщина почувствовала резкую боль слева в подвздошной области. Одновременно возникла резкая слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания. Менструальная функция без особенностей.

Последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад. Считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности. В анамнезе 2 нормальных родов, 2 медицинских аборта. В течение 10 последних лет страдает хроническим двухсторонним аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 104 уд./мин., слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки – напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.

4. Назовите объем доврачебной помощи при данной патологии.
5. Назовите дополнительные методы обследования, при помощи которых можно подтвердить предположительный диагноз.

Эталон решения ситуационной задачи 25

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Прервавшаяся левосторонняя внематочная беременность	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – Наличия жалоб на боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, которые появились внезапно и сопровождались потерей сознания; – данных анамнеза: задержка менструации на 1,5 месяца, наличие хронического двухстороннего аднексита в анамнезе; – данных объективного исследования: напряжение мышц передней брюшной стенки; положительный симптом Щеткина-Блюмберга; пониженное АД , частый слабый пульс; притупление перкуторного звука, что говорит о наличие свободной жидкости (предположительно кровь) в брюшной полости	
3.	Тактика акушерки. Учитывая тяжесть состояния пациентки и угрозу жизни, необходимо срочно транспортировать на носилках в ближайшую больницу для оказания квалифицированной хирургической помощи	
4.	Доврачебная помощь: - опустить головной конец для увеличения притока крови к головному мозгу; - положить пузырь со льдом на гипогастральную область; - контролировать пульс, давление, дыхание, сознание; - начать инфузионную терапию (в/в введение физиологического раствора).	
5.	Дополнительные методы обследования: – УЗИ (отсутствие трофобласта в матке); – положительная реакция на ХГЧ; – диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища.	

Ситуационная задача 26

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная, 25 лет, пришла к акушерке женской консультации на очередную явку 3 октября.

Предъявляет жалобы на периодические ноющие боли внизу живота. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, установились через 8 месяцев, через 30 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные.

Последние месячные 6-10 января. Беременность третья. Первая беременность закончилась срочными родами пять лет назад. Масса плода 3 кг 800 г. Вторая беременность 3

года назад – мини-аборт без осложнений. Данная беременность протекала без осложнений. 1 шевеление плода – 18 мая.

Объективно: женщина правильного телосложения. АД 120/80 мм рт. ст. на обеих руках. Ps 76 уд./мин. Размеры таза 26-29-31-20 см, ИС – 15 см. Живот овоидной формы. ОЖ - 102 см, ВДМ 39 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Схватки через 15 мин. по 10-15 сек. Сердцебиение плода 136 уд./мин., тоны ясные, ритмичные, ниже пупка слева.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Перечислите предвестники родов.
5. Назовите нормальную продолжительность прелиминарного периода.

Эталон решения ситуационной задачи 26

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 38-39 недель. Предвестники родов. Крупный плод	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – срока беременности (38-39 недель), который можно определить по последним месячным и 1 шевелению плода; – ОЖ и ВДМ больше, чем должны быть при данном сроке, что позволяет предположить крупный плод (по формуле Жордания 4000 г.). В пользу этого говорит анамнез: в прошлых родах был относительно крупный плод, а масса новорожденных при последующих родах обычно увеличивается; – ноющих болей, которые можно расценить как предвестники родов (в норме могут появиться за 2-3 недели до родов)	
3.	Тактика акушерки: – провести обследование по общепринятой схеме: осмотр, взвешивание, измерение АД; – учитывая срок беременности, схватки-предвестники, наличие крупного плода, беременную необходимо госпитализировать в родильный дом для решения вопроса о выборе и способе родоразрешения; – разъяснить беременной, что ноющие боли не являются признаком осложнения беременности, а свидетельствует о скором начале родов	
4.	Предвестники родов: – отсутствие прибавки массы тела беременной; – опущение дна матки и связанное с этим облегчение дыхания; – повышение возбудимости матки (схватки-предвестники);	
1	2	3
	– отхождение слизистой пробки из канала шейки матки; – шейка матки становится «зрелой»; – отсутствие открытия шейки матки при наличии нерегулярных схваток	

5.	Продолжительность прелиминарного периода. В среднем 6 – 8 часов (до 12 часов)	
-----------	---	--

Ситуационная задача 27

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Женщина 30 лет обратилась в женскую консультацию в сроке беременности 7 недель. Беременность желанная.

Из анамнеза выяснено, в детстве жила в Заполярье, ходить начала около двух лет, росла болезненным ребенком, перенесла рахит. Роды предстоят вторые. Первые роды, со слов женщины, были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой. Вес его при рождении был 3200 г. Рост женщины 152 см. Небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза 27-26-30-17 см. Диагональная конъюгата 10 см. Индекс Соловьева 16.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Составьте план ведения данной беременной.
5. Назовите классификацию узких тазов по степени сужения.

Эталон решения ситуационной задачи 27

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 7 недель. Плоскоррахитический таз. Сужение таза II степени	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – жила в Заполярье, перенесла в детстве Рахит, рождение в прошлом с травмированного ребенка; – данных осмотра: искривление нижних конечностей, уплощенный ромб Михаэлиса; – данных измерения таза, размеры которого равны 27-26-30-17 см; – размера диагональной конъюгаты (10 см).	
3.	Тактика акушерки: – назначить базовый спектр обследования; – измерить размеры таза; – назначить консультацию врачей окулиста, стоматолога, ЛОР-врача, терапевта	
4.	План ведения беременной: – наблюдение акушера-гинеколога по общепринятой схеме; – госпитализация за 2 недели для предполагаемого срока родов для детального обследования и выработки плана ведения родов	
1	2	3
5.	Классификация узких тазов по степени сужения: – первая степень сужения – истинная конъюгата от 11 см до 9 см – вторая степень сужения – истинная конъюгата от 9 см до 7 см – третья степень сужения – истинная конъюгата менее 7 см	

Ситуационная задача 28

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На приеме пациентка 25 лет со сроком беременности 36 недель. Течение беременности осложнено длительной угрозой прерывания.

При ультразвуковом исследовании выявлено: размеры головки и бедра плода соответствуют 36 неделям гестации, размеры живота плода – 32-34 неделям. Плацента расположена на задней стенке матки, с множественными петрификатами толщиной до 2,5 см. Выявлено снижение количества околоплодных вод. Сердцебиение 140 уд./мин., приглушено.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите причины возникновения данной патологии.
5. Назовите особенности ведения беременных с данной патологией.

Эталон решения ситуационной задачи 28

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 36 недель. Внутриутробная гипоксия плода. Фето-плацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП), асимметричная форма	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза: течение беременности осложнено длительной угрозой прерывания; – данных ультразвукового обследования: несоответствие размеров плода сроку гестации, петрификаты в плаценте, снижение количества околоплодных вод; – на ассиметричную форму указывает нормальная для гестационного срока длина плода	
3.	Тактика акушерки. Госпитализация для проведения: – инвазивной пренатальной диагностики; – медикаментозного лечения, направленного на лечение синдрома задержки роста плода и плацентарных нарушений	
4.	Причины возникновения ВЗРП: – генетическая и врожденная патология; – инфекции; – социально-бытовые факторы (недостаточное питание беременной, курение, наркомания, алкоголизм, вредные производственные факторы);	
1	2	3
	– экстрагенитальные заболевания матери; – осложнение беременности; – юные первородящие (15-17 лет); – психоэмоциональное напряжение, тяжелый физический труд	

5.	Особенности ведения беременных с внутриутробной задержкой развития плода: <ul style="list-style-type: none"> – УЗИ контроль динамики развития плода; – В III триместре УЗИ + доплерометрия, КТГ плода с 33 недель в динамике; – консультация врача-генетика по показаниям; – госпитализация для проведения инвазивной пренатальной диагностики, при ухудшении состояния беременной или плода, присоединении преэклампсии; – адекватное родоразрешение 	
-----------	---	--

Ситуационная задача 29

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В женскую консультацию обратилась повторно беременная при сроке беременности 8 недель. В анамнезе 3 самопроизвольных абортов в сроке 9-10 недель. Жалоб не предъявляет.

При бимануальном исследовании выявлено: размеры матки соответствуют сроку беременности, матка мягковата, безболезненная, не возбудима при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите особенности ведения беременной с привычным невынашиванием.
5. Дайте определение «невынашивание беременности», назовите классификацию в зависимости от срока беременности

Эталон решения ситуационной задачи 29

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 7 недель Привычное невынашивание беременности	
2.	Обоснование диагноза: Диагноз поставлен на основании: <ul style="list-style-type: none"> – данных анамнеза: 3 предыдущих беременности закончились самопроизвольными выкидышами; – данные бимануального исследования в настоящее время указывают, что угрозы прерывания беременности нет 	
3.	Тактика акушерки. Учитывая привычное невынашивание беременности в сроке 9–10 недель и настоящий срок беременности 8 недель, рекомендована госпитализация с целью профилактики прерывания беременности	
1	2	3
4.	Ведение беременных с привычным невынашиванием беременности: <ul style="list-style-type: none"> – в I и II триместре УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности; – в III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и КТГ еженедельно с 33 недель; – госпитализация в критические сроки и по показаниям, при 	

	необходимости провести инвазивную пренатальную диагностику	
5.	<p>Определение термина «Невынашивание». Невынашивание – это самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки до 37 недель беременности. Привычным невынашиванием называют самопроизвольное прерывание беременности подряд 2 раза и более. Классификация:</p> <ul style="list-style-type: none"> – самопроизвольный выкидыш – это прерывание беременности до 22 недель; – прерывание беременности до 16 недель – это ранние самопроизвольные выкидыши, с 16 до 22 недель – поздние самопроизвольные выкидыши; – преждевременными родами по рекомендации ВОЗ принято считать самопроизвольное прерывание беременности в сроке от 22 до 37 недель при массе плода от 500 г 	

Ситуационная задача 30

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке ФАП пришла на очередной прием беременная в сроке 10 недель. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кожные покровы чистые. АД 110/70 мм рт. ст.

В сданном накануне анализе – реакции крови на RW положительная качественная проба.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите тактику акушерки.
4. Перечислите принципы ведения беременных с сифилисом.
5. Назовите особенности ведения родов у рожениц с сифилисом.

Эталон решения ситуационной задачи 30

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Диагноз. Беременность 10 недель. Сифилис.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании положительной качественной пробы крови наRW	
3.	Тактика акушерки: направление на консультацию к врачу-дерматовенерологу	
1	2	3
4.	Принципы ведения беременных с сифилисом: <ul style="list-style-type: none"> – наблюдение врача дерматовенеролога в течение всей беременности и послеродового периода; – первичное специфическое и профилактическое лечение по назначению врача дерматовенеролога; – профилактика врожденного сифилиса с 16 недель; – консультация врачей-специалистов; – наблюдение врача-невролога; 	

	<ul style="list-style-type: none"> – наблюдение врача-терапевта; – наблюдение врача-офтальмолога; – наблюдение врача оториноларинголога 	
5.	<p>Особенности ведения родов у рожениц с сифилисом:</p> <ul style="list-style-type: none"> – родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации; – забор крови новорожденного на серологический статус проводится в родильном зале; – профилактическое лечение новорожденного (положительные серологические реакции у матери после лечения); – лечение врожденного сифилиса (если мать не получала специфического лечения) 	

Ситуационная задача 31

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На приём к акушерке ФАП обратилась беременная женщина, срок 13 недель, узнавшая, что у мужа обнаружен вторичный свежий сифилис.

Объективно: состояние удовлетворительное. Видимые слизистые чистые. На коже живота, боковой поверхности грудной клетки обильная пятнисто-папулёзная сыпь. Зуд не беспокоит. АД 115/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения 68 уд./мин. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание везикулярное. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения беременной.
4. Назовите пути заражения и проявления врождённого сифилиса у детей
5. Дайте рекомендации по профилактике врождённого сифилиса у детей

Эталон решения ситуационной задачи 31

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Беременность 13 недель. Вторичный сифилис</p>	
2.	<p>Обоснование: При обосновании учтено:</p> <ul style="list-style-type: none"> – женщина состоит на учете по поводу беременности, срок 13 недель; – эпидемиологический анамнез: у мужа выявлен вторичный свежий сифилис; 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – объективные данные: обильная пятнисто-папулёзная сыпь на коже живота и боковой поверхности грудной клетки, зуд не беспокоит 	
3.	<p>Тактика ведения беременной:</p> <ul style="list-style-type: none"> – консультация дерматовенеролога с отметкой в амбулаторной карте о дате направления беременной; – при подтверждении диагноза проводится специфическое лечение антибиотиками пенициллинового ряда, которое 	

	<p>назначает дерматовенеролог;</p> <ul style="list-style-type: none"> – обязательно проводится два курса: первый курс, основной, проводится в стационаре, сразу после постановки диагноза. Второй курс – профилактический – проводится в стационаре или амбулаторно; – вопрос о сохранении беременности решается совместно с врачом дерматовенерологом, с учётом желания беременной 	
4.	<p>Пути заражения и проявления врождённого сифилиса у детей.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Заражение может произойти внутриутробно, через поражённую сифилисом плаценту. Здоровая плацента непроницаема для бледных трепонем. – Может произойти выкидыш или рождение мёртвого ребёнка. – В первые недели или месяцы может развиваться ранний сифилис с поражением кожи, слизистых, внутренних органов, гидроцефалией. – Поздний врождённый сифилис проявляется через несколько лет после рождения (10-15 лет) с преимущественным поражением ЦНС 	
5.	<p>Рекомендации по профилактике врождённого сифилиса у детей.</p> <ul style="list-style-type: none"> – двукратное серологическое обследование на сифилис беременных женщин, с целью раннего выявления и лечения, – специфическое лечение ребенка препаратами пенициллинового ряда, начинают в родильном доме и продолжают в отделении для новорождённых, – изоляция ребёнка не требуется, так как уже через сутки после начала лечения он не заразен для окружающих 	

Ситуационная задача 32

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке ФАП обратилась беременная женщина 23 лет (срок беременности 16 недель) с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита. Периодически беспокоит тошнота, тяжесть в правом подреберье, боли в крупных суставах, преимущественно по ночам и в утренние часы.

Из анамнеза: считает себя больной 2-3 недели. В течение последних четырёх дней самочувствие пациентки ухудшилось, усилилась слабость, почти полностью исчез аппетит. Окружающие заметили желтушность склер.

Из анамнеза удалось выяснить, что переливание крови, хирургические операции, диагностические манипуляции последние шесть месяцев не проводились. Муж принимает наркотики внутривенно.

При осмотре: отмечается лёгкая желтушность склер и кожи. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 62 уд./мин. Дыхание везикулярное. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, эластичная, незначительно болезненная при пальпации. Стул при осмотре не было. Моча тёмная, пенная.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите механизм и пути передачи данного заболевания, путь заражения женщины.
4. Перечислите исходы заболевания для детей, в зависимости от срока инфицирования беременной.
5. Дайте рекомендации по профилактике заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 32

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Вирусный гепатит, вероятно В. Беременность 16 недель	
2.	Обоснование: При обосновании учтены данные эпидемиологического анамнеза – женщина относится к группе риска по половому пути передачи инфекции, т.к. муж принимает наркотики внутривенно. Выделены: – особенности преджелтушного периода: длительность в пределах от двух до пяти недель; – особенности желтушного периода: появление желтушного окрашивания кожи и склер на фоне ухудшения состояния; – отмечены ведущие синдромы этого периода: астеновегетативный (нарастающая слабость, снижение аппетита), артралгический (летучие боли в крупных суставах преимущественно в ночные и утренние часы), диспептический (тошнота, тяжесть в правом подреберье); – объективные данные: иктеричность кожи и склер, гепатомегалия, холурия, ахолия	
3.	Механизм и пути передачи заболевания: Механизм передач гепатита В – гемоконтактный. Пути передачи: – естественные: половой, перинатальный, контактно-бытовой при использовании в быту режущих предметов. – искусственные: инъекционный, трансфузионный, трансплантационный. Заражение женщины, по-видимому, произошло половым путём	
4.	Возможные исходы заболевания для детей: Имеет значение срок беременности, при котором женщина болеет гепатитом. – если заболевание развивается в ранние сроки, то только 10% детей инфицируются; – если заболевание развивается в III триместре беременности – число таких детей увеличивается до 80%;	
1	2	3
	– ребенок может заразиться в процессе родового акта, если мать больна гепатитом В или С, а у ребенка есть трещины на коже или слизистых оболочках	
5.	Рекомендации по профилактике заболевания. Специфическая профилактика: – плановая вакцинопрофилактика гепатита В; – новорожденным от HBsAg-положительных матерей одновременно с вакциной вводится специфический иммуноглобулин, в первые часы после рождения; – экстренная профилактика специфическим иммуноглобулином для лиц, подвергшихся риску заражения гепатитом В.	

	<p>Неспецифическая профилактика:</p> <ul style="list-style-type: none"> – профилактика парентерального пути передачи: все инъекции проводить одноразовыми шприцами, соблюдать противоэпидемический режим в стационаре согласно Приказу МЗ №408-89 г.; – профилактика гемотрансфузионного пути передачи: обследование доноров на гемоконтактные гепатиты; – соблюдение медицинскими работниками мероприятий по предупреждению профессионального заражения медицинских работников; – профилактика полового пути передачи: защищённый секс при наличии у одного из партнеров хронического гепатита В или С; – профилактика контактно-бытового пути передачи: индивидуальные колюще-режущие средства личной гигиены 	
--	--	--

Ситуационная задача 33

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке обратилась беременная женщина 21 года, срок беременности 12 недель, с жалобами на длительный, более одного месяца кашель, субфебрильную лихорадку, которая сохраняется в течение того же времени.

Из анамнеза. Замужем. Муж вводит наркотики внутривенно.

Объективно: Температура 37,8⁰ С. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Умеренная одышка. Увеличены периферические лимфатические узлы: шейные подчелюстные, подмышечные. Подвижные, безболезненные. Печень по краю реберной дуги. По другим органам без особенностей. Физиологические отправления в норме.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите основные методы лабораторной диагностики данного заболевания.
4. Определите тактику ведения беременной
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 33

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза. Предположительный диагноз. ВИЧ-инфекция. Беременность 12 недель.</p>	
2.	<p>Обоснование диагноза. При обосновании учтено:</p> <ul style="list-style-type: none"> – женщина состоит на учете по беременности, срок 12 недель; – данные эпидемиологического анамнеза – относится к группе риска по половому пути передачи инфекции (муж вводит наркотики внутривенно). <p>При обосновании правильно выделены основные симптомы, позволяющие предположить ВИЧ-инфекцию:</p> <ul style="list-style-type: none"> – субфебрилитет более месяца; – длительный, более месяца кашель; 	

	– генерализованная лимфаденопатия (поражение лимфатических узлов расположенных выше пояса)	
3.	План лабораторной диагностики: – серологическое обследование, которое проводят в два этапа. 1 этап – ИФА (иммуноферментный анализ). 2 этап – ИБ (иммунноблотинг); – ПЦР – полимеразная цепная реакция (позволит определить не только наличие ВИЧ, но и «вирусную нагрузку»); – иммунологический метод	
4.	Тактика ведения беременной: – Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция наблюдаются совместно врачом-инфекционистом и врачом акушером-гинекологом. – У женщин, получавших противовирусную терапию риск инфицирования плода при кесаревом сечении и естественных родах примерно одинаков. – У ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших терапии во время беременности, кесарево сечение снижает риск инфицирования плода. – Для предотвращения постнатального инфицирования грудное вскармливание при ВИЧ-инфекции противопоказано. – Беременных женщин обследуют на ВИЧ-инфекцию трижды за беременность: при постановке на учет, при сроке 24- 28 недели и перед родами	
5.	Принципы лечения ВИЧ-инфицированных пациентов: – Общими принципами терапии ВИЧ-инфекции являются предупреждение прогрессирования болезни, диагностика и лечение оппортунистических вторичных болезней. В комплексную терапию включается полноценная диета, витамины, психоэмоциональная поддержка больных. Основные направления терапии: – антиретровирусная терапия; – лечение оппортунистических инфекций; – иммуномодулирующая терапия	

Ситуационная задача 34

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На приём к фельдшеру ФАПа обратилась беременная пациентка 30 лет (срок гестации 9-10 недель) с жалобами на кашель, который сохраняется более месяца, молочницу, которую не может вылечить уже около 1,5 месяцев. Отмечает в вечернее время субфебрилитет более месяца.

Эпидемиологический анамнез: не замужем, постоянного партнёра нет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,3⁰ С. Пониженного питания. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные лимфатические узлы до 1-1,5 см., подвижные безболезненные. По органам без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки при выявлении пациентки с подозрением на данную патологию.

4. Перечислите пути передачи данной инфекции ребёнку во время беременности.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 34

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. ВИЧ-инфекция. Беременность 8-9 недель	
2.	Обоснование. При обосновании учтены данные эпидемиологического анамнеза – женщина относится к группе риска по половому пути передачи (случайные половые связи). Правильно выделены основные симптомы, позволяющие предположить ВИЧ-инфекцию: – субфебрилитет более месяца; – длительный, более месяца кашель; – длительное грибковое заболевание (кандидоз) устойчивое к терапии; – генерализованная лимфаденопатия (поражение лимфатических узлов расположенных выше пояса)	
3.	Тактика акушерки при выявлении пациентки с подозрением на ВИЧ-инфекцию. в условиях сельских ФАП – при выявлении клинических и эпидемиологических данных, позволяющих заподозрить ВИЧ-инфекцию, ставится в известность начмед или главный врач ЦРБ; – пациентка направляется на консультацию к врачу-инфекционисту в ЦРБ (в направлении не указывается предварительный диагноз); – акушерка несет ответственность за явку больной в КИЗ	
1	2	3
4.	Пути передачи ВИЧ-инфекции ребёнку от матери. Инфицирование ребёнка ВИЧ-инфекцией возможно во время беременности трансплацентарно, во время родов и при грудном вскармливании, назначение беременным специфических антиретровирусных препаратов позволят значительно снизить риск внутриутробного инфицирования	
5.	Рекомендации по профилактике ВИЧ-инфекции: – профилактика парентерального пути передачи: все инъекции проводить одноразовыми шприцами, соблюдать противоэпидемический режим в стационаре согласно Приказу МЗ №408-89 г.; – профилактика профессионального инфицирования проводить согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»; – обследование доноров на гемоконтактные инфекции; – профилактика вертикального пути передачи: двукратное обследование на ВИЧ-инфекцию беременных, проведение антиретровирусной терапии беременным, новорождённым; – профилактика полового пути передачи: пропагандировать	

	здоровый стиль жизни	
--	----------------------	--

Ситуационная задача 35

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На приём к акушерке ФАП обратилась беременная женщина 32 лет (срок гестации 10 недель), которая обнаружила присосавшегося клеща.

При осмотре: температура 36,5⁰ С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые без изменений. На коже внутренней поверхности плеча, ближе к подмышечной впадине слева виден присосавшийся клещ размером до 7 мм, тело сглажено, головка не различима. По органам без особенностей. Пульс 78 уд./мин. АД 110/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите мероприятия необходимые при укусе клеща.
4. Определите тактику по отношению к пациентке.
5. Дайте рекомендации по специфической профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 35

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Укус клеща. Беременность 10 недель	
2.	Обоснование диагноза. При обосновании учтено – наличие присосавшегося клеща; – отсутствие клинических симптомов, удовлетворительное состояние пациентки	
1	2	3
3.	Мероприятия, проводимые при укусе клеща: – клеща необходимо удалить. Для удаления клеща есть специальные приспособления – крючок для удаления клещей Tick Twister; – клеща удобно удалять изогнутым пинцетом. При этом клеща нужно захватить как можно ближе к хоботку, затем его аккуратно подтягивают, при этом вращая вокруг своей оси в удобную сторону; – клеща можно удалить при помощи нитки. Для этого прочную нить завязывают в узел как можно ближе к хоботку клеща, затем скручивают её в одном направлении, при этом немного подтягивая вверх; – удаление клеща необходимо производить с осторожностью, не сдавливая его тело, поскольку при этом возможно выдавливание содержимого клеща вместе с возбудителем болезни в ранку; – если при извлечении клеща оторвалась его головка, её удаляют как обычную занозу; – клеща не нужно мазать маслом или еще чем-либо, т.к. это не ускорит процесс и такого клеща могут не принять на анализ;	

	– после удаления клеща кожу в месте его присасывания обрабатывают настойкой йода или спиртом	
4.	<p>Тактика по отношению к пациентке.</p> <p>– После удаления клеща пациентку необходимо направить в ЦРБ района к инфекционисту или в травматологический пункт (жителей города в травматологический пункт по месту жительства), где ей проведут экстренную профилактику противоклещевым иммуноглобулином или йодантипирином. Диспансерное наблюдение 21 день с ежедневной термометрией.</p> <p>По желанию пациентки за счёт собственных средств снятого клеща можно сдать на исследование в вирусологическую лабораторию или отправить пациентку на исследование сыворотки методом ПЦР.</p> <p>– При появлении симптомов заболевания (повышение температуры, недомогание) экстренная госпитализация в инфекционное или неврологическое отделение</p>	
5.	<p>Рекомендации по специфической профилактике.</p> <p>Активная профилактика – вакцинация населения, полный курс должен быть закончен не позднее, чем за 14 дней до выезда в эндемический очаг.</p> <p>Пассивная профилактика – введение противоклещевого иммуноглобулина после укуса клеща не позднее четвёртого дня с момента укуса</p>	

Ситуационная задача 36

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка 19 лет со сроком беременности 22 недели осмотрена акушеркой. Жалобы на повышение температуры до 38,6⁰ С, головную боль, особенно в лобно-височной области, головокружение, незначительную светобоязнь. Отмечается грубый, болезненный кашель, саднение, «царапанье» за грудиной, затруднённое носовое дыхание, отделяемого из носа нет.

Пациентка – студентка колледжа. В группе посещают занятия несколько студентов с проявлениями ОРВИ.

Заболела остро. Температура резко повысилась до 38,6⁰ С, появились описанные выше симптомы. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура 38,9⁰ С. Голос с носовым оттенком. Лицо одутловатое, яркий румянец, сухость губ. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы 0,5-0,7 см, в зеве яркая разлитая гиперемия, на мягком нёбе точечные кровоизлияния. В лёгких жёсткое дыхание. Живот увеличен за счёт беременной матки. По органам без выраженных изменений. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите основные методы лабораторной диагностики данного заболевания.
4. Определите тактику ведения беременной.
5. Дайте рекомендации по профилактике заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 36

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: ОРВИ: ринофаринготрахит (возможно грипп). Беременность 22 недели.	
2.	Обоснование: При обосновании учтено: – данные эпидемиологического анамнеза – контакт с больными ОРВИ. Выделены синдромы: – интоксикации: фебрильная лихорадка, головная боль, особенно в лобно-височной области, головокружение, светобоязнь; – катаральный синдром: затруднённое носовое дыхание, саднение за грудиной, грубый болезненный кашель, гиперемия в зеве	
3.	Основные методы лабораторной диагностики: 1. ОАК – лейкопения; 2. вирусологический метод – смыв из н/гл. на респираторные вирусы; 3. серологический метод – используют парные сыворотки	
4.	Тактика ведения беременной: – экстренная госпитализация по клиническим показаниям (пиретическая лихорадка, выраженные симптомы интоксикации); – подача экстренного извещения – ф. № 58	
5.	Рекомендации по профилактике заболевания. Выделяют 3 вида профилактики гриппа. – специфическая – вакцинопрофилактика (самая эффективная); – химиопрофилактика – использование противовирусных препаратов (Арбидол, «Гриппферон»); – неспецифическая – сократить время пребывания в местах массовых скоплений людей, применение маски в местах скопления людей., тщательно мыть руки с мылом, проветривание помещений и др.	

Ситуационная задача 37

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная 25 лет, срок гестации 10 недель, обратилась к акушерке за помощью на седьмой день болезни. Жалобы: слабость, плохой аппетит, тупые боли в правом подреберье, тёмный цвет мочи. Пациентка отмечает, что в течение последних дней температура держалась на субфебрильных цифрах (37,8 – 38,1⁰С).

Эпидемиологический анамнез: Живет в хороших бытовых условиях. Три недели назад, была госпитализирована сестра с диагнозом «Вирусный гепатит».

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Температура 36,7⁰С. Умеренно выражена желтушность склер, слизистой оболочки ротовой полости, кожи. С появлением желтухи, самочувствие улучшилось. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный. Пульс 56 уд./ мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Прощупывается печень на 2,0 см ниже края реберной дуги по срединно-ключичной линии, слегка болезненная, плотно-эластичной консистенции, гладкая. Селезенка не пальпируется. Моча тёмная, пенная. Стул обесцвечен.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к пациентке.

4. Составьте план лабораторного обследования.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 37

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Вирусный гепатит, вероятно А. Беременность 10 недель</p>	
2.	<p>Обоснование диагноза. При обосновании:</p> <ul style="list-style-type: none"> – учтены данные эпидемиологического анамнеза – контакт с пациентом, который был госпитализирован с диагнозом «Вирусный гепатит»; – выделены особенности преджелтушного периода, характерные для гепатита А: короткий преджелтушный период (длительность в пределах 5-7 дней). <p>Перечислены характерные синдромы этого периода:</p> <ul style="list-style-type: none"> – астеновегетативный (слабость, снижение аппетита); – гриппоподобный (повышение температуры); – диспептический (тупые боли в правом подреберье) <p>Отмечены особенности желтушного периода, характерные для гепатита А:</p> <ul style="list-style-type: none"> – с появлением желтухи самочувствие улучшилось 	
3.	<p>Тактика ведения беременной:</p> <ul style="list-style-type: none"> – необходима госпитализация в инфекционный стационар по эпидемиологическим и клиническим показаниям; – подача экстренного извещения – ф. № 58; 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – главный принцип ведения беременности в острой стадии вирусного гепатита любой этиологии состоит в сохранении ее, т.к. прерывание беременности резко ухудшает течение заболевания; – роды предпочтительно проводить через естественные родовые пути; кесарево сечение возможно только по строгим акушерским показаниям; – такие женщины должны родоразрешаться в наблюдательных отделениях родильных домов с использованием одноразовых шприцев и белья 	
4.	<p>План лабораторной диагностики вирусных гепатитов:</p> <p>Неспецифическая диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ОАК – лейкопения, снижение СОЭ; – ОАМ – определение билирубина; – биохимический анализ крови – определение уровня билирубина, активность АлАТ и АсАТ. <p>Специфическая диагностика</p> <ul style="list-style-type: none"> – серологическое исследование – кровь на маркеры гепатитов; – ПЦР 	
5.	<p>Рекомендации по профилактике вирусного гепатита А в очаге заболевания:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> – госпитализация больного по эпидемиологическим показаниям; – наблюдение за контактными 35 дней; – лабораторное обследование контактных (б/х анализ крови); – текущая и заключительная дезинфекция в очаге заболевания; – гигиеническое воспитание населения; – специфическая профилактика – вакцинация 	
--	--

Ситуационная задача 38

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная пациентка 22 года (срок гестации 8 недель) обратился к акушерке ФАП с жалобами на тошноту, рвоту до 5 раз, жидкий стул до 7 раз.

Эпидемиологический анамнез: Заболевание связывает с употреблением жареных яиц.

Заболела остро. Вечером температура повысилась до 38,6⁰ С, аппетит отсутствовал, беспокоила головная боль, сухость во рту. Через три часа появились тошнота, рвота, боли в эпигастрии, которые затем распространились в правую подвздошную область. Одновременно с болями появился кашицеобразный, затем жидкий стул, обильный, зловонный, зеленоватого цвета.

Объективно: температура 38,1⁰ С. Кожа чистая. Губы сухие. Язык сухой, обложен светлым налётом. Тоны сердца отчётливые, ритмичные. АД 115/75 мм рт. ст. Пульс 85 уд./мин. Живот вздут, при пальпации болезненный, урчание по всему животу. Печень и селезёнка не увеличена. Стул обильный, водянистый, зловонный. Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите принципы лечения.
4. Определите тактику ведения беременной.
5. Дайте рекомендации по профилактике ОКИ в очаге заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 38

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: ОКИ: гастроэнтерит, средней тяжести (возможно сальмонеллёз). Беременность 8 недель	
2.	Обоснование диагноза. При обосновании учтено: – данные эпидемиологического анамнеза – накануне употребляла яйца с недостаточной термической обработкой. Выделены синдромы: – острой интоксикации: острое начало заболевания, фебрильная лихорадка, отсутствие аппетита, головная боль; – гастрорэнтерита: многократная рвота, урчание и болезненность при пальпации живота, многократный, водянистый, зловонный стул зеленоватого цвета («болотная тина»); – дегидратации: губы сухие, язык сухой, обложен налётом	
3.	Принципы лечения: – режим постельный – полупостельный, – диета механически и химически щадящая, – регидратационная терапия (для пероральной регидратации применяют «Регидрон»),	

	<ul style="list-style-type: none"> – дезинтоксикационная терапия (витаминизированные растворы чередуют с солевыми растворами), – энтеросорбенты («Смекта», «Полисорб», «Полифепан», активированный уголь и др.), – антибактериальная терапия (проводится только при тяжёлых формах заболевания, материал для бактериологического исследования берут до начала антибактериальной терапии) 	
4.	<p>Тактика ведения беременной.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Если у беременной не развилось выраженное обезвоживание, лечение можно проводить на дому, т.к. ОКИ бактериальной этиологии не оказывают значительного влияния на плод. – При тяжёлом течении и развитии обезвоживания беременную госпитализируют в инфекционную больницу. – Если ОКИ совпала с началом родовой деятельности, то беременную помещают в наблюдательное отделение родильного дома. Родовспоможение естественным путём 	
5.	<p>Рекомендации по профилактике ОКИ в очаге заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – госпитализация или изоляция на дому, – подача экстренного извещения (форма № 58), – проведение текущей и заключительной дезинфекции, – выделение отдельной посуды и индивидуальных средств ухода, с последующей их дезинфекцией, – наблюдение за контактными 7 дней, – лабораторное обследование контактных, – соблюдение правил личной гигиены 	

Ситуационная задача 39

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная пациентка 32 лет (срок гестации 9-10 недель) обратилась к акушерке ФАП с жалобами на повышение температуры до 37,6⁰, отсутствие аппетита, слабость, схваткообразные боли внизу живота, преимущественно в левой подвздошной области. Жидкий стул до 5 раз в сутки. В испражнениях заметил прожилки слизи.

Работает продавцом в продовольственном магазине. За три дня до заболевания, покупала готовый овощной салат. Болея второй день. Заболела остро. Вечером температура повысилась до 37,3⁰ С, через три часа появился разжиженный стул.

Объективно: температура 37,1⁰ С. Самочувствие удовлетворительное. Кожа чистая. Язык сухой, обложен светлым налётом. Живот при пальпации умеренно болезненный, особенно в левой подвздошной области. Печень и селезёнка не пальпируются. Сигмовидная кишка спазмированная, болезненная. Стул был во время осмотра. Жидкий, обычного цвета, с прожилками слизи, крови и гноя.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите основные методы лабораторной диагностики данного заболевания.
4. Определите тактику ведения беременной.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Эталон решения ситуационной задачи 39

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
--------------	---------------------------	----------------------------------

1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: ОКИ, лёгкая форма (возможно острая дизентерия). Беременность 9-10 недель.	
2.	Обоснование диагноза. При обосновании учтено: – данные эпидемиологического анамнеза – употребление продуктов с неуточнёнными сроками хранения и правилами приготовления. Выделены синдромы: – интоксикации: субфебрильная лихорадка, слабость, головная боль; – колита: схваткообразные боли внизу живота, больше слева, жидкий стул с прожилками слизи, спазмированная и болезненная сигмовидная кишка)	
3.	Основные методы лабораторной диагностики: – ОАК – умеренный лейкоцитоз, – копрограмма – признаки воспаления (слизь, лейкоциты, эритроциты); – бактериологическое исследование испражнений; – серологическое исследование – нарастание титра специфических антител не менее, чем в четыре раза	
4.	Тактика ведения беременной: – необходима госпитализация в инфекционное отделение по клиническим и эпидемиологическим показаниям (относится к декретированной группе, работает продавцом), – подача экстренного извещения (форма № 58)	
1	2	3
5.	План диспансерного наблюдения после выписки из инфекционного стационара: – выписка из стационара после клинического и бактериологического выздоровления; – работники пищевых предприятий наблюдаются – врачом-инфекционистом в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ) 3 мес.; – проводится ежемесячное бактериологическое исследование испражнений. Назначаются диетотерапия, ферментные препараты по показаниям, лечение сопутствующих заболеваний; – наблюдение акушеркой по месту жительства	

Ситуационная задача 40

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная, срок беременности 8-9 недель, упала, ударившись левым плечом, обратилась к акушерке. При ударе почувствовала резкую боль, на короткое время потеряла сознание. Очнувшись, отмечает слабость, головокружение; левая рука свисает в неестественном положении, движения невозможны.

Объективно: при осмотре у пострадавшей опущено левое надплечье, голова наклонена в сторону повреждения, здоровой рукой поддерживает левую. Поврежденная рука согнута в локтевом суставе и кажется удлинённой. Округлость плечевого сустава

деформирована, наружная поверхность сустава уплощена. Активные движения в суставе отсутствуют.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к беременной.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите дополнительные методы обследования.
5. Назовите лечебную программу по данному заболеванию.

Эталон решения ситуационной задачи 40

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование Предположительный диагноз. Травматический вывих левого плеча. Беременность 8-9 недель. Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> – данных анамнеза – женщина упала, ударившись левым плечом; – данных осмотра – имеются признаки выпадения головки сустава; – женщина наблюдается по поводу беременности 	
2.	<p>Тактика по отношению к беременной:</p> <ul style="list-style-type: none"> – срочная госпитализация в хирургический стационар для оказания помощи; – консультация врача акушера-гинеколога 	
3.	<p>Алгоритм оказания доврачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – успокоить больную, дать анальгетик (анальгин, баралгин) или сделать инъекции этих препаратов в/м (раствор анальгина 50% – 2,0 мл или раствор баралгина – 5,0 мл); 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – наложить шину Крамера от кончиков пальцев до угла противоположной лопатки или фиксировать руку к туловищу бинтовой (либо косыночной) повязкой 	
4.	<p>Дополнительные методы обследования: рентгенография сустава в 2-х перпендикулярных проекциях</p>	
5.	<p>Лечебная программа:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вправление вывиха; – иммобилизация (наложение гипсовой повязки); – консультация акушера-гинеколога 	

Ситуационная задача 41

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась беременная женщина 23 лет, срок беременности 9-10 недель. При падении на уроке физкультуры ударилась правым плечом о металлическую перекладину, появилась сильная боль в правой руке.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре: старается прижать повреждённую руку туловищу. В средней трети правого плеча припухлость, деформация, при пальпации резкая локальная болезненность и крепитация костных отломков, патологическая подвижность в месте травмы.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 41

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Закрытый травматический перелом правой плечевой кости в средней трети	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – пострадавшая упала на уроке физкультуры, ударившись правым плечом о металлическую перекладину (прямой механизм травмы); – данных объективного обследования – вынужденное положение конечности, деформация, локальная болезненность, крепитация и патологическая подвижность в месте травмы	
3.	Тактика в данной ситуации: – провести обезболивание путем введения одного из препаратов: кеторолак 30 мг. 1-2 мл, 50% р-ор метамизола натрия (анальгина) 1-2мл (профилактика болевого шока); – осуществить транспортную иммобилизацию шиной Крамера с целью создания покоя повреждённой конечности, профилактики смещения костных отломков и дополнительной травматизации тканей;	
1	2	3
	– приложить холод к месту повреждения; – транспортировать пострадавшую в травматологический стационар и контролируя гемодинамику; – консультация врача акушера-гинеколога	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – обезболивание: введение р-ора кеторолака (кеторола) 30 мг или 1,0 – 2,0 мл 50% р-ора метамизола натрия (анальгина); – транспортная иммобилизация (повязка Дезо) перелома ключицы для уменьшения травматизации тканей костными отломками, уменьшения болевых ощущений; – по возможности холод; – вызвать «скорую помощь» для госпитализации пострадавшего в отделение травматологии	
5.	Дополнительные методы исследования: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма правого плеча в двух проекциях	

Ситуационная задача 42

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась беременная женщина 23 лет, срок беременности 9-10 недель, которая упала на вытянутую руку и ударилась правым плечом об асфальт. Жалуется на боли в правой надключичной области, движения в правом плечевом суставе резко болезненны.

