

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

Кафедра Акушерства и гинекологии ФПК и ППС ДГМУ с курсом
репродуктивной эндоскопии

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Перечень оценочных материалов к каждому занятию

Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности женской репродуктивной системы. Перинатология

Тема 1. Анатомо-физиологические особенности женской репродуктивной системы. Перинатология

Собеседование по контрольным вопросам:

- наружные и внутренние женские половые органы.
- возрастные особенности анатомии и физиологии женских половых органов.
- топография смежных органов: мочевого пузыря, мочеточники, прямая кишка, аппендикс.
- кровоснабжение и иннервация половых органов.
- становление репродуктивной функции
- возникновение и регуляция менструального цикла
- что представляют собой большой и малый таз
- что представляет собой полость малого таза
- размеры плоскостей
- из каких частей состоит головка зрелого плода
- роднички, швы

Тестовый контроль:

1. Яичник поддерживается в брюшной полости, благодаря:

- +а) собственной связке яичника;
- +б) широкой маточной связке;
- +в) воронко-тазовой связке;
- г) крестцово-маточным связкам;
- д) круглой связке.

2. Задняя стенка влагалища в ее нижней части, как правило, соприкасается

- а) с прямой кишкой
- б) с сигмовидной кишкой
- +в) с тканями промежности
- г) с бартолиновыми железами
- д) ни с чем из перечисленного

3. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит

- а) с мочеточниками
- б) с дном мочевого пузыря
- в) с шейкой мочевого пузыря
- +г) с мочеиспускательным каналом
- д) ни с чем из перечисленного

4. Истинную конъюгату нельзя рассчитать на основании:

- а) диагональной конъюгаты
- б) вертикальной диагонали ромба Михаэлиса
- +в) горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса
- г) наружной конъюгаты.

5. Положение плода - это:

- а) отношение спинки плода к сагиттальной плоскости;
- б) отношение спинки к фронтальной плоскости;
- +в) отношение оси плода к длинику матки;
- г) взаимоотношения различных частей плода.

6. Членорасположение плода –это

- +а) отношение конечностей и головки плода к туловищу
- б) отношение головки к туловищу
- в) взаимоотношение различных частей плода
- г) взаимоотношение ножек и ягодиц плода

7. Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующие

характерные признаки:

- +а) делится на восходящую и нисходящую ветви;
- +б) на первом перекресте с мочеточником располагается позади мочеточника;
- +в) ее влагалищная ветвь идет по переднебоковой стенке влагалища с обеих сторон;
- г) ее влагалищная ветвь анастомозирует с почечной артерией;
- д) все ответы правильны.

8. К внутренним половым органам относятся:

- а) матка;
- б) маточные трубы;
- в) яичники;
- г) влагалище;
- +д) все ответы правильны.

9. Вид позиции плода - это отношение:

- а) спинки к сагиттальной плоскости;
- б) головки к плоскости входа в малый таз;
- +в) спинки к передней и задней стенкам матки;
- г) оси плода к длиннику матки.

10. Истинная конъюгата должна иметь величину не менее

- а) 10 см
- +б) 11 см
- в) 14 см
- г) 12 см
- д) 13 см

Ситуационные задачи:

1. При влагалищном исследовании беременной в женской консультации обнаружено, что размер диагональной конъюгаты равен 12 см, а индекс Соловьева-1,5. Вычислите размер истинной конъюгаты и подтвердите еще тремя способами.
2. При наружном акушерском исследовании беременной в сроке 35 недель обнаружено, что матка имеет форму овоида, вытянутого в поперечном направлении. Каков предполагаемый диагноз?

Раздел 2. Методы исследования в акушерстве.

Тема 1. Методы исследования в акушерстве.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Каковы преимущества раннего выявления беременности?
- Что является “золотым стандартом” диагностики беременности?
- Какие существуют способы определения срока беременности?
- Что предполагает специальное акушерское исследование?
- Что такое ромб Михаэлиса?
Какие вы знаете способы расчета истинной конъюгаты?
- Что такое наружное акушерское исследование? Какие приемы оно включает и зачем их используют?
- В каких отношениях может быть головка плода к плоскостям таза?
- Что такое членорасположение, положение, позиция, вид позиции и предлежание плода?
- Что такое степень “зрелости” шейки матки и каким образом ее определяют?
- Каковы особенности общеклинического исследования крови во время беременности?
- Каковы основные задачи УЗИ в I триместре беременности?
- Что такое КТГ, в какие сроки беременности проводят данное исследование?