Объективно: правое надплечье несколько опущено, в средней трети ключицы определяется деформация, кровоизлияние, при осторожной пальпации определяется патологическая подвижность в проекции деформации. Затруднено и болезненно отведение руки, движения в плечевом суставе ограничены, больной поддерживает руку и приподнимает её за предплечье, прижимает локоть к груди. Верхняя конечность ротирована кнутри.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику акушерки по отношению к данному пациенту.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 42

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Закрытый перелом правой ключицы. Беременность 9-10 недель	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. данных анамнеза – падение на вытянутую руку и удар правым плечом об асфальт; 2. жалоб на боль в правом надплечье, резко усиливающуюся при попытке движений правой рукой;	
1	2	3
	3. объективных данных: – наличие деформации и кровоизлияния в средней трети правой ключицы, – ограничение движений в правом плечевом суставе, – патологическая подвижность при пальпации в области деформации – характерная поза (левая рука придерживает правую руку, правое надплечье опущено), верхняя конечность ротирована кнутри	
3.	Тактика акушерки: – оказание неотложной помощи; – транспортная иммобилизация; – транспортировка пациентки в травматологическое отделение	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – обезболивание: введение р-ора кеторолака (кеторола) 30 мг или 1,0 – 2,0 мл 50% р-ора метамизола натрия (анальгина); – транспортная иммобилизация (повязка Дезо) перелома ключицы для уменьшения травматизации тканей костными отломками, уменьшения болевых ощущений; – вызвать «скорую помощь» для госпитализации пострадавшей в	

	отделение травматологии	
5.	Дополнительные методы исследования: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма области правого плечевого сустава с захватом правой ключицы; – консультация врача акушера-гинеколога	

Ситуационная задача 43

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП доставлена беременная, срок беременности 7-8 недель, которая дома поскользнулась и опрокинула кастрюлю с кипятком на ноги.

Общее состояние пострадавшей удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд./мин. Беременная жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Беременная была без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху.

При осмотре: в области передних поверхностей обеих голени обширные пузыри с прозрачным содержимым, такие же пузыри на тыльной стороне стоп, между пузырями небольшие участки гиперемированной кожи.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к беременной.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите площадь поражения.
5. Назовите лечебную программу по данному заболеванию.

Эталон решения ситуационной задачи 43

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование Диагноз поставлен правильно. Термический ожог 2-ой степени обеих голени и стоп. Беременность 7-8 недель. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – действие кипятка; – данных осмотра – в области передних поверхностей обеих голени обширные пузыри с прозрачным содержимым, такие же пузыри на тыльной стороне стоп, между пузырями небольшие участки гиперемированной кожи	
2.	Тактика по отношению к беременной: срочная госпитализация в хирургический стационар	
3.	Алгоритм оказания доврачебной помощи: – введение анальгетиков, антигистаминных препаратов, сердечных по показаниям; – наложение асептической повязки; – транспортировка на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи; – внутривенное введение жидкости во время транспортировки	
4.	Площадь поражения: ожоговая поверхность составляет 9%	
5.	Лечебная программа: – ПХО ожога; – применение эпителизирующих средств местно; – введение антибиотиков;	

	– профилактика столбняка; – консультация врача акушера-гинеколога.	
--	---	--

Ситуационная задача 44

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

У беременной С., 27 лет, срок беременности 8-9 недель, в течение трех дней отмечаются боли в пояснице справа, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39,0⁰С.

Из анамнеза известно, что год назад был обнаружен камень в верхней трети правого мочеточника размером 1,0 x 1,5 см. Тогда же была предложена операция, от которой пациентка отказалась.

Объективно: состояние тяжелое, пациентка вялая, адинамичная. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

В анализе крови лейкоцитов 16,5 x 10⁶/л. В анализе мочи лейкоциты покрывают все поля зрения.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к беременной.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите дополнительные методы исследования.
5. Назовите лечебную программу по данному заболеванию.

Эталон решения ситуационной задачи 44

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование Предположительный диагноз. Беременность 8-9 недель, Мочекаменная болезнь (камень правого мочеточника), правосторонний острый гнойный пиелонефрит. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза: год назад был обнаружен камень в верхней трети правого мочеточника; – жалоб беременной на боли в пояснице справа, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39,0 ⁰ С; – объективных данных: живот резко болезненный в правом подреберье, симптом Пастернацкого резко положителен справа; – изменений со стороны анализов: лейкоцитоз в ОАК, лейкоцитурия в ОАМ	
2.	Определите свою тактику по отношению к беременной: экстренная госпитализация в урологическое отделение	
3.	Алгоритм оказания доврачебной помощи: – внутривенное введение 5 мл баралгина; – внутримышечно но-шпа 2 мл; – транспортировать в отделение урологии машиной скорой медицинской помощи	
4.	Дополнительные исследования:	

	<ul style="list-style-type: none"> – УЗИ почек; – обзорная урограмма; – консультация акушера-гинеколога; – консультация анестезиолога 	
5.	Лечебная программа: <ul style="list-style-type: none"> – подготовка беременной к экстренной операции (при камне мочеточника диаметром более 5 мм); – интенсивная антибактериальная, противовоспалительная и детоксикационная терапия; – соблюдение диеты 	

Ситуационная задача 45

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная Н., срок беременности 9-10 недель, поскользнулась и упала на улице, почувствовала резкую боль в области левой голени, обратилась к акушерке. Отмечает слабость, головокружение, невозможность наступать на левую ногу.

Объективно: при осмотре в области левой голени болезненная припухлость, гематома 6 на 10 см, активные движения левой голени невозможны из-за боли, патологическая подвижность в средней трети голени, крепитация, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 100 уд./мин.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к беременной.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите дополнительные методы обследования.
5. Назовите лечебную программу по данному заболеванию.

Эталон решения ситуационной задачи 45

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 9-10 недель, закрытый перелом левой большой и малой берцовой костей, травматический шок 1 степени. Обоснование диагноза: <ul style="list-style-type: none"> – в анамнезе – травма левой голени; – объективно: в области левой голени болезненная припухлость, гематома 6 на 10 см, активные движения левой голени невозможны из-за боли, патологическая подвижность в средней трети голени, крепитация 	
2.	Определите свою тактику по отношению к беременной: срочная доставить пациентку в травматологический пункт	
3.	Алгоритм оказания доврачебной помощи: <ul style="list-style-type: none"> – успокоить больную, уложить, дать анальгетик (анальгин, баралгин) или сделать инъекции этих препаратов в/м (раствор анальгина 50% – 2,0 мл или раствор баралгина – 5,0 мл); – наложить 3 шины Крамера от кончиков пальцев стопы до угла подмышечной впадины, фиксировать повязкой 	
4.	Дополнительные методы обследования: <ul style="list-style-type: none"> – рентгенография костей левой голени в 2 перпендикулярных проекциях 	

5.	Лечебная программа: <ul style="list-style-type: none"> – репозиция костных отломков; – иммобилизация (наложение гипсовой повязки); – консультация акушера-гинеколога 	
-----------	--	--

Ситуационная задача 46

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась женщина, у которой около 5 часов назад появились боли в области желудка, больная связала эти боли с погрешностями в диете, но сейчас боли в желудке прошли, но беспокоят боли постоянного характера в правой половине живота.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,4⁰С. Больная обеспокоена своим состоянием, так как у неё беременность 30 недель. Язык слегка обложен белым налетом, влажный, пульс соответствует температуре, живот равномерно увеличен за счет беременной матки, пальпация слева и в верхнем отделе живота безболезненна, справа пальпация болезненна, здесь же неотчетливое напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В положении на правом боку боли усиливаются.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите лабораторные и инструментальные методы диагностики.
5. Назовите методы лечения данного заболевания на фоне беременности.

Эталон решения ситуационной задачи 46

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый аппендицит. Беременность 30 недель	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза: характерное начало для острого аппендицита (боли появились в эпигастрии, затем переместились в правую подвздошную область); – усиление болей в положении на правом боку не характерно для острого аппендицита, но у пациентки имеет место беременность, увеличенная беременная матка давит на область воспаления; – данных осмотра: болезненность при пальпации и некоторое напряжение мышц в правой подвздошной области, наличие симптома раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) в этой же области	
3.	Тактика акушерки в данной ситуации. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ. Контроль общего состояния	
4.	Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Диагноз подтверждается лабораторными и инструментальными методами: – ОАК (лейкоцитоз), ОАМ;	

	<ul style="list-style-type: none"> – ультразвуковое исследование; – лапароскопия – единственный метод, позволяющий на 100% подтвердить воспаление аппендикса 	
5.	<p>Методы лечения острого аппендицита на фоне беременности.</p> <p>Независимо от срока беременности, лечение аппендицита только хирургическое.</p> <p>Выбор метода оперативного доступа зависит от степени тяжести аппендицита, общего состояния женщины и плода, срока беременности. Оптимальным вариантом является эндоскопический метод лечения аппендицита, но это возможно только на ранней стадии заболевания.</p> <p>При сроке гестации больше 20 недель операция выполняется обычным доступом и называется лапаротомия. Если у женщины с катаральным аппендицитом начались активные схватки, роды завершают естественным путем, после чего показана операция по удалению аппендикса. В случае развития деструктивного аппендицита, врач принимает решение о родоразрешении путем операции кесарево сечение, в ходе которой выполняется иссечение червеобразного отростка</p>	

Ситуационная задача 47

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке обратилась беременная, срок беременности 9-10 недель. Спустя 3 дня после инъекции раствора сульфата магния беременную стали беспокоить боли в правой ягодичной области. Больная прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня 38,0⁰С - 38,5⁰С, знобит.

Общее состояние больной удовлетворительное АД 130/80 мм рт. ст., пульс ритмичен, напряжен, температура тела 38,3⁰С. В верхненаружном квадранте правой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 8 x 8 см., пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре его – отчетливая флюктуация.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к беременной.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите причины данного заболевания.
5. Назовите лечебную программу по данному заболеванию.

Эталон решения ситуационной задачи 47

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование.</p> <p>Предположительный диагноз. Беременность 9-10 недель, постинъекционный абсцесс правой ягодичной области.</p> <p>Обоснование диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> – наличие болезненного инфильтрата с гиперемией кожи над ним и с симптомом флюктуации в центре; – нарушения общего состояния – озноб и высокая температура; – данные анамнеза – связь заболевания с инъекцией 	
2.	<p>Определите свою тактику по отношению к беременной:</p> <p>экстренная госпитализация в хирургический стационар</p>	

3.	Алгоритм оказания доврачебной помощи: – на область абсцесса наложить сухую асептическую повязку; – измерение температуры тела; – обеспечение срочной транспортировки больной в хирургическое отделение	
4.	Причины данного заболевания: во время инъекции были нарушены требования асептики, занесена инфекция, в результате развился воспалительный процесс	
5.	Лечебная программа: – вскрытие и дренирование абсцесса; – инфузионная терапия препаратами гемодинамического (полиглюкин, реополиглюкин) и дезинтоксикационного действия; – иммобилизация (наложение бинтовой повязки); – антибактериальная терапия; – ежедневные перевязки по правилам лечения гнойных ран в зависимости от фазы течения гнойного процесса; – консультация врача акушера-гинеколога	

Ситуационная задача 48

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная, срок беременности 8 недель, обратилась к акушерке ФАП. Женщина страдает язвенной болезнью желудка несколько лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должна была лечь в клинику. Собираясь на работу, отметила чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту, рвоту темного цвета. Был черный, дегтеобразный стул (такого состояния раньше никогда не было). При этом боли, мучившие пациентку, перестали беспокоить.

Объективно: общее состояние средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов, пульс 96 уд. в мин., наполнение снижено, АД 100/60 мм рт. ст., учащение дыхания, живот незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациентки.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Назовите методы вторичной профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 48

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Язвенная болезнь желудка, обострение. Желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени. Беременность 8 недель	
2.	Обоснование диагноза. 1. Состояние развилось на фоне обострения язвенной болезни желудка. 2. Наличие симптомов желудочного кровотечения:	

	<ul style="list-style-type: none"> – жалобы на чувство слабости, головокружение, шум в ушах; – рвота темного цвета; – исчезновение болей в эпигастральной области, несмотря на обострение заболевания (кровь нейтрализует кислоту желудочного сока, что уменьшает воздействие кислого содержимого на язву); – у пациента был стул черного цвета – мелена; – объективно – бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония. <p>3. При обосновании выделены симптомы геморрагического шока I степени:</p> <ul style="list-style-type: none"> – бледность кожных покровов; – тахикардия до 96 уд./мин., наполнение пульса снижено; – артериальная гипотония до 100/60 мм рт. ст. – учащение дыхания; <p>индекс Альговера равен 0,96, что соответствует I степени шока</p>	
1	2	3
3.	<p>Тактика ведения пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе; – транспортировка пациентки в хирургическое отделение 	
4.	<p>Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе:</p> <ul style="list-style-type: none"> – обеспечить покой в положение на спине с полусогнутыми в коленных суставах нижними конечностями и повернутой на бок головой, по возможности положить холод на область эпигастрия; – начать противошоковые мероприятия: вливание струйно кристаллоидных базисных кровезаменителей (раствор Рингера, Рингер-лактат, лактасоль, стерофундин, глюкостерил), затем противошоковых кровезаменителей из группы гидроксипропильных крахмалов (рефортан, стерил, плазмостерил, темохес, стабизол, волекам, оксиамал); – ввести гемостатические средства – 5% р-ор аминокaproновой кислоты 100 мл в/в, 12,5% р-ор дицинона 2- 4 мл в/в, – срочно транспортировать пациента в отделение неотложной хирургии 	
5.	<p>Методы вторичной профилактики язвенной болезни. Вторичная профилактика язвенной болезни направлена на снижение риска осложнений и обострений при уже имеющейся язвенной болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортное лечение. 2. Регулярные курсы противорецидивной терапии. 3. Строгое соблюдение противоязвенной диеты. 4. Санация заболеваний и хронических очагов инфекции, которые могут спровоцировать рецидив. 5. Регулярный мониторинг состояния язвы в медицинском учреждении 	

Ситуационная задача 49

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

28-летняя беременная (срок беременности 9 недель), страдающая левосторонней бедренной грыжей, в момент приступа сильного кашля ощутила сильную боль в левом паху, не исчезающую в положении лежа. Раньше грыжевое выпячивание в положении лежа с урчанием исчезало. С момента появления боли прошло около получаса, улучшение не наступало. Больная решила сама вызвать скорую помощь по телефону и одновременно приняла таблетку дротаверина (но-шпы).

При осмотре: ниже паховой связки слева болезненное, напряженное выпячивание. Была однократная рвота желудочным содержимым.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к беременной.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите дополнительные методы обследования.
5. Назовите лечебную программу по данному заболеванию.

Эталон решения ситуационной задачи 49

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Ущемленная левосторонняя бедренная грыжа. Беременность 9 недель. Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> – данных анамнеза – диагноз левосторонней бедренной грыжи поставлен врачом давно, больная рассказывает, что грыжевое выпячивание в положении лежа вправлялось, т.е. была вправимая бедренная грыжа; – жалоб – во время кашля (при повышении внутрибрюшного давления) появились боли в левом паху, образование стало резко болезненным и невправимым, что свидетельствует об ущемлении содержимого грыжевого мешка; – возникновения рвоты желудочным содержимым; – объективных данных – ниже паховой связки слева болезненное, напряженное выпячивание 	
2.	<p>Тактика по отношению к беременной:</p> <ul style="list-style-type: none"> – экстренная госпитализация в хирургический стационар; – проследить, чтобы больная ничего не принимала (опасность введения анальгетиков, спазмолитиков и применения тепла заключается в том, что ущемленный орган может вправиться, а изменения в этих органах в связи с нарушением кровообращения в момент ущемления могут быть самыми разными, вплоть до некроза и опасности развития перитонита) 	
3.	<p>Алгоритм оказания доврачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вызвать машину скорой медицинской помощи; – приложить холод к грыжевому выпячиванию (не сдавить!) 	
4.	<p>Дополнительные методы обследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> – перкуссия над образованием – если перкуторный звук тимпанический, то содержимым грыжевого мешка являются кишечные петли; – УЗИ органов брюшной полости; – Лапароскопия (по показаниям); – консультация врача акушер-гинеколога, анестезиолога 	

5.	Лечебная программа: <ul style="list-style-type: none"> – операция грыжесечения под адекватным обезболиванием; – инфузионная терапия препаратами гемодинамического и детоксикационного действия; – антибиотикотерапия; – ежедневные перевязки послеоперационной раны; – наблюдение врачом акушера-гинекологом 	
-----------	--	--

Ситуационная задача 50

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке на ФАП обратилась женщина 60 лет, с жалобой на уплотнение в правой молочной железе, которое обнаружила случайно. Менопауза с 50 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, при осмотре молочных желез выявлено некоторое увеличение правой молочной железы, сосок втянут, при сжимании из него выделяются кровянистые выделения, при пальпации правой молочной железы в верхнем наружном квадранте определяется опухолевидное образование, неподвижное, безболезненное. В правой подмышечной области пальпируются лимфатические узлы, безболезненные, неподвижные.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные диагностические исследования при данной патологии.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Назовите принципы лечения данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 50

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Рак правой молочной железы	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: <ul style="list-style-type: none"> – анамнеза: менопауза в течение 10 лет; – жалоб: уплотнение в правой молочной железе; – объективных данных: увеличение правой молочной железы, втянутый сосок, кровянистые выделения из соска, опухолевидное образование в верхнем наружном квадранте, увеличенные, подмышечные лимфатические узлы 	
3.	Дополнительные диагностические исследования: <ol style="list-style-type: none"> 1. Маммография. 2. Биопсия тканей опухоли. 3. Цитологическое исследование выделений из соска, соскобов 4. Компьютерная томомаммография позволяет получить изображение (послойный срез) любой части молочной железы. 5. УЗИ молочных желез 	
4.	Тактика акушерки. Направить пациентку на консультацию к онкологу-маммологу	
5.	Принципы лечения данной патологии. Виды лечения рака груди: хирургические, радиотерапевтические,	

химиотерапевтические, гормональные и биологические виды терапии. Для достижения наилучшего результата показано комбинирование методов лечения

Раздел 2.
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНЕ
ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РОДОВ И
ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Ситуационная задача 51

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица В., 21 года, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схваткообразными болями внизу живота нерегулярного характера, продолжающимися 7 часов. Срок родов через 2 дня.

Анамнез: соматически здорова, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Беременность первая.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 уд/мин., ритмичный. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ 102 см, ВСДМ 34 см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка матки сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие на 0,5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата к входу в малый таз. Крестцовый мыс не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Перечислите признаки готовности организма к родам.
4. Назовите причины наступления родов.
5. Назовите основные регламентирующие документы по работе акушерки родового блока.

Эталон решения ситуационной задачи 51

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Роды первые срочные. Прелиминарный период. Обоснование: – нерегулярные болевые ощущения внизу живота, – отсутствие раскрытия маточного зева	
2.	Тактика акушерки в данной ситуации: – вызвать врача для решения вопроса о ведении данных родов, – подготовиться к выполнению назначений врача, – вести строгий контроль всех показателей роженицы	
3.	Признаки готовности организма к родам: – отмечается выделение из влагалища тягучего, слизистого секрета желез шейки матки, – происходит понижение массы тела, – дно матки опускается и беременной становится легче дышать, – шейка матки становится зрелой	
4.	Причины наступления родов:	

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нервно-рефлекторные факторы – быстрое снижение в конце беременности возбудимости коры головного мозга и повышение возбудимости спинного мозга. В коре головного мозга образуется родовая доминанта. 2. Гормональные факторы – накопление к моменту родов эстрогенов (гормонов, повышающих сократительную способность матки), способствующих снятию прогестеронового блока. 3. Нейрогуморальные факторы – повышается синтез окситоцина, простагландинов, катехоламинов и понижается синтез веществ, снижающих их активность. 4. Биоэнергетические процессы – определяющие готовность матки в конце беременности к усиленной сократительной деятельности (актомиозин, гликоген, АТФ). 5. Метаболические и трофические факторы – накопление продуктов обмена плода, «старение плаценты». 	
1	2	3
5.	<p>Перечень основных регламентирующих документов по работе акушерки родового блока:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Приказ МЗ России № 572н от 01.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи». – Методическое письмо Минздравсоцразвития России от 13.07.2011 г. «15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий». – Приказ МЗ России «921н от 15.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профессии «неонатология» – Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.11.2011 г. № 15-0/10/2-11336 «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела при рождении». – СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» 	

Ситуационная задача 52

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная Н., 23 лет поступила в родильный дом в 38 недель, с начавшимися схватками и жалобами на головную боль, насморк, мучительный сухой кашель, конъюнктивит, повышение температуры тела.

Данные анамнеза: наследственность не отягощена. Материальные условия хорошие, но живет с мужем и матерью в однокомнатной квартире. У родных в течение недели наблюдаются кашель, чиханье, повышение температуры, но они продолжают работать. Беременность первая, регулярно посещала женскую консультацию, обследована, сопутствующих заболеваний не обнаружено. Прошла психопрофилактическую подготовку к родам.

Данные общего и акушерского обследования. Общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Кожа обычной окраски. Отеков нет. Выражены: конъюнктивит, гиперемия слизистой оболочки полости носа, часто чихает. Температура тела 37,3 °С, АД 115/80—120/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения 80 ударов в одну минуту. Тоны сердца

ясные ритмичные, в легких везикулярное дыхание, сухой кашель. Симптом Пастернацкого отрицательный. Язык чистый, влажный, зев слегка гиперемирован, миндалины не увеличены, глотание безболезненное. Печень и селезенка не пальпируются.

Матка овоидной формы, ОЖ 95, ВСДМ 34 см. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка ясное, ритмичное 136 уд./мин. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Схватки 2 за 10 минут хорошей силы, продолжительностью 20 секунд.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, наружный зев проходим для одного пальца, плодный пузырь цел. Головка плотно прижата к входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс крестца не достижим.

Вопросы:

1. Определите отделение, куда следует госпитализировать роженицу, и какие мероприятия рекомендуются провести.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте ответ.
3. Перечислите осложнения беременности и родов, которые может вызвать это заболевание.
4. Составьте план ведения родов и послеродового периода с учетом возможных осложнений.
5. Дайте определение понятиям «контракция, ретракция и дистракция».

Эталон решения ситуационной задачи 52

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Куда следует госпитализировать роженицу, мероприятия. Роженица подлежит госпитализации в наблюдательное отделение. Показание – грипп. Мероприятия, которые следует провести для предупреждения распространения инфекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> – роженицу поместить в изолятор, т.к. грипп является инфекцией, распространяющейся капельным путем, – взять под контроль всех контактирующих и при появлении матерей и детей с признаками инфекции проводить их своевременную изоляцию и лечение, – масочный режим, – проветривание и облучение палаты ртутно-кварцевой лампой 	
2.	<p>Предположительный диагноз: Роды 1 срочные, латентная фаза. Грипп. Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – наличие эпидемиологического очага, характерного для инфекционного заболевания: (в однокомнатной квартире находились больной муж и мать пациентки), – клинические симптомы, характерные для гриппа: головная боль, насморк, мучительный сухой кашель, конъюнктивит, повышение температуры до 37,3 °С, гиперемия слизистой оболочки полости носа, чихание 	
3.	<p>Грипп во время беременности может вызвать следующие осложнения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – преждевременное прерывание беременности, – увеличение уровня мертворождаемости и смертности среди детей вследствие внутриутробного заражения гриппом, – гипотонические и атонические кровотечения в раннем 	

	послеродовом периоде, – нарушение инволюции матки, метроэндометрит, мастит в послеродовом периоде, – распространение инфекции среди новорожденных	
4.	План ведения родов и послеродового периода. Первый и второй периоды родов: – проводить выжидательно, – наблюдать за общим состоянием роженицы, – проводить лечение инфекции, – наблюдать за состоянием плода, – проводить профилактику внутриутробной гипоксии. В третьем и раннем послеродовом периоде: – проводить профилактику возможного кровотечения, – наблюдать за обратным развитием матки, – состоянием молочных желез, – своевременно назначать антибактериальные и сокращающие матку средства	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
5.	Определение понятий. Контракция – сокращение каждого мышечного волокна матки по длине. Ретракция – смещение мышечных волокон матки относительно друг друга. Дистракция – смещение значительной части мышц из нижнего сегмента матки в тело матки, что приводит к сглаживанию и раскрытию шейки матки.	

Ситуационная задача 53

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная Т., переведена из туберкулезного диспансера в акушерское отделение по поводу начавшихся 8 часов назад срочных родов.

Данные анамнеза: в течение последних 3 лет болеет туберкулезом легких, состоит на учете в тубдиспансере, лечилась. Настоящая беременность третья, две предыдущие закончились искусственным абортom по медицинским показаниям. Беременная находилась под наблюдением женской консультации и туберкулезного диспансера.

На 36 неделе беременности по поводу очаговой формы туберкулеза легких в фазе инфильтрации был наложен левосторонний пневмоторакс и проведена активная антибактериальная терапия, витаминотерапия и гормонотерапия. Беременность развивалась нормально.

Данные общего обследования. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6, АД 115/70—120/70 мм рт. ст., пульс 70 уд./мин., хорошего наполнения и напряжения. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки 34 см, положение плода продольное, предлежащая часть во входе в малый таз, сердцебиение плода 130 уд/мин ясное, слева ниже пупка. Размеры таза 26-29-31-21 см. Схватки 2-3 за 10 минут, сильные, продолжительностью 35-40 секунд. Околоплодные воды не отходили.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодный пузырь цел, наливается при схватках. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок – слева ближе к лобковому сочленению. Мыс крестца не достижим. Деформация костей таза не установлена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ведения родов.
3. Перечислите условия, при которых мать больная туберкулезом легких, может кормить своего ребенка грудью.
4. Охарактеризуйте течение беременности, родов и послеродового периода у больных туберкулезом женщин.
5. Дайте определение фазам родов.

Эталон решения ситуационной задачи 53

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	Предположительный диагноз: Роды 1 срочные, активная фаза. Очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, левосторонний пневмоторакс. Осложнённый акушерский анамнез.	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
2.	План ведения родов. При очаговом туберкулезе легких в фазе инфильтрации и левостороннем пневмотораксе и при отсутствии акушерской патологии роды целесообразно вести через естественные родовые пути. На данном этапе: – вскрыть плодный пузырь, – проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода. Во втором периоде родов потуги выключить наложением акушерских щипцов. Показаниями к наложению щипцов являются очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, левосторонний пневмоторакс, а также то, что женщина первородящая, поэтому изгнание плода у нее потребует энергичной и длительной работы, которая может отрицательно сказаться на дальнейшем течении туберкулезного процесса. В третьем периоде родов проводить профилактику возможного кровотечения. В послеродовом периоде в связи с возможным обострением туберкулезного процесса необходимо провести консультацию врача фтизиатра для решения вопроса о дальнейшем лечении больной и кормлении ребенка грудью	
3.	Кормление ребёнка грудью разрешается матерям, у которых компенсированная форма туберкулеза легких и к моменту кормления не выделяются микобактерии.	

4.	<p>Течение беременности, родов и послеродового периода у больных туберкулезом женщин:</p> <ul style="list-style-type: none"> – имеется туберкулезная интоксикация, а у тяжелобольных – кислородная недостаточность, – чаще наступают преждевременные роды, – слабость родовой деятельности, – преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод, – кровопотеря, превышающая физиологическую, – от болеющих туберкулезом матерей чаще рождаются дети с малой массой тела и более медленно идет её восстановление, – у больных туберкулезом женщин после полноценного лечения нормально протекает период родов, реже встречаются осложнения 	
5.	<p>Фазы родов:</p> <p>Латентная фаза: начинается с регулярных схваток и продолжается до 4 см раскрытия маточного зева (2 поперечных пальца) у первородящей продолжается 6,5 часов; у повторнородящей – 5 часов. Скорость раскрытия шейки матки – 0,35 см/час.</p> <p>Активная фаза: характеризуется усилением родовой деятельности. Продолжается 1,5-3 часа. Шейка матки раскрывается от 4 до 8 см. Скорость раскрытия у первородящей – 1,5 – 2 см/час; у повторнородящей 2 – 2,5 см/час.</p> <p>Третья фаза (замедления) характеризуется некоторым замедлением. Продолжается 1 – 2 часа и заканчивается полным раскрытием маточного зева (скорость раскрытия шейки матки 1 – 1,5 см/час)</p>	

Ситуационная задача 54

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная И., 35 лет поступила в родильный дом с начавшейся родовой деятельностью при беременности. Срок беременности 39 недель, жалобы на головокружение и головную боль, появившиеся 2 дня назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела ангиной, взрослой малярией и колитом. Два года назад при профилактическом осмотре было обнаружено повышенное АД. После проведенного лечения за медицинской помощью не обращалась.

Менструация с 14 лет, установилась сразу по 5-6 дней через 28 дней умеренные, без болей. Половая жизнь с 25 лет. Родов - 2 в срок без осложнений, затем предохранялась ВМС. Настоящая беременность третья. На учете в женской консультации с 12 недель. АД постоянно равно 140/90 мм рт. ст., белка в моче и отеков нет. От госпитализации отказывалась, амбулаторное лечение значительно улучшало состояние.

Объективно. Состояние удовлетворительное, жалуется на головную боль, повышенную утомляемость, отеков нет. АД 150 – 155/90 мм рт. ст. Пульс 80 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны сердца отмечено небольшое расширение границ влево и акцент второго тона над аортой. Органы дыхания и пищеварения без отклонений от нормы. Исследование глазного дна - соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Живот овоидной формы, ОЖ 98 см, ВСДМ 33 см. Положение плода продольное, предлежащая голова над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное ритмичное 128 уд./мин. Размеры таза 26-29-31-21 см.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки укорочена, раскрытие маточного зева 2 см, плодный пузырь цел, головка над входом в малый таз, мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите осложнения беременности и родов.
4. Составьте план ведения родов.
5. Сформулируйте показатели, отображаемые в дневниках истории родов.

Эталон решения ситуационной задачи 54

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы роженицы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – головная боль – головокружение – беспокойство за исход родов. 	
2.	<p>Предположительный диагноз: Роды 3 срочные в 39 недель, первый период, латентная фаза. Гипертоническая болезнь 2 стадии.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – гипертензия в анамнезе, (2 года назад и во время беременности, начиная с 12-недельного срока), – изменениями со стороны сердца (небольшое расширение границ влево и акцентом 2 тона над аортой), – головная боль, головокружение, – данные исследования глазного дна (бледные соски зрительных нервов, суженные артерии) 	
1	2	3
3.	<p>Осложнения беременности и родов: Гипертоническая болезнь значительно ухудшает течение беременности и родов и оказывает неблагоприятное влияние на развитие плода:</p> <ul style="list-style-type: none"> – преэклампсия и эклампсия (обусловлено общностью патогенетических механизмов нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности почек), – преждевременная отслойка плаценты, – быстрое, стремительное или, наоборот, затяжное течение родов 	
4.	<p>План ведения родов.</p> <p>Родоразрешение чаще всего проводят через естественные родовые пути.</p> <p>В первом периоде родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – адекватное обезболивание, – гипотензивная терапия, – ранняя амниотомия. <p>В период изгнания гипотензивную терапию усиливают с помощью ганглиоблокаторов. В зависимости от состояния плода и роженицы 2 период сокращают, производя перинеотомию или наложение акушерских щипцов.</p> <p>В 3-ем периоде родов осуществляют профилактику кровотечения. На протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода</p>	

5.	<p>Показатели, отображаемые в дневниках истории родов. Запись дневника в истории родов – каждые 3 часа с указанием:</p> <ul style="list-style-type: none"> – общего состояния роженицы, жалоб (головная боль, изменение зрения), – АД на обеих руках, пульса, – характера родовой деятельности (продолжительность схваток, интервал между ними, сила и болезненность схваток), – положения предлежащей части плода по отношению к малому тазу матери, – сердцебиения плода (число ударов в минуту, ритм, характер), – характера околоплодных вод (светлые, зеленые, с примесью крови), – характера физиологических отпавлений 	
-----------	---	--

Ситуационная задача 55

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица К., 23 лет, поступила с доношенной беременностью в родильное отделение районной больницы. Родовая деятельность регулярная, продолжается в течение 4-х часов. Беременность вторая, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Общие, инфекционные и гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 160 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ВСДМ – 36 см, ОЖ – 90 см, размеры таза 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд/мин. Схватки 4-5 за 10 минут по 40-50 секунд, сильные и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, открытие шейки матки почти полное. Головкой плода выполнена верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь вскрылся во время осмотра. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Оцените состояние женщины
2. Определите предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите современные принципы ведения родов.
5. Перечислите основные моменты подготовки женщины к родам (в соответствии с клиническими рекомендациями).

Эталон решения ситуационной задачи 55

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Оценка состояния роженицы: состояние удовлетворительное, что подтверждается данными осмотра (кожные покровы обычной окраски, АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст., пульс 78 уд./мин., ритмичный)</p>	
2.	<p>Предположительный диагноз: конец I периода вторых срочных родов в головном предлежании. Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – схватки 4-5 за 10 мин. по 40-50 сек., сильные и болезненные, – открытие шейки матки почти полное, 	

	– плодный пузырь вскрылся во время осмотра	
3.	Тактика акушерки в данной ситуации: – измерить АД; выслушать сердцебиение плода, – обучить женщину поведению во втором периоде родов, с целью профилактики осложнений, – подготовить роженицу к родам (туалет наружных половых органов, смена рубашки, стерильная подкладная пеленка), – подготовить к приему родов родильную кровать, лоток для приема новорожденного, набор белья и инструментов для принятия родов	
4.	Современные принципы ведения родов: – оценка степени риска беременной накануне родов, – выбор адекватного метода родоразрешения, – мониторинг контроль в родах за состоянием матери и плода, – ведение партограммы, – обезболивание родов. – бережное оказание пособия в родах, – профилактика кровотечения в родах. – оценка состояния ребенка при рождении и при необходимости своевременное оказание помощи, – раннее прикладывание ребенка к груди матери	
5.	Подготовка к родам (в соответствии с клиническими рекомендациями): – при поступлении женщины на роды, бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы не являются обязательными и проводятся по желанию женщины,	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	– не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать ее проведению, если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы (ножницы), не травмирующие кожные покровы, – нецелесообразно использовать бритву, так как это повышает риск инфекции, – постановка очистительной клизмы выполняется при наличии медицинских показаний, – душ назначается всем пациенткам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат), – разрешается использовать свою чистую одежду и обувь	

Ситуационная задача 56

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первобеременная женщина 20 лет с доношенной беременностью и схватками 3-4 за 10 минут, по 35-40 секунд доставлена в родильный дом. Фельдшером скорой помощи перед транспортировкой был введён дроперидол, пипольфен, седуксен, т.к. женщина предъявляла жалобы на головную боль, пелену перед глазами.

При поступлении пациентка заторможена, кожные покровы бледные. АД 170/100, 170/110 мм рт. ст. Пульс 92 уд/мин., ритмичный. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода 160 уд/мин, ритмичное, приглушено выслушивается слева ниже пупка. Определяются отёки голеней и стоп.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, края её мягкие, податливые, открытие 6-7 см. Плодный пузырь вскрылся при осмотре, отошли светлые воды. Головка прижата к входу в малый таз. Мыс не достигается. Во время влагалищного исследования у женщины появились фибриллярные подергивания мышц лица, затем развились судороги с остановкой дыхания. Приступ длился 1,5 минуты.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Оцените состояние роженицы.
3. Определите тактику ведения данной пациентки.
4. Назовите ошибки при ведении беременности и родов.
5. Перечислите возможные осложнения эклампсии.

Эталон решения ситуационной задачи 56

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Первый период первых срочных родов, активная фаза. Эклампсия.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – отёки голеней и стоп, – гипертензия 170/110 мм рт. ст., – головная боль, – нарушение зрения, – приступ судорог с потерей сознания 	
1	2	3
2.	<p>Оценка состояния. Состояние женщины следует расценить как тяжелое</p>	
3.	<p>Тактика ведения данной пациентки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – не стараться ограничить движения женщины, – не стараться открыть рот, если уже начался припадок, – уложить женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови, – после судорог при необходимости очистить отсосом ротовую полость и гортань, – обязательно обеспечить постоянный венозный доступ, – немедленно начать магниевую терапию: нагрузочная доза для сульфата магния 25.- 20 мл (5 г) в/в в течение 10-15 мин.; в дальнейшем поддерживающая доза 2 г/час в/в (предпочтительнее инфузوماتом) в течение 24 часов (под контролем рефлексов, дыхания, диуреза), – инфузионная терапия в объёме до 10-15 мл/кг в сутки только в качестве сред-носителей препаратов, – после снятия приступа судорог – немедленное родоразрешение путём операции кесарево сечение 	
4.	<p>Ошибки при ведении беременности и родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – поздняя диагностика гипертензивного расстройства при беременности, 	

	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие лечения данного состояния, – поздняя госпитализация, – оказание неотложной помощи фельдшером скорой помощи в неполном объёме, – осмотр в приёмном отделении без предварительного обезболивания, что спровоцировало приступ эклампсии 	
5.	Возможные осложнения эклампсии: <ul style="list-style-type: none"> – кровоизлияние в мозг, тромбоз, – почечная недостаточность, – отслойка плаценты, – отслойка сетчатки глаза, – гибель плода, смерть роженицы 	

Ситуационная задача 57

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица М., 29 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, при сроке беременности 39-40 недель. Схватки через 4-5 мин., по 35-40 сек., средней силы, болезненные. Данная беременность 4-ая. Были одни срочные роды, вес ребёнка 3900 г и два медицинских аборта без осложнений. Женщина обеспокоена длительным течением родов.

Объективно: рост 168 см, вес 78 кг, температура тела 36,6⁰ С, Пульс 68 уд./мин., ритмичный. АД 120/70, 115/70 мм рт. ст. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, на коже живота рубцы беременности. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата к входу в малый таз. Спинка плода пальпируется слева, между спинкой и головкой плода определяется отчетливая выемка. Сердцебиение плода выслушивается справа, ниже пупка, 132 уд./мин., ритмичное, ясное.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, ёмкое. Шейка матки сглажена, открытие составляет 6-7 см. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Справа спереди определяется подбородок и ротик плода. Слева сзади – лобик и надбровные дуги. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Определите проблемы женщины.
2. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите степени разгибательных предлежаний плода.
5. Дайте определение плодному пузырю.

Эталон решения ситуационной задачи 57

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Проблемы женщины. Действительные проблемы: <ul style="list-style-type: none"> – боли, вызванные регулярной родовой деятельностью, – беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: <ul style="list-style-type: none"> – риск разрыва мягких родовых путей, шейки и тела матки, 	

	<ul style="list-style-type: none"> – риск развития гипоксии плода, – риск гибели плода 	
2.	<p>Предположительный диагноз: Роды 2-ые срочные, первый период родов, лицевое вставление плода. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – женщина повторнородящая, у неё регулярные схватки, – данные наружного исследования (отчетливая выемка между спинкой и головкой плода, сердцебиение плода выслушивается со стороны грудки плода), – данные влагалищного исследования (открытие маточного зева 6-7см, определяется подбородок и ротик плода, лобик и надбровные дуги плода), – масса плода высчитана по формуле Жордания: $VDM \times OJ = 105 \times 38 = 4100 \text{ г}$ 	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача-акушера, – успокоить женщину, убедив её в благополучном исходе родов, – по назначению врача начать подготовку к операции кесарева сечения 	
4.	<p>Степени разгибательных предлежаний плода:</p> <p>1-я степень разгибания – переднеголовное предлежание. При этом ведущей точкой является область переднего родничка, а плоскость большого сегмента головки плода проходит через прямой размер – 12 см.</p> <p>2-я степень разгибания – лобное предлежание. Ведущая точка – надбровье, плоскость большого сегмента головки плода проходит через большой косой размер – 13 см</p>	
1	2	3
	<p>3-я степень разгибания – лицевое предлежание. Ведущей точкой является подбородок, плоскость большого сегмента головки плода проходит через вертикальный размер – 9,5 см</p>	
5.	<p>Плодный пузырь – часть плодных оболочек с заключёнными в них передними околоплодными водами. Плодный пузырь в виде клина внедряется в канал шейки матки, способствуя её раскрытию, и защищает головку плода от травмы</p>	

Ситуационная задача 58

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица А. 22 лет с благоприятным общим и акушерским анамнезом поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью, в течение 5 часов и безводным периодом в течение 1 часа. Роды первые срочные. Положение плода продольное. Головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд./мин., слева ниже пупка. Размеры таза – 25-28-32-20 см. Предполагаемая масса плода – 4200 г. Признак Вастена вровень. Размеры Цангемейстера – 19 и 19 см.

При влагалищном осмотре обнаружено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева составляет 8 см. Плодного пузыря нет. Слева и спереди определяется угол большого родничка, справа и сзади – переносица и корень носа, в центре – лоб. Лобный шов в правом косом размере. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику родоразрешения пациентки
3. Дайте определение признаку Вастена.
4. Назовите причины развития лобного предлежания плода
5. Укажите параметры, отображаемые в дневнике родов

Эталон решения ситуационной задачи 58

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Роды первые срочные. Конец первого периода родов. Лобное предлежание плода. I позиция, передний вид. Крупный плод. Клинически узкий таз</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – признак Вастена вровень. Размеры Цангемейстера – 19 и 19 см., – предполагаемая масса плода – 4200 г, – открытие маточного зева 8 см, – при влагалищном исследовании слева и спереди определяется угол большого родничка, справа и сзади – переносица и корень носа, в центре – лоб. Лобный шов в правом косом размере 	
2.	Тактика родоразрешения пациентки: роды следует закончить операцией кесарева сечения	
3.	<p>Определение признака Вастена.</p> <p>Признак Вастена – признак соответствия объема головки плода размерам малого таза роженицы. Основан на определении рукой степень высоты стояния «нависающей» над лоном головки после отхождения околоплодных вод, при интенсивной родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 5 см и более.</p>	
1	2	3
4.	<p>Причины развития лобного предлежания плода:</p> <ul style="list-style-type: none"> – анатомически и клинически узкий таз, – малые размеры плода, – короткая пуповина, – снижение тонуса матки и передней брюшной стенки 	
5.	<p>Параметры, отображаемые в дневнике родов.</p> <p>Запись дневника в истории родов – каждые 3 часа с указанием:</p> <ul style="list-style-type: none"> – общего состояния роженицы, жалоб (головная боль, изменение зрения), – АД на обеих руках, пульса, – характера родовой деятельности (продолжительность схваток, интервал между ними, сила и болезненность схваток), – положения предлежащей части плода по отношению к малому тазу матери, – сердцебиения плода (число ударов в минуту, ритм, характер), – характера околоплодных вод (светлые, зеленые, с примесью крови), – характера физиологических отпавлений 	

Ситуационная задача 59

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Повторнородящая женщина, 28 лет, у которой в анамнезе 1 срочные роды и 1 аборт без осложнений, при сроке 38 недель поступает в родильный дом. Акушерка осматривает роженицу в приёмном отделении. Жалобы на регулярные схватки в течение 5 часов, воды отошли только что. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс и АД в норме. Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд. Положение плода продольное. В дне матки первым приёмом Леопольда-Левицкого определяется головка плода. Ягодицы прижаты к входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, хорошо прослушивается, ритмичное. Женщина чувствует давление на прямую кишку и волнуется за себя и ребенка, просит объяснить, кто будет принимать роды.

Влагалищное исследование: во влагалище определяется стопа плода при полном открытии шейки матки

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Составьте план доврачебных действий.
3. Составьте план родоразрешения пациентки.
4. Оцените подготовку женщины в ЖК.
5. Дайте определение понятиям «нижний сегмент, пояс прилегания и контракционное кольцо».

Эталон решения ситуационной задачи 59

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: Роды 2 срочные. Конец первого периода. Неполное ножное предлежание плода. Осложнённый акушерский анамнез. Обоснование: – в дне матки определяется головка плода, – ягодицы прижаты к входу в малый таз, – во влагалище определяется стопа плода, – в анамнезе один медицинский аборт	
1	2	3
2.	План доврачебных действий: – успокоить роженицу в благополучном исходе родов, – объяснить, что роды будет принимать врач, – уложить пациентку в горизонтальное положение с возвышенным тазовым концом во избежание выпадения ножки и пуповины	
3.	План родоразрешения пациентки: – роды вести через естественные родовые пути с иглой вене, – оказать пособие по Цовьянову П, – провести профилактику кровотечения	
4.	Оценка подготовки женщины в ЖК: – своевременно не диагностировано тазовое предлежание плода, – не проведена коррекция тазового предлежания, – пациентка не госпитализирована в родовое отделение за 2 недели до родов	
5.	Определение понятиям «нижний сегмент, пояс прилегания и контракционное кольцо». Нижний сегмент – часть тела матки, прилежащая к перешейку и составляющая родовой канал. Контракционное кольцо – поперечная борозда между нижним и	

	<p>верхним сегментом матки. Этот симптом оценивают во время схватки, когда пограничная борозда становится более отчетливой. К концу периода раскрытия она стоит на 5 поперечных пальцев выше лобка, что соответствует раскрытию маточного зева на 10 см.</p> <p>Пояс прилегания (соприкосновения) – место прилегания головки плода к нижнему маточному сегменту в процессе родов. Пояс прилегания препятствует свободному перемещению околоплодных вод и делит их на две неравные части - передние и задние воды. Околоплодные воды выше пояса соприкосновения – задние. Околоплодные воды ниже пояса соприкосновения – передние.</p>	
--	--	--

Ситуационная задача 60

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первородящая Р., 22 лет, поступила в акушерский стационар с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок. Наблюдалась в женской консультации регулярно, беременность протекала без осложнений.

Объективно: женщина правильного телосложения, рост – 145 см, масса тела – 52 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД 115/70-115/80 мм рт. ст., пульс удовлетворительных качеств, частота – 80 уд./мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки – 28 см. Размеры таза: 23-26-28-18 см. Окружность лучезапястного сустава 14,5 см. Ромб Михаэлиса вытянут сверху вниз (боковые углы тупые, верхний и нижний – острые). Положение плода продольное, предлежит голова, прижата к входу в малый таз. Признак Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота – 140 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 30-35 сек. 2-3 за 10 мин. Ориентировочная масса плода по данным УЗИ – 2700 г.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 9 см. Плодного пузыря нет. Предлежащая головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок - слева спереди. Диагональная конъюгата – 11 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Составьте прогноз и план ведения родов..
3. Дайте определение понятию «индекс Соловьёва».
4. Перечислите способы определения истинной конъюгаты.
5. Назовите степени сужения анатомически узкого таза.

Эталон решения ситуационной задачи 60

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Роды первые срочные, конец первого периода. Общеравномерносуженный таз, 1 степени сужения.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – все наружные размеры таза уменьшены по сравнению с нормальными на одинаковую величину (на 2 см), – правильное телосложение и низкий рост (145 см) женщины, – ромб Михаэлиса, вытянутый сверху вниз (боковые углы тупые, верхний и нижний угол – острые), – истинная конъюгата более 9см (диагональная конъюгата 11.00 	

	см – индекс Соловьёва $1.45 = 9.55$ см)	
2.	<p>Прогноз родов можно считать благоприятным, учитывая:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 степень сужения таза у роженицы Р., – соответствие между плодом и тазом роженицы (признак Вастена отрицательный, плод некрупный, массой 2700 г), – достаточно активная родовая деятельность (за 8 часов родовой деятельности шейка матки сгладилась, открытие маточного зева составляет 9 см), – удовлетворительное состояние роженицы и плода, – правильное вставление головки плода. <p>План ведения родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – роды вести через естественные родовые пути, – следить за состоянием роженицы и плода 	
3.	<p>Определение понятию «индекс Соловьёва». Индекс Соловьёва – это $1/10$ окружности лучезапястного сустава, используется для определения истинной конъюгаты</p>	
4.	<p>Способы определения истинной конъюгаты. Истинная конъюгата рассчитывается:</p> <ul style="list-style-type: none"> – по диагональной конъюгате, – по наружной конъюгате, – по вертикальному размеру ромба Михаэлиса, – по размеру Франка, – с помощью рентгенопельвиометрии, – по данным УЗИ 	
5.	<p>Классификация анатомически узкого таза (по степени сужения): I степень – истинная конъюгата меньше от 11 см до 9 см, II степень – истинная конъюгата меньше 9 см и до 7 см, III степень – истинная конъюгата меньше 7 см</p>	

Ситуационная задача 61

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильное отделение ЦРБ поступила Т., 32 лет по поводу срочных родов, которые продолжаются 8 часов. Данная беременность 2-ая, роды 2-ые. Беременность протекала без осложнений. 2 часа назад излились околоплодные воды.

Объективно: поведение женщины беспокойное, жалуется на постоянные боли внизу живота. Кожные покровы обычной окраски, температура $36,8^{\circ}\text{C}$, АД 120/70, 120/75 мм рт. ст., пульс – 86 уд./мин., ритмичный. Схватки через 2-3 мин., по 35-40 сек., сильные и болезненные. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. ОЖ – 106 см, ВСДМ – 39 см, размеры таза 25-28-31-20 см. Признак Вастена положительный. Отмечается болезненность нижнего сегмента в паузах между схватками. Контракционное кольцо на уровне пупка. Сердцебиение плода ритмичное 160 уд./мин., приглушено.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка сглажена, открытие почти полное. Плодного пузыря нет. Головка прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Назовите причины несоответствия головки плода и таза роженицы.
4. Перечислите условия, при которых возможно диагностировать клинически узкий таз.

5. Дайте определение своевременному и несвоевременному излитию вод.

Эталон решения ситуационной задачи 61

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Роды вторые срочные, конец первого периода родов. Крупный плод. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Внутриутробная гипоксия плода.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – наличие бурной родовой деятельности, – болезненность нижнего сегмента матки в паузу между схватками, – стояние контракционного кольца на уровне пупка, – положительный признак Вастена при излившихся водах, – почти полное раскрытие маточного зева, – крупный плод (масса плода: 106 х 39 +500 г, т.к. роды вторые = 4600.00 г), – сердцебиение плода ритмичное 160 уд./мин., приглушено 	
2.	<p>Тактика акушерки в данной ситуации:</p> <p>Целью действий акушерки является сохранение жизни женщины, предупреждение разрыва матки. Для этого она должна:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача акушера, анестезиолога и операционную сестру для операции кесарево сечение, – как можно быстрее снять родовую деятельность (установить контакт с веной, вводить внутривенно токолитик, например, партусистен и спазмолитики), – проводить контроль состояния женщины, пульса, АД; матки, выделений, сердцебиения плода, – успокоить женщину, убедив ее в благополучном исходе родов, – готовить женщину к операции кесарево сечение 	
1	2	3
3.	<p>Причины несоответствия головки плода и таза роженицы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – небольшая степень сужения таза и крупный плод. – неправильное вставление головки – высокое прямое стояние стреловидного шва, переднеголовное или лобное вставление, – крупные размеры плода при нормальных размерах таза, – редкие анатомические изменения таза – посттравматические изменения, опухоли, – недостаточная конфигурация головки при перенесенной беременности 	
4.	<p>Условия, при которых возможно диагностировать клинически узкий таз:</p> <ul style="list-style-type: none"> – открытие шейки матки более 8 см, – отсутствие плодного пузыря, – опорожненный мочевого пузырь, – нормальная сократительная деятельность матки 	
5.	<p>Определение своевременному и несвоевременному излитию вод.</p> <p>Своевременное излитие околоплодных вод: отхождение вод при полном раскрытии шейки матки (воды – роды).</p>	

<p>Дородовое излитие околоплодных вод: отхождение околоплодных вод до начала родов.</p> <p>Раннее излитие околоплодных вод: отхождение околоплодных вод при неполном раскрытии шейки матки.</p> <p>Запоздалое излитие околоплодных вод: отхождение вод происходят в периоде изгнания</p>

Ситуационная задача 62

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильное отделение ЦРБ в 21 час 1 января поступила роженица 19 лет с активной родовой деятельностью, которая началась 2,5 часа назад. Беременность первая. Менструальная функция без особенностей. Беременность доношенная. Размеры таза 26-29-32-20 см. ОЖ – 94 см, ВСДМ – 34 см, положение плода продольное, головное предлежание. Схватки 5-6 за 10 мин. по 50 – 60 сек., очень болезненные. Сердцебиение плода 150 уд./мин., приглушенное, ритмичное. Воды отошли 30 минут назад.

При влагалищном исследовании: влагалище узкое, шейка матки сглажена, края мягкие. Открытие маточного зева – 8-9 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева спереди. Таз емкий, мыс недостижим.

Вопросы:

1. Назовите патологию родового процесса.
2. Перечислите возможные осложнения в данной ситуации.
3. Определите тактику акушерки по отношению к данной роженице.
4. Назовите причины развития гипоксии плода.
5. Составьте план наблюдения за роженицей в первом периоде родов.

Эталон решения ситуационной задачи 62

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Патология родового процесса: наличие сильных, болезненных, частых схваток, которые начались всего 2,5 часа назад, и за это время у первородящей произошло сглаживание шейки матки и открытие на 8 – 9 см, свидетельствует о чрезмерно сильной родовой деятельности (патология относится к аномалии сократительной деятельности матки)	
2.	Возможные осложнения в данной ситуации: <ul style="list-style-type: none"> – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, – эмболия околоплодными водами, – кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, – родовой травматизм у матери, – развитие острой внутриутробной гипоксии плода 	
3.	Тактика акушерки по отношению к данной роженице: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача-акушера, – до его прибытия: успокоить роженицу, – провести профилактику внутриутробной гипоксии плода, – ослабить родовую деятельность путем дачи масочного закисно-кислородного наркоза, – ввести в/в спазмолитики и токолитики, 	

	<ul style="list-style-type: none"> – создать положение роженицы на боку, противоположном позиции плода 	
4.	<p>Причины развития гипоксии плода:</p> <ul style="list-style-type: none"> – нарушение маточно-плацентарного кровообращения, так как схватки следуют одна за другой, и матка не успевает хорошо расслабиться 	
5.	<p>План наблюдения за роженицей в первом периоде родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить компрессию вен нижних конечностей, – определять позицию, положение, предлежание плода и её отношение к тазу матери, – контролировать функциональное состояние роженицы (наличие жалоб, характер и степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушения зрения), – измерять АД, пульс не реже 1 раза в час, – измерять температуру тела роженицы не реже 1 раза в 4 часа, – определять характер сократительной деятельности матки (сила, продолжительность, частота схваток) – каждые 30 минут, – определять состояние предлежащей части плода не реже 1 раза в 2 часа. – проводить психопрофилактическую подготовку. – выслушивать сердцебиение плода акушерским стетоскопом каждые 15 – 20 мин., а при отошедших околоплодных водах после каждой схватки, 	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	<ul style="list-style-type: none"> – контролировать кардиомонитором сердцебиение плода при поступлении, после излития вод, после проведения обезболивания и при открытии маточного зева более 8 см, при нормограмме каждые 3 часа, – контролировать целостность плодного пузыря каждые 15 – 20 мин. – оценивать характер выделений из половых путей каждые 15 – 20 мин., – контролировать функцию мочевого пузыря и кишечника каждые 3 часа (если роженица не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь в течение 3 часов, проводится катетеризация), – выполнять назначения врача 	

Ситуационная задача 63

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица В., 21 года, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов.

Анамнез: соматически здорова, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания – воспаление придатков матки. Беременность 2-ая, предыдущая закончилась родами, осложнившимися слабостью сократительной деятельности матки. Родился мальчик массой 3800 г. Ребёнок жив.

Объективно: женщина обеспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ – 108 см, ВДМ – 35 см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное, Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд./мин. Схватки 1-2 за 10 минут по 15-20 секунд слабые, но болезненные. **Влагалищное исследование:** влагалище ёмкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открыты на 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается в схватку. Головка прижата к входу в малый таз. Крестцовый мыс не достигается.

Вопросы:

1. Выявите проблемы женщины.
2. Определите предположительный диагноз, обоснуйте ответ..
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Составьте план ведения данных родов.
5. Назовите способ, дозу и противопоказания для введения окситоцина для стимуляции родовой деятельности.

Эталон решения ситуационной задачи 63

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы женщины. Действительные проблемы женщины:</p> <ul style="list-style-type: none"> – слабые схватки, обусловленные нарушением сократительной способности матки, – беспокойство за исход родов, <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – риск развития затяжных родов; – риск инфицирования, гипоксии плода и кровотечения 	
1	2	3
2.	<p>Предположительный диагноз: Роды 2-ые срочные в головном предлежании. Первый период родов. Первичная слабость родовой сил. Отягощенный гинекологический анамнез. Обоснование диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> – из условий задачи следует, что у женщины 2-ые роды, – имеются регулярные схватки, но слабые, редкие и короткие, – динамика раскрытия маточного зева не соответствует нормальной скорости раскрытия шейки матки в первом периоде родов, – имеется функционально неполноценный плодный пузырь, – в анамнезе хронический аднексит 	
3.	<p>Тактика акушерки в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача акушера, – уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода, – выполнять назначения врача 	
4.	<p>План ведения данных родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – роды вести через естественные родовые пути, так как предполагаемая масса плода, высчитанная по формуле Жордания $ВДМ \times ОЖ = 108 \times 35 = 3780$ г., а у пациентки были роды массой плода 3800.0 г), – амниотомом произвести амниотомию, – наблюдать за развитием родовой деятельности в течение 2-3 	

	<p>часов (возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится),</p> <ul style="list-style-type: none"> – при отсутствии эффекта начать родостимуляцию окситоцином или простогландами, – на фоне родостимуляции проводить строгий контроль всех показателей роженицы и плода, – при отсутствии эффекта от родостимуляции пациентку родоразрешить путём операции кесарево сечение 	
5.	<p>Способ, доза и противопоказания для введения окситоцина для стимуляции родовой деятельности.</p> <ul style="list-style-type: none"> – предварительно произвести амниотомию, – начать введение окситоцина со скоростью 1-2 мЕД/мин, увеличивая её через каждые 30 мин. или более, ориентируясь на частоту схваток, которая не должна превышать 3-4 за 10 мин. <p>Противопоказания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – угрожающий разрыв матки, – поперечное или косое положение плода, – несоответствие размеров головки плода размерам таза 	

Ситуационная задача 64

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная К., 40 лет, доставлена в перинатальный центр из района в тяжелом состоянии с начавшейся родовой деятельностью в течение 2 часов с доношенной беременностью. Беременность седьмая. Было 4 родов и 2 самопроизвольных выкидыша. Во время данной беременности отмечались отёки нижних конечностей. Через час от начала родовой деятельности появились постоянные боли в животе и кровотечение из половых путей. Со слов беременной количество потерянной крови составило примерно 250 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс 110 уд./мин. слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 и 95/60 мм рт. ст. Температура тела 36,3⁰С. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче определяется белок.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику родоразрешения пациентки.
4. Объясните причину наступления внутриутробной гибели плода.
5. Опишите характерный вид плаценты при её преждевременной отслойке.

Эталон решения ситуационной задачи 64

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Предположительный диагноз. Начало первого периода 5 срочных родов. Осложнённый акушерский анамнез. Отёки, вызванные беременностью, длительное течение. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Постгеморрагическая</p>	

	анемия. Шок. Внутриутробная гибель плода.	
2.	<p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – анемия (кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот, пульс 110 уд/мин., слабого наполнения. АД 90/60 и 95/60 мм рт. ст.), – напряжение матки, не позволяющее пальпировать части плода, – нарушение гемодинамики, – много рожавшая пациентка, – 2 медицинских аборта в анамнезе, – отёки, вызванные беременностью, – симптом Щеткина-Блюмберга положительный, – постоянные боли в животе 	
3.	<p>Тактика родоразрешения пациентки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение, – надшеечная ампутации матки без придатков, – гемотрансфузия и плазмотрансфузия 	
4.	<p>Причины наступления внутриутробной гибели плода. Внутриутробная гибель плода наступила от асфиксии в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения. При отслойке больше 1/3 материнской поверхности плаценты приводит к тяжелой асфиксии. Отслойка всей плаценты приводит к быстрой гибели плода</p>	
5.	<p>Характерный вид плаценты при её преждевременной отслойке. На материнской поверхности плаценты расположены плотно прижатые к ней темные кровяные сгустки, после удаления, которых обнаруживаются углубления плацентарной ткани</p>	

Ситуационная задача 65

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица К., 40 лет, много рожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок. Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая – искусственным абортom без осложнений, седьмая - срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры.

Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 часов от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8⁰С. АД 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс – 116 уд./мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Живот несколько вздут, окружность – 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки нечёткие. Под передней брюшной стенкой пальпируется

подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantia spinarum – 26 см, distantia cristarum – 28 см, distantia trochanterica – 30 см, conjugata externa – 21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца недоступен, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Приведите классификацию разрывов матки.
3. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.
4. Назовите профилактические мероприятия, которые могли бы предотвратить данное осложнение родов.
5. Перечислите группу риска по возникновению разрыва матки.

Эталон решения ситуационной задачи 65

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Первый период седьмых, срочных родов. Осложнённый акушерский анамнез. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – данные анамнеза, – прекращение активной родовой деятельности после острой боли в животе, – отчетливая пальпация плода через переднюю брюшную стенку, – пальпация нечетких контуров матки, 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие сердцебиения плода, – тяжелое состояние женщины (геморрагический шок), – кровянистые выделения из половых путей, – положительный симптом Щеткина-Блюмберга, – появление перкуторной тупости в отлогих местах живота 	
2.	<p>Классификация разрывов матки:</p> <p>По времени происхождения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – разрывы вовремя беременности, – разрывы во время родов. <p>По патогенетическому признаку:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Самопроизвольные разрывы матки: <ul style="list-style-type: none"> – механические, – гистопатические, – механогистопатические 2. Насильственные разрывы матки: <ul style="list-style-type: none"> – травматические, – смешанные. <p>По клиническому течению:</p> <ul style="list-style-type: none"> – угрожающий разрыв, – начавшийся разрыв, 	

	<ul style="list-style-type: none"> – совершившийся разрыв. <p>По характеру повреждения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – трещина (надрыв), – неполный разрыв, – полный разрыв <p>По локализации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – разрыв в дне матки, – разрыв в теле матки, – разрыв в нижнем сегменте, – отрыв матки от сводов влагалища 	
3.	Причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю. Гистопатические (многорожавшая, воспаление матки в анамнезе, медицинский аборт и ручное обследование полости матки в анамнезе)	
4.	Профилактические мероприятия, которые могли бы предотвратить данное осложнение родов: <ul style="list-style-type: none"> – наблюдение в женской консультации, – дородовая госпитализация в стационар, – роды в специальном учреждении 	
5.	Группа риска по возникновению разрыва матки: <ul style="list-style-type: none"> – беременные с узким тазом, – неправильным положением плода, – перенесенной беременностью (крупный плод), – много рожавшие женщины с дряблой брюшной стенкой и дряблой маткой, – имеющие отягощенный акушерский анамнез (патологические роды, осложненные аборты, послеродовые и постабортные воспалительные заболевания), – перенесшие кесарево сечение и другие операции на матке 	

Ситуационная задача 66

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В предродовой палате находится роженица Л. 22-х лет с активной родовой деятельностью в течение 10 часов. Беременность I, протекала без осложнений, наблюдалась в женской консультации, прошла подготовку к родам.

Объективные данные: рост 163 см, масса тела роженицы 70 кг. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. АД 120/70 – 115/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Размеры таза 25-28-31-21 см. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд./мин. Окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки – 32 см. Схватки 4 – 5 за 10 минут по 40 – 45 секунд, хорошей силы. На высоте очередной схватки излились светлые воды в количестве 200 мл. Роженица испытывает желание тужиться.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей, открытие зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок ближе кпереди, слева. Мыс недостижим.

Вопросы:

1. Определите предварительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к роженице в данной ситуации.
3. Дайте определение потугам, их характеристика.

4. Дайте определение понятиям «врезывание и прорезывание» головки.
5. Назовите особенности ведения второго периода родов (в соответствии с клиническими протоколами).

Эталон решения ситуационной задачи 66

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предварительный диагноз: Начало второго периода первых срочных родов в переднем виде затылочного предлежания.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – полное открытие шейки матки, – излитие вод, – головка плода опустилась в широкую часть полости малого таза, – появилось желание тужиться 	
2.	<p>Тактика акушерки по отношению к роженице в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – успокоить женщину, объяснив ей сущность второго периода родов, – перевести женщину в родильный зал и подготовить её к родам, – подготовить стол для приема родов, – вымыть руки одним из способов, надеть стерильный халат, маску, перчатки, – вести второй период родов, согласно стандартной схеме, – оказать акушерское пособие при приёме родов 	

1	2	3
3.	<p>Потуги, их характеристика:</p> <p>Потуги – изгоняющая сила во втором периоде родов. Кроме сокращения матки, потуга включает сокращение мышц брюшного пресса, диафрагмы, верхних и нижних конечностей. Потуги возникают рефлекторно вследствие раздражения нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна продвигающейся по родовому каналу предлежащей частью плода. В отличие от схваток, роженица может регулировать силу потуг и продолжительность</p>	
4.	<p>Врезывание головки: на высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода, а в паузах между потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге.</p> <p>Прорезывание головки: предлежащая часть плода не скрывается в паузах между потугами в половую щель. Процесс завершается рождением всей головки</p>	
5.	<p>Особенности ведения второго периода родов (в соответствии с клиническими протоколами):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нахождение акушерки с роженицей постоянно. 2. Документированный мониторинг: 	

	<ul style="list-style-type: none"> – АД, ЧСС роженицы 1 раз в час; – контроль опорожнения мочевого пузыря 1 раз в час; – мониторинг родовых схваток акушеркой с занесением в партограмму каждые 30 минут; – мониторинг сердечной деятельности плода; – при расположении головки в узкой части или на тазовом дне аускультация плода - после каждой схватки <p>3. При брадикардии или тахикардии плода – оценка по отношению к пульсу матери.</p> <p>4. Прогрессия родов с указанием продвижения предлежащей части плода оценивается врачом с документированием в партограмме. Роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы)</p>	
--	--	--

Ситуационная задача 67

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

В родильное отделение ЦРБ 10 ноября доставлена первородящая А., 20 лет, с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность началась 4 часа назад. В машине скорой помощи отошли околоплодные воды. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 17 марта. Брак первый. Настоящая беременность вторая. Первая закончилась 1,5 года назад медицинским абортom при сроке беременности 10-11 недель. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания беременности, по поводу чего лечилась в стационаре при сроке 10-12 недель, 15-16 недель и 27-28 недель беременности. Первое шевеление плода 4 августа.

Объективно: со стороны внутренних органов без патологии. АД 110/70, 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд./мин., ритмичный, кожные покровы обычной окраски, ОЖ – 85 см, ВСДМ – 30 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 уд./мин. Схватки через 3-4 мин. по 40-50 сек., хорошей силы. Роженицу потуживает.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка малым сегментом на входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Малый родничок слева. Таз емкий, без экзостозов. Мыс не достижим.

Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации, особенности ведения родов.
4. Дайте определение понятию «проводная ось таза», «ведущая точка» и «вставление головки».
5. Дайте определение преждевременным родам.

Эталон решения ситуационной задачи 67

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Проблемы роженицы. Действительные проблемы: – схваткообразные боли, обусловленные родовой деятельностью;	

	<ul style="list-style-type: none"> – беспокойство за исход родов. <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – риск родового травматизма у плода; – риск рождения плода в асфиксии; – риск кровотечения в III и раннем послеродовом периоде 	
2.	<p>Предположительный диагноз: Начало второго периода преждевременных родов в 34 недели в головном предлежании. Отягощенный акушерский анамнез.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – исходя из условий задачи, срок беременности по данным последней менструации, дате первого шевеления плода (у первородящей в 20 недель) 34 недели, – указанному сроку беременности соответствуют размеры ОЖ – 85 см, ВДМ – 30 см при отошедших водах, – наличие регулярных родовых схваток через 3-4 мин., излитие околоплодных вод в конце первого периода, желание тужиться, полное раскрытие маточного зева соответствуют началу II периода преждевременных родов, – наличие в анамнезе прерывания первой беременности медицинским абортom 	
3.	<p>Тактика акушерки.</p> <p>Учитывая, что роды преждевременные при сроке 34 недели, начало периода изгнания, необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> – срочно вызвать врача-акушера, врача-неонатолога; – успокоить роженицу, – провести частичную санитарную обработку роженицы, после чего сразу перевезти ее в родильный зал, – подготовить стерильный стол для приема родов с учетом необходимости проведения перинеотомии, профилактики кровотечения, – обучить роженицу поведению во втором периоде родов, 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – после стандартной подготовки к приему родов оказать акушерское пособие, – приём родов вести без защиты промежности с рассечением промежности и профилактикой кровотечения, – оценить новорожденного по шкале Сильвермана 	
4.	<p>Определение понятий.</p> <p>Проводная ось таза: линия, соединяющая середины всех прямых размеров плоскостей малого таза, представляет собой дугу, вогнутую спереди и выгнутую сзади.</p> <p>Ведущая точка: точка на предлежащей части, которая продвигается по проводной оси таза, первая опускается на каждую нижележащую плоскость малого таза, при влагалищном исследовании определяется в центре малого таза, и первой рождается из половых путей.</p> <p>Вставление головки: положение головки в момент пересечения плоскости входа в малый таз. Вставление считают нормальным, если вертикальная ось головки перпендикулярна плоскости входа в малый таз, а стреловидный шов находится приблизительно на одинаковом расстоянии от мыса и лона</p>	

5.	<p>Преждевременными родами по определению ВОЗ считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности (154–259 дней беременности, считая от первого дня последней менструации). С точки зрения перинатологии классифицируют новорождённых в зависимости от массы тела при рождении:</p> <ul style="list-style-type: none"> – до 2500 г – с низкой массой при рождении, – до 1500 г – с очень низкой, – до 1000 г – с экстремально низкой 	
-----------	--	--

Ситуационная задача 68

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильное отделение ЦРБ поступила повторнородящая В., 30 лет, с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью. Беременность многоплодная, протекала без осложнений. Соматически здорова. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Размеры таза 25-28-30-20 см. Через 6 часов от момента поступления в родильное отделение произошли роды - родился 1 плод в переднем виде головного предлежания, женского пола с оценкой по шкале Апгар 8 баллов, массой 2500 г.

После рождения первого плода при наружном акушерском обследовании обнаружено: головка 2 плода определяется слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода – слева на уровне пупка ясное, ритмичное 140 уд./мин.

Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте ответ
3. Определите дальнейшую тактику ведения второго периода родов в данной ситуации.
4. Назовите принципы организации оказания помощи во время нормальных родов.
5. Назовите меры профилактики преждевременных родов.

Эталон решения ситуационной задачи 68

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы роженицы. Действительные проблемы: – беспокойство за исход родов Потенциальные проблемы – риск развития внутриутробной гипоксии II плода и асфиксии новорожденного, – риск развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, – риск повышенного травматизма матери и плода (разрыв матки и т.д.), – риск кровотечения в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде</p>	

2.	<p>Предположительный диагноз: Второй период срочных родов двойней. Поперечное положение 2-го плода.</p> <p>Обоснование диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> – из условий задачи следует, что у роженицы II период срочных родов двойней, произошло рождение I плода, – по данным наружного акушерского исследования - второй плод располагается поперечно, в I позиции, так как головка располагается слева, сердцебиение II плода выслушивается слева на уровне пупка 	
3.	<p>Тактика дальнейшего ведения второго периода родов в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – роды ведет врач-акушер с обязательным присутствием врача-неонатолога, – второй период родов необходимо вести с иглой в вене для создания полной готовности к инфузионной и трансфузионной терапии, – учитывая подготовленность родовых путей и возможность быстрого родоразрешения, при поперечном положении второго плода необходимо произвести поворот его на ножку с последующим извлечением 	
4.	<p>Организация оказания помощи во время нормальных родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – индивидуальный родильный зал, – роды ведет врач, акушерка выполняет назначения, следит за состоянием женщины и плода, оказывает ручное пособие, уход за новорожденным, – получение согласия на роды, манипуляций, операций, – участие родственников, – удобное положение, питье 	
5.	<p>Профилактика преждевременных родов (в группе риска): Прогестерон (утрожестан) – интравагинально по 200 мг ежедневно до 34 недель беременности</p>	

Ситуационная задача 69

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица 29 лет доставлена в родильный дом с регулярной родовой деятельностью через 12 часов после излития околоплодных вод при сроке беременности 38 – 39 недель. Роды предстоят вторые. Размеры таза 25 x 28 x 31 x 20 см. Общее состояние удовлетворительное. Схватки через 2-3 мин. по 40 сек. Положение плода поперечное: головка справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода не выслушивается.

Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, во влагалище находится отечная правая ручка и плечико.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения данного случая.
3. Перечислите причины развития поперечного положения плода.
4. Назовите возможные осложнения при поперечном положении плода.
5. Перечислите действия акушерки во втором периоде родов в соответствии с клиническими рекомендациями.

Эталон решения ситуационной задачи 69

№	Выполнение задания	Выполнил/
---	--------------------	-----------

п/п		Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз. Второй период вторых срочных родов. Запущенное поперечное положение плода. Внутриутробная гибель плода.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – положение плода поперечное, головка справа, тазовый конец слева, – сердцебиение плода не выслушивается, – во влагалище находится отечная правая ручка и плечико 	
2.	<p>Тактика ведения данного случая: произвести плодоразрушающую операцию (декапитацию)</p>	
3.	<p>Причины развития поперечного положения плода:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дряблость мускулатуры брюшной стенки, – гипотрофия плода, – маловодие, многоплодие, – крупный плод, – аномалии строения матки, фибромиома матки, – предлежание плаценты, – узкий таз – анэнцефалия и гидроцефалия плода 	
4.	<p>Возможные осложнения при поперечном положении плода:</p> <ul style="list-style-type: none"> – преждевременное излитие околоплодных вод, – преждевременные роды, – запущенное поперечное положение плода (вколачивание плечика во вход таза, выпадение наружу частей плода - ручки, пуповины) в результате излития вод, – запущенное поперечное положение плода может привести к разрыву матки, – при выпадении частей плода может произойти восходящее инфицирование с развитием хориоамнионита, – гипоксия или асфиксия плода 	
1	2	3

5.	<p>Действия акушерки во втором периоде родов в соответствии с клиническими рекомендациями:</p> <ul style="list-style-type: none"> – акушеркой осуществляется подготовка места для принятия родов (разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов), – осуществляется подготовка необходимого оборудования и места для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка), – рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина наиболее удобное положение в родах – полусидя. Наиболее неудобное и опасное для плода положение – лежа на спине, – физиологические роды принимает акушерка, – пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка. Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки проводится в удобное для акушерки время. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком. марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается, – при рождении ребенка следует обеспечить присутствие неонатолога, который осматривает новорожденного сразу после рождения и дает развернутую оценку состояния ребенка 	
-----------	--	--

Ситуационная задача 70

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица Ф., 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 9 часов назад. Безводный промежуток 10 часов.

Из анамнеза: в детстве была болезненным ребенком, ходить начала с 2 лет, взрослой перенесла пневмонию и грипп. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая - мертворождением ребенка массой 2900 г. Первые и вторые роды длительные. При настоящей беременности осложнений не было.

Объективно: Рост – 150 см, масса тела – 54 кг. Грудь впалая, реберные чётки, нижние конечности укорочены, искривлены в виде Х. Зубы редкие с поперечными желобками. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая. АД 120/80-120/85 мм рт. ст., пульс-76 уд./мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. ОЖ – 104 см. ВСДМ – 38 см. Размеры таза: 26-26-31-18 см. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка малым сегментом во входе в малый таз. Признак Вастена – головка вровень с симфизом. Сердцебиение плода 140 уд./мин., ясное, ритмичное. Ориентировочная масса плода – 3950 г. Отеков нет. Мочится самостоятельно.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Подтекают воды в небольшом количестве с примесью мекония. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов - в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Диагональная конъюгата – 11,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Составьте план ведения данных родов.
4. Назовите особенности биомеханизма родов при данной форме таза.
5. Дайте определение понятию «синклитическое и асинклитическое вставление головки».

Эталон решения ситуационной задачи 70

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Второй период третьих срочных родов. Плоскоррахитический таз. I степень сужения. Передний асинклитизм. Крупный плод. Дородовое излитие околоплодных вод. Отягощенный акушерский анамнез	
2.	Обоснование. <ul style="list-style-type: none"> – размер между передневерхними остями подвздошных костей (26 см) равен размеру между гребнями этих костей, – уменьшен прямой размер входа в малый таз (18 см против 20 см в норме) и диагональная (11,5 см против 12,5-13 см в норме) конъюгаты, – сведения о перенесенном рахите (голова большая, четырехугольная, зубы редкие, с поперечными желобками, грудь впалая, реберные чётки, нижние конечности укорочены, искривлены в форме буквы X), – стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца, т.е. во вход в малый таз вставляется передняя теменная кость, – преждевременное излитие вод установлено из данных анамнеза, – масса плода 3950 г, – отягощенный акушерский анамнез (в анамнезе мертворождение плода массой 2700.0 г) 	
3.	План ведения этих родов: учитывая сомнительный признак Вастена, преждевременное излитие вод, отягощенный анамнез, крупные размеры плода (3950 г), узкий таз I степени сужения данные роды следует закончить операцией кесарево сечение	
4.	Особенности биомеханизма родов при плоскоррахитическом тазе: <ul style="list-style-type: none"> – продолжительное высокое стояние головы плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, – небольшое разгибание головы при вступлении ее во вход в малый таз, – асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм), – «штурмовые» роды, завершающиеся очень быстрым изгнанием плода после длительного вставления головы во вход в малый таз 	
1	2	3
5.	Синклитическое вставление: вертикальная ось головки перпендикулярна плоскости входа в малый таз, а стреловидный шов находится приблизительно на одинаковом расстоянии от мыса	

	и лона. Синклитическое вставление считают нормальным или осевым. Асинклитическое вставление: отклонение стреловидного шва от центра плоскости входа в малый таз. При переднем асинклитизме (Негеле) стреловидный шов расположен ближе к мысу. При заднем асинклитизме (Литцмана) стреловидный шов приближен к симфизу	
--	---	--

Ситуационная задача 71

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Повторнородящая 33 лет с доношенной беременностью, поступила с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Воды излились 3 часа назад. Жалобы на сильные и болезненные схватки. АД 130/85 и 125/80 мм рт. ст.

В анамнезе: 2 нормальных родов и 7 искусственных абортов, без осложнений. Размеры таза 25 x 28 x 30 x 20 см. Матка напоминает по форме песочные часы. Высота стояния дна матки 40 см. Окружность живота 110 см. Положение плода продольное, спинка слева, головка прижата к входу в малый таз. Схватки потужного характера через 1,5-2 мин. по 55-60 сек., интенсивные. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 160 уд./мин.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие полное, плодного пузыря нет. Головка прижата к входу в малый таз. Мыс крестца не достижим.

Вопросы:

1. Выделите проблемы женщины.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Определите дальнейшую тактику ведения родов.
5. Назовите диагностические признаки клинически узкого таза

Эталон решения ситуационной задачи 71

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Проблемы женщины. Настоящие проблемы: – крупный плод, – несоответствие размеров таза головке плода Потенциальная проблема: разрыв матки	
2.	Предположительный диагноз: Второй период третьих срочных родов. Крупный плод, Отягощённый акушерский анамнез. Клинически узкий таз. Внутриутробная гипоксия плода.	
3.	Обоснование: – предполагаемая масса плода 4900 (40 x 110 + 500) г, – в анамнезе 2 родов и 7 абортов, – признак Вастена положительный, – открытие шейки матки полное, – сердцебиение приглушено 160 уд./мин.	
4.	Дальнейшая тактика ведения родов: роды необходимо закончить операцией кесарева сечения.	
1	2	3
5.	Диагностические признаки клинически узкого таза: – длительное стояние головки плода в одной плоскости и	

	<p>отсутствие продвижения во II периоде родов,</p> <ul style="list-style-type: none"> – выраженная конфигурация головки и родовая опухоль, – отек шейки матки, наружных половых органов, слизистой влагалища, – перерастяжение нижнего сегмента и высокое стояние контракционного кольца, – положительные признаки Вастена, Цангейстера (только при переднем виде!), – непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки 	
--	--	--

Ситуационная задача 72

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу затянувшихся (до 23 часов) срочных родов. Воды излились 2 часа назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее.

Беременность вторая, роды предстоят вторые. Первая – 3 года назад закончились срочными родами, продолжающимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г. Беременность протекала без осложнений.

Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 79 кг. Отеков нет. Пульс – 78 уд./мин., ритмичный, АД 120/80; 125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Окружность живота – 103 см, высота стояния дна матки над лобком – 36 см. Матка овоидной формы. Сердцебиение плода 140 уд./мин., ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Предполагаемая масса плода – 3700 г. Мочеиспускание самостоятельное прозрачной, соломенно-желтого цвета мочой. Роженица утомлена, беспокойна. Признак Вастена отрицательный.

Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей женщины, шейка матки гладкая, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа слегка отклонен к мысу крестца. Немного ниже опущена передняя теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Назовите клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Определите значение признака Генкеля-Вастена.
4. Составьте план дальнейшего ведения родов.
5. Перечислите действия акушерки во втором периоде родов.

Эталон решения ситуационной задачи 72

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Второй период 2 срочных родов. Крупный плод. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Вторичная слабость родовой деятельности	
1	2	3
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – затяжные (до 23 часов) роды у повторнородящей женщины, – асинклитическое вставление головы плода, 	

	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие продвижения головы при полном раскрытии маточного зева и своевременном излитии околоплодных вод, – ослабление родовых сил во втором периоде родов 	
3.	Признак Генкеля-Вастена используются для выявления клинического несоответствия между головой плода и тазом роженицы	
4.	План дальнейшего ведения родов: начать родостимуляцию. Если в течение 2-3 часов не разовьётся хорошая родовая деятельность и не последует продвижение головки плода провести родоразрешение путём операции кесарево сечение	
5.	<p>Действия акушерки во втором периоде родов. Во втором периоде акушерка должна:</p> <ul style="list-style-type: none"> – тщательно осуществлять контроль состояния плода (выслушивать сердцебиение плода в течение 40 секунд - 1 минуты каждые 15 минут, в дальнейшем после каждой потуги), – проводить наблюдение за роженицей (контрольное исследование пульса, измерение артериального давления в начале 2 периода родов, затем каждые 30 мин. с наступлением потуг), – оказать акушерское пособие – приём родов, – проводить профилактику акушерского травматизма – проводить первичный туалет новорожденного, – проводить вторичный туалет новорожденного, – проводить профилактику кровотечения, – проводить профилактику асфиксии новорожденного, и реанимационные мероприятия новорожденному, родившемуся в асфиксии, – опорожнение мочевого пузыря после рождения ребенка, – выполнять врачебные назначения 	

Ситуационная задача 73

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первородящая 24 лет, поступила на роды с доношенной беременностью.

Из анамнеза выяснено, в детстве болела рахитом, ветряной оспой и простудными заболеваниями. Схватки начались 25 часов тому назад. Околоплодные воды излились за 2 часа до начала родовой деятельности. При поступлении: состояние удовлетворительное. Женщина утомлена, пульс 104 уд./мин., ритмичный, АД 110/60 мм рт. ст.. Температура тела - 37, 8⁰ С.

Объективно: матка овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Наружные размеры таза: 25 – 26 – 30 – 17 см. Схватки 1-2 за 10 мин. по 25-30 сек., слабые. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода не прослушивается.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Диагональная конъюгата – 10см. Выделения из влагалища гноевидные с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения родов.

4. Назовите ошибки, допущенные при наблюдении пациентки в женской консультации и при ведении родов.
5. Назовите факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

Эталон решения ситуационной задачи 73

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: Второй период первых срочных родов. Дородовое излитие околоплодных вод. Плоскорахитический таз, сужение 2 степени. Первичная слабость родовой деятельности. Интранатальная гибель плода, эндометрит в родах	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – родовая деятельность в течение 25 часов, – безводный период 27 часов, – наружные размеры таза: 25 – 26 – 30 – 17 см, – диагональная конъюгата – 10 см, – температура тела -37, 8°С, – схватки 1-2 за 10 мин. по 25-30 сек., слабые, – сердцебиение плода не прослушивается, – выделения из влагалища гнойные с неприятным запахом 	
3.	Тактика ведения родов: учитывая данную ситуацию, необходимо произвести плодоразрушающую операцию	
4.	Ошибки, допущенные при наблюдении пациентки в женской консультации и при ведении родов: <ul style="list-style-type: none"> – беременная не была информирована о необходимости поступления в акушерский стационар при излитии околоплодных вод, – не был диагностирован плоскорахитический таз, – не было плановой госпитализации в ОПБ за 2 – 3 недели до родов для решения вопроса функциональной способности данного таза и выбора способа родоразрешения 	
5.	Факторы риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ): <ul style="list-style-type: none"> – нарушение правил гигиены, – пролонгирование беременности при мёртвом плоде, – задержка частей плаценты в полости матки, – предшествующая анемия и расстройство питания, – затяжные роды, – длительный безводный период, – частые влагалищные исследования, – кесарево сечение и другие оперативные роды, – предшествующие ЗППП, – послеродовые кровотечения, – повторные аборт 	

Ситуационная задача 74

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роды первые, в срок. Беременность протекала без осложнений. Схватки начались за 6 часов до поступления в родильный дом. Воды излились сразу после начала родовой деятельности. При поступлении роженица беспокойна, АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 90

уд./мин., температура 37,1⁰С. Рост 165 см, вес 75 кг, размеры таза 25-28-31-17 см. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки 34 см. Схватки частые, сильные, болезненные, судорожные, потужного характера. Положение плода продольное, головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 уд./мин. Моча, выпущенная по катетеру, содержит примесь крови.

Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой родничок справа, ниже малого. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см. Подтекают воды с примесью крови и мекония.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Составьте план ведения данных родов.
4. Перечислите причины разгибательных предлежаний плода.
5. Дайте характеристику простому плоскому тазу.

Эталон решения ситуационной задачи 74

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: II период первых срочных родов. Переднеголовное предлежание плода, первая позиция. Простой плоский таз второй степени сужения. Раннее излитие околоплодных вод. Клинически узкий таз. Начавшийся разрыв матки. Острая гипоксия плода	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – размеры таза 25-28-31-17 см, – диагональная конъюгата 10 см, – раскрытие шейки матки полное, – схватки частые, сильные, болезненные, судорожные, потужного характера, – воды излились сразу после начала родовой деятельности, – роженица беспокойна, – сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 ударов в минуту, – моча, выпущенная по катетеру, содержит примесь крови, – стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз, малый родничок слева, большой родничок справа, ниже малого, – подтекают воды с примесью крови и мекония 	
3.	План ведения данных родов: роды закончить операцией кесарева сечения	
4.	Причины разгибательных предлежаний плода. Материнские причины: <ul style="list-style-type: none"> – перерастяжение матки (при многоводии, многоплодии, многократных родах), – неправильная форма матки (седловидная, двурогая), – наличие перегородки в полости матки, – клиническое несоответствие размеров головки и таза (узкий таз, крупный плод), – опухоли мягких и костных тканей малого таза, – фибромиома матки 	
1	2	3

	<p>Плодовые причины:</p> <ul style="list-style-type: none"> – малые либо слишком большие размеры головки плода (недоношенность, анэнцефалия, микроцефалия, гидроцефалия), – наличие шейных тератом у плода, – опухоли щитовидной железы плода 	
5.	<p>Простой плоский таз – таз, у которого уменьшены все прямые размеры плоскости входа, полости и выхода таза, крестец приближен к передней стенке таза, лонная дуга широкая, обычно увеличен поперечный размер входа. У женщин с простым плоским тазом телосложение правильное</p>	

Ситуационная задача 75

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная К., 20 лет, доставлена в стационар в 8 часов 20 минут, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, в конце схватки отмечает желание тужиться.

Из анамнеза: данная беременность третья, предыдущие две беременности закончились нормальными родами, новорожденные имели вес 2900,0 г и 3100,0 г. Срок настоящей беременности 40 недель. Схватки начались накануне вечером в 22 часа, воды отошли дома, за 3 часа до поступления в стационар, в течение последних 1,5 часов в конце схватки возникает желание тужиться.

При поступлении: поведение роженицы беспокойное, пульс 90 уд./мин., АД 120/80 мм рт. ст. на обеих руках, температура тела 36,6 °С. Живот увеличен за счет беременной матки, на уровне пупка визуализируется косо расположенное пограничное кольцо. Высота стояния дна матки – 40 см, окружность живота – 100 см. Схватки сильные, частые, во время пауз между схватками стенка матки почти не расслабляется. Пальпация нижнего сегмента матки болезненная. Положение плода продольное, головка плода прижата к входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритм правильный, 120 уд./мин. Размеры таза 24-26-29-19 см. Окружность лучезапястного сустава – 16 см.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края отёчные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, занимает верхний край лона, вставление правильное. На головке определяется родовая опухоль. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Перечислите клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения данных родов.
4. Назовите осложнение при дальнейшем консервативном ведении данных родов.
5. Назовите показания для проведения влагалищного исследования в родах.

Эталон решения ситуационной задачи 75

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Второй период третьих, срочных родов в затылочном предлежании. Общеравномерносуженный таз I степени сужения. Крупный плод. Несоответствие головки плода тазу матери. Угрожающий разрыв матки</p>	
1	2	3

2.	Клинические признаки, подтверждающие диагноз: <ul style="list-style-type: none"> – сильные болезненные схватки, – непродуктивные потуги, – размеры таза 24-26-29-19 см, – косо расположенное контракционное кольцо на уровне пупка, – болезненность нижнего сегмента при пальпации, – отсутствие полного расслабления матки вне схватки, – отечность краев маточного зева 	
3.	Дальнейшая тактика ведения данных родов: <ul style="list-style-type: none"> – снять родовую деятельность, – экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения 	
4.	Патология при дальнейшем консервативном ведении данных родов: разрыв матки	
5.	Показания для проведения влагалищного исследования в родах: <ul style="list-style-type: none"> – при поступлении на роды, – при излитии околоплодных вод, – при проведении амниотомии, – с целью оценки эффективности родовой деятельности, – для выяснения причин гипоксии, кровотечения, условий родоразрешения, – перед аналгезией 	

Ситуационная задача 76

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильное отделение поступила первобеременная А., 20 лет, с доношенной беременностью и начавшейся 6 часов назад родовой деятельностью. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 158 см, вес 60 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/70, 110/60 мм рт. ст. Пульс 78 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ОЖ – 95 см, ВДМ – 35 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Схватки через 3-4 мин. по 40-45 сек. Положение плода продольное, головное, I позиция передний вид, головка большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин., ясное, ритмичное, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, открытие близко к полному, края мягкие, податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка большим сегментом в плоскости входа в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере.

Произведена амниотомия, излились околоплодные воды светлые, в количестве 150 мл. Через 20 мин. началась потужная деятельность. При прорезывании головки имеются симптомы выпячивания промежности, отек, побледнение кожи в области промежности. Кожа блестящая.

Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите действия акушерки во втором периоде родов.
5. Перечислите показания и противопоказания для амниотомии в родах.

Эталон решения ситуационной задачи 76

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы роженицы. Действительные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – схваткообразные боли, обусловленные родовой деятельностью, – беспокойство за исход родов <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – риск повышенного травматизма матери (разрыв промежности), – риск развития внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного, – риск возникновения осложнений в послеродовом периоде, обусловленный разрывом или рассечением промежности 	
2.	<p>Предположительный диагноз: II период первых срочных родов в головном предлежании. Угроза разрыва промежности. Обоснование. Из условий задачи следует, что у роженицы первая доношенная беременность, регулярная родовая деятельность (потуги), головка на тазовом дне, промежность бледная, блестящая, отёчная, что соответствует симптомам угрожающего разрыва промежности</p>	
3.	<p>Тактика акушерки: учитывая наличие симптомов угрожающего разрыва промежности, необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> – успокоить роженицу, – пригласить врача, – приготовить инструменты для рассечения промежности, – в асептических условиях на высоте потуги произвести перинеотомию; – после окончания родов подготовить лекарственные препараты для обезболивания при проведении перинеорафии; – подготовить инструменты для осмотра родовых путей и перинеорафии; – ассистировать при осмотре родовых путей и перинеорафии 	
4.	<p>Во втором периоде акушерка должна:</p> <ul style="list-style-type: none"> – тщательно осуществлять контроль состояния плода (выслушивать сердцебиение плода в течение 40 сек. - 1 мин. каждые 15 мин., в дальнейшем после каждой потуги), – проводить наблюдение за роженицей - контрольное исследование пульса, измерение артериального давления в начале 2 периода родов, затем каждые 30 мин. с наступлением потуг, – оказать акушерское пособие - приём родов, – проводить профилактику акушерского травматизма. – проводить первичный туалет новорожденного, – проводить вторичный туалет новорожденного. – проводить профилактику кровотечения, – проводить профилактику асфиксии новорожденного, и реанимационные мероприятия новорожденному, родившемуся в асфиксии, 	
1	2	3

	<ul style="list-style-type: none"> – проводить опорожнение мочевого пузыря после рождения ребенка, – выполнять врачебные назначения 	
5.	<p>Показания для амниотомии во время родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – отсутствие самопроизвольного вскрытия плодного пузыря при нормальном течении родов и открытии маточного зева на 7 см и более, – многоводие, – маловодие, – «плоский» плодный пузырь, – многоплодная беременность (через 10–15 мин. после рождения первого плода), – переносная беременность, – гипертензивные расстройства во время беременности. <p>Основные противопоказания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – обострение генитального герпеса, – неправильные положения и предлежания плода, – предлежание пуповины, – все противопоказания для вагинальных родов 	

Ситуационная задача 77

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильный блок из отделения патологии беременности переведена первобеременная А., 25 лет, с начавшейся 2 часа назад родовой деятельностью. Из анамнеза: наследственность не отягощена, перенесенные заболевания: корь, грипп, частые ангины, ревматизм. 7 лет назад диагностирован митральный порок сердца. Нарушений кровообращения не было. Менструальная функция без особенностей. Брак первый, гинекологические заболевания отрицает. Беременность первая, доношенная, протекала без осложнений.

За 2 недели до родов была госпитализирована в ОПБ для подготовки к родам с диагнозом: беременность 38 недель. Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана. Родовая деятельность развивалась правильно. Проводилось тщательное обезболивание, введение сердечных средств, ингаляции кислорода.

В 14 час. 30 мин. начались потуги. В 15 час. роженица пожаловалась на слабость, появился цианоз губ, отдышка. Число дыханий 30 в 1 мин., пульс 96 уд./мин., слабого наполнения. Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода 140 уд./мин., ритмичное.

Вопросы:

1. Выделите проблемы пациентки.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Обоснуйте ответ.
4. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
5. Назовите особенности течения и ведения беременности и родов у женщин с сердечно-сосудистой патологией.

Эталон решения ситуационной задачи 77

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы пациентки. Действительные проблемы:</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> – затрудненное дыхание; – сердцебиение; – страх; – схваткообразные боли, обусловленные потугами; – беспокойство за исход родов. <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – риск развития острой сердечной недостаточности, отека легких и сердечной стенки легких; – риск развития гипоксии плода и асфиксии новорожденного; – риск обострения ревматического процесса в послеродовом периоде; – риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде 	
2.	Предположительный диагноз: Второй период первых срочных родов. Недостаточность митрального клапана. Нарушения кровообращения II степени. Угрожающая внутриутробная гипоксия плода	
3.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – у женщины первая беременность, доношенная, – потуги, головка плода на тазовом дне, что соответствует II периоду родов в головном предлежании, – в анамнезе частые ангины, ревматизм, митральный порок сердца, – появление одышки, цианоза губ, тахикардии, слабости в потужном периоде свидетельствует о развитии нарушения кровообращения II ст., – нарушение кровообращения у матери вызывает угрозу развития внутриутробной гипоксии у плода и рождения ребенка в состоянии асфиксии 	
4.	Тактика акушерки в данной ситуации: Учитывая наличие митрального порока сердца с развитием нарушения кровообращения II ст., во втором периоде родов необходимо выключить потужную деятельность и закончить роды операцией наложения акушерских щипцов под пудендальной анестезией, с этой целью необходимо: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача-акушера, терапевта, неонатолога, – создать возвышенное положение роженицы на родовой кровати, – успокоить роженицу, дать увлажненный кислород, – подготовить акушерские щипцы, – подготовить сердечные препараты для внутривенного введения, шприцы, – провести профилактику внутриутробной гипоксии плода, – продолжить наблюдение за роженицей и состоянием плода 	
1	2	3
5.	Особенности течения и ведения беременности и родов у женщин с сердечно-сосудистой патологией: Ведение родов через естественные родовые пути требует соблюдения следующих правил: <ul style="list-style-type: none"> – использовать кардиальные средства и ингаляцию кислорода, – проводить адекватное обезболивание, 	

	<ul style="list-style-type: none"> – не допускать затяжных, быстрых или стремительных родов, – производить раннее вскрытие плодного пузыря, – укорачивать период изгнания, – проводить профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах <p>Наложением акушерских щипцов укорачивают период изгнания у женщин с митральным стенозом, с недостаточностью кровообращения, с эндокардитом, с явлениями декомпенсации при предыдущих родах. В остальных случаях 2 период родов укорачивается выполнением перинеотомии</p>	
--	---	--

Ситуационная задача 78

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Повторнородящая Р., 27 лет, при беременности сроком 36 недель поступила в родильный дом с регулярными родовыми схватками, начавшимися 6 часов назад.

Данные анамнеза. В детстве неоднократно болела ангиной, с 16-летнего возраста состоит на диспансерном учете по поводу порока сердца. Настоящая беременность вторая. Находится под наблюдением в женской консультации с 8-недельного срока беременности.

Объективно. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. На голених и стопах небольшие отеки. Температура тела 36,5⁰ С. Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, частота 76 уд./мин., АД 120/75—115/75 мм рт. ст. При аускультации у верхушки сердца определяется грубый систолический шум, акцент 2 тона над легочным стволом. В легких при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Мочевыделение безболезненное. С-реактивный белок в крови не обнаружен.

Живот овоидной формы, ОЖ 96см, ВДМ 35 см, размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова над входом в малый таз. Сердцебиение плода определяется слева ниже пупка 136 уд./мин., ясное ритмичное. Через 1 час после поступления в отделение отошли чистые околоплодные воды в умеренном количестве.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, края тонкие, раскрытие полное, плодного пузыря нет, головка большим сегментом в широкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Через 20 мин. после отхождения вод и начала потуг родился живой мальчик, закричал сразу, масса тела 2450 г, рост 44 см.

После рождения ребенка состояние родильницы резко ухудшилось, кожа побледнела, появился липкий пот. Пульс участился, слабого наполнения и напряжения. АД 90/50 мм рт. ст. Сознание сохранено. После подкожного введения 1 мл 0,1% р-ра адреналина гидрохлорида состояние женщины улучшилось.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Определите причину ухудшения состояния роженицы после рождения ребенка и меры профилактики.
4. Назовите противопоказания к сохранению беременности при ревматических пороках сердца.
5. Назовите сроки плановых госпитализаций беременных при пороках сердца.

Эталон решения ситуационной задачи 78

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	Предположительный диагноз. Третий период преждевременных родов в сроке 36 недель. Ревматический кардит, недостаточность митрального клапана, неактивная фаза. Острая сосудистая недостаточность (коллапс)	
2.	Клинические симптомы, подтверждающие диагноз ревмокардита: <ul style="list-style-type: none"> – в детстве неоднократно болела ангиной, – с 16 лет состоит на учете по поводу порока сердца, – о неактивной фазе ревмокардита свидетельствуют нормальные показатели крови, нормальная температура тела и частота пульса, отсутствие одышки и нарушения сердцебиения, не увеличенная печень, – на недостаточность митрального клапана указывают данные аускультации – грубый систолический шум над верхушкой сердца, акцент II тона над легочным стволом, – резкое ухудшение состояния роженицы в третьем периоде родов (бледность кожных покровов, липкий пот, частый слабый пульс, снижение АД до 90/50 мм рт. ст.) свидетельствуют о развитии коллапса 	
3.	Причина ухудшения состояния роженицы после рождения ребенка и меры профилактики. Ухудшение состояния после рождения ребенка объясняется тем, что в брюшной полости в связи с опорожнением матки снижается давление в кровеносных сосудах. Сосуды очень быстро, почти внезапно, переполняются кровью, опорожняя сердце и ближайшие к сердцу сосуды. Это приводит к резкому изменению гемодинамики организма (с которым больное сердце не всегда способно справиться), и острому нарушению кровообращения – коллапсу. Для предотвращения коллапса у больных с патологией сердца необходимо сразу после рождения ребенка положить груз на живот и поднять ножной конец кровати. Кроме того, рекомендуется введение лекарственных средств, возбуждающих работу сердца	
4.	Противопоказания к сохранению беременности при ревматических пороках сердца. Декомпенсация сердечной деятельности	
5.	Сроки плановых госпитализаций беременных при пороках сердца. Первая госпитализация – на 8-10-ой неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности. Вторая госпитализация – на 28-29-ой неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и, при необходимости, для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок	
1	2	3
	Третья госпитализация – на 37-38-ой неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения, составления плана родов	

Ситуационная задача 79

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы
Основная часть

Повторнородящая женщина доставлена в приёмное отделение родильного дома с жалобами на схватки потужного характера. Беременность доношенная, роды третьи, предыдущие без осложнений, быстрые. Женскую консультацию не посещала. Схватки начались 2 часа назад, дома, воды отошли в машине скорой помощи. Женщину уложили на кушетку, где она сразу же родила доношенного мальчика без защиты промежности. Ребенок передан педиатру.

Признаки отделения последа положительны. Послед не отходит. Кровопотеря 50 мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите акушерскую тактику в данной ситуации по завершению родов.
3. Дайте характеристику быстрым, стремительным и затяжным родам.
4. Перечислите осложнения стремительных родов.
5. Назовите основные правила ведения III периода родов.

Эталон решения ситуационной задачи 79

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: III период 3 срочных быстрых родов в приёмном покое.	
2.	Акушерская тактика в данной ситуации по завершению родов: – выпустить мочу, – предложить женщине потужиться, – при отсутствии эффекта применить приёмы Абуладзе (Креде-Лазаревича), – оценить кровопотерю, – осмотреть послед, – применить лед, груз, – оценить общее состояние, пульс, АД, температуру, – ввести для профилактики кровотечения сокращающее матку средство, – учитывая экстренность действий, в более спокойной обстановке собрать анамнез, изучить карту беременной для дальнейшего планирования ведения пациентки, – учитывая роды в приемном покое – перевести родильницу в наблюдательное отделение, где произвести осмотр родовых путей, затем женщина переводится в палату, если возможно, вместе с ребенком	
3.	Характеристика быстрых и стремительных родов: Роды, продолжающиеся менее 6 часов, называются быстрые роды. Менее 4 часов – стремительные роды. Роды, продолжающиеся более 18 часов, называются затяжными родами. В среднем: у первородящих продолжительность родов составляет 10-12 часов. У повторнородящих - 6-8 часов. Токограмма: 3-4 схватки за 10 минут	
1	2	3
4.	Осложнения стремительных родов: – травмы мягких тканей родовых путей (разрывы шейки матки, стенок и сводов влагалища, промежности), – расхождение тазовых костей роженицы в области лонного сочленения, – преждевременная отслойка плаценты,	

	<ul style="list-style-type: none"> – нарушение плацентарного кровотока, – нарушение отделения плаценты в третьем периоде родов, – гипотоническое кровотечение в первые 2 часа после родов, – травмы ключицы, плечевой кости (плод не успевает завершить поворот после рождения головки, и плечики рождаются в косом размере), – кровоизлияния под надкостницу костей черепа ребёнка и внутриорганные кровоизлияния (печень, почки, надпочечники), – нарушение мозгового кровообращения у плода, – травмы позвоночника новорождённого, – острая гипоксия плода в родах 	
<p>5.</p>	<p>Основные правила ведения III периода родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ведение III периода родов - выжидательное. К матке в последовом периоде прикасаться надо осторожно, не производя беспорядочных давлений на матку, чтобы не вызвать в ней несвоевременных сокращений, которые способствуют возникновению кровотечения, – наблюдение за роженицей (общее состояние, окраска кожных покровов, видимых слизистых, пульс, артериальное давление), – наблюдение за кровопотерей (под таз роженицы подкладывают почкообразный лоток или судно), – наблюдение за отделением последа (наблюдают за формой матки, высотой стояния её дна), – наблюдение за состоянием мочевого пузыря (не допускать переполнения мочевого пузыря, что рефлекторно, препятствует сокращениям матки и рождению последа), – при хорошем состоянии роженицы, если нет кровотечения, надо ждать самостоятельной отслойки плаценты и рождения последа в течение 30 минут, – активные меры требуются при патологической кровопотере и ухудшение состояния роженицы, – при положительных признаках отделения плаценты, роженице предлагают потужиться. Если роженица тужится, а послед не рождается, приступают к способам выделения отделившегося последа, – при отсутствии признаков отделения плаценты, наличии кровотечения проводится операция ручного отделения плаценты и выделения последа, – если отделившийся послед задерживается во влагалище, его удаляют наружными приемами, не выжидая указанный выше срок 	

Ситуационная задача 80

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка родильного отделения оказала акушерское пособие повторнородящей женщине 27 лет. Роды 2-е срочные. После рождения ребенка послед выделился самостоятельно через 5 мин. с явным дефектом, кровопотеря 150 мл. В анамнезе 2 искусственных аборта, после последнего были выявлены остатки плодного яйца, проводилось повторное выскабливание. Настоящая беременность протекала с угрозой

прерывания и стационарным лечением при сроке 8 и 20 недель. Роды продолжались 7 часов. Масса плода 3500 г. Лекарственные средства в родах не вводились.

Вопросы:

1. Выделите проблемы и их причины.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Выберите акушерскую тактику.
4. Перечислите причины задержки части доли плаценты.
5. Сформулируйте значение партнёрских родов.

Эталон решения ситуационной задачи 80

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Проблемы женщины и их причины: Дефект плаценты. Доля плаценты задержалась в матке, вероятнее всего, в связи с патологией матки, которая возникла из-за осложненных аборт и выкидышей	
2.	Предположительный диагноз: Роды 2 срочные, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Задержка части доли последа	
3.	Акушерская тактика: – операция ручного обследования полости матки, удаление задержавшейся доли в асептических условиях под наркозом (операцию делает врач, в его отсутствие – акушерка). – контроль температуры, пульса, АД, кровопотери, кожных покровов, матки, – назначение антибиотиков и сокращающих матку средств, – выписка родильницы после контроля УЗИ	
4.	Причины задержки части доли плаценты: – аномалии строения и прикрепления плаценты, – неравномерное сокращение матки, – низкое прикрепление или прикрепление плаценты в трубном углу, – нерациональное ведение родов, особенно последового периода, – ненужные манипуляции (массирование матки, надавливание на ее дно, потягивание за пуповину), – необоснованное применение некоторых лекарств	
5.	Партнерские роды способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур, повышают взаимоответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи и снижают частоту конфликтов и жалоб	

Ситуационная задача 81

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная Т. 23 лет поступила в родильное отделение ЦРБ 28 марта в 10.00 час. с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью. Данная беременность первая. Дату последних месячных не помнит. Схватки начались дома в 8.00 час. утра 28 марта.

Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 уд./мин., ритмичный, АД 130/65–120/60 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких прослушивается везикулярное дыхание. В моче белка нет. ОЖ 100 см, ВСДМ 35 см. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 уд./мин., ритмичное. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Схватки 3-4 за 10 мин. по 30-40 сек., хорошей силы. Воды не отходили.

В 19.00 час. отошли светлые околоплодные воды в количестве 200 мл. В 20.00 час. начались потуги, и в 20.20 час. родился живой мальчик, массой тела 3600,0 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте ответ
2. Определите свою тактику по отношению к роженице в данной ситуации.
3. Дайте характеристику нормальным родам.
4. Назовите клинические рекомендации по ведению третьего периода родов.
5. Дайте характеристику признаку Альфельда.

Эталон решения ситуационной задачи 81

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Роды первые срочные. Третий период родов. Обоснование: – регулярная родовая деятельность, – рождение ребенка	
2.	Тактика акушерки по отношению к роженице в данной ситуации: – проверить признаки отделения плаценты, – выделить послед, – провести осмотр последа, – осмотреть родовые пути, – провести профилактику кровотечения по принятой схеме, – провести туалет новорожденного, – оформить документацию, – в течение двух часов наблюдать за родильницей в родильном зале	
3.	Характеристика нормальных родов: – своевременное излитие вод (при раскрытии шейки матки на 6-8 см), – отсутствие акушерского травматизма и оперативных вмешательств, – длительность родов от 8 до 14 час. (допускается до 18 час.) у первородящих, от 5 до 12 час. – у повторнородящих, – рождение живого здорового ребенка,	
1	2	3
	– физиологическая кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периоде, не превышающей 0,5% массы тела роженицы, – соразмерность головки плода и таза матери, – координированная РД, не требующая коррекции, – нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу	

4.	<p>Клинические рекомендации по ведению третьего периода родов. Последовый период не должен длиться более 30 минут.</p> <ul style="list-style-type: none"> – при рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться. – держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся, – медленно потяните плаценту для завершения родов, – если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены, – внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности, – если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа, – после рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины, – оценивайте тонус матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода – оценка тонуса матки не должна проводиться формально (акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется - становится мягкой). – при нормальном течении последового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5% от массы тела 	
5.	<p>Признак Альфельда – удлинение наружного отрезка пуповины. После полного отделения плаценты и оболочек от стенок матки послед опускается в нижний маточный сегмент, что приводит к удлинению наружного отрезка пуповины. Зажим, наложенный на пуповину на уровне половой щели, опускается на 10 – 12 см</p>	

Ситуационная задача 82

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильное отделение поступила повторнородящая с отягощенным акушерским анамнезом, в активной фазе первого периода родов, с доношенным сроком беременности.

В акушерском анамнезе 1 срочные роды, без осложнений, массой тела плода 3500 г, ростом 53 см и 2 медицинских аборта, без осложнений. Через 2 часа от момента поступления самостоятельно родоразрешилась живой доношенной девочкой массой тела 3700,0 г, ростом 55 см. Моча выведена катетером в количестве 50 мл, светлая. Через 10 мин. после рождения плода появилась кровянистые выделения из половых путей. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Кровопотеря составила 250 мл.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 80 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. Кровотечение продолжается.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз
2. Обоснуйте ответ.

3. Назовите причины, вызвавшие данную патологию.
4. Определите тактику акушерки по отношению к данной роженице
5. Назовите способ учёта кровопотери в родах

Эталон решения ситуационной задачи 82

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: 3 период вторых срочных родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение	
2.	Обоснование диагноза: наличие симптомов кровотечения в 3 периоде родов, при отсутствии признаков отделения плаценты.	
3.	Основная причина частичного плотного прикрепления плаценты – наличие в анамнезе двух медицинских аборт	
4.	Тактика акушерки по отношению к данной роженице: – вызвать через посредника врача акушера, анестезиолога и лаборанта, – успокоить роженицу, – контролировать общее состояние и кровопотерю, – подготовить роженицу к операции «Ручное отделение плаценты и выделение последа» (при отсутствии врача выполнить самостоятельно), – восполнить ОЦК	
5.	Учёт кровопотери в родах: собрать кровь, выделяющуюся из половых путей, в специальный лоток и измерить её в градуированной колбе. К количеству крови, измеренному таким способом, прибавляют массу крови, излившейся на подкладные пеленки. Её определяют по разнице в массе сухой подкладной пеленки и смоченной кровью (необходимо знать вес сухих пеленок и перевязочного материала, который будет использоваться в родах)	

Ситуационная задача 83

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильный дом поступила первобеременная С., 21 года, с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью. Женщина страдает диабетом 2-ого типа. Наблюдалась в женской консультации и у эндокринолога и прошла подготовку к родам. Состоит в браке. Гинекологические заболевания отрицает. Через 10 часов от начала родовой деятельности родоразрешилась живым мальчиком массой тела 4000 г. В момент прорезывания головки плода произведено медиолатеральное рассечение промежности и, с целью профилактики кровотечения в III периоде родов, внутримышечно введено 1 мл (5 ед.) окситоцина. Новорожденный ребенок отделен от матери.

Вопросы:

1. Выявите проблемы женщины.
2. Поставьте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Перечислите клинические рекомендации по перинеотомии и эпизиотомии.
5. Назовите причины разрывов промежности.

Эталон решения ситуационной задачи 83

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	<p>Настоящие проблемы: роды на фоне диабета.</p> <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – риск развития фетопатии плода, – комы и инфекционных послеродовых осложнений у роженицы 	
2.	<p>Предположительный диагноз: III период первых срочных родов. Сахарный диабет 2-го типа. Крупный плод. Эпизиотомия.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – в анамнезе диабет 2-го типа, – роды первые, – родоразрешилась плодом массой тела 4000 г., – произведено медиолатеральное рассечение промежности 	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – взять кровь у новорождённого для анализа на сахар; – ввести ребенку глюкозу (в сосуды пуповины), так как ребенок страдает гипогликемией; – вывести мочу катетером; – подставить лоток для сбора крови и определения кровопотери; – контроль жалоб, АД, пульса, кожных покровов роженицы; – следить за признаками отделения последа; – после появления признаков отделения последа – выделить его; – провести осмотр и оценку последа 	
4.	<p>Клинические рекомендации по перинеотомии и эпизиотомии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не рекомендуется рутинное рассечение промежности в родах (перинеотомия и эпизиотомия). 2. Рассечение промежности в родах также не должно выполняться и у пациенток, имеющих в анамнез разрыв промежности 3 или 4 степени. 3. В настоящее время ВОЗ ограничила использование рассечения промежности в родах: <ul style="list-style-type: none"> – осложненными вагинальными родами (тазовое предлежание, дистоция плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода); – рубцовыми изменениями гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывах третьей и четвертой степени; – дистрессом плода. 4. Латеральная эпизиотомия не должна выполняться. 5. Предпочтительна медиолатеральная техника (справа между углом в 45⁰ и 60⁰) Операцию производят в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается участок головки диаметром 3-4 см. <p>Метод обезболивания – предшествующая регионарная анестезия, инфильтрационная или пудендальная анестезия</p>	
1	2	3
5.	<p>Причины разрывов промежности:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, – рубцы, оставшиеся после предшествующих родов, – высокая промежность, – крупный плод, – прорезывание головки большим размером при разгибательных 	

	предлежаниях, заднем виде затылочного предлежания, – оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец), – анатомически узкий таз, – быстрые и стремительные роды, – неправильное оказание акушерского пособия (преждевременное разгибание и прорезывание головки плода)	
--	---	--

Ситуационная задача 84

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица Т., 25 лет поступила в родильное отделение ЦРБ в 14.00 час. с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью. Данная беременность первая. Дату последних месячных не помнит. Схватки начались дома в 11.00 час. утра.

Состояние роженицы удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 64 кг. Пульс 72 уд./мин., ритмичный, АД 110/65 – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких прослушивается везикулярное дыхание. ОЖ 98 см, ВСДМ 34 см. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 уд./мин., ритмичное. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Схватки 3 - 4 за 10 мин. по 30 - 40 сек., хорошей силы. Воды не отходили.

В 19.00 час. отошли светлые околоплодные воды в количестве 200 мл. В 20.00 часов начались потуги, в 20.20 час. родился живой мальчик, массой тела 3200,0 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Назовите основные правила ведения 3 периода родов.
4. Рассчитайте физиологическую (ФК) и предельно допустимую (ПДК) кровопотерю.
5. Сформулируйте клинические рекомендации по ведению одноплодных родов в затылочном предлежании.

Эталон решения ситуационной задачи 84

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Роды первые срочные. Третий период родов Обоснование: из условий задачи следует, что у первобеременной женщины родовая деятельность закончилась рождением ребенка, то есть закончился второй период родов	
2.	Тактика акушерки: – проверить признаки отделения плаценты, – выделить послед, – провести осмотр последа,	
1	2	3
	– осмотреть родовые пути, – провести профилактику кровотечения по принятой схеме, – провести туалет новорожденного, – оформить документацию, – в течение двух часов наблюдать за родильницей в родильном зале	

3.	<p>Основные правила ведения третьего периода родов заключается в тщательном наблюдении:</p> <ul style="list-style-type: none"> – за роженицей (общее состояние, окраска кожных покровов, видимых слизистых, пульс, артериальное давление); – за кровопотерей (под таз роженицы подкладывают почкообразный лоток или судно); – за отделением последа (наблюдают за формой матки, высотой стояния её дна); – за состоянием мочевого пузыря (не допускать переполнения мочевого пузыря, что рефлекторно, препятствует сокращениям матки и рождению последа); – при хорошем состоянии роженицы, если нет кровотечения, надо ждать самостоятельной отслойки плаценты и рождения последа в течение 30 мин. Активные меры требуются при патологической кровопотере и ухудшение состояния роженицы; – при положительных признаках отделения плаценты, роженице предлагают потужиться. Если роженица тужится, а послед не рождается, приступают к способам выделения отделившегося последа; – при отсутствии признаков отделения плаценты, наличии кровотечения проводится операция ручного отделения плаценты и выделения последа. Если отделившийся послед задерживается во влагалище, его удаляют наружными приемами, не выжидая указанный выше срок 	
4.	<p>Расчёт физиологической (ФК) и предельно допустимой (ПДК) кровопотери ФК = 0,2 – 0,3% от массы тела и составляет при 64 кг 128 – 192 мл. ПДК = 0,5% от массы тела и составляет при 64 кг 320 мл</p>	
5.	<p>Клинические рекомендации по ведению одноплодных родов в затылочном предлежании. В родах не следует:</p> <ul style="list-style-type: none"> – переводить в родильный зал (на родильную кровать) до момента врезывания головки (появление головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги - головка не уходит), – выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию (понятия «угроза разрыва промежности», «высокой промежности» как показания для проведения вмешательства в современном акушерстве отсутствуют. Понятие «ригидная промежность» предполагает препятствие для продвижения (рождения) головки в течение 1 часа и более, – использовать утеротоники для укорочения второго периода родов, – противодействовать разгибанию головки управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе, 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповиной плода, – при туге обвитии – пересечь пуповину между 2 зажимами, 	

	<p>при не тугом обвитии - ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком;</p> <ul style="list-style-type: none"> – поднимать ребенка при непережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты); – использовать окситоцин и метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения 	
--	---	--

Ситуационная задача 85

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица Д., 34 лет доставлена на машине скорой помощи с активной родовой деятельностью в течение 4 часов.

Данные анамнеза: настоящая беременность 4-ая. Первая закончилась родами в срок, две последующих – медицинскими абортами на сроках 8 и 10 недель беременности; 4-ая – настоящая беременность, срок беременности 39 недель.

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт. ст., D = S, пульс 74 уд./мин. Живот увеличен за счет беременной матки. Схватки по 40 сек. через 3 мин. Положение плода продольное, головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд./мин. Через 3 часа с момента поступления роженицы произошли роды доношенным плодом мужского пола без признаков асфиксии и видимых уродств, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, массой 3700,0 г, ростом 52 см.

Моча выведена катетером, светлая, 150 мл. Через 30 мин. от момента рождения плода признаки отделения плаценты отсутствуют. Матка плотная, округлой формы, дно ее располагается на уровне пупка. Выделения из половых путей отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите аномалии прикрепления плаценты.
3. Охарактеризуйте признак Шредера, Кюстнера-Чукалова.
4. Назовите основные причины аномалий прикрепления плаценты.
5. Определите тактику врача при отсутствии признаков отделения плаценты без кровотечения через 30 мин. после рождения плода.

Эталон решения ситуационной задачи 85

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Предположительный диагноз: Третий период вторых срочных родов в 39 недель. Полное плотное прикрепление плаценты. Отягощенный акушерский анамнез.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – отсутствие признаков отделения плаценты и кровотечения в III периоде родов, – наличие в анамнезе медицинских абортов 	

1	2	3
2.	<p>Аномалии прикрепления плаценты: различают 2 формы патологического прикрепления плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> – плотное (полное и неполное) прикрепление, – приращение плаценты 	

3.	Признак Шредера – после отделения плаценты матка уплощается, дно ее поднимается выше пупка и отклоняется вправо, Признак Кюстнера-Чукалова – при надавливании краем ладони над лобком пуповина, свисающая из половой щели, при отделившейся плаценте остается неподвижной	
4.	Основные причины аномалий прикрепления плаценты: – структурно-морфологические изменения в эндометрии и миометрии после операции или воспалительных процессов, – нарушение ферментативного равновесия в системе гиалуроновая кислота-гиалуронидаза между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой, – патология расположения плаценты	
5.	Тактика врача при отсутствии признаков отделения плаценты без кровотечения через 30 мин. после рождения плода. Операция ручного отделения плаценты и выделения последа под внутривенным обезболиванием	

Ситуационная задача 86

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9.00 час., приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22.00 час. с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.

Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20.00 час. 8 марта. При поступлении пульс 76 уд./мин., ритмичный, АД – 120/65, 120/60 мм рт. ст. В моче белка нет, ОЖ – 100 см, ВСДМ – 38 см. Положение плода продольное, головка прижата к входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 уд./мин. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 мин. по 25-30 сек., умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка матки сглажена, края тонкие малоподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8.00 час. утра схватки через 3 мин. по 50 сек., болезненные. Сердцебиение 140 уд./мин. АД 120/ 80 мм рт. ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена.

В 8.30 час. 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9.00 час. начались потуги, и в 9.20 час. родился живой мальчик, массой тела 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв на 3 часах длиной 2,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Оцените динамику родов.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите причины разрыва шейки матки.
5. Сформулируйте классификацию разрывов шейки матки.

Эталон решения ситуационной задачи 86

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени	

2.	Оценка динамики родов. Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например, глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства).	
3.	Тактика акушерки: учитывая наличие разрывов необходимо: – вызвать врача-акушера, – приготовить инструменты, шовный материал, – подготовить женщину к операции, – ассистировать во время зашивания, – объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности	
4.	Причины разрыва шейки матки: Разрыв шейки связан с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой	
5.	Классификация разрывов шейки матки. Разрывы шейки матки в зависимости от глубины делят на три степени: I степень – разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см. II степень – разрывы длиной более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища. III степень – разрывы, достигающие до сводов влагалища и переходящие на них	

Ситуационная задача 87

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Дежурная акушерка в ЦРБ приняла роды у повторнородящей (роды вторые), 28 лет, живым доношенным мальчиком. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед. Дольки и оболочки целы. При осмотре родовых путей акушерка обнаружила разрыв тканей промежности (повреждена задняя спайка, кожа промежности, мышцы и слизистая влагалища). Из раны промежности небольшое кровотечение. Общая кровопотеря в родах составила – 250,0 мл. Дополнительно из анамнеза выяснено, что женщина страдает повышенной кровоточивостью после порезов, обильными месячными.

Вопросы:

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки.
4. Составьте план акушерского ухода за родильницей в раннем послеродовом периоде.
5. Назовите классификацию разрывов промежности.

Эталон решения ситуационной задачи 87

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Проблемы пациентки. Настоящая проблема: травма промежности, кровотечение из раны, небольшая болезненность. Потенциальные проблемы: риск кровотечения у женщины с повышенной кровоточивостью. Ошибкой ведения является то, что	

	не учтена эта особенность, не проведена консультация гематолога, контроль факторов свертывания, не вводились гемостатические средства	
2.	Предположительный диагноз: Ранний послеродовый период после вторых срочных родов. Разрыв промежности II степени. Обоснование. Диагноз поставлен на основании осмотра родовых путей после родов.	
3.	Тактика акушерки: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать дежурного врача, – приготовить гемостатические средства (дицинон или аналоги), – приготовить стерильный стол с инструментарием для ушивания разрыва промежности, – приготовить стерильный шприц и 0,5% раствор новокаина для обезболивания, – успокоить родильницу, информировать ее о предстоящей манипуляции и способе обезболивания, – ассистировать врачу при ушивании разрыва промежности 	
4.	План акушерского ухода: <ul style="list-style-type: none"> – оценка функционального состояния (жалобы, цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, артериальное давление, пульс, температуру тела) каждые 15 минут в течение 2-х часов, – контроль сократительной деятельности матки (высота стояния дна матки, её консистенция, конфигурация, чувствительность при пальпации) каждые 15 минут в течение 2-х часов, – оценку характера выделений из половых путей (контроль сократительной способности матки) 	
5.	Классификация разрывов промежности. Различают самопроизвольные и насильственные разрывы промежности, а по степени: 1 степень – разрыв задней спайки, части задней стенки влагалища и кожи промежности (не повреждается мышечный слой промежности). 2 степень – характерно повреждение мышц промежности, но без вовлечения наружного анального сфинктера. 3 степень – разрыв с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки. 4 степень – разрыв с вовлечением передней стенки прямой кишки	

Ситуационная задача 88

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первобеременная К. 24 лет в течение четырёх дней находилась в отделении патологии беременности по поводу железодефицитной анемии при сроке беременности 38 недель. Гемоглобин крови 96 г/л. Предъявляла жалобы на слабость, повышенную утомляемость. Проводилась антианемическая терапия. Два часа назад появились схватки, по поводу чего беременная переведена в родильное отделение.

Объективно. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 82 уд./мин., АД 115/70 и 110/70 мм рт. ст. Матка овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 138 уд./мин. Размеры таза 26-29-31-20 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4-5 см, плодный пузырь цел, головка прижата к входу в малый таз, мыс крестца не достигается, выделения слизистые скудные.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте ответ.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Назовите принципы ведения родов при анемии.
4. Перечислите возможные осложнения родового процесса при анемии беременных.
5. Выделите основные причины развития анемии беременных.

Эталон решения ситуационной задачи 88

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Первый период первых срочных родов при сроке беременности 38-39 недель, активная фаза. Железодефицитная анемия лёгкой степени. Обоснование: гемоглобин крови 96 г/л. Жалобы на слабость, повышенную утомляемость. Срок беременности указан в условиях задачи	
2.	Тактика акушерки в данной ситуации: – вызвать врача для решения вопроса о ведении данных родов, – подготовиться к выполнению назначений врача, – вести строгий контроль всех показателей роженицы, – провести профилактику кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде	
3.	Принципы ведения родов при анемии: I период: – проведение клинико-лабораторного контроля, – оценка гемодинамики плода, – лечение ФПН (по общим принципам). II период: – ведение с иглой в вене и капельницей, – профилактика кровотечения в конце потужного периода (в/в введение утеротоника – окситоцин 5 ЕД). III период: – тщательный контроль признаков отделения последа и его рождения,	
1	2	3
	– при ЖДА средней и тяжелой степени ведение в присутствии анестезиолога, – точный учет кровопотери	
4.	Возможные осложнения родового процесса при анемии беременных: – железодефицитная анемия оказывает неблагоприятное влияние на развитие сократительной деятельности матки, возможны или затяжные роды, или быстрые и стремительные, – истинные анемии беременных могут сопровождаться нарушением коагуляционных свойств крови, что является причиной массивных кровопотерь	
5.	Основные причины развития анемии беременных:	

<ul style="list-style-type: none"> – дефицит Fe в диете, – потеря крови во время менструации, – частые роды (физиологический интервал между родами составляет 3 года), – дефицит фолиевой кислоты, – снижение Hb за счет разведения крови (увеличение ОЦК при беременности) 	
--	--

Ситуационная задача 89

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная 23 лет, срок беременности 37 недель доставлена в отделение патологии беременности 8 дней назад с жалобами на боли в пояснице больше справа, озноб повышение температуры до 38⁰ С, с диагнозом острый правосторонний пиелонефрит. В анализе мочи присутствовали лейкоциты и бактерии.

Впервые пиелонефрит перенесла в возрасте 19 лет. Проводилась инфузионная, антибактериальная, спазмолитическая терапия. Состояние улучшилось, температура нормализовалась, боли прошли. А/Д 120/80 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 78 уд./мин. В анализе мочи единичные лейкоциты.

На вечернем обходе пациентка пожаловалась на схваткообразные боли внизу живота через 7-8 минут по 25-30 секунд. Воды не отходили. Матка при осмотре соответствует 38-39 неделям беременности, положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз, сердцебиение плода ясное ритмичное 140 уд./мин. Отеков нет. Беременная переведена в родильное отделение.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева составляет 3-4 см, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Плодный пузырь цел. Таз ёмкий, экзостозов нет, выделения слизистые, светлые.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Тактика ведения данной пациентки.
4. Перечислите осложнения беременности при болезнях почек.
5. Назовите принципы родоразрешения при пиелонефрите.

Эталон решения ситуационной задачи 89

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: Роды первые срочные при сроке беременности 38-39 недель. Первый период родов, латентная фаза. Обострение хронического двустороннего пиелонефрита, улучшение	
2.	Обоснование диагноза: <ul style="list-style-type: none"> – пиелонефрит в анамнезе, – боли в пояснице больше справа, озноб повышение температуры до 38⁰ С, – в анализе мочи лейкоциты и бактерии, – схватки и открытие шейки матки на 3-4 см 	
3.	Тактика акушерки в данной ситуации: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача для решения вопроса о ведении данных родов, – подготовиться к выполнению назначений врача, – вести строгий контроль всех показателей роженицы 	

4.	Осложнения беременности при болезнях почек: <ul style="list-style-type: none"> – невынашивание беременности (самопроизвольные выкидыши в I триместре, неразвивающиеся беременности), – преждевременные роды, – внутриутробное инфицирование плода (возможно развитие внутриутробной пневмонии), – нарушение функционирования плаценты, что может негативно повлиять на формирование и развитие плода 	
5.	Принципы родоразрешения при пиелонефрите: <ul style="list-style-type: none"> – родоразрешение в срок, – досрочное родоразрешение (в интересах матери и (или) плода при отсутствии эффекта от лечения), – роды проводят во втором акушерском отделении родильного дома через естественные родовые пути, – кесарево сечение в условиях инфицированного организма крайне нежелательно и его выполняют строго по акушерским показаниям 	

Ситуационная задача 90

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильный блок из отделения патологии беременности переведена беременная А., 25 лет, с начавшейся 2 часа назад родовой деятельностью.

Из анамнеза: наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: корь, грипп, частые ангины, ревматизм. Семь лет назад диагностирован митральный порок сердца. Нарушений кровообращения не было. Беременность первая, доношенная, протекала без осложнений. За 2 недели до родов была госпитализирована в ОПБ с диагнозом: «Беременность 38 недель. Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана Н₀» для подготовки к родам.

Родовая деятельность развивалась хорошо. Проводилось тщательное обезболивание, введение сердечных средств, ингаляция кислорода. В 14 часов 30 минут начались потуги. В 15 часов роженица пожаловалась на слабость, появился цианоз губ, отдышка. Число дыханий 30 в 1 мин., пульс 96 уд. в мин., слабого наполнения. Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода 148 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Вопросы.

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Оцените состояние роженицы.
3. Поставьте диагноз.
4. Обоснуйте ответ.
5. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон решения ситуационной задачи 90

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Действительные проблемы: <ul style="list-style-type: none"> – затрудненное дыхание; – сердцебиение; – страх; – схваткообразные боли, обусловленные потугами; – беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы:	

	<ul style="list-style-type: none"> – риск развития острой сердечной недостаточности по типу отека легких – риск развития гипоксии плода и асфиксии новорожденного; – риск обострения ревматического процесса в послеродовом периоде; – риск кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом 	
2.	Состояние роженицы средней тяжести	
3.	Предположительный диагноз: Второй период первых срочных родов в головном предлежании. Недостаточность митрального клапана. Нарушение кровообращения 2 степени. Угрожающая внутриутробная гипоксия плода	
4.	Обоснование диагноза. Из условий задачи следует, что у женщины первая беременность, доношенная. Потуги, головка плода на тазовом дне, что соответствует второму периоду родов в головном предлежании. В анамнезе частые ангины, ревматизм, митральный порок сердца, по поводу чего беременная была госпитализирована в ОПБ за 2 недели до родов. Появление одышки, цианоза губ, тахикардии, слабости в потужном периоде свидетельствует о развитии нарушения кровообращения 2 степени. Нарушение кровообращения у матери вызывает угрозу развития внутриутробной гипоксии у плода и рождения ребенка в состоянии асфиксии	
5.	Тактика акушерки в данной ситуации: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача-акушера, терапевта, неонатолога, – создать возвышенное положение роженицы на родовой кровати, – дать дышать увлажненным кислородом, – успокоить роженицу, – подготовить акушерские щипцы, – подготовить сердечные препараты для внутривенного введения, шприцы, – провести профилактику внутриутробной гипоксии плода, – продолжить наблюдение за роженицей и состоянием плода 	

Ситуационная задача 91

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка предродовой наблюдает пациентку С. 26 лет, которая переведена на роды из отделения патологии беременности, в котором находилась по поводу комбинированного митрального порока сердца. Роды первые срочные, продолжаются 9 часов. Воды излились при раскрытии шейки матки на 4 см. При появлении потуг состояние роженицы ухудшилось: появилась одышка, пульс 130 уд./мин. Размеры таза 26-28-31-20.

Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, головка находится в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок – слева спереди.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения родов в данной ситуации.

4. Выявите ошибки при ведении данных родов.
5. Назовите особенности ведения родов при пороках сердца

Эталон решения ситуационной задачи 91

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Второй период 1 срочных родов, в головном предлежании. Ранее излитие околоплодных вод. Комбинированный митральный порок сердца. Острая сердечная недостаточность по левожелудочковому типу	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – началась потужная деятельность (из условий задачи), что говорит о втором периоде родов, – страдает комбинированным митральным пороком сердца, по поводу чего находилась в отделении патологии беременности – одышка, пульс 130 уд./мин. при появлении потуг 	
3.	Тактика ведения родов в данной ситуации: родоразрешение через естественные родовые пути с исключением второго периода родов путем наложения полостных акушерских щипцов	
4.	Ошибки при ведении данных родов: <ul style="list-style-type: none"> – не проводилось обезболивание родов (эпидуральная анестезия позволяет снизить частоту осложнений в родах), – в конце первого периода родов не проводилась искусственная вентиляция лёгких воздушно-кислородной смесью, – не проводилась кардиальная терапия (сердечные гликозиды - строфантин, дигоксин, коргликон), которые вводят внутривенно медленно в течение второго периода родов 	
5.	Особенности ведения родов при заболеваниях сердца: <ul style="list-style-type: none"> – Родоразрешение женщин с пороками сердца проводится, преимущественно, через естественные родовые пути. При компенсированном кровообращении во время беременности или начальных стадиях его недостаточности, ликвидированных к сроку родов, исключения потуг не требуется 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – Наложение щипцов производят у женщин с митральным стенозом, с недостаточностью кровообращения II А степени, с эндокардитом. В остальных случаях второй период родов укорачивают за счет выполнения перинеотомии. – Показаниями для кесарева сечения служат активный ревматический процесс, недостаточность кровообращения II-III ст., сочетание порока сердца с акушерской патологией, требующей оперативного родоразрешения. – Сразу после окончания родов вводят кардиотонические средства. – Кормление ребенка грудью противопоказано при активной форме ревматизма и при нарастании явлений декомпенсации. 	

Ситуационная задача 92

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильный дом поступила первобеременная С., 21 года, с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью. Женщина страдает бронхиальной астмой с 15 лет. Другие заболевания отрицает. Наблюдалась в женской консультации и у терапевта, прошла подготовку к родам. Пациентка отмечает, что течение беременности было благоприятным – гораздо реже использовала бронхолитики. Состоит в браке.

Через 12 часов от начала родовой деятельности родоразрешилась живым мальчиком массой тела 3000 г. С целью профилактики кровотечения в III периоде родов, внутримышечно введено 1,0 мл (5 ед.) окситоцина. Новорожденный ребенок отделен от матери, состояние которой не изменилось.

Вопросы.

1. Выявите проблемы женщины.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Охарактеризуйте течение беременности и родов при бронхиальной астме.
5. Перечислите особенности ведения родов при бронхиальной астме.

Эталон решения ситуационной задачи 92

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Проблемы пациентки: роды на фоне бронхиальной астмы	
2.	Предположительный диагноз: Третий период первых срочных родов на фоне бронхиальной астмы. Обоснование: – родился ребёнок, значит, закончился второй период родов, – из анамнеза известно, что пациентка страдает бронхиальной астмой в течение 6 лет	
3.	Тактика акушерки в данной ситуации: – определить признаки отделения плаценты, – выделить и осмотреть послед, – следить за ЧСС, частотой дыхания, проводить аускультацию легких, – выполнять назначения врача	
1	2	3
4.	Течение беременности при бронхиальной астме: – бронхиальная астма, как правило, не является противопоказанием к беременности, – возможно невынашивание беременности, – задержка роста плода, – беременность может оказывать как благоприятное, так и неблагоприятное влияние на течение бронхиальной астмы	
5.	Особенности ведения родов при бронхиальной астме: – больные бронхиальной астмой в основном рожают через естественные родовые пути, – во время родов прием бронходилататоров продолжают, хотя приступы бронхиальной астмы в родах возникают редко, – роженицам, принимающим кортикостероиды, увеличивают их дозу, – для стимуляции родовой деятельности нельзя использовать простагландины, так как они могут способствовать	

	возникновению астматических приступов, – кесарево сечение выполняют по акушерским показаниям	
--	---	--

Ситуационная задача 93

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица М., 34 лет, поступила с доношенной беременностью в родильное отделение районной больницы. Из анамнеза выяснено - беременность вторая, желанная, роды предстоят вторые. Первая беременность закончилась нормальными родами 10 лет назад, после чего не беременела без использования противозачаточных средств. При осмотре гинекологом находили «несколько увеличенную» матку. Во время настоящей беременности при УЗИ обнаружена интерстициальная миома матки. Общие и инфекционные заболевания отрицает. Родовая деятельность регулярная, продолжается в течение 8 часов

Объективно: рост 160 см, масса тела 74 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст., пульс 78 уд./мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ВСДМ 36 см, ОЖ 96 см, размеры таза 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода 120 уд./мин., ритмичное. Схватки 2-3 за 10 минут по 25-30 секунд, слабые и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище ёмкое, открытие шейки матки составляет 3-4 см. Головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь вскрылся во время осмотра. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Определите предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Составьте план ведения данных родов.
4. Назовите современные принципы ведения родов при миоме матки.
5. Перечислите показания для кесарева сечения при миоме и беременности.

Эталон решения ситуационной задачи 93

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Первый период вторых срочных родов. Раннее излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Интерстициальная миома матки. Внутриутробная гипоксия плода	
2.	Обоснование: – ранее находили несколько увеличенную матку, а во время настоящей беременности при УЗИ обнаружена интерстициальная миома матки, – схватки 2-3 за 10 минут по 25-30 секунд, слабые и болезненные, – открытие шейки матки 3-4 см за 8 часов при повторных родах, – беременность при миоме матки сопровождается плацентарной недостаточностью, приводящей к гипоксии плода, – околоплодные воды излились при открытии 3-4 см	
3.	План ведения данных родов: учитывая раннее излитие околоплодных вод, первичную слабость родовой деятельности, интерстициальную миому матки и внутриутробную гипоксию	

	плода роды закончить операцией кесарева сечения	
4.	Современные принципы ведения родов при миоме матки: – при родах через естественные родовые пути необходим постоянный мониторинг сердцебиения плода и сократительной деятельности матки, – введение окситоцина для усиления родовой деятельности не рекомендуется	
5.	Показания для кесарева сечения при миоме и беременности: – гипоксия плода, – возраст первородящей более 30 лет, – неправильное положение плода, – перенашивание беременности, – гипертензивные расстройства при беременности, – при сочетании слабости родовой деятельности и гипоксии плода	

Ситуационная задача 94

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Первородящая Г., 23 лет, поступила в акушерский стационар с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 7 часов назад. Роды в срок. Наблюдалась в женской консультации регулярно. При постановке на учёт по беременности при УЗИ была диагностирована киста левого яичника диаметром 4-5 см. Во время беременности периодически беспокоили незначительные ноющие боли слева внизу живота, которые быстро проходили.

Объективно: женщина правильного телосложения, рост 160 см, масса тела 72 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД 115/70-115/80 мм рт. ст., пульс удовлетворительных качеств, 76 уд./мин. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 34 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 35-40 секунд 3-4 за 10 минут.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 8 см. Плодный пузырь вскрылся во время осмотра. Излились светлые околоплодные воды в небольшом количестве. Предлежащая головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок - слева спереди.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Перечислите возможные осложнения родов при яичниковых образованиях.
5. Назовите принципы ведения родов при яичниковых образованиях.

Эталон решения ситуационной задачи 94

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: Конец первого периода первых срочных родов в головном предлежании. Киста левого яичника.	
2.	Обоснование:	

	<ul style="list-style-type: none"> – доношенный срок беременности, – положение плода продольное, предлежит голова, прижата к входу в малый таз, – схватки хорошей силы, продолжительностью 35-40 секунд 3-4 за 10 минут, – открытие маточного зева на 8 см, – при постановке на учёт по беременности при УЗИ была диагностирована киста левого яичника 	
3.	<p>Тактика акушерки в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – измерить АД; выслушать сердцебиение плода, – обучить женщину поведению во втором периоде родов, с целью профилактики осложнений, – подготовить роженицу к родам (туалет наружных половых органов, смена рубашки, стерильная подкладная пеленка), – подготовить к приему родов родильную кровать, лоток для приема новорожденного, набор белья и инструментов для принятия родов 	
4.	<p>Возможные осложнения родов при яичниковых образованиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> – неправильное вставление головки, – слабость родовой деятельности 	
5.	<p>Ведение родов при яичниковых образованиях зависит от того, препятствует ли опухоль рождению плода. Если препятствует, то производят кесарево сечение и удаляют измененные придатки матки. Придатки с другой стороны следует тщательно осмотреть. Чаще яичниковые образования не осложняют роды.</p>	

Ситуационная задача 95

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Роженица П., 31 года, поступила в акушерский стационар в удовлетворительном состоянии с родовой деятельностью, начавшейся 5 часов назад при сроке беременности 37-38 недель. Пациентка имела направление в отделение патологии беременности для подготовки к родам по поводу гестационного сахарного диабета, но ночью лома началась родовая деятельность. Данная беременность третья. Были одни роды и один медицинский аборт без осложнений. Женскую консультацию и терапевта посещала регулярно.

Объективно: женщина правильного телосложения, рост 163 см, масса тела 76 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД 120/80 мм рт. ст. на обеих руках, пульс 78 уд./мин., ритмичный удовлетворительного наполнения.

Живот увеличен за счёт беременной матки. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 33 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Положение плода продольное, предлежит голова, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд./мин. Схватки хорошей силы, продолжительностью 25-30 сек. 2-3 за 10 мин. Ориентировочная масса плода по данным УЗИ 3150 г.

Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок - слева спереди.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

4. Назовите принципы ведения родов при сахарном диабете.
5. Охарактеризуйте влияние сахарного диабета на течение родов.

Эталон решения ситуационной задачи 95

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Первый период вторых срочных родов при беременности 37-38 недель на фоне гестационного сахарного диабета. Активная фаза. Осложнённый акушерский анамнез.	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – срок беременности указан в условиях задачи, – масса плода по УЗИ 3150 г, – схватки 2-3 за 10 минут по 25-30 секунд, – открытие маточного зева на 5-6 см, – сахарный диабет впервые установлен во время настоящей беременности 	
3.	Тактика акушерки в данной ситуации: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача акушера и терапевта для решения вопроса о ведении данных родов, – подготовиться к выполнению назначений врача, – вести строгий контроль всех показателей роженицы 	
4.	Принципы ведения родов при сахарном диабете: <ul style="list-style-type: none"> – родоразрешение беременных с сахарным диабетом проводят в специализированных акушерских центрах или акушерских стационарах больниц общего профиля, – оптимальным для родоразрешения является срок беременности 37-38 недель, – роды у беременных с сахарным диабетом, должны быть запланированными, 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – родоразрешение пациенток с сахарным диабетом через естественные родовые пути проводится при нормальных размерах таза; при отсутствии макросомии; головном предлежании плода; при отсутствии диабетических осложнений, – с учетом возможных затруднений при рождении плечевого пояса плода (размеры плечевого пояса превалируют над размерами головки) в конце I периода родов осуществляется внутривенное капельное введение окситоцина, – в родах необходимо адекватное обезболивание, а также постоянный контроль гликемии (каждые 4 часа) на фоне введения инсулина короткого действия, – инсулин пролонгированного действия вводить не рекомендуется в связи с риском развития гипогликемии, – показаниями к кесареву сечению являются тяжелое состояние беременной (выраженные или прогрессирующие осложнения сахарного диабета), тазовое предлежание плода, крупный плод, а также осложнения беременности и родов, которые увеличивают риск перинатальных потерь 	

5.	Влияние сахарного диабета на течение родов: <ul style="list-style-type: none"> – несвоевременное излитие околоплодных вод, – слабость родовой деятельности, – клинически узкий таз, – затруднение выведения плечевого пояса плода, – родовой травматизм матери и плода в результате макросомии, – в родах у пациенток с сахарным диабетом могут наблюдаться как гипергликемия и кетоацидотические состояния (из-за усиленной мышечной работы), так и гипогликемия 	
-----------	--	--

Ситуационная задача 96

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица М., 37 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 5 часов, при сроке беременности 39-40 недель. Схватки 2-3 за 10 мин., по 35-40 сек., средней силы, болезненные. Данная беременность 5-ая. Было двое срочных родов, и два медицинских аборта без осложнений. Из анамнеза установлено, что во время беременности пациентку беспокоили тянущие и ноющие боли в ногах; быстрая утомляемость при ходьбе; чувство тяжести в ногах по поводу чего обследование и лечение не проводилось.

Объективно: рост 168 см, масса тела 80 кг, Пульс 72 уд./мин., ритмичный. АД 120/70, 115/70 мм рт. ст. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, на коже живота рубцы беременности. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 35 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. На нижних конечностях в области голеней и правой подколенной ямки отчётливо видно варикозное расширение поверхностных вен. Живот увеличен за счёт беременной матки. Положение плода продольное, первая позиция, предлежит головка, плотно прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева, ниже пупка, 132 уд./мин., ритмичное, ясное.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, ёмкое. Шейка матки сглажена, открытие составляет 6 -7 см. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации
4. Перечислите предрасполагающие факторы развития варикозной болезни вен ног во время беременности.
5. Назовите методы родоразрешения при варикозной болезни вен нижних конечностей.

Эталон решения ситуационной задачи 96

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: Роды третьи срочные. Первый период, активная фаза. Осложнённый акушерский анамнез. Варикозное расширение вен нижних конечностей	3
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 35 см, – схватки 2-3 за 10 минут, по 35-40 секунд, – открытие составляет 6 - 7 см, – на нижних конечностях в области голеней и правой подколенной ямки отчётливо видно варикозное расширение поверхностных вен 	

3.	Тактика акушерки в данной ситуации: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача акушера для решения вопроса о ведении данных родов, – провести компрессию вен нижних конечностей, – подготовиться к выполнению назначений врача, – вести строгий контроль всех показателей роженицы, – провести профилактику кровотечения в третьем периоде родов 	
4.	Предрасполагающие факторы развития варикозной болезни вен ног во время беременности: <ul style="list-style-type: none"> – увеличение ОЦК, – сдавливание нижней полой вены и подвздошных вен беременной маткой, – повышение венозного давления, – замедление кровотока в сосудах ног 	
5.	Методы родоразрешения при варикозной болезни вен нижних конечностей зависят от акушерской ситуации. Предпочтительно родоразрешение через естественные родовые пути. Во время родов обязательно использование компрессионного белья I-II класса компрессии (бинтование ног, чулки). За 2 часа до рождения ребёнка независимо от способа родоразрешения целесообразно введение 5000 ЕД гепарина	
1.	Предположительный диагноз: Роды третьи срочные. Первый период, активная фаза. Осложнённый акушерский анамнез. Варикозное расширение вен нижних конечностей	

Ситуационная задача 97

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В родильный дом ЦРБ поступила первобеременная С., 23 лет с родовой деятельностью в течение 6 часов при сроке беременности 40-41 неделя с излившимися дома 2 часа назад околоплодными водами. Женщина страдает ожирением. Данная беременность протекала в первой половине с рвотой беременных средней степени тяжести. Лечилась в стационаре. Женскую консультацию посещала регулярно, но последние 3 недели провела в деревне у матери и не была осмотрена акушером. Схватки 2-3 за 10 мин. по 20-35 сек., слабые.

Объективно: роженица повышенного питания. Рост 163 см. Масса тела 85 кг. АД 125/80-120/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счёт беременной матки. ОЖ 105 см. ВСДМ 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд./мин., ритмичное, приглушено.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3-4 см, плодный пузырь отсутствует, головка прижата к входу в малый таз, мыс крестца не достигается. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Составьте план ведения данных родов.
4. Перечислите возможные осложнения родов на фоне ожирения.
5. Назовите условия родоразрешения пациенток с ожирением.

Эталон решения ситуационной задачи 97

№	Выполнение задания	Выполнил/
---	--------------------	-----------

п/п		Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: Роды первые при сроке беременности 40-41 неделя. Первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Раннее излитие околоплодных вод. Крупный плод. Внутриутробная гипоксия плода. Ожирение I степени.	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – срок беременности указан в условиях задачи, – схватки 2-3 за 10 минут по 20-35 секунд, слабые, – открытие зева 3-4 см за 6 часов, – предполагаемая масса плода 3990 г, – отсутствие плодного пузыря при влагалищном исследовании, – масса тела роженицы с учётом срока беременности превышает «идеальную» на 20 кг («идеальная масса тела = рост в см – 100) 	
3.	План ведения данных родов: роды закончить путём операции кесарева сечения	
4.	Возможные осложнения родов на фоне ожирения: <ul style="list-style-type: none"> – гипотоническое кровотечение, – несвоевременное излитие околоплодных вод, – слабость родовой деятельности, – крупноплодие, – мертворождение 	
5.	Условия родоразрешения пациенток с ожирением: <ul style="list-style-type: none"> – беременных, страдающих ожирением, следует госпитализировать за 1-2 недели до срока родов для проведения мероприятий по профилактике перенашивания беременности и слабости родовой деятельности, – шире использовать спазмолитики и обезболивающие средства, – своевременно устранить утомление роженицы, – проводить профилактику кровотечения 	

Ситуационная задача 98

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица В., 35 лет, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схваткообразными болями внизу живота регулярного характера, продолжающимися 4 часа. Срок родов через 3 дня. Других жалоб роженица не предъявляет.

Анамнез: страдает язвенной болезнью желудка. Последнее обострение было при сроке беременности 12-13 недель и проявлялось болевым синдромом. Лечение проводилось в стационаре. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение акушера и терапевта. Дальнейшее течение беременности проходило без осложнений. Беременность третья. Были одни роды и один самопроизвольный выкидыш в сроке 9-10 недель без выскабливания полости матки.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 74 уд./мин., ритмичный. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. ОЖ 96 см, ВСДМ 34 см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева составляет 4-5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата к входу в малый таз. Крестцовый мыс не достижим. Выделения скудные светлые.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения данных родов.
4. Назовите принципы лечения язвенной болезни у беременных.
5. Перечислите показания для оперативных родов при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Эталон решения ситуационной задачи 98

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Первый период вторых срочных родов, активная фаза. Осложнённый акушерский анамнез. Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – в анамнезе одни роды и самопроизвольный выкидыш в сроке 9-10 недель, – в настоящих родах открытие маточного зева составляет 4-5 см, – страдает язвенной болезнью желудка, последнее обострение было при сроке беременности 12-13 недель 	
3.	Тактика ведения данных родов: роды вести через естественные родовые пути с профилактикой кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде	
4.	Принципы лечения язвенной болезни у беременных: <ul style="list-style-type: none"> – при обострении язвенной болезни терапию лучше проводить в условиях стационара, – при назначении медикаментозных средств необходимо учитывать их влияние на тонус мускулатуры матки и плод, – лечение следует начинать с щадящей диеты, дробного питания (не менее 5-6 раз в день) и назначения комплекса лекарственных средств (антацидных, вяжущих, обволакивающих и спазмолитических) 	
1	2	3
5.	Показания для оперативных родов при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки: <ul style="list-style-type: none"> – язвенное кровотечение, возникшее в первом периоде родов, (кесарево сечение, а далее оперативное лечение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки), – при язвенном кровотечении во втором периоде родов необходимо срочное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов под тщательным обезболиванием с последующим оперативным лечением язвенной болезни совместно с хирургом 	

Ситуационная задача 99

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженица У., 23 лет, поступила в родильное отделение с родовой деятельностью в течение 4 часов при доношенной беременности. Схватки 2-3 за 10 мин. по 25-30 сек. умеренной силы. Воды не отходили.

Анамнез: страдает артериальной гипотензией с подросткового периода. Периодически беспокоили головная боль, головокружение, общая слабость, неприятные ощущения в области сердца. Проводилось амбулаторное лечение. Состояние улучшалось. Замужем. Данная беременность первая. Течение беременности сопровождалось периодическими головокружениями. С момента постановки на учёт по беременности наблюдалась у терапевта.

Объективно: роженица астенического телосложения с бледноватой кожей. Ладони рук на ощупь холодные. Пульс 74 уд./мин., ритмичный. АД 95/65 – 90/60 мм рт. ст. ОЖ 90 см, ВСДМ 32 см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд./мин.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева до 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата к входу в малый таз. Крестцовый мыс не достигается. Выделения светлые без запаха.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения данных родов.
4. Охарактеризуйте принципы лечения артериальной гипотензии при беременности.
5. Перечислите возможные осложнения родов при артериальной гипотензии.

Эталон решения ситуационной задачи 99

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Первый период первых срочных родов на фоне артериальной гипотензии	
2.	Обоснование: – схватки 2-3 за 10 минут по 25-30 секунд умеренной силы, – открытие маточного зева до 4 см, – роженица страдает артериальной гипотензией с подросткового периода	
1	2	3
3.	Тактика ведения данных родов: – роды вести через естественные родовые пути, – вести строгий контроль всех показателей роженицы, – провести профилактику кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде (роженницы с артериальной гипотензией плохо переносят кровопотерю, у них может возникнуть геморрагический шок даже при сравнительно небольшом кровотечении), – следить за развитием родовой деятельности (замедленное развитие родовой деятельности у рожениц с артериальной гипотензией может быть ошибочно принято за первичную слабость родовой деятельности – родостимуляция в таких случаях влечет за собой дискоординацию родовых сил)	
4.	Принципы лечения артериальной гипотензии при беременности: – соблюдение режима труда и отдыха, – лечебная физкультура, – полноценное, разнообразное питание с содержанием в пище витаминов и белковых продуктов до 1,5 г на 1 кг массы тела,	

	<ul style="list-style-type: none"> – использование общеукрепляющих и тонизирующих препаратов в течение 10-15 дней (Они не столько повышают артериальное давление, сколько улучшают самочувствие, придают бодрость, восстанавливают общий тонус, работоспособность, сон), – учитывая благоприятное действие оксигенотерапии, беременным назначают сеансы гипербарической оксигенации. 	
5.	Возможные осложнения родов при артериальной гипотензии: <ul style="list-style-type: none"> – преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, – аномалии родовых сил, – кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах, – разрывы промежности 	

Ситуационная задача 100

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка И., 32 лет поступила в родильный дом с родовой деятельностью при беременности сроком 38-39 недель. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота по 30-35 секунд 3-4 раза за 10 минут. Других жалоб не предъявляет. Данная беременность вторая. Первые роды были 6 лет назад. С целью контрацепции использовала ВМС.

Данные анамнеза. Наследственность – мать пациентки страдает гипертонической болезнью. Три года назад у роженицы было обнаружено повышенное АД, которое может изменяться в течение суток, но не превышает 165/95 мм рт. ст. По поводу гипертонической болезни состоит на диспансерном учёте у терапевта. Органические изменения сердца отсутствуют. Женскую консультацию посещала регулярно. Дважды за беременность была госпитализирована для обследования и лечения.

Объективно. Состояние удовлетворительное. АД 145/95 140/90 мм рт. ст. Пульс 80 уд./мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Матка овоидной формы, ОЖ 98 см, ВСДМ 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное ритмичное 138 ударов в минуту. Размеры таза 26-29-31-21 см.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена раскрытие маточного зева 6-7 см, плодный пузырь цел, головка прижата к входу в малый таз, мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите принципы ведения родов у женщин с гипертонической болезнью.
5. Назовите сроки и цели госпитализаций беременных у женщин с гипертонической болезнью.

Эталон решения ситуационной задачи 100

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Роды 2 срочные в 38-39 недель, первый период, активная фаза. Гипертоническая болезнь 1 стадии	
2.	Обоснование: <ul style="list-style-type: none"> – роженица страдает гипертонией в течение 3 лет, АД не превышает 165/95 мм рт. ст., лабильное, – отсутствие органических изменений сердца, – схватки по 30-35 секунд 3-4 раза за 10 минут, 	

	– раскрытие маточного зева 6-7 см	
3.	<p>Тактика акушерки в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача акушера, терапевта и анестезиолога для ведения данных родов, – вскрыть плодный пузырь, – вести строгий контроль всех показателей роженицы, – провести профилактику кровотечения в третьем периоде родов, – подготовиться к выполнению назначений врача 	
4.	<p>Принципы ведения родов у женщин с гипертонической болезнью:</p> <ul style="list-style-type: none"> – родоразрешение чаще всего проводят через естественные родовые пути, – на протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода <p>В первом периоде родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – адекватное обезболивание, – гипотензивная терапия, – ранняя амниотомия <p>В период изгнания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – гипотензивную терапию усиливают (при необходимости) с помощью ганглиоблокаторов, – в зависимости от состояния плода и роженицы 2 период сокращают, производя перинеотомию или наложение акушерских щипцов <p>В третьем периоде родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – осуществляют профилактику кровотечения 	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
5.	<p>Сроки и цели госпитализаций беременных у женщин с гипертонической болезнью: беременную, страдающую гипертонической болезнью, трижды за время беременности госпитализируют в стационар.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1-я госпитализация – до 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивать данную беременность, – 2-я госпитализация – в 26-28 недель, период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему для коррекции проводимой терапии и лечение плацентарной недостаточности, – 3-я госпитализация – за 2-3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщины к родоразрешению 	

**Раздел 3.
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННОМУ.
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНЕ
В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Ситуационная задача 101

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Только что родилась девочка. Из анамнеза выявлено, что ребенок родился от 1 беременности, срок гестации 39 недель. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар на первой минуте 8 баллов.

Вопросы.

1. Определите, доношен ребенок или нет. Обоснуйте свой ответ.
2. Назовите признак, определяющий доношенность. Дайте определение понятию «гестационный возраст».
3. Назовите критерии зрелости новорожденного ребенка по таблице Пертусса.
4. Перечислите дополнительные признаки, характеризуют доношенного ребенка.
5. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар, когда и по каким признакам проводится эта оценка.

Эталон решения ситуационной задачи 101

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Определение доношенности ребенка: ребенок доношенный. Обоснование: <ul style="list-style-type: none">– гестационный возраст 39 недель;– антропометрические показатели: масса тела 3500 г, рост 52 см	
2.	Определяющий признак доношенности: гестационный возраст, который определяется количеством полных недель, прошедших между первым днем последней менструации и датой родов	
3.	Критерии зрелости новорожденного ребенка по таблице Пертусса: <ul style="list-style-type: none">– розовый цвет кожных покровов,– твердые оформленные ушные раковины,– ореола сосков более 5 мм,– полностью исчерченные стопы,– сформированные половые органы	
1	2	3
4.	Дополнительные признаки, характеризуют доношенного ребенка: признаки функциональной зрелости, антропометрические показатели К признакам функциональной зрелости относятся: <ul style="list-style-type: none">– способность удерживать температуру тела,– наличие и выраженность сосательного, глотательного и др. безусловных рефлексов,– ритмичные дыхательные движения и сердечные сокращения,– отсутствие приступов апноэ и цианоза, признаков расстройства микроциркуляции. Антропометрические показатели: <ul style="list-style-type: none">– масса тела от 2500 г до 4000 г,– длина тела от 47 см до 53 см,– окружность головы от 34 см до 36 см,– окружность груди от 32 см до 34 см	
5.	Оценка состояния ребенка по шкале Апгар 8 баллов соответствует удовлетворительному состоянию новорожденного. Оценка по шкале Апгар проводится на 1-ой и 5-ой минуте жизни по 5 признакам. Каждый признак может быть оценен от 0 до 2 баллов (см. таблицу*). Оценка: <ul style="list-style-type: none">– 9 – 10 баллов – состояние хорошее– 8 баллов – состояние удовлетворительное– 6 – 7 баллов – асфиксия легкой степени– 4 – 5 баллов – асфиксия средней степени	

	– 0 – 3 балла – состояние тяжелое	
--	-----------------------------------	--

***Шкала Апгар**

Симптомы	0 баллов	1 балл	2 балла
Частота сердцебиений	Пульс отсутствует	Замедление (менее 100 уд. в 1 мин.)	Более 100 уд. в 1 мин.
Дыхательные движения	Отсутствуют	Редкие, нерегулярные, отдельные судорожные вдохи	Хорошие, громкий крик
Мышечный тонус	Вялый	Конечности несколько согнуты	Активные движения
Реакция на носовой катетер или рефлекс на раздражение подошв	Отсутствуют	Гримаса	Кашель, чихание
Цвет кожи	Общая бледность или цианоз	Тело розовое, конечности синюшные	Весь розовый (красный)

Ситуационная задача 102

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала, только что родился мальчик. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности 2 родов, протекавших без особенностей, срок гестации 40 недель. При осмотре: розовый цвет кожных покровов, твердые оформленные ушные раковины, ореола сосков более 5 мм, полностью исчерченные стопы, половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку. Оценка по шкале Апгар 9 баллов.