Тестовый контроль:

1. «Золотой стандарт» диагностики беременности:
определение β -субъединицы ХГЧ;
УЗИ для обнаружения плодного яйца;
+ сочетание двух методов: определение β -субъединицы ХГЧ и УЗИ для обнаружения плодного яйца;
определение β -субъединицы ХГЧ в динамике (не менее 3 раз с интервалом в 5-7 дней).

2. ХГЧ вырабатывается:
цитотрофобластом;
+ синцитиотрофобластом;
желтым телом;
гипофизом беременной.

3. С помощью УЗИ при трансвагинальной эхографии беременность можно достоверно установить в:
4-5 акушерских недель;
6-7 акушерских недель;
+ 3-4 акушерские недели;
10 акушерских недель.

4. Определяющий критерий для расчета срока беременности по данным УЗИ с момента появления эмбриона:
средний внутренний диаметр плодного яйца;
+ КТР;
окружность живота;
длина бедра.

5. Дно матки определяется на уровне пупка при сроке беременности:
16 нед;
30 нед;
+ 22 нед;
28 нед.

6. Для вычисления срока родов нужно:
от даты последней менструации отнять 3 мес и 7 дней;
+ от даты последней менструации отнять 3 мес и прибавить 7 дней;
от даты зачатия отнять 3 мес и прибавить 7 дней;
от даты зачатия отнять 3 мес и 3 дня.

7. Субъединицу ХГ обнаруживают в крови беременной женщины на:
12-й день после зачатия;
4-5-й день после зачатия;
18-20-й день после зачатия;
+ 7-9-й день после зачатия.

8. I триместр беременности длится до конца:
16-й недели;
14-й недели;
+ 12-й недели;

8-й недели.

9. II триместр беременности - это период:

+ 14-28 нед беременности;

10-20 нед беременности;

8-16 нед беременности;

29-40 нед беременности.

10. Позиция плода - это:

+ отношение спинки плода к правой или левой стороне матки;

отношение спинки плода к передней или задней стороне матки; в) отношение крупной т1асти плода ко входу в малый таз;

отношение головки плода к конечностям и туловищу.

Ситуационные задачи:

1. Пациентка Н. беременна. Известно, что первый день последней менструации был 11.09. Рассчитайте предполагаемую дату родов.

2. В ходе наружного и внутреннего акушерского исследований измерены

следующиеразмеры:

- distantiaspinarum - 26;

- distantiacristarum - 28;

- distantiatrochanterica - 30;

- conjugataextema - 21;

- индекс Соловьева - 1,4;

- индекс Франка - 12;

- conjugatadiagonalis - 13,4;

- ромб Михаэлиса: вертикальный размер - 13, горизонтальный размер - 12.

Какое заключение можно сделать?

Раздел 3. Физиология беременности и родов.

Тема 1. Физиологическое течение беременности.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Что такое оплодотворение.
- Основные этапы развития плодного яйца.
- Периоды эмбрио- и фетогенеза.
- Критические периоды развития плода.
- Изменения в сердечно-сосудистой системе во время беременности.
- Изменения в дыхательной и эндокринной системе во время беременности.
- Изменения в пищеварительной и мочевыделительной системе.
- Изменения в системе гемостаза во время беременности.
- Основные функции плаценты и плацентарного барьера.
- Этапы внутриутробного развития плода.
- Особенности фетального кровообращения.
- Современная концепция родовой деятельности матки.
- Основные теории причин наступления родов.
- Что из себя представляют предвестники родов.
- В чем заключается «принцип доминанты».

Тестовый контроль:

1. Связь материнского организма и плода осуществляется, в основном, через:

- + плаценту
- барорецепторы стенки матки
- водные оболочки плода
- децидуальную оболочку матки
- все перечисленное

2. Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается

- + к 16-й неделе беременности
- к 20-й неделе беременности
- к 24-й неделе беременности
- к 28-й неделе беременности
- к 32-й неделе беременности

3. Ранняя функция цитотрофобласта, в основном, состоит:

- + в гистотрофном питании зародыша
- в продукции гормонов ХГ (хорионического гонадотропина) и ПЛ (плацентарного лактогена)
- в продукции эстрогенов и прогестерона
- во всем перечисленном
- ничего из перечисленного

4. Основными функциями плаценты являются:

- дыхательная
- питательная
- выделительная
- гормональная
- + все перечисленные

5. Зрелая плацента продуцирует следующие гормоны:

- адренокортикостероидные (АКТР)
- тиреотропные (ТТГ)
- адренотропные
- все перечисленные
- + никакие из перечисленных

6.. Плацентация начинается:

- с 3-й недели развития зародыша
- когда сосуды врастают в ворсинки хориона
- когда вторичные ворсинки превращаются в третичные
- + верно все перечисленное
- неверно все перечисленное

7. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики:

- возрастает объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40–50%
- увеличивается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30–40%
- отмечается гидремия
- + все перечисленные
- ничего из перечисленного

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

- + гиперкоагуляция
- гипокоагуляция
- коагулопатия потребления
- активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена
- активизация только плазменного звена

9. Нормальный подготовительный период характеризуется всем перечисленным, кроме:

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

10. Нормальная сократительная деятельность матки в родах характеризуется:

1. значительным повышением базального тонуса матки
2. гипертонусом нижнего сегмента матки
3. смещением «водителя ритма» (пейсмекер) с дна на тело матки
4. расслаблением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон

правильно 1, 2, 3
правильно 1, 2
все ответы правильны
+ правильно только 4
все ответы неправильны

Тема 2. Физиологические роды.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Предвестники родов, оценка степени зрелости шейки матки.
- Современные представления о причинах наступления родов.
- Изменения матки во время родов, понятие о координированной родовой деятельности
- Понятие о биомеханизме родов, механизм родов при переднем, заднем виде затылочного вставления.
- Клиническое течение родов в периоде раскрытия шейки матки, фазы раскрытия шейки матки.
- Клиническое течение родов в период изгнания.
- Определение состояния новорожденного по шкале Апгар
- Первый туалет новорожденного.
- Клиническое течение родов в послеродовый период, механизмы отделения плаценты.
- Профилактика кровотечения

Тестовый контроль:

1. В первом периоде родов не происходит:
укорочения и сглаживания шейки матки
раскрытия шейки матки
отхождения околоплодных вод
продвижения плода по родовому каналу
+ врезывания предлежащей части плода
2. Началом родов следует считать:
прижатие головки к входу в малый таз
появление нерегулярных схваток
появление регулярных схваток
отхождение околоплодных вод
+ появление регулярных схваток, приводящих к укорочению и сглаживанию шейки матки
3. Влагалищное исследование в родах позволяет определить:
состояние шейки матки и целостность плодного пузыря
динамику раскрытия шейки матки
характер предлежащей части и особенности вставления головки
динамику продвижения предлежащей части по родовому каналу
особенности строения таза
+ все перечисленное в п. "а"-д"
4. Преждевременным отхождением околоплодных вод считают отхождение вод:
+ до начала схваток
при появлении нерегулярных схваток
при появлении регулярных схваток
в активной фазе родов д) при появлении потуг
5. Структурные изменения шейки матки у первородящих в родах начинаются с:
области наружного зева
+ области внутреннего зева
раскрытия шейки матки с одновременным ее сглаживанием
сглаживания шейки матки после ее раскрытия
6. Своевременное отхождение вод должно наступать:
до начала схваток
при появлении нерегулярных схваток
при появлении регулярных схваток
при раскрытии шейки матки менее чем на 6 см
+ при раскрытии шейки матки более чем на 6 см
7. Оценка состояния плода в родах проводится на основании:
частоты сердечных сокращений плода

характера околоплодных вод
кардиомониторного наблюдения
функциональных проб и данных УЗИ
+ всего перечисленного

8. Признак Альфельда проявляется:
+ удлинением наружного отрезка пуповины
втягиванием пуповины во влагалище на вдохе
уплощением матки и отклонением ее дна вправо
появлением кровянистых выделений из влагалища

9. Прием Креде – Лазаревича применяется для:
выделения неотделившегося последа
+ выделения отделившегося последа
отделения плаценты наружным приемом