Вопросы.

1. Доношен ребенок или нет, обоснуйте свой ответ.
2. Назовите, на какие внешние признаки Вы еще обратите внимание.
3. Назовите действия акушерки сразу после рождения ребенка.
4. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар. Объясните, как проводится оценка.
5. Назовите сроки прикладывания новорожденного ребенка к груди.

Эталон решения ситуационной задачи 102

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Доношен ребенок или нет, обоснование ответа. Ребенок доношенный, т.к. срок гестации 40 недель	
2.	Внешние признаки доношенности, характерные для данного ребенка: – пропорциональное телосложение, – хорошо развита подкожно-жировая клетчатка, – пупочное кольцо находится посередине между лоном и мечевидным отростком, – ногтевая пластинка доходит до конца фаланги	
3.	Действия акушерки сразу после рождения ребенка. Акушерка должна предотвратить переохладение ребенка, для чего принять его в теплые пеленки, обтереть кожу, поменять	

	пеленку на сухую и провести «кожный контакт»	
4.	<p>Оценка состояния ребенка по шкале Апгар. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар 9 баллов, что соответствует хорошему состоянию. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар проводится на 1-ой и 5-ой минуте жизни по 5 признакам: частота сердцебиений, дыхательные движения, мышечный тонус, реакция на носовой катетер или рефлекс на раздражение, цвет кожи. Каждый признак может быть оценен от 0 до 2 баллов Оценка:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 9 – 10 баллов – состояние хорошее – 8 баллов – состояние удовлетворительное – 6 – 7 баллов – асфиксия легкой степени – 4 – 5 баллов – асфиксия средней степени – 0 – 3 балла – состояние тяжелое 	
5.	<p>Сроки первого прикладывания к груди. Первое прикладывание новорожденного к груди матери проводят в первые 30 мин. после рождения, когда у ребенка появляется инстинктивный поиск пищи</p>	

Ситуационная задача 103

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Только что приняли новорожденного. Ребенок громко закричал, при осмотре конечности согнуты и приведены к туловищу, кисти сжаты в кулачки, кожа ярко розовая, пульс 120 уд. в 1 мин., рефлексы выражены.

Вопросы.

1. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар, обоснуйте ответ.
2. Назовите стрессы, которые испытывает новорожденный сразу после рождения.
3. Перечислите изменения, которые происходят в организме ребенка после рождения.
4. Назовите сроки перевода новорожденного из родильного зала в палату.
5. Назовите формы пребывания новорожденных и родильниц в родильном доме, преимущества совместного пребывания матери ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 103

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Оценка состояния данного ребенка по шкале Апгар. Каждый признак оценен на 2 балла:</p> <ul style="list-style-type: none"> – громкий крик – 2 б. – конечности согнуты и приведены к туловищу – 2 б. – кожа ярко розовая – 2 б. – пульс 120 уд. в 1 мин. – 2 б. – рефлексы выражены – 2 б. <p>Сумма = 10 баллов, что соответствует хорошему состоянию</p>	

2.	<p>Стрессы, которые испытывает новорожденный сразу после рождения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Экологический стресс – связан с попаданием ребенка после рождения в совершенно другую экологическую среду. 2. Температурный стресс – обусловлен более низкой температурой окружающей среды по сравнению с внутриматочной температурой. 3. Гравитационный стресс – возникает из-за появления гравитации. 4. Сенсорный стресс – связан с появлением массы зрительных, тактильных, звуковых, вестибулярных и др. раздражителей. 5. Антигенный (бактериальный) стресс – обусловлен заселением кожи, кишечника, слизистых оболочек микробами (идет становление нормального биоценоза). 6. Кислородный стресс – связан с изменением типа дыхания. 7. Пищевой стресс – связан с изменением способа получения питательных веществ 	
3.	<p>Изменения, происходящие в организме ребенка после рождения.</p> <p>Организм ребенка приспосабливается к условиям внешней среды:</p> <ul style="list-style-type: none"> – устанавливается легочное дыхание; – устанавливается внеутробное кровообращение (начинает функционировать малый круг кровообращения); – начинают функционировать пищеварительные органы; – появляется самостоятельная терморегуляция; – повышается обмен веществ 	
4.	<p>Сроки перевода новорожденного из родильного зала.</p> <p>Новорожденного из родильного зала переводят через 2 часа</p>	
5.	<p>Формы пребывания новорожденных и родильниц в родильном доме, преимущества совместного пребывания матери ребенка.</p> <p>В родильном доме пребывание новорожденного и матери может быть совместное и отдельное</p>	
1	2	3
	<p>Более распространенной формой является совместное пребывание матери и ребенка, которое способствует более тесному психологическому контакту, мать быстрее приобретает навыки ухода за ребенком, снижается инфицирование новорожденных из-за отсутствия контакта с другими детьми, создаются благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери</p>	

Ситуационная задача 104

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала только что родился ребенок со сроком гестации 39 недель. Беременность и роды протекали без особенностей. При осмотре цвет кожных покровов розовый, крик громкий, активные движения, выражена пульсация пуповины, при отсасывании слизи кашель и чихание.

Вопросы.

1. Назовите критерии живорождения и нормативный документ, определяющий критерии живорождения новорожденного ребенка.
2. Назовите признак, определяющий доношен ребенок или нет.

3. Назовите средние антропометрические показатели характерные для доношенного ребенка.
4. Расскажите сроки, цель и метод проведения кожного контакта.
5. Назовите сроки и как проводят отделение ребенка от матери.

Эталон решения ситуационной задачи 104

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Критерии живорождения и нормативный документ, определяющий критерии живорождения новорожденного ребенка.</p> <p>Критерии живорождения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – самостоятельное дыхание, – сердцебиение, – пульсация пуповины, – движения мышц. <p>Для живорожденного ребенка характерны все признаки или хотя бы один из них.</p> <p>Нормативный документ: приказ МЗСР РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи»</p>	
2.	Определяющий признак доношенности – гестационный возраст (39 недель)	
3.	<p>Средние антропометрические показатели характерные для доношенного ребенка:</p> <p>Масса от 2500 г до 4000 г Длина тела от 47 см до 55 см Окружность головы 35 – 36 см Окружность груди 33 – 34 см</p>	
4.	<p>Сроки, цель и метод проведения кожного контакта.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Сразу после рождения ребенка в удовлетворительном состоянии и отсутствии противопоказаний его обсушивают теплой пеленкой и выкладывают на живот к матери не менее чем на 30 мин. (кожный контакт) и накрывают сухой пеленкой 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – Тесный контакт «кожа к коже» после рождения способствует заселению новорожденного материнской микрофлорой, пробуждает у матери материнский инстинкт, снимает стресс у новорожденного и у матери, предохраняет переохлаждение новорожденного 	
5.	<p>Сроки и как проводят отделение ребенка от матери.</p> <p>Отделение ребенка от матери проводят после прекращения пульсации пуповины (примерно через 1-2 мин. после рождения) путем наложения 3-х зажимов Кохера</p>	

Ситуационная задача 105

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась мама новорожденного ребенка. Ее беспокоит следующая ситуация: масса тела ребенка при рождении была 3100 г, в

настоящее время малышу исполнилось 3 дня, а его масса тела составляет 2900 г. Ребенок спокойный, хорошо сосет грудь.

Вопросы.

1. Назовите состояние, которое развилось у ребенка. Подтвердите расчетом.
2. Перечислите возможные причины развития этого состояния.
3. Дайте совет матери по особенностям ухода за ребенком.
4. Назовите переходные состояния, которые могут встречаться у новорожденного.
5. Назовите сроки и критерии выписки новорожденного.

Эталон решения ситуационной задачи 105

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Состояние, развившееся у ребенка. Физиологическая убыль массы тела, которая составила 200 г, что соответствует $\approx 6,5\%$ (норма до 10%)	
2.	Причины развития физиологической убыли массы тела: – относительное недоедание ребенка в первые дни жизни; – потеря жидкости с мочой, испражнениями, через кожу и легкие; – возможные срыгивания; – высыхание кожи и пуповинного остатка	
3.	Советы матери по особенностям ухода за ребенком. 1. Маме необходимо успокоиться, т.к. ее переживания могут привести к уменьшению молока. 2. Для предупреждения большой потери массы тела необходимо раннее прикладывание к груди, кормление по требованию ребенка, своевременное выявление недостатка грудного молока и рациональная тактика при этом. 3. Соблюдение оптимального теплового режима	
1	2	3
4.	Переходные состояния, которые могут встречаться у новорожденного: 1. физиологическая желтуха; 2. половой криз; 3. мочекислый инфаркт; 4. физиологическая эритема; 5. транзиторная лихорадка	
5.	Сроки и критерии выписки доношенного новорожденного. Выписка новорожденного обычно проводится на 4-5 день, возможна и ранняя выписка на 2-3 сутки. Критерии выписки: – нет признаков заболевания; – проведены профилактические прививки; – отпал пуповинный остаток; – восстановилась масса тела или имеет место тенденция к ее восстановлению; – проведен неонатальный скрининг	

Ситуационная задача 106

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась мама 3-хдневного новорожденного ребенка. Во время проведения утреннего туалета она обнаружила у него желтушную окраску кожных покровов. При расспросе мамы и осмотре ребенка Вы выявили: ребенок сосет активно, общее состояние не нарушено, Т тела 36,5⁰ С, кожные покровы и слизистые оболочки желтушной окраски, пуповинный остаток под скобой. Кал и моча обычного цвета.

Вопросы.

1. Назовите состояние, которое развилось у ребенка. Обоснуйте ответ.
2. Назовите его возможную причину, сроки исчезновения выявленных изменений.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации, особенности ухода за ребенком.
4. Назовите переходные состояния, которые встречаются у новорожденного.
5. Назовите цели и сроки проведения неонатального скрининга, перечислите заболевания, на выявление которых он направлен.

Эталон решения ситуационной задачи 106

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Состояние, которое развилось у ребенка, обоснование ответа. Физиологическая желтуха. Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – желтуха появилась на 3-и сутки, – общее состояние не нарушено, – ребенок сосет активно, – Т тела 36,5⁰ С, – кал и моча обычного цвета 	
1	2	3
2.	<p>Возможная причина, сроки исчезновения выявленных изменений. Физиологическая желтуха обусловлена накоплением в крови и тканях свободного билирубина, образующегося при разрушении красных клеток крови – эритроцитов. Функционально незрелая печень ребенка не может обеспечить переработку большого количества билирубина в нетоксическую форму и выделение его из организма. Исчезает физиологическая желтуха к 10-ому – 14-ому дню жизни</p>	
3.	<p>Тактика акушерки, особенности ухода за ребенком:</p> <ul style="list-style-type: none"> – успокоить женщину и сообщить врачу. – при выраженной желтухе ребенка чаще прикладывать к груди, – осуществлять контроль уровня билирубина; – выполнять назначения врача 	
4.	<p>Физиологические переходные состояния новорожденных:</p> <ul style="list-style-type: none"> – половой гормональный криз; – мочекислый инфаркт почек; – физиологическая эритема; – транзиторная лихорадка; – физиологическая желтуха; – физиологическая убыль массы тела 	
5.	<p>Цели и сроки, техника проведения неонатального скрининга, заболевания, на выявление которых он направлен.</p>	

	<p>Неонатальный скрининг на врожденные и наследственные заболевания доношенному новорожденному проводится на 4-ые сутки.</p> <p>У новорожденных берется несколько капель крови из пятки разовым скарификатором. Капли собирают на тест-бланк из специальной бумаги, пропитываемые кровью пятна, обозначенные на тест-бланке кружками.</p> <p>Неонатальный скрининг позволяет выявить заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – врожденный гипотиреоз, – фенилкетонурию, – галактоземию, – адреногенитальный синдром, – муковисцидоз 	
--	--	--

Ситуационная задача 107

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась мама 4-хдневного новорожденного ребенка – мальчика. Во время пеленания она обнаружила симметричное увеличение грудных желез. При осмотре ребенка: грудные железы увеличены, кожа над ними без видимых изменений. Наблюдается отек сосков и мошонки. Температура тела 36,7⁰ С. Ребенок активно сосет грудь.

Вопросы.

1. Назовите состояние, которое развилось у ребенка. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины возникновения данного состояния.
3. Назовите особенности проявления данного состояния у девочек и мальчиков.
4. Определите тактику акушерки в данной ситуации, дайте рекомендации матери по особенностям ухода.
5. Назовите прививки, которые должен получить новорожденный в родильном доме, место и способ введения вакцин.

Эталон решения ситуационной задачи 107

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Состояние, которое развилось у ребенка. Обоснование ответа.</p> <p>Половой гормональный криз, что подтверждается симметричным увеличением грудных желез при отсутствии изменений кожи над ними, отеком сосков и мошонки.</p>	
2.	<p>Причины возникновения данного состояния.</p> <p>Половой гормональный криз вызван влиянием эстрогенов, попавших от матери в организм ребенка во время беременности и родов</p>	
3.	<p>Особенности проявления полового криза у девочек и мальчиков.</p> <p>Помимо развития физиологического мастита, проявляющегося нагрубанием молочных желез, как и у девочек, так и у мальчиков, у девочек в первые дни жизни из половой щели могут появляться кровянистые или слизистые выделения серо-белого цвета.</p> <p>У мальчиков отмечается гиперпигментация и умеренный отек мошонки и кожи вокруг сосков</p>	
4.	<p>Тактика акушерки, особенности ухода.</p> <p>1. Необходимо сообщить врачу, успокоить женщину.</p>	

	<p>2. При выраженном нагрубании молочных желез для предохранения раздражения кожи рекомендуют накладывать теплую стерильную повязку.</p> <p>3. Тщательно соблюдать гигиенический уход за ребенком</p>	
5.	<p>Прививки, которые должны получить новорожденный в родильном доме.</p> <ul style="list-style-type: none"> – в первые 24 часа проводят вакцинацию против вирусного гепатита В, вакцину вводят в/м, в переднюю поверхность бедра; – на 3-ий – 7-ой день жизни проводят вакцинацию против туберкулеза вакциной БЦЖ, которая вводится в/к в верхнюю треть левого плеча 	

Ситуационная задача 108

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы акушерка послеродового отделения. Во время обхода Вы обратили внимание, что одна из кормящих женщин плачет. При разговоре с ней Вы выяснили, что ее беспокоит то, что ее ребенку уже 2 сутки, а у нее практически нет молока.

Вопросы.

1. Объясните женщине, когда и как должно вырабатываться грудное молоко.
2. Объясните, почему в каждое кормление следует кормить ребёнка из одной молочной железы.
3. Дайте рекомендации по организации кормления ребенка дома, объясните, нужно ли давать ребенку водичку между кормлениями.
4. Назовите 10 принципов успешного вскармливания.
5. Составьте план беседы по режиму и питанию кормящей матери.

Эталон решения ситуационной задачи 108

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Сроки и этапы становления лактации.</p> <p>Лактация начинается ещё до рождения ребенка. На 30–32 неделе беременности в молочных железах образуется особая жидкость – молозиво. Процесс лактации контролируется с помощью специальных гормонов (пролактин, окситоцин) и прекращается после отнятия ребенка от груди. Со 2-3 дня после рождения ребенка появляется переходное молоко, а к 10-14 дню формируется зрелое молоко, состав которого остается постоянным на все время кормления грудью</p>	
2.	<p>Обоснование правила кормления грудью: каждое кормление следует кормить ребёнка из одной молочной железы.</p> <p>Необходимо, чтобы каждое кормление ребенок полностью освобождал грудь, т.к. состав молока неодинаков. В начале кормления ребенок получает «переднее» молоко, которое более жидкое, содержит больше У и Б, а при полном опорожнении груди и «заднее» молоко, которое более калорийное и содержит больше Ж</p>	

3.	<p>Рекомендации по организации кормления ребенка дома, нужно ли давать ребенку водичку между кормлениями.</p> <p>Новорожденный ребенок дома должен получать грудь по требованию без соблюдения ночного перерыва. При этом он не нуждается в дополнительном введении жидкости. Вода снижает питательную ценность молока, увеличивает риск попадания инфекции и нагрузку на почки, может ухудшиться сосательная активность новорожденного и угаснуть лактация</p>	
4.	<p>10 принципов успешного грудного вскармливания.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала и рожениц. 2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления грудного вскармливания. 3. Информировать всех беременных и рожениц о преимуществах и технике грудного вскармливания. 4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение 1-ого часа после родов. 5. Показать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей. 6. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение 1-ого часа после родов. 7. Показать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей. 8. Практиковать круглосуточное нахождение матери и ребенка рядом в одной палате. 9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких устройств и средств, имитирующих грудь (соски и др.). 10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы 	
1	2	3
5.	<p>План беседы по режиму и питанию кормящей матери.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Преимущества и значение грудного вскармливания. 2. Роль режима и питания кормящей матери в поддержании лактации. 3. Особенности режима дня кормящей женщины. 4. Диета кормящей женщины (обязательные продукты, входящие в ежедневный рацион, питьевой режим, продукты увеличивающие лактацию, продукты ухудшающие вкус грудного молока) 	

Ситуационная задача 109

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения с совместным пребыванием матери и ребенка. Кормящая женщина жалуется на болезненное уплотнение в левой молочной железе. Температура тела нормальная, самочувствие хорошее. Удалось выяснить, что женщина для сохранения формы груди носит тесный бюстгальтер. Во время кормления держит ребенка близко к себе, его подбородок упирается ей в грудь, рот раскрыт широко. Малыш сосет медленно, слышно, как он глотает. Ночью ребенка мать не кормит.

Вопросы.

1. Объясните причину изменений в молочной железе.
2. Определите правильность прикладывания ребенка к груди.
3. Дайте рекомендации матери по уходу за молочными железами.
4. Составьте план беседы с женщиной по стимуляции рефлекса окситоцина.
5. Назовите показания для сцеживания грудного молока.

Эталон решения ситуационной задачи 109

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Причины изменений в молочной железе. Болезненное уплотнение в левой молочной железе возникло из-за закупорки млечного протока. Плохой отток молока из груди обусловлен давлением белья и длинными промежутками между кормлениями вечером и ночью	
2.	Правильность прикладывания ребенка к груди. К груди ребенок приложен правильно. Но в настоящее время лучше женщине порекомендовать другую позицию – «из-под руки», т.к. это способствует лучшему опорожнению млечного протока	
3.	Рекомендации матери по уходу за молочными железами: <ul style="list-style-type: none">– несколько дней прикладывать ребенка чаще к левой грудной железе, в которой имеется болезненное уплотнение;– слегка массировать уплотнение во время сосания ребенком груди;– после кормления остатки молока сцеживать;– белье и одежда должны быть свободными и не вызывать блокирования млечных протоков	
4.	План беседы по стимуляции рефлекса окситоцина: <ul style="list-style-type: none">– Психологическая поддержка – придать уверенность в успехе кормления грудью, устранить или уменьшить тревогу, боль, концентрировать положительные эмоции о ребенке, создать спокойную обстановку	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none">– Практическая помощь: максимально поддерживать контакт с ребенком, перед кормлением принять теплое питье, согреть грудь (теплый компресс, теплый душ), наклониться вперед, стимулировать сосок, массаж груди и спины	
5.	Показания для сцеживания грудного молока: <ul style="list-style-type: none">– Облегчение состояния кормящей женщины при закупорке млечного протока и нагрубании молочной железы.– Поддержка лактации, если мать и ребенок болеют, при разлуке с ребенком.– Кормление ребенка, пока он учится сосать (при втянутых сосках у матери, затруднениях в координации сосания).– Обеспечение молоком маловесных и больных детей, не способных высосать достаточный объем	

Ситуационная задача 110

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась молодая женщина 18 лет. У нее первый ребенок, она очень обеспокоена тем, что не сможет правильно ухаживать за своим малышом дома, считая, что ничего не умеет. Она просит Вас обучить ее ежедневному уходу за ребенком.

Вопросы.

1. Перечислите моменты ежедневного ухода за ребенком в домашних условиях.
2. Перечислите моменты ухода, которые повторяются в течение дня, кратность их проведения.
3. Расскажите технику ухода за пупочной ранкой, назовите сроки ее заживления.
4. Назовите возможные способы пеленания новорожденного и охарактеризуйте их.
5. Расскажите, как и кем будет осуществляться наблюдение за новорожденным после выписки из родильного дома.

Эталон решения ситуационной задачи 110

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Моменты ежедневного ухода за ребенком в домашних условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> – уход за кожей (умывание, подмывание, обработка кожных складок, проведение гигиенической ванны); – уход за слизистыми; – уход за пупочной ранкой; – пеленание 	
2.	<p>Моменты ухода, повторяющиеся в течение дня, кратность.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Умывание 2 раза в сутки. 2. Подмывание после каждого акта дефекации. 3. Обработка всех кожных складок 2 раза в сутки и паховых и ягодичных складок – после каждого подмывания. 4. Проведение туалета пупочной ранки 2 раза в сутки. 5. Обработка слизистых оболочек глаз не менее 2 раз в сутки, носовые ходы – по мере накопления корочек. 6. Пеленание после каждого мочеиспускания 	

1	2	3
3.	<p>Техника ухода за пупочной ранкой, сроки ее заживления.</p> <p>Обработка пупочной ранки проводится 2-3 раза в день. Перед обработкой необходимо вымыть руки. Ребенка распеленать, положить на спину, на чистую пеленку. Развести края пупочной ранки и обработать 3% раствором перекиси водорода, очистить с помощью ватной палочки и обработать 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого.</p> <p>Заживление пупочной ранки происходит на 7-ой – 10-ый день от момента отпадения пуповинного остатка</p>	
4.	<p>3 способа пеленания новорожденного.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый способ – в родильном доме в первые дни. 2. Свободное пеленание – когда свободны ручки, постоянно всем здоровым детям. 3. Широкое пеленание – при подозрении на дисплазию тазобедренного сустава 	
5.	Наблюдение за новорожденным после выписки из родильного	

	<p>дома осуществляется медицинскими работниками детской поликлиники или ФАП путем проведения патронажей.</p> <p>Патронаж – форма работы ЛПУ, основной целью которой является проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий. Первичный патронаж проводится в первый день выписки новорожденного, последующие патронажи проводятся не реже 2 раз в неделю</p>	
--	--	--

Ситуационная задача 111

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Палата совместного пребывания матери и ребенка родильного дома. Новорожденный, возраст 3 дня. Со слов матери, отказывается брать грудь, она настаивает, чтобы его покормили молочной смесью из бутылочки. Акушерка пытается помочь кормящей женщине приложить ребенка к груди, прикладывая его лицом к груди матери, одной рукой держит её грудь, другой рукой – поддерживает голову ребенка снизу. Затем пытается подтолкнуть его к груди, но малыш отбрасывает голову кзади и кричит.

Вопросы.

1. Назовите причину отказа ребенка от груди. Расскажите технику прикладывания ребенка к груди.
2. Определите ошибку кормящей женщины.
3. Назовите преимущества грудного вскармливания для ребенка.
4. Дайте рекомендации матери в данной ситуации.
5. Назовите признаки достаточности питания ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 111

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Причина отказа ребенка от груди. Техника прикладывания ребенка к груди.</p> <p>Соппротивление ребенка связано с неправильной техникой оказания ему помощи: подталкиванием головы ребенка к груди.</p>	
1	2	3
	<p>Техника прикладывания ребенка к груди:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внимание матери должно быть сконцентрировано на малыше, контакт «глаза в глаза». 2. Ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней. 3. Лицо ребенка находится близко от груди. 4. Подбородок прикасается к груди. 5. Над верхней губой виден большой участок ареолы, чем под нижней. 6. Заметно, как ребенок делает медленные, глубокие сосательные движения и глотает молоко. 7. Ребенок расслаблен и доволен. 8. Мать не испытывает боль. 9. Рекомендовано кормление из двух грудей, при этом одна должна быть опустошена полностью, чтобы ребенок получил и «переднее» молоко, и «заднее» молоко (более богатое жирами). 10. Учитывая суточный ритм лактации, возможно более частое прикладывание к груди в вечерние часы. 	

2.	Ошибка кормящей женщины заключается в том, что она настаивает на кормлении ребенка из бутылочки	
3.	Преимущества грудного вскармливания для ребенка. 1. Грудное молоко содержит все питательные вещества, необходимые ребенку (белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы и воду). 2. Грудное молоко защищает ребенка от инфекций. 3. Дети, получающие грудное молоко, реже страдают от диареи, отита и аллергии, реже простужаются, чем дети, вскармливаемые искусственно. 4. Грудное вскармливание дает ребенку ощущение близости к матери, теплоты и комфорта. 5. Грудное вскармливание помогает установить близость с малышом	
4.	Рекомендации матери в данной ситуации. При прикладывании к груди следует поддерживать малыша за плечи и шею, а не за затылок. Подождать, пока он откроет рот, и только после этого придвинуть к груди. Позволить матери после разъяснений действовать самостоятельно. Не следует заставлять ребенка немедленно взять грудь. Предоставить малышу возможность получить удовольствие от контакта «кожа к коже» и исследовать грудь ртом	
5.	Критерии достаточности питания ребенка: – достаточная прибавка в весе ребенка за первый месяц (600 - 800 г); – частота мочеиспусканий не менее 6 раз в сутки; – частота стула соответствует количеству кормлений (6 -10 раз) в первый месяц жизни; – ребенок спокоен, выдерживает интервалы между кормлениями 2 и более часа	

Ситуационная задача 112

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родового отделения, проводите обучение в группе беременных по вопросам грудного вскармливания.

Вопросы.

1. Расскажите, что такое лактация и механизм выработки грудного молока.
2. Назовите изменения, происходящие в составе грудного молока.
3. Перечислите возможные позиции матери и ребенка при кормлении грудью, показания к ним.
4. Назовите преимущества грудного вскармливания для женщины.
5. Назовите сроки проведения грудного вскармливания.

Эталон решения ситуационной задачи 112

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Лактация и механизм выработки грудного молока. Лактация (от латинского lacto – «кормлю молоком») – единственный естественный, т.е. задуманный природой, способ вскармливания новорожденного ребенка грудным молоком.	

	<p>Процесс лактации контролируется с помощью специальных гормонов (пролактин, окситоцин) и прекращается после отнятия ребенка от груди.</p> <p>Пролактин – гормон, стимулирующий выработку грудного молока, выделяется после кормления, наибольшая секреция происходит ночью, угнетает овуляцию.</p> <p>Окситоцин – способствует отдаче молока вырабатывается до и во время кормления, способствует сокращению матки</p>	
2.	<p>Изменения, происходящие в составе грудного молока.</p> <p>На 30–32 неделе беременности в молочных железах образуется особая жидкость – молозиво. Стимулом для секреции молока и молозива является воздействие, оказываемое ребенком на сосок во время сосания. Со 2-ого – 3-его дня после рождения ребенка появляется переходное молоко, а к 10-ому – 14-ому дню формируется зрелое молоко, состав которого остается постоянным на все время кормления грудью</p>	
3.	<p>Возможные позиции матери и ребенка при кормлении грудью, показания к ним.</p> <ul style="list-style-type: none"> – из-под руки (при закупорке млечного протока, затруднен захвата груди, кормлении близнецов); – на руке (кормление маловесных и больных детей); – лежа на боку (после кесарева сечения и швах на промежности); – лежа на спине (в случае быстрого поступления молока); – лежа на животе с опорой на локти (при затруднениях с захват груди); – вертикальная поза «кенгуру» (кормление недоношенных маловесных детей); – классическое положение (сидя) 	
1	2	3
4.	<p>Преимущества грудного вскармливания для женщины:</p> <ul style="list-style-type: none"> – грудное вскармливание несложно, удобно и бесплатно; – охраняет здоровье матери и помогает ей снизить вес, набранный за время беременности; – помогает предотвратить новую беременность; – дает матери ощущение душевного покоя; – предупреждает развитие рака молочной железы и половых органов 	
5.	<p>Сроки проведения грудного вскармливания: грудное вскармливание проводится до 1,5 – 2 лет</p>	

Ситуационная задача 113

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного дома. На роды поступает женщина 35 лет, со сроком гестации 32 недели. Из анамнеза известно, что женщина на учет по беременности встала в 20 недель, всю беременность курила, не замужем, за время беременности 2 раза переболела ОРВИ. Настоящие роды вторые, беременность пятая.

Вопросы.

1. Дайте характеристику предстоящим родам. Обоснуйте ответ.
2. Расскажите, как должна подготовиться акушерка к этим родам.
3. Назовите причины, которые привели к преждевременным родам.

4. Назовите морфологические и функциональные признаки недоношенного ребенка.
5. Назовите особенности проведения первого туалета данному ребенку

Эталон решения ситуационной задачи 113

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Характеристика предстоящих родов, обоснование. Роды преждевременные. Обоснование: срок гестации 32 недели</p>	
2.	<p>Подготовка акушерки к предстоящим родам.</p> <ul style="list-style-type: none"> – подготовить все необходимое для оказания неотложной помощи новорожденному ребенку; – обеспечить повышение температуры в родильном зале; – подготовить дополнительные средства для согревания новорожденного: подогреть лоток, пеленки, средства для обработки ребенка, – предупредить врача-неонатолога 	
3.	<p>Причины данных родов в данной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – поздно встала на учет по беременности (20 недель); – социально-экономические факторы (не замужем, курила); – клинический фактор (2 раза переболела ОРВИ); – осложненный акушерский анамнез (3 аборта) 	
4.	<p>Морфологические и функциональные признаки недоношенного новорожденного. Морфологические признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – непропорциональное телосложение – большая голова, короткие конечности; 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – низкое расположение пупка; – выраженная гиперемия кожи; – лануго на плечах, лице, спине; – зияние половой щели у девочек, яички не опущены в мошонку у мальчиков; – недоразвитие ногтевых пластин на руках; – мягкие ушные раковины; – преобладание мозгового черепа над лицевым черепом; – открыт малый родничок; – маленькая ореола соска (меньше 5мм). <p>Функциональные признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – незрелость легких (мало сурфактанта); – нарушение терморегуляции; – отсутствие или быстрое угасание безусловных физиологических рефлексов; – вялая реакция на осмотр; – слабый малоэмоциональный крик или его отсутствие; – низкая скорость клубочковой фильтрации (отеки); – склонность к инфекционным заболеваниям, в силу не совершенства иммунной системы; – малый объем желудка; 	

	<ul style="list-style-type: none"> – снижена ферментативная активность поджелудочной железы и кишечника; – внутриутробные запасы минеральных веществ, кальция, фосфора, белков, витаминов А, С, Е, железа, микроэлементов меньше, чем у доношенных 	
5.	Особенности проведения первого туалета этому ребенку: <ul style="list-style-type: none"> – быстро отделить от матери; – осушить кожу; – поместить на подогреваемый столик; – передать врачу-неонатологу; – дальнейшие мероприятия в зависимости от состояния 	

Ситуационная задача 114

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала, принимаете роды у женщины со сроком гестации 26 недель. Родился мальчик, кожные покровы синюшные, не кричит, руки и ноги вытянуты вдоль туловища, реакция на отсасывание слизи отсутствует, ЧСС 90 уд. в мин.

Вопросы.

1. Дайте характеристику данным родам. Обоснуйте ответ.
2. Назовите критерии живорождения, нормативный документ, определяющий эти критерии.
3. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар.
4. Перечислите возможные риски развития патологических состояний.
5. Назовите нормативный документ, согласно которому будет проводиться первый туалет этому ребенку.

Эталон решения ситуационной задачи 114

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Характеристика предстоящих родов, обоснование. Роды преждевременные, т.к. срок гестации 26 недель	
2.	Критерии живорождения и приказ, нормативный документ, определяющий эти критерии. Критерии живорождения: плод дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи»	
3.	Оценка состояния ребенка по шкале Апгар. Состояние ребенка по шкале Апгар 2 балла, что соответствует тяжелой асфиксии.	
4.	Риски развития патологических состояний: <ul style="list-style-type: none"> – перинатальных поражений нервной системы – внутрижелудочковые кровоизлияния и гипоксически – ишемические повреждения ЦНС, которые приводят к летальности или инвалидности – синдрома дыхательных расстройств – общего отека 	

	<ul style="list-style-type: none"> – гипербилирубинемии и «ядерной желтухи» – некротизирующего энтероколита – железодефицитной анемии – пневмонии, сепсиса, менингита 	
5.	<p>Назван нормативный документ согласно, которому будет проводиться первый туалет этому ребенку- это методическое письмо</p> <p>«Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении».</p>	

Ситуационная задача 115

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Новорожденный ребенок, родился от матери 18 лет. Беременность первая, в течение всей беременности женщина принимала наркотические препараты. Ребенок родился при сроке гестации 31 неделя, с массой 1500 г.

Вопросы.

1. Дайте характеристику данному ребенку. Обоснуйте ответ.
2. Опишите его внешние и функциональные признаки.
3. Перечислите проблемы, которые могут возникнуть при выхаживании этого ребенка.
4. Назовите, какие условия необходимо создать данному ребенку в родильном зале.
5. Перечислите возможные методы согревания данного ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 115

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Характеристика ребенка, обоснование</p> <p>Ребенок недоношенный, т.к. срок гестации 31 неделя</p>	
2.	<p>Внешние и функциональные признаки недоношенного новорожденного.</p> <p>Внешние признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – непропорциональное телосложение; – выраженная гиперемия кожи; – распространённое лануго; – недоразвитие ногтевых пластинок; – низкое расположение пупка; – зияние половой щели у девочек, яички не опущены в мошонку у мальчиков; – мягкие ушные раковины; – преобладание мозгового черепа над лицевым черепом; – открыт малый родничок; – маленькая ореола соска (меньше 5 мм). <p>Функциональные признаки недоношенного новорожденного:</p> <ul style="list-style-type: none"> – незрелость легких (мало сурфактанта); – нарушение терморегуляции; – отсутствие или быстрое угасание безусловных физиологических рефлексов; – вялая реакция на осмотр; – слабый малоэмоциональный крик или его отсутствие; – низкая скорость клубочковой фильтрации (склонность к 	

	отекам); – склонность к инфекционным заболеваниям в силу не совершенства иммунной системы; – малый объем желудка; – снижена ферментативная активность поджелудочной железы и кишечника; – внутриутробные запасы минеральных веществ, кальция, фосфора, белков, витаминов А, С, Е, железа, микроэлементов меньше, чем у доношенных	
3.	Проблемы, которые могут возникнуть при выхаживании этого ребенка: – гипотермия; – проблемы со вскармливанием из-за снижения или отсутствия рефлексов сосания и глотания; – высокий риск нарушения дыхания и инфицирования	
4.	Условия для данного ребенка в родильном зале. Соблюдение тепловой цепочки, защита от сенсорных раздражителей, адекватная оксигенотерапия, готовность к проведению реанимации	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
5.	Методы согревания недоношенного новорожденного: – использование системы «Гнездо»; – согревания методом «Кенгуру»; – лучистое тепло лампы; – в инкубаторе (кувезе)	

Ситуационная задача 116

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы работаете акушеркой приемного отделения роддома. Поступает женщина 28 лет, беременность первая, срок 36 недель и 4 дня, схватки начались 6 часов назад, воды отошли в машине скорой помощи. В настоящее время схватки потужного характера. Обменной карты у женщины нет.

Вопросы.

1. Дайте характеристику данным родам. Обоснуйте ответ.
2. Назовите отделение для госпитализации женщины.
3. Назовите особенности проведения данных родов.
4. Назовите основные этапы первичного туалета новорожденного.
5. Назовите этапы оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным.

Эталон решения ситуационной задачи 116

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	Характеристика предстоящих родов, обоснование. Роды преждевременные, т.к. срок гестации 36 недель и 4 дня	
2.	Отделение для госпитализации женщины – наблюдательное, т.к. отсутствует обменная карта	
3.	Особенности проведения данных родов. В зависимости от состояния ребенка, учитывая срок гестации, данные роды могут проводиться, как у доношенного ребенка	

4.	Основные этапы первичного туалета новорожденного: 1. Родившегося ребенка акушерка кладет на заранее подготовленный, обеззараженный, согретый, покрытый стерильной пеленкой лоток. 2. Быстрыми промокательными движениями обсушивает младенца, накрывает другой сухой, стерильной теплой пеленкой. 3. Затем выкладывает ребенка на живот к матери, надевает шапочку и носочки, укрывает стерильной пеленкой и одеялом. 4. Проводит оценку по шкале Апгар. 6. Отделяет ребенка от матери. 7. Для профилактики гонобленнореи у новорожденных акушерка однократно закладывает 1 % тетрациклиновую мазь. 8. Прикладывает к груди. 9. Проводит окончательную перевязку пуповины. 10. Проводит антропометрию. 11. Заполняет браслетки, повязывает ребенка и матери. 12. Заполняет медицинскую документацию	
1	2	3
5.	Этапы оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным. 1. Специализированный родильный дом или перинатальный центр. 2. Специализированное отделение по выхаживанию недоношенных детей при перинатальном центре или при детской больнице. 3. Наблюдение недоношенных детей в детских поликлиниках	

Ситуационная задача 117

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Новорожденный ребенок родился на сроке беременности 32 недели с массой тела 1500 г, длиной 40 см, сосательный и глотательный рефлекс отсутствуют, тепло не удерживает, при крике и беспокойстве синееет, дыхание тяжелое.

Вопросы.

1. Охарактеризуйте ребенка, обоснуйте ответ.
2. Перечислите известные Вам способы вскармливания недоношенных детей.
3. Перечислите основные моменты выхаживания недоношенных детей.
4. Выберите метод согревания данного ребенка.
5. Назовите критерии выписки недоношенного новорожденного домой.