10. Препарат, наиболее часто применяемый в момент прорезывания головки для профилактики кровотечения в родах:
+ окситоцин
метилэргометрин
простенон
хинин

В результате освоения темы, обучающийся должен знать:

- 1) Акушерскую терминологию: положение плода, предлежание, позиция, вид позиции, швы, роднички, размеры головки плода, размеры таза, его плоскости и размеры плоскостей, ромб Михаэлиса, индекс Соловьева, наружные измерения таза женщины.
- 2) Определение степени «зрелости» шейки матки по бальной системе Бишоп.
- 3) Понятие о механизме родов, условия для совершения биомеханизма, основные моменты биомеханизма родов, расположение стреловидного шва и родничков в течение родов.
- 4) Ведение 1,2 и 3 периодов родов.
- 5) Понятие о ведении партограммы и КТГ.
- 6) Алгоритм оказания акушерских пособий в родах.
- 7) Все признаки и способы отделения последа.
- 8) Методы профилактики кровотечений.
- 9) Первичную обработку новорожденного.

В результате освоения темы, обучающийся должен уметь:

- 1) Определить членорасположение, положение, позицию, вид позиции, предлежание плода в матке, определить швы и роднички на головке плода.
- 2) Определить срок гестации.
- 3) Провести аускультацию плода и интерпретировать полученный результат.
- 4) Уметь определять размеры плоскостей таза, ромб Михаэлиса, индекс Соловьева, наружные измерения таза женщины.
- 5) Уметь определять структуру шейки матки, и степень ее «зрелости» по бальной системе.
- 6) Влагалищное исследование в родах.
- 7) Технику вскрытия плодного пузыря и показания к ней.
- 8) Вести физиологические роды, определять расположения головки в родовых путях.
- 9) Проводить первичную обработку новорожденного.
- 10) Проводить профилактику кровотечений.

В результате освоения темы, обучающийся должен владеть:

1. Выполнение:

Наружного акушерского исследования;
Определение предполагаемой массы плода;
Определение срока родов;
Определение готовности шейки матки к родам;
Влагалищное исследование в родах;
Вскрытие околоплодного пузыря;
Обработка влагалища беременных;

2) Владеть методами диагностики внутриутробного состояния плода (кардиомониторное, УЗИ, амниоскопия, гормональное исследование).

- 3) Определение срока беременности.
- 4) Умение поставить диагноз и составить план мероприятий по ведению беременности и родов.
- 5) Ведение нормальных родов;
- 6) Оценка новорожденного по шкале Апгар;
- 7) Проведение первичного туалета новорожденного;
- 8) Определение целостности последа и оценка кровопотери в родах
9. Выполнение перинеотомии и эпизиотомии;
- 10) Осмотр мягких родовых путей с помощью зеркал после родов;
- 11) Зашивании разрыва шейки матки и промежности;
- 12) Определять группы риска по перинатальной патологии у беременных.
- 13) Ручное обследование послеродовой матки;

Задача.

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

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

Диагноз, характер предлежания, вид, позиция, в какой части таза определяется головка.

Каким размером головки рождается плод (величина ,окружность),проводная точка?

Задача

Первородящая 23 года. Беременность 1-я, доношенная. За 4 часа до поступления одновременно с началом схваток отошли околоплодные воды. Схватки регулярные, интенсивные. Т- 36,5, пульс – 80 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Размеры таза: 25-26-31-18 см. Положение плода продольное, I позиция. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 90 ударов в 1 минуту, аритмичное. По КТГ глубокие децелерации. Влагалищное исследование: шейка сглажена, раскрытие зева 4 см, плодного пузыря нет. Во влагалище клубок пульсирующей пуповины, которая определяется справа от головки. Головка прижата ко входу в таз. Диагональная конъюгата – 10 см.

-Предположите наиболее вероятный диагноз.

-Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

-Какой способ родоразрешения должен быть выбран?

Раздел 4. Патология беременности.

Тема 1. Невынашивание беременности

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Какая доля беременности заканчивается самопроизвольным абортом?
2. Что такое аборт?
3. Дайте определение невынашиванию.
4. Что такое привычное невынашивание?
5. Перечислите основные причины невынашивания?
6. Каковы причины ИЦН?
7. Как диагностировать ИЦН?
8. Как лечат ИЦН?
9. В каких случаях показано наложение швов на шейку матки?
10. В каком сроке беременности лучше проводить плановое профилактическое наложение швов на шейку матки?
11. Дайте определение преждевременным родам?
12. Классификация преждевременных родов.

13. Как различаются преждевременные роды по клиническому течению?
14. Перечислите медикаментозные методы лечения преждевременных родов.

Тестовый контроль:

1. Симптомы угрожающего аборта
кровянистые выделения
низкое прикрепление хориона
ощущение тяжести внизу живота
+ укорочение шейки матки
2. Симптомы начавшегося аборта:
+кровянистые выделения
низкое прикрепление хориона
ощущения тяжести внизу живота
+укорочение шейки матки
3. Замершая беременность-это»:
отсутствие эмбриона в плодном яйце
+отсутствие сердцебиения у эмбриона
+отсутствие сердцебиения у плода
отставание в росте плода
4. Наиболее частые причины потери беременности в ранние сроки:
эндокринопатии
+генетические аномалии
воспалительные процессы половых органов
соматические заболевания
5. Диагностика неразвивающейся беременности основана:
на жалобах беременной
лабораторных данных
+ данных УЗИ
+ отсутствие динамики роста матки
6. Преждевременные роды –это роды:
в сроке до 28 нед
+в сроке до 37 нед
в сроке до 23 нед
в сроке до 20 нед
7. Признаки угрозы преждевременных родов
увеличение высоты дна матки
уменьшение окружности живота
“опалесцирующий” характер околоплодных вод
+ все ответы неправильные
8. Препараты для токолиза:
окситоцин
метилэргометрин
+ атосибан
гинипрал
9. Недоношенный ребенок имеет массу тела менее:
500 г
1000 г
2000 г
+ 2500 г

Ситуационные задачи:

Задача №1

В сроке 18 нед у беременной А. обнаружено укорочение шейки матки до 1,5 см, внутренний зев – 20 мм. Диагноз? Тактика?

Задача №2

Беременная Р. 23 лет, поступила в отделение патологии с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и в поясничной области, усиливающиеся при минимальном напряжении. *Данные анамнеза:* *menses* с 14 лет без нарушений. Последняя менструация 8,5 мес. назад. Замужем с 22 лет, настоящая беременность первая. Женскую консультацию посещала регулярно, беременность протекала без патологических отклонений. Неделю назад перенесла тяжелую форму гриппа. Две недели назад получила дородовый отпуск. *Объективно:* общее состояние удовлетворительное, *t* тела 36,6⁰С, PS – 78 уд. в мин., АД 120/70 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не установлено. Живот увеличен за счет беременности, окружность живота – 80 см, высота стояния дна матки - 28 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть головка, подвижна над входом в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное, частота 126 уд. в мин. Матка возбудима. Ориентировочная масса плода – 2240 г. *Данные PV:* влагалище нерожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Через свод влагалища определяется предлежащая часть – головка, подвижная над входом в малый таз. Мыс недостижим. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какой этиологический момент послужил причиной болезни.
4. Лечение.

Тема 2. Перенашивание беременности

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Определение “переношенной беременности”?
2. Различие переношенной и биологически пролонгированной беременности?
3. Причины перенашивания беременности.
4. В чем состоит опасность перенашивания?
5. Особенности течения и диагностика переношенной беременности?
6. Какую роль играют изменения в плаценте при переношенной беременности?
7. Какой метод служит “золотым стандартом” определения гестационного срока?
8. Каковы клинические проявления перенашивания?
9. Каковы принципы ведения беременности при перенашивании?
10. Врачебная тактика при перенашивании беременности (дородовая подготовка, родовозбуждение).
11. Показания к оперативному родоразрешению при переношенной беременности.
12. Что такое программированные роды?
13. Какие признаки перенашивания у новорожденного?
14. Каковы особенности течения послеродового и раннего послеродового периодов?