Эталон решения ситуационной задачи 117

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Характеристика ребенка. Ребенок недоношенный, т.к. срок гестации 32 недели	
2.	Способы вскармливания недоношенных детей: Способ вскармливания зависит от выраженности безусловных рефлексов, дыхания, координации между сосанием, глотанием и дыханием. В зависимости от этого ребенок может вскармливаться: – парентерально,	

	<ul style="list-style-type: none"> – через зонд, – из чашечки, – из соски, – прикладывание к груди 	
3.	Методы выхаживания недоношенных детей: <ul style="list-style-type: none"> – согревание; – подбор способа вскармливания; – адекватная оксигенация; – профилактика инфекционных заболеваний; – сенсорная защита; – позиционирование; – профилактика дефицитных состояний 	
4.	Способ согревания данного ребенка. Для согревания выбран кувез (инкубатор), в котором созданы необходимые условия для поддержания наиболее комфортных для ребенка условий: влажность, температура, стерильность, обеспечение кислородом и возможность мониторинга состояния ребенка	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
5.	Критерии выписки маловесных детей: <ul style="list-style-type: none"> – хорошее состояние здоровья; – стабильное увеличение веса (как минимум три дня подряд); – адекватная терморегуляция; – хороший сосательный рефлекс; – мама в состоянии сама ухаживать дома за малышом 	

Ситуационная задача 118

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Ребенок родился от матери 26 лет, во время беременности женщина курила, перенесла ОРВИ, отмечался токсикоз во второй половине беременности. Ребенок родился при сроке гестации 39 недель, с массой 2300 г, длиной 45 см.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите причины, которые привели к развитию данного состояния у этого ребенка и другие факторы, приводящие к нему.
3. Назовите основные принципы выхаживания детей с данным заболеванием.
4. Прогноз при различных видах данного состояния.
5. Назовите методы профилактики данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 118

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Диагноз: задержка внутриутробного развития (ЗВУР) Обоснование: при доношенной беременности у ребенка низкая масса тела при рождении и имеется задержка роста	

2.	<p>Причины ЗВУР в данном случае и другие факторы, приводящие к данной патологии.</p> <p>Причины ЗВУР у данного ребенка: курение женщины во время беременности, токсикоз, перенесенные ОРВИ.</p> <p>Выделяют 3 группы факторов риска по развитию ЗВУР:</p> <p>1. материнские:</p> <ul style="list-style-type: none"> – возраст матери старше 36 и младше 16 лет; – недостаточное питание во время беременности; – тяжелый токсикоз 1-ой половины беременности; – тяжелые хронические заболевания сердца, легких, почек, сахарный диабет; – вредные привычки: курение, употребление наркотиков, алкоголя; – недостаточная репродуктивная функция (длительный бесплодный период, выкидыши, мертворождения в анамнезе), предшествующие аборт; – рождение предыдущих детей с низкой массой тела; – профессиональные вредности (работа в горячем цехе, вибрация, ультразвук, радиация, химические факторы) 	
1	2	3
	<p>2. плацентарные:</p> <ul style="list-style-type: none"> – недостаточная масса и поверхность плаценты; – аномалии сосудов плаценты; – раннее старение плаценты; – ранняя отслойка и др. <p>3. плодные:</p> <ul style="list-style-type: none"> – многоплодная беременность; – наследственные заболевания; – врожденные пороки развития; – внутриутробное инфицирование; – гемолитическая болезнь новорожденного 	
3.	<p>Основные принципы выхаживания детей с ЗВУР:</p> <ul style="list-style-type: none"> – создание оптимального температурного режима; – обеспечение адекватной оксигенации; – обеспечение достаточным питанием; – контроль и коррекция метаболических нарушений; – антибактериальная терапия 	
4.	<p>Прогноз при различных видах ЗВУР.</p> <p>Прогноз зависит от варианта и степени тяжести.</p> <p>При гипотрофическом и гипопластическом вариантах I степени тяжести дети, как правило, догоняют своих сверстников по физическому и нервно-психическому развитию к 6 мес.</p> <p>При II степени этих же вариантов большинство детей догоняют своих сверстников по физическому развитию к 1 году.</p> <p>Отмечается повышенная инфекционная заболеваемость, часто развиваются рахит, анемия. В дальнейшем может формироваться легкая мозговая дисфункция (невротические реакции, инфантилизм психики, снижение аппетита).</p> <p>У детей с III степенью прогноз надо давать с осторожностью. Отставание в физическом развитии и нервно-психическом развитии может отмечаться до 3-х – 4-х летнего возраста и более. У</p>	

	10 – 15% этих детей в дальнейшем развиваются признаки органического поражения ЦНС (ДЦП, эпилепсия, гидроцефалия, отставание в нервно-психическом развитии). Отмечается высокая инфекционная заболеваемость	
5.	Профилактика ЗВУР. Профилактические мероприятия включают раннее выявление причин и их устранение, контроль массы тела беременной, УЗИ.	

Ситуационная задача 119

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Ребенку 3 дня, родился от I беременности, протекавшей с 32 недель с протеинурией, повышением АД до 140/85 мм рт. ст.

Роды срочные, при сроке беременности 39 недель. Дородовое излитие околоплодных вод, воды окрашены меконием. Продолжительность 1-ого периода родов 12 часов 15 минут, 2-ого периода – 40 минут, слабость родовой деятельности, медикаментозное родозбуждение.

Родился мальчик, с массой тела 3000 г, ростом 49 см. В родах отмечалось тугое однократное обвитие пуповиной вокруг шеи. При рождении состояние ребенка средней тяжести, брадикардия в течение 1-ой минуты, дыхание нерегулярное, разлитой цианоз. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. В настоящее время у ребенка физиологические рефлексы угнетены, мышечная гипотония.

Вопросы.

1. Оцените акушерский анамнез.
2. Оцените состояние ребенка при рождении, поставьте диагноз.
3. Оцените состояние ребенка в настоящее время, поставьте диагноз.
4. Выявите проблемы пациента в настоящее время.
5. Назовите особенности ухода за данным ребенком.

Эталон решения ситуационной задачи 119

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Оценка акушерского анамнеза. Акушерский анамнез отягощенный. Гипертония, протеинурия, воды окрашены меконием, слабость родовой деятельности, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи – факторы риска по развитию гипоксии плода	
2.	Оценка состояния ребенка при рождении, диагноз. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести. Обоснование: оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 баллов и клинические проявления: брадикардия в течение 1-ой минуты, дыхание нерегулярное, разлитой цианоз	
3.	Оценка состояния ребенка в настоящее время. В настоящее время у ребенка проявления острого периода перинатального повреждения ЦНС гипоксического генеза, синдром угнетения	
4.	Проблемы ребенка. Из-за угнетения физиологических рефлексов возможны проблемы со вскармливанием, терморегуляцией, дыханием, двигательные нарушения	
5.	Особенности ухода. Максимальный покой, подбор способа кормления, согревание,	

оксигенотерапия, выполнение врачебных назначений	
--	--

Ситуационная задача 120

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала, при осмотре новорожденного ребенка обратили внимание, что движение левой руки несколько ограничены, при пеленании отмечается крик и беспокойство. При пальпации левой ключицы определяется крепитация и болезненность, в области ключицы небольшая припухлость и гематома.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, вторых родов, с массой 4100 г, крик громкий, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возможные причины.
3. Выявите основную проблему у ребенка,
4. Обозначьте цели ухода.
5. Дайте основные рекомендации матери по уходу.

Эталон решения ситуационной задачи 120

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Диагноз: родовая травма, перелом ключицы. Обоснование: нарушение движения в левой руке, беспокойство, болезненность, крепитация и гематома слева в области ключицы	
2.	Возможные причины: крупный плод, акушерские вмешательства, патологические роды	
3.	Основная проблема ребенка: болезненность в области ключицы, связанные с этим беспокойство ребенка	
4.	Цели ухода: Краткосрочная цель – уменьшение болезненности и припухлости. Долгосрочная цель – нормализация состояния	
5.	Рекомендации по уходу: – бережный уход и пеленание с использованием повязки Дезо; – помощь при кормлении грудью, подбор удобного положения; – выполнение назначений врача; – бережная транспортировка ребенка (на руках) на физиотерапевтические процедуры и обследование; – обучение матери навыкам ухода за новорожденным ребенком с данной патологией, уходу за кожей и слизистыми	

Ситуационная задача 121

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. При осмотре новорожденного Вы обратили внимание, что у ребенка в области лба и теменной кости имеется опухолевидное образование плотной консистенции. Ребенок родился от первых родов, с массой 4000 г, беременность протекала без особенностей, роды затяжные, отмечалось длительное стояние головки в родовых путях. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте ответ.

2. Назовите возможные причины.
3. Проведите дифференциальную диагностику между родовой опухолью и кефалогематомой.
4. Составьте план ухода
5. Назовите исходы.

Эталон решения ситуационной задачи 121

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил															
1	2	3															
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Диагноз: родовая опухоль. Обоснование: припухлость появилась сразу после рождения ребенка, нет четких границ, нет флюктуации																
2.	Основные причины возникновения родовой опухоли: <ul style="list-style-type: none"> – несоответствие размеров предлежащей части и родовых путей, – слабость родовой деятельности, – крупный плод и др. 																
1	2	3															
3.	Различия между родовой опухолью и кефалогематомой: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">Родовая опухоль</th> <th style="width: 35%;">Кефалогематома</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>сроки появления</td> <td>сразу после рождения</td> <td>появляется позже</td> </tr> <tr> <td>распространенность</td> <td>располагается над несколькими костями черепа</td> <td>ограничена размерами одной кости</td> </tr> <tr> <td>консистенция</td> <td>плотная</td> <td>отмечается флюктуация</td> </tr> <tr> <td>сроки исчезновения</td> <td>рассасывается в течение 2-3 дней</td> <td>рассасывается через 2-3 недели</td> </tr> </tbody> </table>		Родовая опухоль	Кефалогематома	сроки появления	сразу после рождения	появляется позже	распространенность	располагается над несколькими костями черепа	ограничена размерами одной кости	консистенция	плотная	отмечается флюктуация	сроки исчезновения	рассасывается в течение 2-3 дней	рассасывается через 2-3 недели	
	Родовая опухоль	Кефалогематома															
сроки появления	сразу после рождения	появляется позже															
распространенность	располагается над несколькими костями черепа	ограничена размерами одной кости															
консистенция	плотная	отмечается флюктуация															
сроки исчезновения	рассасывается в течение 2-3 дней	рассасывается через 2-3 недели															
4.	План ухода за ребенком: <ul style="list-style-type: none"> – консультация неонатолога, – выполнение назначений врача, – бережное пеленание и гигиенический уход 																
5.	Исход. Полное рассасывание через 2-3 дня																

Ситуационная задача 122

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. В вечернее время к Вам обратилась мать новорожденного ребенка 2-хдневного возраста, чтобы Вы осмотрели ее ребенка. При осмотре Вы обнаружили у ребенка гнойные выделения из обоих глаз, веки гиперемированы и несколько отечны.

Со слов мамы, эти явления появились 2 часа назад. Состояние новорожденного удовлетворительное, Т тела 36,8⁰ С, сосет активно, со стороны внутренних органов – без особенностей.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возможные сроки и источники инфицирования новорожденного ребенка.
3. Определите тактику по отношению к данному ребенку.
4. Назовите принципы лечения.

5. Назовите осложнение, которое может развиваться у ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 122

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Диагноз: гнойный конъюнктивит. Обоснование: диагноз поставлен на основании появления у ребенка гиперемии, отечности век и гнойных выделений из обоих глаз	
2.	Сроки инфицирования новорожденного и источники инфекции. Аntenатально: – перенесенное острое инфекционное заболевание бактериальной этиологии во время беременности; – наличие у беременной хронической экстрагенитальной патологии воспалительного характера; – наличие у беременной хронических гинекологических заболеваний воспалительного характера	
1	2	3
	Источник инфекции – мать. Интранатально: – длительный безводный период (более 6-8 часов); – нарушение асептики и антисептики ведения родов (например, нарушение санитарно-эпидемиологического режима в родильном зале, «домашние» роды). Источники инфекции – медицинский персонал, мать. Постнатально: Источники инфекции: – медицинский персонал (транзиторные носители) и больные; – мать (матери) – больные, носители; – больные новорожденные	
3.	Тактика по отношению к ребенку. Необходимо срочно сообщить врачу-неонатологу	
4.	Принципы лечения. Лечение заключается в промывании глаз раствором фурацилина (1:5000) с последующим закапыванием в каждый глаз по 1 капле 20% раствора альбуцида или закладывании в глаза 1% глазной тетрациклиновой мази 3 – 4 раза в день	
5.	Возможное осложнение. Гнойный конъюнктивит может осложниться дакриоциститом	

Ситуационная задача 123

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. В вечернее время к Вам обратилась мать новорожденного 3-хдневного возраста, чтобы Вы осмотрели ее ребенка. Во время осмотра Вы увидели на коже туловища малыша в области шеи и передней поверхности грудной клетки мелкоточечную сыпь розового цвета.

Состояние удовлетворительное, Т тела 36,7⁰ С, сосет активно.

В палате, где находится ребенок, душно, жарко. Т воздуха + 28,0⁰ С. Ребенок в шапочке в двух пеленках и укрыт одеялом.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины заболевания.
3. Определите свою тактику, принципы ухода и лечения.
4. Назовите локализованные формы гнойной инфекции у новорожденного.
5. Назовите меры профилактики неинфекционных заболеваний кожи новорожденного.

Эталон решения ситуационной задачи 123

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Диагноз: потница Обоснование диагноза: характер сыпи, отсутствие симптомов интоксикации, связь с перегреванием позволяют поставить диагноз – потница	

1	2	3
2.	Причины заболевания. Появление потницы связано с перегреванием (душное помещение, несоответствие одежды температурному режиму), анатомо-физиологическими особенностями новорожденного ребенка – недоразвитие потовых желез	
3.	Тактика, рекомендации по уходу и лечению. Тактика – сообщить врачу-неонатологу. Рекомендации по уходу и лечению: – чаще проветривать помещение; – поддерживать температуру воздуха 22,0 – 24,0 °С; – свободное пеленание; – проводить воздушные ванны по 2-3 минуты	
4.	Названы локализованные формы гнойной инфекции. К локализованным формам гнойной инфекции у новорожденного относятся: гнойный омфалит, гнойный конъюнктивит, пиодермии, остеомиелит, мастит.	
5.	Меры профилактики неинфекционных заболеваний кожи новорожденного: – тщательный гигиенический уход за кожей новорожденного; – поддержание оптимальной температуры в помещении; – подбор одежды соответственно температуры; – регулярная смена пеленок	

Ситуационная задача 124

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Родился ребенок с массой тела 3000 г., с тугим обвитием пуповины вокруг шеи, с оценкой по шкале Апгар 5 баллов. После отсасывания слизи и тактильной стимуляции у ребенка ЧДД 30 в мин., ЧСС 90 уд. в мин., цвет кожных покровов цианотичный, ребенок вялый.

Вопросы.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у ребенка. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины, которые могут вызвать данное состояние.
3. Расскажите, что должна подготовить акушерка для проведения реанимации новорожденного.
4. Назовите этапы реанимации новорожденных при данном состоянии.
5. Составьте алгоритм неотложной помощи I этапа.

Эталон решения ситуационной задачи 124

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Неотложное состояние, развившееся у ребенка. Обоснование ответа. Асфиксия новорожденного средней тяжести</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – брадикардия, брадипноэ, – цианоз кожи; – вялость ребенка; – оценка по шкале Апгар составила 5 баллов 	

1	2	3
2.	<p>Причины, которые могут привести к асфиксии в родах:</p> <ul style="list-style-type: none"> – затяжные роды – патология пуповины – отслойка плаценты – аспирация 	
3.	<p>К родам акушерка должна подготовить реанимационное оборудование, источник тепла, источник кислорода, лекарственные средства: раствор адреналина в ампулах, физиологический раствор</p>	
4.	<p>Этапы реанимации новорожденных при данном состоянии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – I этап – восстановление проходимости дыхательных путей; – II этап – восстановление внешнего дыхания, ликвидация гипоксии, гиперкапнии; – III этап – ликвидация гемодинамических и метаболических расстройств 	
5.	<p>Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить состояние ребенка, ответив на 4 вопроса <ul style="list-style-type: none"> 1) ребенок доношенный? 2) околоплодные воды чистые? 3) новорожденный дышит и кричит? 4) у ребенка хороший мышечный тонус? <p>Если на все 4 вопроса ответ «да» – ребенка накрыть сухой теплой пеленкой и положить на живот матери.</p> <p>Если хотя бы на 1 вопрос ответ «нет»:</p> <ul style="list-style-type: none"> – осушить кожу, сменить пеленку; – быстро отделить ребенка от матери; – поместить ребенка под источник лучистого тепла; – провести тактильную стимуляцию дыхания; – придать положение со слегка разогнутой головой; – отсосать слизь из дыхательных путей; 	

	<ul style="list-style-type: none"> – провести оценку состояния за 6 секунд, ЧСС за 6 сек. x 10 (цвет кожи, дыхание); – при необходимости дать кислород 	
--	--	--

Ситуационная задача 125

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного дома. Идут первые роды у 30-летней женщины. срок беременности 39 недель. Во время беременности отмечалась неоднократная угроза прерывания беременности, гипоксия плода. Продолжительность I периода 8 часов, было произведено вскрытие околоплодного пузыря, околоплодные воды зеленоватые, при рождении головки и отсасывании слизи крика нет. При рождении всего ребенка кожные покровы цианотичные, при отсасывании слизи, легкая гримаса, поза «лягушки», ЧСС – 90 уд. в мин.

Вопросы.

1. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар.
2. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите условия для проведения реанимации новорожденного.
4. Назовите показания для начала ИВЛ и непрямого массажа сердца.
5. Назовите показания для окончания реанимационных мероприятий.

Эталон решения ситуационной задачи 125

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Оценка состояния ребенка по шкале Апгар. Дыхание – 0 Мышечный тонус – 1 Цвет кожных покровов – 1 ЧСС – 1 Рефлексы – 1 Состояние средней тяжести – 4 балла	
2.	Постановка диагноза и его обоснование Асфиксия новорожденного, средней степени тяжести, т.к. оценка по шкале Апгар 4 балла	
3.	Условия для проведения реанимации: 1. предвидение реанимационной ситуации; 2. готовность персонала; 3. готовность оборудования	
4.	Показания для начала ИВЛ и непрямого массажа сердца. Показания для начала ИВЛ – отсутствие эффективного дыхания после восстановления проходимости дыхательных путей. Показания для начала непрямого массажа сердца – снижение ЧСС до 60 уд. в 1 мин.	
5.	Показания для окончания реанимационных мероприятий. 1. Восстановление дыхания и сердечной деятельности. 2. Неэффективность реанимационных мероприятий более 15 мин. 3.	

Ситуационная задача 126

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Родился мальчик со сроком гестации 38 недель. Масса тела при рождении 2750 г, рост 48 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 33 см. Врач выслушал над областью сердца грубый систолический шум, в легких дыхание жесткое. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 1 см. Выявлена катаракта.

Из анамнеза: матери 21 год, беременность первая, нежеланная, в женской консультации не наблюдалась. В первом триместре у женщины отмечался подъем температуры до 38⁰ С в течение 2 дней, заболевание сопровождалось появлением пятнистой розовой сыпи на туловище и конечностях, к врачу не обращалась и не обследовалась.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте ответ. Назовите возможные причины.
2. Назовите период внутриутробного развития, когда произошло поражение плода.
3. Перечислите обследования, которые необходимо провести ребенку для уточнения диагноза.
4. Назовите специалистов, у которых должен наблюдаться этот ребенок.
5. Назовите обследования, которые проводятся беременным женщинам с целью выявления врожденной патологии у плода.

Эталон решения ситуационной задачи 126

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предварительный диагноз, обоснование. Определены множественные пороки развития: врожденный порок сердца (над областью сердца грубый систолический шум), микроцефалия (окружность головы меньше окружности грудной клетки), катаракта. Возможно, эти пороки развития возникли вследствие перенесенной инфекции во время беременности – возможно, краснухи	
2.	Период внутриутробного развития, когда произошло поражение плода – первые 12 недель беременности	
3.	Обследования, которые необходимо провести ребенку для уточнения диагноза: нейросонография, ЭКГ, эхокардиография, аудиологический тест	
4.	Специалисты, у которых должен наблюдаться этот ребенок: детский невролог; окулист; отиатр; кардиолог, кардиохирург	
5.	Пренатальная диагностика врожденных пороков развития. – Исследование уровня биохимических маркеров врожденной патологии плода: 1 – плазменного протеина, связанного с беременностью (ПАПП-А). Диагностическое значение РАРР-А используется в I триместре беременности, при сроке около 12 недель (с 11 до 14 недели беременности). 2 – лабораторная диагностика сывороточных маркеров патологии плода при сроке 16 – 18 недель беременности: – альфафетопротеина (АФП), – хориогонина (Х), – эстриола (Э). – Трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование: 1 – в 10- 13 недель, 2 – в 18-23 недели, 3 – в 32-35 недель	

Ситуационная задача 127

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. У новорожденного ребенка с гипоксическим поражением ЦНС в детской палате с момента рождения отмечаются частые срыгивания и рвота. Рвота повторяется ежедневно, чаще ближе к следующему кормлению, кислым, створоженным содержимым, была значительная убыль в массе тела. В настоящее время есть тенденция к медленному восстановлению массы.

Вопросы.

1. Назовите синдром, который отмечается у ребенка, чем он обусловлен.
2. Расскажите классификацию данного синдрома.
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.
4. Определите проблемы ребенка.
5. Назовите признаки обезвоживания у новорожденного.

Эталон решения ситуационной задачи 127

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Определение синдрома, обоснование. Синдром срыгивания и рвоты. Диагноз поставлен на основании клинической картины – с момента рождения отмечаются частые срыгивания и рвота. Рвота повторяется ежедневно, чаще ближе к следующему кормлению, кислым, створоженным содержимым, была значительная убыль в массе тела. Причина – гипоксическое поражение ЦНС</p>	
2.	<p>Классификация синдрома срыгивания и рвоты. I. Первичные рвоты – обусловленные патологией желудочно-кишечного тракта: – функциональные состояния (халазия, ахалазия пищевода, пилороспазм, острый гастрит); – органические поражения (атрезия пищевода, врожденная кишечная непроходимость, пилоростеноз). II. Вторичные – причина вне пищеварительного тракта. Сюда относятся: инфекционные заболевания, церебральная патология, нарушение обмена веществ</p>	
3.	<p>Основные методы диагностики: 1. Анамнез. Клинические проявления (сроки появления, характер рвоты, оценка общего состояния). 2. Вспомогательные методы диагностики: – рентгенография, – абдоминальное УЗИ, – ФГДС, – нейросонография. 3. Консультация хирурга, невропатолога</p>	
4.	<p>Проблемы ребенка. Настоящие проблемы – срыгивания, рвота, потеря массы тела. Потенциальные – риск развития аспирации, дефицита массы тела, обезвоживания</p>	
5.	<p>Признаки обезвоживания: снижение тургора мягких тканей, западение большого родничка, потеря массы тела, редкое мочеиспускание</p>	

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного дома.

Мальчик родился на 30-ой неделе беременности. Масса тела 1500 г, рост 38 см. Во время беременности у женщины была выявлена цитомегаловирусная инфекция, у плода были проявления гипоксии. Роды быстрые с искусственным вскрытием околоплодного пузыря.

Ребенок родился в асфиксии. Задышал через 60 сек. после оживления. После рождения появилось раздувание крыльев носа, на вдохе отмечается опускание подбородка, заметное западение мечевидного отростка грудины, рот закрыт, западение верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе. При перкуссии отмечается умеренное укорочение перкуторного звука, при аускультации определяются экспираторные шумы, дыхание ослаблено, сердечные тоны приглушены. На рентгенограмме на всем протяжении обоих легких надозноретикулярная сетка.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины развития данного состояния.
3. Оцените степень тяжести по шкале Сильвермана.
4. Назовите особенности ухода и лечения этого ребенка.
5. Назовите методы профилактики синдрома дыхательных расстройств.

Эталон решения ситуационной задачи 128

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	<p>Постановка диагноза и его обоснование. Диагноз. Респираторный дистресс-синдром новорождённых (синонимы: синдром дыхательных расстройств, болезнь гиалиновых мембран). Обоснование – диагноз поставлен на основании данных анамнеза, подтверждает данное заболевание и клиника, т.е. появление признаков дыхательной недостаточности, развившейся через 2 часа после рождения</p>	
2.	<p>Причины развития данного состояния. Дефицит сурфактанта (ребенок родился недоношенный срок гестации 30 недель, беременность протекала на фоне цитомегаловирусной инфекции, внутриутробно плод испытывал гипоксию, все выше перечисленные факторы приводят к дефициту сурфактанта и развитию синдрома гиалиновых мембран)</p>	
3.	<p>Оценка степени дыхательных расстройств по шкале Сильвермана.</p> <ul style="list-style-type: none"> – опускание подбородка на вдохе рот закрыт – 1 б. – заметное западение мечевидного отростка грудины на вдохе – 2 б. – заметное западение верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе – 2 б. – при аускультации слышны экспираторные шумы – 1 б. <p>Сумма баллов 6 – что соответствует тяжелой степени СДР.</p>	
4.	<p>Особенности ухода и лечения этого ребенка. Ребенку необходимо обеспечить температурный комфорт, вести сурфактант в родильном зале, выбрать способ кормления, обеспечить адекватную оксигенацию</p>	
5.	<p>Методы профилактики синдрома дыхательных расстройств.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> – Профилактика преждевременных родов, метод затягивания родов. – Стимуляция процессов морфологического и функционального созревания легких. – Все женщины с угрозой прерывания беременности на 28-34 неделе получают в течение 3 суток кортикостероидные гормоны 	
--	--	--

Ситуационная задача 129

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Родился ребенок, от III беременности II родов от резус-отрицательной женщины. Первая беременность закончилась срочными родами, без особенностей, II беременность закончилась медицинским абортom.

Через 2 часа при осмотре Вы обнаружили, что у ребенка появилось желтушное окрашивание кожи. Уровень билирубина в пуповинной крови 72 мкмоль/л, гемоглобин 160 г/л.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз, определите, чем обусловлено это патологическое состояние.
2. Назовите особенности проведения первого туалета этому ребенку.
3. Проведите дифференциальную диагностику между патологической и физиологической желтухой.
4. Составьте план обследования и назовите основные принципы лечения.
5. Назовите показания к операции заменного переливания крови у доношенных новорожденных.

Эталон решения ситуационной задачи 129

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил						
1	2	3						
1.	<p>Предварительный диагноз. Патологическая гипербилирубинемия (гемолитическая болезнь новорожденного по резус-несовместимости, желтушная форма). Состояние обусловлено резус-конфликтом между матерью и ребенком</p>							
2.	<p>Особенности проведения первого туалета этому ребенку:</p> <ul style="list-style-type: none"> – срочно отделить ребенка от матери; – окончательно перевязать пуповину лигатурой на расстоянии 2 см от пупочного кольца; – не прикладывать к груди до разрешения неонатолога; – срочно взять кровь из пуповины для определения группы крови и резус фактора у новорожденного, уровня билирубина в пуповинной крови и уровня гемоглобина 							
3.	<p>Дифференциальная диагностика между патологической и физиологической желтухой.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Физиологическая желтуха</th> <th style="width: 50%;">Патологическая желтуха</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>появляется в возрасте 36 часов жизни и более</td> <td>раннее появление желтухи: в первые часы или в первые сутки после рождения</td> </tr> <tr> <td>почасовой прирост билирубина менее 3,4 мкмоль/л/час</td> <td>почасовой прирост билирубина более 5 мкмоль/л/час</td> </tr> </tbody> </table>	Физиологическая желтуха	Патологическая желтуха	появляется в возрасте 36 часов жизни и более	раннее появление желтухи: в первые часы или в первые сутки после рождения	почасовой прирост билирубина менее 3,4 мкмоль/л/час	почасовой прирост билирубина более 5 мкмоль/л/час	
Физиологическая желтуха	Патологическая желтуха							
появляется в возрасте 36 часов жизни и более	раннее появление желтухи: в первые часы или в первые сутки после рождения							
почасовой прирост билирубина менее 3,4 мкмоль/л/час	почасовой прирост билирубина более 5 мкмоль/л/час							

	нарастает медленно	отмечается интенсивное нарастание желтухи	
	состояние остается удовлетворительным	изменяется общее состояние ребенка	
	лечения не требует	требует неотложного лечения	
<i>1</i>	<i>2</i>		<i>3</i>
4.	План обследования и назовите основные принципы лечения. План обследования: <ul style="list-style-type: none"> – определить группу крови и резус-фактор матери и ребенка; – общий анализ крови ребенка (уровень гемоглобина, эритроцитов); – определить уровень билирубина в крови у ребенка в динамике; – наблюдать за почасовым приростом билирубина; – провести пробу Кумбса; – -бдоминальное УЗИ. Принципы лечения: <ul style="list-style-type: none"> – фототерапия; – инфузионная терапия; – операция заменного переливания крови 		
5.	Показания к операции заменного переливания крови: <ul style="list-style-type: none"> – гипербилирубинемия выше 342 мкмоль/л, независимо от суток жизни; – почасовой прирост билирубина более 6 мкмоль/л/час в период наблюдения более 4 часов; – уровень непрямого билирубина из пуповинной крови более 60 мкмоль/л, при наличии признаков прогрессирующего гемолиза; – гемоглобин ниже 100 г/л, при наличии признаков прогрессирующего гемолиза; – отечная форма; – наличие клинических признаков билирубиновой энцефалопатии независимо от цифр билирубина 		

Ситуационная задача 130

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В палате совместного пребывания находится ребенок, родившийся сутки назад. Состояние удовлетворительное, активный. Грудь сосет хорошо. Из анамнеза известно: беременность первая, первые роды. Первая и вторая половина беременности протекали без патологии. В родах околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. У матери группа крови I(0) резус положительная. У ребенка A(II) резус положительная. Во время пеленания ребенка женщина обратила внимание на желтушное окрашивание кожных покровов. Она обеспокоена, вызвала акушерку.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите тактику акушерки, назовите принципы диагностики и лечения данного состояния.
3. Окажите психологическую и практическую помощь матери.
4. Назовите методы профилактики данного состояния.
5. Назовите особенности билирубинового обмена у новорожденного.

Эталон решения ситуационной задачи 130

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Диагноз и его обоснование. Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная несовместимостью крови матери и ребенка по групповой несовместимости. У матери I (0) группа крови, а у ребенка II (A) группа крови	
2.	Тактика акушерки, принципы диагностики и лечения: – поставить в известность врача, – выполнять назначение врача: а) взять кровь из периферической вены для определения уровня билирубина, б) взять кровь на общий анализ, в) проводить дозированную гелиотерапию, г) кормить ребенка по требованию, д) вести динамическое наблюдение	
3.	Психологическая и практическая помощь матери. Женщину необходимо успокоить и оказать психологическую поддержку. Провести беседу о данном состоянии, рассказать об анатомо-физиологических особенностях билирубинового обмена у новорожденных детей. При сохраняющемся беспокойстве предложить седативные средства (пустырник, валериану)	
4.	Методы профилактики данного состояния: – объяснять женщинам вред аборта в плане сенсibilизации организма; – всем женщинам переливание крови проводить строго по жизненным показаниям. – всем женщинам, имеющим резус-отрицательную кровь, в течение 24 – 72 часов после родов или медицинского аборта следует ввести анти-D-глобулин (200 – 250 мкг)	
5.	Особенности билирубинового обмена у новорожденного. – В результате гемолиза образуется большое количество билирубина. – Функциональная способность клеток печени к метаболизму билирубина снижена – накапливается билирубин. – Повышенное поступление непрямого билирубина из кишечника в кровь, обусловленное ацидозом, переохлаждением, гипопроотеинемией, гипогликемией	

Ситуационная задача 131

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка ФАП проводит патронаж к ребенку 3-хнедельного возраста. Жалоб мама не предъявляет. Вскармливание грудное, молока достаточно, сосет активно.

Объективно: состояние удовлетворительное, Т тела 36, 6⁰ С. На коже в области паховых складок и вокруг ануса умеренно выраженная гиперемия кожи без четких границ. При беседе с мамой выяснилось, что ребенок часто и подолгу лежит в мокрых пеленках (т.к. с ее слов, «его это не беспокоит»).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.

3. Назовите возможные причины заболевания. Что привело к его развитию в данном конкретном случае?
4. Назначьте лечение.
5. Дайте советы по профилактике данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 131

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: опрелости I степени	
2.	Обоснование диагноза: – типичная локализация – естественные складки кожи; – связь с дефектами ухода; – отсутствие симптомов интоксикации; – изменения со стороны кожи в виде ее гиперемии	
3.	Возможные причины заболевания – возникают в естественных складках кожи вследствие ее раздражения при нарушениях ухода за ребенком. В данном конкретном случае ребенок часто и подолгу лежит в мокрых пеленках	
4.	Лечение. 1. выяснить и устранить причину; 2. соблюдение основных гигиенических правил, которые являются и профилактикой: – регулярная смена пелёнок; – регулярная смена одноразовых подгузников, ребёнок не должен находиться в одном подгузнике более трёх часов; – обязательное подмывание с мылом после каждой смены пелёнок или одноразовых подгузников, гигиеническими влажными салфетками стоит пользоваться только в крайнем случае, когда нет возможности подмыть малыша; – проведение 2-3 раза в день воздушных ванн, – обработка кожных складок детским растительным маслом, бипантеном, детским кремом; – детское бельё стирать специальными моющими средствами для детей грудного возраста, тщательно прополаскивать, проглаживать бельё с двух сторон	
5.	Советы по профилактике – см. п.4	

Ситуационная задача 132

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – акушерка ФАП, проводите патронаж к ребенку 18-дневного возраста. При осмотре выявлено: пупочная ранка покрыта корочкой, при снятии – выделения серозного характера. Края ранки и кожа вокруг пупка не изменены.

Общее состояние удовлетворительное, Т тела 36,6⁰ С, сосет активно, по органам – без изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.

3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите принципы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 132

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Диагноз: омфалит катаральный	
2.	Обоснование диагноза: – процесс заживления пупочной ранки затянулся; – пупочная ранка покрыта корочкой, при снятии – выделения серозного характера; – отсутствие симптомов интоксикации	
3.	Тактика акушерки: ребенок лечится дома. – сообщить врачу педиатру, закрепленному за ФАП, согласовать лечение – проводятся активные ежедневные патронажи к новорожденному до выздоровления; – проводится термометрия 2 раза в день; – назначается лечение	
4.	Лечение: проведение 3-4 раза в день туалета пупочной ранки: – промывание ее 3 % раствором перекиси водорода; – прижигание 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	Профилактика: – соблюдение правил гигиенического ухода за новорожденным; – проведение 1 раз в день туалета пупочной ранки после отпадения пуповинного остатка до момента заживления пупочной ранки	

Ситуационная задача 133

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка ФАП при проведении патронажа обнаружил у 10-дневного ребенка выделения из пупочной ранки гнойного характера. Края ранки уплотнены, кожа вокруг гиперемирована. Ребенок вялый, при проведении термометрии – Т тела 37, 3⁰ С. Сосет неохотно, срыгивает.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите источники и пути передачи инфекции по развитию данной патологии в неонатальном периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 133

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: омфалит гнойный	
1	2	3

2.	Обоснование диагноза: – гнойный характер выделений из пупочной ранки, уплотнение краев, гиперемия кожи вокруг ранки; – наличие симптомов интоксикации (ребенок вялый, субфебрильная Т, нарушение сосания)	
3.	Тактика акушерки: ребенок лечится в условиях стационара. – организация госпитализации ребенка; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН	
4.	Принципы лечения: Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – проведение 3-4 раза в день туалета пупочной ранки: – промывание ее 3 % раствором перекиси водорода; – прижигание 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	Источники и пути передачи инфекции в неонатальном периоде. Источниками инфекции могут быть: медицинский персонал (транзиторные носители); мать (матери) – больные, носители; больные новорожденные; после выписки из родильного дома – члены семьи, контактирующие с ребенком (больные, носители). Пути передачи инфекции: аэрогенный; контактный	

Ситуационная задача 134

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов акушерки к ребенку 10-дневного возраста.

Ребенок родился от I беременности, во время которой женщины отмечалось обострение хронического пиелонефрита при сроке беременности 24 – 26 недель.

В настоящее время мама жалуется на общую вялость ребенка и вялость сосания, срыгивания после кормления и появление у малыша «какой-то сыпи».

При осмотре: Т тела 37,6⁰ С. На коже лица, туловища множественные пузырьки диаметром 1 – 2 мм, заполненные серозным или гнойным содержимым, окруженные воспалительным ободком.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите факторы риска по развитию данной патологии в антенатальном периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 134

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: везикулопустулез	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза:	

	<ul style="list-style-type: none"> – наличие на коже лица и туловища множественных везикул и пустул; – наличие симптомов интоксикации (ребенок вялый, субфебрильная Т, нарушение сосания); – наличие в анамнезе фактора риска – обострение хронического пиелонефрита при сроке беременности 24 – 26 недель 	
3.	<p>Тактика акушерки: ребенок лечится в условиях стационара.</p> <ul style="list-style-type: none"> – организация госпитализации ребенка; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН 	
4.	<p>Принципы лечения: Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – прижигание элементов сыпи 1 – 2 раза в день 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени</p>	
5.	<p>Факторы риска по развитию гнойно-септических заболеваний новорожденных в антенатальном периоде:</p> <ul style="list-style-type: none"> – перенесенное острое инфекционное заболевание бактериальной этиологии во время беременности; – наличие у беременной хронической экстрагенитальной патологии воспалительного характера; – наличие у беременной хронических гинекологических заболеваний воспалительного характера 	

Ситуационная задача 135

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Три дня назад, осматривая новорожденного ребенка 10-тидневного возраста, акушерка ФАП отметил у него явления полового гормонального криза в виде физиологической мастопатии.

Сегодня к этому ребенку вызов на дом. Мама предъявила жалобы на повышение Т тела до 38,2⁰ С, беспокойство малыша, отказ от груди.

При осмотре: в области правой грудной железы инфильтрат багрово-синюшного цвета, из выводных протоков при надавливании гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по уходу за ребенком при проявлениях полового гормонального криза в виде мастопатии.

Эталон решения ситуационной задачи 135

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: гнойный мастит	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза:	

	<ul style="list-style-type: none"> – наличие инфильтрата в области правой грудной железы; – наличие симптомов интоксикации (Т тела до 38,2⁰ С, беспокойство малыша, отказ от груди); – развитие на фоне физиологического мастита 	
3.	Тактика акушерки: ребенок лечится в условиях стационара. <ul style="list-style-type: none"> – организовать госпитализацию ребенка; – подать экстренное извещение в ЦГСЭН 	
4.	Принципы лечения: Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – хирургическое вскрытие гнояника с последующим применением антисептических, антибактериальных и способствующих заживлению средств	
5.	Рекомендации по уходу за ребенком при проявлениях полового гормонального криза в виде мастопатии: гигиенические меры профилактики инфицирования (чистота детского белья, нельзя выдавливать содержимое из молочных желез)	

Ситуационная задача 136

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка ФАП принимает роды на дому.

У женщины I беременность, протекавшая с угрозой прерывания в 16 и 24 недели. С 28 недель беременности была выявлена железодефицитная анемия, по поводу которой назначались препараты железа (фенюльс).

Роды I, срочные, при сроке 39 недель беременности. Продолжительность 1-ого периода 3 часа 45 минут, 2-ого периода – 20 минут, безводный период – 25 минут, воды окрашены меконием.

Родилась девочка с массой тела 3350 г, ростом 51 см. оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричала сразу, но слабо. В течение 1-ой минуты – дыхание нерегулярное, периоральный цианоз.

1. Оцените акушерский анамнез.
2. Оцените состояние ребенка при рождении.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному.
5. Определите дальнейшую тактику акушерки в сложившейся ситуации.

Эталон решения ситуационной задачи 136

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Оценка акушерского анамнеза. Акушерский анамнез отягощен: угроза прерывания в 16 и 24 недели, железодефицитная анемия с 28 недель беременности – факторы риска по внутриутробной гипоксии плода. Роды стремительные. Околоплодные воды окрашены меконием, что свидетельствуют о внутриутробной гипоксии	
1	2	3

2.	<p>Оценка состояния ребенка при рождении. Ребенок доношенный. По шкале Апгар на 1-ой минуте – состояние удовлетворительное (6 баллов), на 5-ой минуте – состояние хорошее (8 баллов). В течение 1-ой минуты – проблемы с дыханием: крик слабый, дыхание нерегулярное, периоральный цианоз</p>	
3.	<p>Диагноз: Асфиксия легкой степени</p>	
4.	<p>Алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному. Необходимо провести начальные действия первичных реанимационных мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Поддержание Т тела: ребенка уложить под источник лучистого тепла и обсушить теплой пеленкой. – Придать ребенку положение со слегка запрокинутой головой на спине. – Если в течение 10 сек. не появилось адекватное самостоятельное дыхание, санировать ротовую полость с помощью баллончика или специального катетера для санации верхних дыхательных путей, вводя катетер на глубину до 5 см, продолжительность санации не более 5 сек. – Провести тактильную стимуляцию путем похлопывания новорожденного по стопам или поглаживания по спине в течение не более 10-15 секунд. – Оценить дыхание и ЧСС. При появлении адекватного дыхания и ЧСС 100 и более уд. в 1 мин., розовых или с небольшим акроцианозом кожных покровов – реанимацию прекратить и организовать наблюдение (мониторинг) 	
5	<p>Дальнейшая тактика фельдшера в сложившейся ситуации: Вызвать бригаду скорой помощи и госпитализировать женщину и ребенка в родовспомогательное учреждение</p>	

Ситуационная задача 137

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка ЦРБ принимает роды у роженицы Г., 30 лет. Роды вторые, в сроке 39-40 недель. Родился мальчик без признаков асфиксии, через 10 мин. выделился послед – цел, оболочки все.

Объективно: роженица жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 – 120/80 мм рт. ст. Пульс 84 уд./мин., ритмичный. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Выделения из половых кровянистые незначительные.