Тестовый контроль:

1. Перенашивание беременности – это:
гипоксия плода
маловодие
гестационный срок более 40 полных недель
+ гестационный срок 42 нед и более

2. Самый достоверный метод оценки гестационного срока:
по менструации
размерам матки
+УЗИ в 1 триместре
УЗИ во 2 триместре
3. Что такое запоздалые роды:
роды после 40 нед
роды при поступлении в стационар во время потуг
роды, осложнившиеся гипоксией плода
+роды в 42 нед и более
4. При перенашивании в родах более часто встречается
+ гипоксия плода
стремительные роды
гипертензия
клинически узкий таз
5. Признаки переносимости- это
крупные размеры плода
+мацерация кожи
громкий крик
акроцианоз
6. Тактика ведения переносимой беременности прежде всего зависит
от целостности плодного пузыря
+зрелости шейки матки
данных УЗИ
результатов лабораторного исследования
7. При неготовности родовых путей и перенашивании показано
вскрытие плодного пузыря
родовозбуждение окситоцином
наблюдение в отделении патологии беременности
+подготовка шейки матки к родам
8. Выберите обоснованные показания к кесареву сечению при переносимой беременности
гипоксия плода
тазовое предлежание
крупный плод
+все ответы верные
9. Для диагностики переносимой беременности не используют
амниоскопию
+окситоциновый тест Смита
УЗИ
определение срока беременности по данным анамнеза
10. Классический синдром переносимости новорожденного не включает
узость швов и родничков
отсутствие казеозной смазки
+отек подкожной клетчатки
удлинение ногтей

Ситуационные задачи:

Задача №1

При УЗИ в женской консультации у беременной в 40 нед выявлено маловодие, а при КТГ – умеренные признаки страдания плода. Диагноз? Тактика врача?

Задача №2

Первобеременная 29 лет поступила в родильный дом в сроке беременности 42 недели. ВДМ – 38 см, ОЖ – 115 см. Размеры таза: 26-28-32-20 см. Головка плода над входом в малый таз, кости головки плода плотные. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Диагноз. Тактика.

Тема 3. Многоплодная беременность

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Определение “многоплодной беременности”?
2. Какие виды многоплодной беременности выделяют в зависимости от плацентарно-мембранных взаимоотношений?
3. Какие причины влияют на частоты многоплодной беременности.
4. Клинические признаки многоплодной беременности?
5. Какие особенности течения и ведения беременности при многоплодии?
6. Какие особенности течения родов при многоплодии?
7. Какие принципы выбора способа родоразрешения у беременных двойней?
8. Каковы показания для оперативного родоразрешения при многоплодной беременности?
9. Какие особенности ведения последового и раннего послеродового периодов при многоплодной беременности?
10. Осложнения многоплодной беременности.
11. От каких факторов зависят исходы беременностей, осложненных ФФТС?
12. Какие способы лечения ФФТС существуют?
13. Что такое коллизия близнецов?
14. Какие особенности ведения раннего неонатального периода?

Тестовый контроль:

1. Причина роста частоты многоплодной беременности
 - ухудшение экологии
 - юный возраст
 - старший репродуктивный возраст
 - применение контрацепции
2. Причины неблагоприятных исходов многоплодия
 - преждевременные роды
 - кровотечение в ранние сроки
 - ранний токсикоз
 - большая прибавка в весе
3. Многоплодие можно заподозрить, если
 - Прибавка массы тела более 12 кг за беременность
 - Имеется выраженная анемия (показатель гемоглобина менее 70 г/л)
 - Высотка дна матки опережает гестационный срок
 - Нарушена походка (“утиная”)
4. Наиболее часто встречается:
 - монохориальная моноамниотическая двойня
 - монохориальная биамниотическая двойня
 - бихориальная моноамниотическая двойня
 - бихориальная биамниотическая двойня
5. Дискордантная двойня – это
 - Разнополье плоды

Однополые плоды
Недоношенные близнецы
Равновесные плоды

6. Основные осложнения родов при многоплодии
дородовое излитие вод
аномалии родовой деятельности
клинически узкий таз
АГ во втором периоде родов
7. Сцепление близнецов осложняет роды
при поперечном положении первого плода и головном предлежании второго плода
головном предлежании первого плода и головном предлежании второго плода
головном предлежании первого плода и тазовом предлежании второго плода
тазовом предлежании первого плода и головном предлежании второго плода
8. Послеродовый период часто осложняется
преэклампсией
гипогалактией
гипотоническим кровотечением
болезненными сокращениями матки
9. Симптомы, характерные для ФФТС (фето-фетальный трансфузионный синдром)?
маловодие второго плода
выраженная диссоциация размеров плодов
одна плацента
+все верно
10. Донор при двойне –
депонирует кровь
+отдает кровь
распределяет кровь
принимает кровь

Ситуационные задачи:

Задача №1

Машиной скорой помощи в родильный дом доставлена роженица в первом периоде родов с двойней (35) нед. По данным УЗИ – первый плод в тазовом предлежании, второй – в головном. Тактика врача ?