Вопросы:

1. Оцените состояние женщины.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Сформулируйте параметры наблюдения за родильницей в раннем послеродовом периоде
4. Назовите инструменты, необходимые для осмотра родовых путей.
5. Перечислите изменения в половых органах в послеродовом периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 137

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Оценка состояния: Состояние удовлетворительное. Подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения</p>	
2.	<p>Постановка диагноза и его обоснование: Ранний послеродовый период после вторых срочных родов. Обоснование: из условий задачи следует, что родился плод и послед. В течение следующих 2 часов послеродовый период считается ранним</p>	
3.	<p>Наблюдение за родильницей в раннем послеродовом периоде: Ранний послеродовый период – это первые 2 часа после окончания родов, чрезвычайно ответственный промежуток времени, в течение которого происходят важные физиологические процессы приспособления материнского организма к новым условиям существования</p> <ul style="list-style-type: none"> – необходимо внимательно следить за общим состоянием родильницы, каждые 20 - 30 минут, её пульсом, артериальным давлением, температурой тела, – каждые 15 минут контролировать состояние матки через переднюю брюшную стенку, – следить за степенью кровопотери, – при оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся из полости матки в последовом и раннем послеродовом периодах, – физиологическая кровопотеря в родах 0,2% от массы тела. Предельно допустимая кровопотеря в родах 0,5% от массы тела 	
4.	<p>Инструменты, необходимые для осмотра родовых путей:</p> <ul style="list-style-type: none"> – большие влагалищные зеркала, – два корнцанга или окончатых зажима, – пинцет 	
5.	<p>Изменения в половых органах в послеродовом периоде:</p> <ul style="list-style-type: none"> – сразу после родов размер матки равен 20-недельному сроку беременности (дно на 1-2 п.п. ниже пупка), к концу 1 суток дно – на уровне пупка, – выделение лохий (кровь, слизь, продукты распада мышечной ткани и децидуальная ткань) – всего 500-1500 мл (в первые 3 дня лохии кровянистые, 3-4 сутки – кровянисто-серозные, через неделю - серозные), – формирование шейки матки начинается с внутреннего зева (через 3 суток пропускает один палец), – формирование шейечного канала заканчивается к 10 дню, внутренний зев закрывается полностью, – наружный зев смыкается к 3 неделе, – стенки влагалища приобретают прежний тонус через 3 недели, 	
1	2	3
	– слизистая влагалища становится тонкой, понижается секреция	

	желёз (гипоэстрогения), – тонус мышц промежности восстанавливается к 10-12 дню, – инволюция мышц передней брюшной стенки заканчивается к 4-6 неделе, – у кормящих матерей менструация отсутствует в течение всего времени кормления грудью, у не кормящих восстанавливается через 6-8 недель после родов	
--	---	--

Ситуационная задача 138

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Родильница И., 26 лет. Рост 172 см, вес 79 кг. После срочных родов находится на родовом столе. Через 1 час после их окончания при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается.

В анамнезе: четыре беременности, одна из них закончилась срочными родами без осложнения, две – самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд./мин. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей - алая кровь.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите признаки гипотонии матки.
3. Назовите причины гипотонии матки.
4. Укажите кровопотерю, при которой необходимо произвести удаление матки.
5. Охарактеризуйте методы послеродовой контрацепции.

Эталон решения ситуационной задачи 138

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Ранний послеродовой период после вторых срочных родов. Осложнённый акушерский анамнез. Гипотоническое кровотечение	
2.	Признаки гипотонии матки. Основной признак гипотонии матки – это нарушение её сократительной деятельности. Матка мягкая, плохо реагирует на массаж и введение сокращающих матку средств	
3.	Причины гипотонии матки: – крупный плод, – многоводие, – многоплодие, – отягощенный акушерский анамнез (множественные аборт, роды, выкидыши, как самопроизвольные, так и индуцированные), – гипертензивные расстройства при беременности	
1	2	3
4.	Кровопотеря, при которой необходимо произвести удаление матки. Удаление матки производят при кровопотере,	

	превышающей 1000 мл и продолжающемся кровотечении	
5.	Методы послеродовой контрацепции: <ul style="list-style-type: none"> – ЛАМ (связанная с кормлением грудью - условия: кормление не реже чем каждые 3-4 часа днём и 1 раз ночью, сохранение аменореи, возраст ребёнка менее 6 мес.), – КОК (не ранее 2-3 недель после родов с предварительным контролем свёртываемости крови) сразу после окончания кормления грудью или через 6 месяцев после родов, – гестагены (мини – пили) – через 6 недель после родов у кормящих и через 3 недели у не кормящих, – ВМК (после родов – в родильном доме; через 4-6 недель после родов – в ж/к), – хирургическая стерилизация 	

Ситуационная задача 139

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Беременная Ж., 28 лет, поступила с родовой деятельностью при доношенной беременности. Беременность вторая, протекала без осложнений. Первая беременность закончилась мини-абортом без осложнений. Продолжительность родов 11 час. 30 мин. Лекарственные средства не вводились. Ребенок родился с оценкой 8-9 баллов. Масса плода 3900 г. Послед родился самостоятельно через 10 мин. без дефектов. Через 15 мин. после рождения последа из половых путей появились обильные кровянистые выделения. Кровопотеря одномоментно достигла 500 мл и продолжается.

При осмотре: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 100 уд./мин., слабого наполнения и напряжения. Матка дряблая, дно на уровне пупка. При наружном массаже матка сократилась, но через 5 мин. вновь расслабилась.

Вопросы:

1. Назовите патологию, о которой идет речь и какими данными это подтверждается.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Сформулируйте профилактику послеродовых кровотечений.
4. Назовите препараты для лечения гипотонии матки.
5. Ведение послеродового периода в соответствии с клиническими рекомендациями

Эталон решения ситуационной задачи 139

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Данное состояние вызвано гипотонией матки , что подтверждается наличием обильных кровянистых выделений из половых путей, объемом кровопотери, потерей тонуса маточной мускулатуры. Состояние родильницы следует расценить как состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пульс 100 уд./мин., АД 90/60 мм рт. ст., что свидетельствует о развитии геморрагического шока	
2.	Тактика акушерки: <ul style="list-style-type: none"> – вызвать врача-акушера и анестезиолога, – произвести катетеризацию мочевого пузыря, – ввести сокращающие матку препараты (окситоцин, метилэргометрин) в/в, 	
1	2	3

	<ul style="list-style-type: none"> – установить контакт с веной и начать переливание жидкости с целью восполнения ОЦК, – на низ живота положить пузырь со льдом, – периодически проводить легкий наружный массаж матки, – проводить подсчет кровопотери, – проводить контроль состояния, АД, Ps, – одновременно проводить подготовку к операции ручного обследования полости матки, ассистировать врачу при операции и восполнении кровопотери 	
3.	Профилактика послеродового кровотечения осуществляется путем рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода – 10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину при наличии подготовленных специалистов	
4.	<p>Препараты для лечения гипотонии матки: Энзапрост (аналог простагландина - используется при атонических кровотечениях и атони, усиливая сокращения матки). Начальная доза 2,5 мг глубокая в/м инъекция, возможно в миометрий. Повторная доза: 2,5 мг каждые 15 минут, но не более 20мг. В/в – нельзя!</p> <p>Окситоцин (послеродовые кровотечения): 10 ЕД в/м или 5 ЕД в/вено медленно. Повторная доза 5-20 ЕД в/в капельно в 1 литре раствора со скоростью 60 капель/минуту. Максимальная доза 60 ЕД. Противопоказания: при лечении атонического кровотечения – нет.</p> <p>Метилэргометрин: Начальная доза: 0,2 мг в/м или в/в медленно. Повторная доза: 0,2 мг в/м через 15 минут, если кровотечение продолжается, не более 5 доз (суммарно 1,0мг).</p>	
5.	<p>Ведение послеродового периода в соответствии с клиническими рекомендациями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В послеродовых отделениях должны быть предусмотрены палаты совместного пребывания родильниц и новорожденных. Желательно, чтобы количество коек в палатах совместного пребывания было не более 2 материнских и 2 детских. Оптимальными являются одноместные (1 материнская и 1 детская койки) палаты совместного пребывания. 2. При утверждении порядка посещения беременных и родильниц родственниками администрации родильного дома (отделения) необходимо предусмотреть свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку. 3. Время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях – 5 суток. Рекомендуемый срок нахождения родильницы в стационаре – 3 суток 4. В послеродовый период ежедневно измеряется температура тела 2 р. в сутки, пульс, АД – 2 р. в сутки, проводится осмотр и пальпация молочных желез, пальпаторно определяется высота стояния дна матки, осуществляется контроль состояния швов на промежности. 	
1	2	3
	5. Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребенка	

	<p>в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введен антирезус иммуноглобулин.</p> <p>6. При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2-х лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.</p> <p>7. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.</p> <p>8. Швы на промежности (в случае наложения узловых кожных швов) могут быть сняты на 5-7 сутки участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации (поликлинике). Внутрикожные швы не снимаются.</p> <p>9. Перед выпиской, по желанию женщины ей выполняется УЗИ органов малого таза</p>	
--	--	--

Ситуационная задача 140

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка ФАП вызвана на домашние роды к повторно беременной Г., 28 лет. Роды 4-ые, в сроке 37 недель, начались 1, 5 часа назад. Через 10 мин. родился ребенок мужского пола весом 2700 г, 48 см без признаков асфиксии.

Объективно: в момент осмотра роженица жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД – 120/80, 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд./мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Кровопотеря 100 мл.

Вопросы:

1. Выявите проблемы женщины.
2. Определите состояние роженицы.
3. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
4. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
5. Перечислите возможные осложнения стремительных родов.

Эталон решения ситуационной задачи 140

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы женщины:</p> <ul style="list-style-type: none"> – роды домашние, стремительные, – в домашних условиях невозможно гарантировать безопасность матери и ребенка 	
2.	<p>Оценка состояния роженицы.</p> <p>Состояние женщины оценивается, как удовлетворительное, что подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения</p>	
1	2	3
3.	<p>Предположительный диагноз: роды 4-ые в домашних условиях, стремительные, в сроке 37 недель беременности, III период родов.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – из условий задачи следует, что женщина повторно беременная, 	

	<p>что у неё произошли 4-ые роды в сроке 37 недель беременности,</p> <ul style="list-style-type: none"> – состояние матки (плотная, шаровидной формы, дно её на уровне пупка, из влагалища свисает пуповинный остаток) подтверждает III период родов 	
4.	<p>Тактика акушерки состоит в предупреждении развития осложнений данных родов. Для этого необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вывести мочу катетером, – установить капельницу, – следить за состоянием женщины (цвет кожных покровов, наличие жалоб, АД, пульс), – контролировать появление признаков отделения последа (рассказать о признаках отделения последа и методах его выделения), – положить холод, груз на живот после рождения, ввести 1,0 мл окситоцина, – произвести осмотр и оценку последа; оценить кровопотерю, – провести первичный туалет и антропометрию плода, – подготовить женщину и новорожденного к транспортировке в стационар <p>Если нет возможности перевода в стационар, провести осмотр родовых путей и наблюдать родильницу и новорожденного после родов.</p>	
5.	<p>Возможные осложнения стремительных родов.</p> <p>Для ребенка:</p> <ul style="list-style-type: none"> – острая гипоксия плода, – родовые травмы плода (вывих плечиков, переломы конечностей, позвоночника и ключицы, <u>кефалогематома</u>, внутричерепные кровоизлияния с последующим развитием парезов и параличей), – гибель плода во время родов из-за отслойки плаценты, родовой травмы. <p>Для матери:</p> <ul style="list-style-type: none"> – отслойка плаценты и массивное кровотечение, – травмы родовых путей (разрывы шейки матки, влагалища, промежности), – расхождение лонного сочленения; – гипотоническое или атоническое кровотечение в третьем и послеродовом периодах, – эмболия околоплодными водами, – задержка частей последа 	

Ситуационная задача 141

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерка ФАП вызвана к женщине на 5-ые сутки после срочных родов, осложнившихся гипотоническим кровотечением. Производилось ручное обследование полости матки. Кровопотеря составила 500 мл, гемотрансфузии не было. Дома у родильницы температура повысилась до 38⁰С. Пульс 106 уд./мин., ритмичный. Язык чистый, влажный. Молочные железы мягкие, безболезненные.

Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Дно матки на 4 см ниже пупка. Лохии серозно-кровянистые, мутные, с запахом. Симптомов раздражения

брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено. Анализ крови: Нб 96 г/л, L - 11,5 x 10⁹/л, формула со сдвигом влево. Анализ мочи – без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику акушерки в данном случае.
3. Перечислите факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.
4. Назовите принципы противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах.
5. Назовите принципы терапии послеродовых воспалительных заболеваний.

Эталон решения ситуационной задачи 141

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Послеродовый период 5 сутки. Эндомиометрит. Анемия 1 степени. Обоснование: явные признаки воспаления (Т 38,0 ⁰ С, мутные с запахом лохии, большая матка, воспалительная кровь). В родах кровотечение и ручное обследование полости матки	
2.	Тактика акушерки: срочная госпитализация родильницы в гинекологическое отделение	
3.	Факторы риска послеродовых воспалительных заболеваний (ГВЗ): <ul style="list-style-type: none"> – нарушение правил гигиены, – пролонгирование беременности при мёртвом плоде, – задержка частей плаценты в полости матки, – предшествующая анемия и расстройство питания, – затяжные роды, – длительный безводный период, – частые влагалищные исследования, – кесарево сечение и другие оперативные роды, – предшествующие ЗППП, – послеродовые кровотечения, – повторные аборты 	
4.	Принципы противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах: <ul style="list-style-type: none"> – во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки – дезинфицирующих средств. Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживают; – после уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха применяют ультрафиолетовое облучение с последующим проветриванием помещения; 	
1	2	3
	– при уборке по типу заключительной дезинфекции ультрафиолетовое облучение проводят дважды: первый раз – после обработки всех объектов и помещения дезинфицирующим средством, второй раз – после протирания их ветошью, смоченной в водопроводной воде (при повышении влажности воздуха эффективность ультрафиолетового облучения возрастает). Затем помещение	

	проветривают; – использованные при осмотре, обработке женщин и проведении манипуляций инструменты и другие изделия медицинского назначения подвергаются обработке по общепринятой схеме; – перед и после каждой манипуляции, медицинский персонал тщательно моет руки. Используются стерильные перчатки	
5.	Принципы терапии послеродовых воспалительных заболеваний: – санация гнойного очага (под гистероскопическим контролем удаление некротизированных децидуальных тканей, остатков плацентарной ткани, при осложнённых формах – гистерэктомия), – антибактериальная терапия, – дезинтоксикационная терапия	

Ситуационная задача 142

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

У родильницы на 3-ий день после кесарева сечения поднялась температура до 38,7⁰С., трижды была рвота застойным содержимым. Язык суховат, обложен белым налетом.

Пульс – 110 уд./мин. Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика очень вялая. Повязка сухая. Выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом. Стимуляция кишечника без эффекта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациентки.
4. Сформулируйте классификацию послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Назовите факторы риска развития послеродового перитонита.

Эталон решения ситуационной задачи 142

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз: Послеродовый послеоперационный перитонит после кесарева сечения, третьи сутки. Послеродовый эндометрит	
2.	Обоснование диагноза: – после кесарева сечения поднялась температура до 38,7 ⁰ С, – рвота застойным содержимым, – язык суховат, обложен белым налетом, – пульс – 110 уд. в мин., – живот вздут, резко болезненный при пальпации,	
1	2	3
	– слабо выраженные симптомы раздражения брюшины, перистальтика кишечника очень вялая, – выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом, – стимуляция кишечника без эффекта	

3.	Тактика ведения пациентки: релапаротомия. Экстирпация матки с маточными трубами, дренирование брюшной полости, антибактериальная терапия, дезинтоксикация, антигистаминные препараты	
4.	<p>Классификация послеродовых инфекционных заболеваний Сазонова-Бартельса. Согласно этой классификации, различные формы послеродовой инфекции рассматривают как отдельные этапы единого динамически протекающего инфекционного процесса.</p> <p>Первый этап – инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой эндометрит, послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке матки).</p> <p>Второй этап – инфекция распространилась за пределы родовой раны, но осталась локализованной в пределах малого таза: метрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза).</p> <p>Третий этап – инфекция вышла за пределы малого таза, и имеет тенденцию к генерализации: разлитой перитонит, септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит.</p> <p>Четвертый этап – генерализованная инфекция: сепсис (септицемия, септикопиемия)</p>	
5.	<p>Факторы риска развития послеродового перитонита:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дооперационное инфицирование полости матки, – длительный безводный период, – массивная кровопотеря, – наличие остатков плацентарной ткани, – погрешности оперативной техники, – несостоятельность швов на матке 	

Ситуационная задача 143

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На 2-ые сутки послеродового периода, в воскресенье, родильница жалуется акушерке на боли в лобке с иррадиацией в низ живота. Женщине 23 года, во время беременности отмечала боли в костях, портились зубы, лекарственные средства не назначались. Женщина проживает в северной области. Роды были через естественные родовые пути, продолжительностью 8 часов, кровопотеря составила 250 мл. Таз нормальных размеров, ребенок родился массой 3100 г. В родах оперативных вмешательств и осложнений не было.

В первые сутки после родов вставала, к вечеру появились сильные боли, сегодня боли нестерпимые, родильница не может встать и ухаживать за ребенком, плачет. Дежурный врач вызван, но может прийти в отделение только через 30-40 минут.

Вопросы:

1. Выделите проблемы родильницы, объясните, в связи с какой патологией, какими причинами возникли проблемы.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Перечислите мероприятия по уходу и лечению данного осложнения.
4. Проведите дифференциальный диагноз в данном случае.
5. Дайте определение термину «симфизит».

Эталон решения ситуационной задачи 143

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Проблемы родильницы – боли в области лонного сочленения, опасение серьезных осложнений за свою жизнь, невозможность проведения самоухода и ухода за ребенком. Следует заподозрить симфизит, развившийся на фоне остеомалации, о чем свидетельствуют боли в костях до и после родов. Развитию осложнения способствовало проживание на севере и отсутствие соответствующей профилактики (препараты кальция, жирорастворимые витамины А, Е, D, соответствующее питание, ультрафиолет)	
2.	Тактика акушерки: До прихода врача успокоить женщину и начать организацию ухода и лечения, необходимую при данной патологии.	
3.	Мероприятия по уходу и лечению данного осложнения: – строгий постельный режим, – функциональная жесткая кровать, пеленание таза, – создать необходимые удобства для длительного пребывания, – обеспечить уход за ребенком, – назначить обезболивающие средства, препараты кальция, витамины А, Е, D, местное УФО	
4.	Дифференциальная диагностика симфизита после родов проводится с инфекционными болезнями мочевыводящего тракта, костей таза, грыжами (бедренными или паховыми), люмбаго, сдавливанием нерва вследствие патологии межпозвоночного диска, а также тромбозом бедренной вены	
5.	Определение термина «симфизит». Медицинский термин «симфизит» означает наличие воспалительного процесса в соединении между лобковыми костями таза. Нарушения в данном соединении могут выражаться в увеличении подвижности костей, их расхождении вследствие воздействия различных факторов.	

Ситуационная задача 144

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На 5-ые сутки после родов при снятии швов у родильницы обнаружено полное расхождение швов промежности и плотный инфильтрат с гнойным отделяемым вокруг раны. Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель, нерегулярно. Во время беременности был выявлен кольпит, должное обследование и санация не проводились. В родах произошёл разрыв промежности 2 степени с последующим зашиванием разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Вопросы:

1. Выделите проблемы родильницы.
2. Перечислите причины, способствующие расхождению швов.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения при полном расхождении швов с нагноением.
5. Назовите меры профилактики гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний

Эталон решения ситуационной задачи 144

№	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
---	--------------------	--------------------------

п/п		Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы родильницы. Настоящие проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями, – отказ родильницы от лечения. <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – нарушение топографии промежности, – опущение матки, влагалища, – распространение инфекции 	
2.	<p>Причины расхождения швов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – инфекция, особенно кольпит, – нарушение трофики тканей, – неправильный уход за швами, – нарушение режима, гигиены, питания, – нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, – проблемы с шовным материалом 	
3.	<p>Тактика акушерки: успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.</p>	
4.	<p>Местное лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – орошение антибактериальными растворами, дренаж с гипертоническим раствором, <p>Общее лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей, <p>При очищении раны – наложение вторичных швов</p>	
5.	<p>Меры профилактики гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний. Аntenатально:</p> <ul style="list-style-type: none"> – диагностика и лечение инфекций мочевыделительных путей, – диагностика и лечение анемии и расстройств питания, – диагностика и лечение сахарного диабета, – диагностика и лечение ЗППП и вагинальных инфекций, – диагностика и своевременное лечение при дородовом излитии околоплодных вод. <p>В родах:</p> <ul style="list-style-type: none"> – строгое соблюдение асептики и стерилизации (обработка рук и передней брюшной стенки, стерилизация хирургического инструментария, применение индивидуальных комплектов и наборов на роды), – ограничение вагинальных исследований при преждевременном разрыве плодных оболочек, – ведение партограммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения родов (предупреждение затяжных родов), 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах, 	

	<ul style="list-style-type: none"> – соблюдение стерильности в операционной и родильном зале, – избегать необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения необоснованной эпизиотомии. Послеродовый период: ранняя выписка (3-и сутки)	
--	--	--

Ситуационная задача 145

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерке observationalного отделения вечером на обходе родильница 23 лет пожаловалась на чувство жара, озноб, головную боль и боли внизу живота. В анамнезе половая жизнь с 16 лет, 2 искусственных аборта, хронический аднексит, трихомониаз. Брак не зарегистрирован. Женскую консультацию посетила несколько раз, обследована не полностью. Три дня назад произошли первые срочные роды живым доношенным мальчиком массой 3600. В родах – преждевременное излитие околоплодных вод. Безводный период составил 20 часов. Первичная и вторичная родовая слабость. Проводилась родостимуляция окситоцином. От назначения антибиотиков отказалась.

Акушерка измерила температура тела – 38,6⁰С, пульс – 96 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Матка на 2 см ниже пупка, болезненная, мягковатой консистенции. Лохии – бурого цвета, с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Выявите проблемы пациентки, их причины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите этапы профилактики послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Назовите методы послеродовой контрацепции.

Эталон решения ситуационной задачи 145

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы родильницы. Настоящие проблемы: лихорадка; головная боль; боль внизу живота. Потенциальные проблемы: риск развития более тяжелой степени инфекционно-септического процесса. Причина – в изначальном инфицировании женщины, недостаточном обследовании и санации перед родами, осложнении в родах (слабость родовой деятельности и длительный безводный период), субинволюция матки, отказ от лечения</p>	
2.	<p>Предположительный диагноз: послеродовый эндометрит после первых срочных родов. Осложнённый акушерско-гинекологический анамнез. Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – повышение температуры, – озноб, головная боль, – боль внизу живота, – болезненность матки, 	
1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – выделения, характерные для эндометрита (бурого цвета, с неприятным запахом), – затяжные роды, 	

	– длительный безводный период	
3.	<p>Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> – сообщить дежурному врачу акушеру-гинекологу, – положить пузырь со льдом на низ живота, – приготовить родильницу и новорожденного к переводу в отдельную наблюдательную палату для дальнейшего лечения, – успокоить родильницу и вселить уверенность в благополучном исходе при её сотрудничестве, – с диагностической целью во время озноба необходимо взять кровь на посев, – до введения антибиотиков необходимо взять мазки на гонококки и на посев из влагалища, – измерение температуры каждые 2-3 часа, – дальнейшие назначения акушерка выполняет под руководством врача (антибактериальная терапия, сокращающие средства) 	
4.	<p>Профилактика послеродовых воспалительных заболеваний.</p> <p>Аntenатально:</p> <ul style="list-style-type: none"> – диагностика и лечение инфекций мочевыделительных путей, – диагностика и лечение анемии и расстройств питания, – диагностика и лечение сахарного диабета, – диагностика и лечение ЗППП и вагинальных инфекций, – диагностика и своевременное лечение при дородовом излитии околоплодных вод. <p>В родах:</p> <ul style="list-style-type: none"> – строгое соблюдение асептики и стерилизации (обработка рук и передней брюшной стенки, стерилизация хирургического инструментария, применение индивидуальных комплектов и наборов на роды), – ограничение вагинальных исследований при преждевременном разрыве плодных оболочек, – ведение партограммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения родов (предупреждение затяжных родов), – строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах, – соблюдение стерильности в операционной и родильном зале, – избегать необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения необоснованной эпизиотомии. <p>Послеродовый период:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ранняя выписка (3-и сутки) 	
5.	<p>Послеродовая контрацепция:</p> <ul style="list-style-type: none"> – лактационная аменорея (ЛАМ), связанная с кормлением грудью (условия: кормление не реже чем каждые 3-4 часа днём и 1 раз ночью, сохранение аменореи, возраст ребёнка менее 6 мес.), 	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	– КОК (не ранее 2-3 недель после родов с предварительным контролем свёртываемости крови) сразу после окончания	

	кормления грудью или через 6 мес. после родов, – гестагены (мини – пили) – применять через 6 недель после родов у кормящих и через 3 недели у не кормящих женщин, – ВМК (после родов – в родильном доме; через 4-6 недель после родов – в ж/к), – хирургическая стерилизация	
--	---	--

Ситуационная задача 146

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В послеродовом отделении акушерка осматривает родильницу. Вторые роды прошли три дня назад, крупным плодом (4200 г) без осложнений. Жалоб не предъявляет.

Объективно: кожные покровы нормальной окраски. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 76 уд./мин., температура тела – 36,8⁰С. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания, безболезненные. Соски чистые, живот мягкий, безболезненный. Матка плотная, безболезненная, дно её на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии скудные, кровянистые. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было. Отеков нет.

Вопросы:

1. Выявите проблемы родильницы.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите современные перинатальные технологии, способствующие профилактике гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.
5. Составьте план наблюдения за родильницами.

Эталон решения ситуационной задачи 146

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Проблемы родильницы. Действительные проблемы: – субинволюция матки. Потенциальные проблемы: – риск развития эндометрита, – риск возникновения позднего послеродового кровотечения	
2.	Предположительный диагноз: третьи сутки послеродового периода. Субинволюция матки. Обоснование: – из условия задачи следует, что 3 дня назад у женщины прошли роды, значит, в настоящее время у нее третьи сутки послеродового периода, – ВДМ на 3 сутки в норме должна быть на 3 поперечных пальца ниже пупка, значит у родильницы замедлено сокращение матки, чему способствует перерастяжение матки во время беременности крупным плодом	
1	2	3
3.	Тактика акушерки: – сообщить дежурному врачу, – положить холод на низ живота и объяснить родильнице, как с ним обращаться дальше, – приготовить лекарственные средства, сокращающие матку, и	

	<p>ввести их, по назначению врача,</p> <ul style="list-style-type: none"> – для профилактики осложнений проводить наблюдение за состоянием родильницы по общепринятой схеме 	
4.	<p>Профилактика гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний в акушерском стационаре:</p> <ul style="list-style-type: none"> – неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики, – раннее прикладывание новорожденного к груди, – система изолированного совместного пребывания матери и ребенка, – ранняя выписка из родильного дома, – ограничение использования у здоровых женщин средств и методов санитарной обработки, нарушающих биоценоз организма (поверхностные антисептики, бритье подмышек и лобка), – с целью предотвращения образования полирезистентных штаммов госпитальной инфекции в отдельно взятом акушерском стационаре следует использовать ограниченное количество антибиотиков первой очереди и их комбинаций, а антибиотики второй очереди использовать строго по показаниям 	
5.	<p>План акушерского наблюдения родильниц:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выяснение жалоб родильницы, – измерение АД 2 р. в сутки, – термометрия 2 р. в сутки, – определение характеристик пульса (частота, ритм, наполнение), – осмотр и пальпация молочных желёз, – контроль сокращения матки (ВДМ, размер поперечника матки, УЗИ матки), – проведение туалета наружных половых органов, – контроль физиологических отправлений (мочеиспускание, стул) 	

Ситуационная задача 147

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерку ФАП вызвала родильница Б., 23 года, с жалобами на повышение температуры тела до 38,9° С, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота. Роды вторые, своевременные 10 дней назад, осложнились дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Женщина выписана из родильного дома на пятые сутки после родов в удовлетворительном состоянии.

21 января дома у родильницы к вечеру поднялась температура тела до 38,3° С, был озноб, обильное потоотделение, слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища, с неприятным запахом. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина.

При осмотре: температура тела 38,8° С. Кожные покровы бледные. Зев чистый. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 уд./мин., ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца – без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки пальпируется на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровянисто-гнойные с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите возможные осложнения в данной ситуации.
4. Определите тактику акушерки.
5. Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний на этапе амбулаторного наблюдения в женской консультации:

Эталон решения ситуационной задачи 147

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предварительный диагноз. Послеродовый эндомиометрит	
2.	Обоснование: Об этом говорит начало заболевания на 8-9 сутки послеродового периода с характерными симптомами: повышение температуры, озноб, обильное потоотделение, боли внизу живота, лохии кровянистые с неприятным запахом, симптомы интоксикации – слабость, головная боль, плохой сон, наличие субинволюции матки и болезненность ее при пальпации	
3.	Возможные осложнения в данной ситуации: распространение инфекции вплоть до развития сепсиса.	
4.	Тактика акушерки: – срочно госпитализировать родильницу в гинекологическое отделение, где ей будет проведена интенсивная комплексная терапия. До госпитализации акушерка должна: – успокоить родильницу и ее родственников, – помочь решить вопрос о вскармливании ребенка, – с целью снятия болевого симптома и предупреждения распространения инфекции, положить на низ живота пузырь со льдом, – бережно транспортировать родильницу в гинекологическое отделение ЦРБ, – при возможности начать дезинтоксикационную терапию, – после взятия мазков из влагалища на гонококки и посев можно начинать антибактериальную терапию	
5.	Профилактика послеродовых ГВЗ на этапе амбулаторного наблюдения в женской консультации: – выделение среди беременных группы высокого риска по развитию гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде, – своевременное выявление и санация очагов острой и хронической инфекции (обратить внимание на наличие патологии зубов, легких и почек),	
1	2	3
	– обязательное микробиологическое обследование для выявления ИППП, вирусной и неспецифической инфекции	

	(бактериальные посевы содержимого влагалища, ПЦР, ИФА) с последующим лечением при выявлении возбудителей инфекционных заболеваний, – определение иммунного статуса, – антианемическая и общеукрепляющая терапия, – своевременная родовая госпитализация беременных группы высокого риска по развитию гнойно-воспалительных осложнений в современный, хорошо оснащенный стационар	
--	---	--

Ситуационная задача 148

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды первые в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 мин. родился второй мальчик массой 3000 г, в момент прорезывания головки второго плода в/в введен метилэргометрин. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер. Послед выделился через 10 мин., сразу после рождения последа выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план дальнейшего ведения родов.
3. Дайте определение гипотонии и атонии матки в родах.
4. Назовите причины развития гипотонии матки.
5. Перечислите основные принципы борьбы с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 148

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Первые срочные роды, двойня. Ранний послеродовый период. Кровотечение	
2.	План дальнейшего ведения родов: – утеротоническая терапия, – ручное обследование стенок полости матки, – осмотр родовых путей при помощи зеркал	
3.	Гипотония матки - это такое состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки. Под воздействием мероприятий и средств, стимулирующих сократительную деятельность матки, мышца матки сокращается, но сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия. Атония матки - это такое состояние, при котором стимулирующие матку средства не оказывают на нее никакого действия. Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича	

1	2	3
4.	Причины развития гипотонии матки: – чрезмерное перерастяжение матки (многоводие, многоплодие и наличие крупного плода), – чрезмерное утомление мышечного слоя матки (длительное течение родового акта, нерациональное использование	

	<p>больших доз сокращающих матку препаратов, быстрые и стремительные роды),</p> <ul style="list-style-type: none"> – структурные изменения рубцового, воспалительного или дегенеративного характера, – перенесенные острые и хронические воспалительные процессы с вовлечением миометрия, – рубцы матки различного происхождения, – миомы матки, – многочисленные и частые выскабливания стенок полости матки, – многоорожавшие женщины с небольшими промежутками между родами, – роженицы с проявлениями инфантилизма, аномалиями развития половых органов 	
5.	<p>Основные принципы борьбы с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде:</p> <ul style="list-style-type: none"> – все мероприятия начинать как можно раньше, – учитывать исходное состояние здоровья пациентки, – строго соблюдать последовательность мероприятий по остановке кровотечения, – все проводимые лечебные мероприятия должны носить комплексный характер, – исключить повторное использование одних и тех же методов борьбы с кровотечением (повторные ручные вхождения в матку, перекалывание зажимов), – применять современную адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, – использовать только внутривенный способ введения лекарственных препаратов, т.к. в сложившихся обстоятельствах всасываемость в организме резко снижена, – своевременно решать вопрос об оперативном вмешательстве: операция должна проводиться до развития тромбогеморрагического синдрома, в противном случае она часто уже не спасает родильницу от смертельного исхода, – не допускать снижения артериального давления ниже критического уровня на продолжительное время, что может привести к необратимым изменениям в жизненно важных органах (коре большого мозга, почках, печени, сердечной мышце) 	

Ситуационная задача 149

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К акушерке женской консультации обратилась молодая женщина 20 лет, студентка: жалуется на распирающие боли в области молочных желез. Роды были 2 недели назад, протекали без осложнений. Родила мальчика массой 3600 г. Объективно: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 68 уд./мин., температура тела – 37,2⁰ С, кожные покровы обычной окраски. Молочные железы – равномерное умеренное нагрубание, потертости вокруг соска, при пальпации болезненные. Соски с трещинами. Живот мягкий, безболезненный. Матка за лобком, выделения серозные, скудные, физиологические отправления в норме. Женщина учится, днем ребенка кормят сцеженным молоком.

Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Перечислите причины развития и стадии мастита.
5. Назовите классификацию лактационных маститов.

Эталон решения ситуационной задачи 149

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	<p>Проблемы роженицы.</p> <p>Действительные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – боли в молочной железе, – трещины сосков; – лактостаз. – затруднение кормления ребенка вследствие трещин. <p>Потенциальные проблемы: риск развития мастита</p>	
2.	<p>Предположительный диагноз: Поздний послеродовый период. Лактостаз. Трещины сосков.</p> <p>Обоснование: равномерное нагрубание и болезненность молочных желез, затруднение сцеживания, трещины сосков</p>	
3.	<p>Акушерка должна:</p> <ul style="list-style-type: none"> – объяснить родильнице причины её состояния, – объяснить родильнице, как правильно кормить ребенка и ухаживать за молочными железами, – научить уходу за сосками, – дать рекомендации по лечению трещин (УФО, дарсонвализация, мази), – дать рекомендации по борьбе с лактостазом (кормление, сцеживание, ультразвук, окситоцин для облегчения сцеживания), – напомнить родильнице о преимуществах грудного вскармливания, – рекомендовать взять академический отпуск, – поставить в известность врача 	
4.	<p>Причины развития и стадии мастита:</p> <ul style="list-style-type: none"> – недостаточное соблюдение личной гигиены, – низкий социально-экономический уровень пациентки, – наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии (пиодермия, нарушение жирового обмена, сахарный диабет), – сниженная иммунореактивность организма, – осложненные роды, – осложненное течение послеродового периода (раневая инфекция, замедленная инволюция матки, тромбофлебиты), – недостаточность млечных протоков в молочной железе, – аномалии развития сосков, – трещины сосков, – неправильное сцеживание молока 	
1	2	3
5.	<p>Классификация послеродового (лактационного) мастита:</p> <p>1. Серозный (начинающийся) мастит.</p>	

	2. Инфильтративный мастит. 3. Гнойный мастит: а) инфильтративно-гнойный мастит (диффузный, узловой), б) абсцедирующий мастит (фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, абсцесс позади железы – ретромаммарный), в) флегмонозный мастит (гнойно-некротический), г) гангренозный мастит	
--	--	--

Ситуационная задача 150

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Акушерку ФАП вызвали к пациентке 25 лет, которая неделю назад выписалась из родильного отделения. Предъявляет жалобы на боли и нагрубание в правой молочной железе, появившиеся еще в родильном доме. Дома состояние ухудшилось, особенно после того, когда из-за болей перестала прикладывать к этой грудной железе ребенка и сцеживать молоко. Температура тела 38,2⁰С.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение. Подмышечные лимфатические узлы увеличены, плотные, подвижные, болезненные при пальпации.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациентки.
4. Составьте программу лечения пациента при данной патологии.
5. Назовите критерии эффективности проводимого лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 150

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый лактогенный мастит правой молочной железы в стадии абсцедирования, осложненный катаральным подмышечным лимфаденитом	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. данных анамнеза: – пациентка – кормящая мать; – боли в области правой железы и ее уплотнение появились еще в родильном доме, что свидетельствует о запущенности процесса; – после выписки из стационара перестала кормить ребенка правой грудью и сцеживать из нее молоко; 2. жалоб на боли и нагрубание в правой молочной железе; 3. данных объективного обследования: – правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована;	
1	2	3

	<ul style="list-style-type: none"> – при пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение, что свидетельствует о скоплении гноя в тканях (сформировался абсцесс); – увеличение регионарных лимфатических узлов; – температура тела 38,2⁰С 	
3.	<p>Тактика ведения пациентки. Пациентка должен быть госпитализирована в гнойное хирургическое отделение для проведения хирургического лечения</p>	
4.	<p>Программа лечения.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Больной показана экстренная операция – вскрытие, ревизия и дренирование абсцесса. – После вскрытия в фазу воспаления (гидратации) проводят ежедневные перевязки с промыванием раны водными растворами антисептиков, применением протеолитических ферментов, повязок с гипертоническим раствором, обеспечением адекватного дренирования, использованием ультразвука, лазера. Со 2-ого – 3-его дня возможно применение антибактериальных мазей, препараты, стимулирующие клеточную регенерацию. – В фазе регенерации начинается процесс образования грануляционной ткани. Наиболее эффективны мази, содержащие стимулирующие вещества (5% и 10% метилурациловая мазь, мази с антибиотиками – тетрациклиновая, гентамициновая и др.). Для ускорения заживления раны накладывают вторичные швы (ранние и поздние), а также стягивание краев раны лейкопластырем. – Общее лечение: антибактериальные, дезинтоксикационные, иммуностимулирующие средства, симптоматическое лечение 	
5.	<p>Критерии эффективности проводимого лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – при своевременном вскрытии абсцесса и назначении соответствующего лечения фаза воспаления должна завершиться к 4-ому – 5-ому дню – нормализуется температура тела, улучшается общее состояние, стихают местные признаки воспаления; – фаза регенерации должна начаться со 2-ого – 3-его дня начала лечения – в ране появляется сочная ярко-красная грануляционная ткань 	

Образец оформления билета к государственному итоговому экзамену

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»**

Институт среднего медицинского образования

УТВЕРЖДАЮ

Директор института среднего
медицинского образования

_____ И.О. Фамилия
« ___ » _____ 20__ г.

Направление подготовки (специальность) _____
(наименование направления)

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №__**

1. Практическое задание 1:

Вы акушерка женской консультации. На прием пришла женщина 25 лет для постановки на учёт по беременности. Срок гестации 10 недель. После оценки общего состояния беременной, вам необходимо выполнить процедуру - осмотр шейки матки в зеркалах.

2. Практическое задание 2:

Вы акушерка родильного отделения. Поступила роженица 23 лет в первом периоде родов. Проведите аускультацию плода с помощью акушерского стетоскопа.

3. Практическое задание 3:

Вы акушерка ФАПа. Перед проведением консультации по планированию беременности женщина 30-и лет теряет сознание. Выполните сердечно-легочную реанимацию.

4. Ситуационная задача:

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть ситуационной задачи

Акушерку ФАП вызвали к пациентке 25 лет, которая неделю назад выписалась из родильного отделения. Предъявляет жалобы на боли и нагрубание в правой молочной железе, появившиеся еще в родильном доме. Дома состояние ухудшилось, особенно после того, когда из-за болей перестала прикладывать к этой грудной железе ребенка и сцеживать молоко. Температура тела 38,2⁰ С. Объективно: общее состояние удовлетворительное, правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение. Подмышечные лимфатические узлы увеличены, плотные, подвижные, болезненные при пальпации.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациентки.

4. Составьте программу лечения пациента при данной патологии.
5. Назовите критерии эффективности проводимого лечения.

Заведующий отделением
Ученая степень, ученое звание

И.О. Фамилия