Задача №2

У пациентки на сроке беременности 34 недели при УЗИ определяется 2 плода, оба в головном предлежании. 1 плод соответствует 34-недельному сроку беременности, у 2 плода показатели фетометрии соответствуют 30 неделям беременности. Плацента одна, расположена по передней стенке матки, 2 степени зрелости, межплодовая перегородка 1,2 мм, количество околоплодных вод в пределах нормы. Диагноз? Тактика?

Тема 4. Плацентарная недостаточность и задержка роста плода

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Определение “плацентарной недостаточности и ЗРП”?
2. Какие существуют классификации плацентарной недостаточности?

3. Факторы риска, патогенез развития плацентарной недостаточности?
4. Формы и степени ЗРП?
5. Диагностика плацентарной недостаточности и ЗРП?
6. Какие основные принципы лечения и профилактики ПН и ЗРП?
7. Какие параметры включает биофизический профиль плода?
8. Заболевания матери, осложняющие течение беременности и родов, вследствие которых развиваются ПН и ЗРП?
9. Основные причины нарушения маточно-плацентарного кровообращения при беременности и в родах?
10. Какие выделяют степени тяжести гемодинамических нарушений?
11. Реанимационные мероприятия новорожденного?

Тестовый контроль:

1. Основное патогенетическое звено первичной плацентарной недостаточности:
 - локальный воспалительный процесс в зоне синцитиотрофобласта
 - отслойка хориона от децидуальной площадки
 - недостаточность инвазии хориона
 - тромбоз спиралевидных артерий
2. Отставание показателей фетометрии от нормативных на 3-4 нед. соответствует СЗРП:
 - 3 степени
 - 1 степени
 - +2 степени
3. Причины первичной плацентарной недостаточности:
 - бактериальные и вирусные инфекции
 - генетические факторы
 - ферментативная недостаточность децидуальной ткани, которая выполняет роль питательной среды для плодного яйца
 - эндокринные факторы (гормональная недостаточность яичников)
 - +верно все
4. Профилактика Пн до беременности включает в себя:
 - отказ от вредных привычек
 - планирование беременности
 - лечение хронических заболеваний
 - +верно все
 - санация очагов инфекции
5. Первичная плацентарная недостаточность:
 - приводит к хромосомным аномалиям плода
 - +возникает до 16 нед гестации вследствие нарушения процессов имплантации и плацентации
 - развивается на фоне сформировавшейся плаценты (после 16 нед беременности)
 - легко поддается лечению
6. К причинам острой плацентарной недостаточности не относят
 - +децидуит
 - кровотечение при предлежании плаценты
 - преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты
 - инфаркт плаценты
7. Синдром обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте, приводящий к нарушению темпов роста и/или гипоксии плода:
 - синдром Ашермана
 - трофобластическая болезнь
 - пузырный занос
 - +плацентарная недостаточность
8. Задержка роста плода 3 степени соответствует:
 - не имеет связи с плацентарной недостаточностью

+декомпенсированной плацентарной недостаточности
субкомпенсированной плацентарной недостаточности
компенсированной плацентарной недостаточности

9. С целью диагностики внутриутробной задержки роста плода, определения ее формы и степени тяжести используют следующие фетометрические параметры:
- длина бедра плода
 - отношение длины бедра к окружности живота плода
 - бипариетальный размер головки плода
 - диаметр (окружность) живота
- +все перечисленное

Тема 5. Многоводие. Маловодие.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этиология и патогенез при многоводии маловодии?
2. Классификация и диагностика многоводия и маловодия
3. Причины многоводия и маловодия?
4. Осложнения для матери и плода при многоводии и маловодии?
5. Ведение родов при многоводии маловодии?

Тема 7. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Определение, этиология, патогенез “изосерологической несовместимости”?
2. Что такое гемолитическая болезнь плода?
3. Что необходимо для реализации ГБП?
4. Что такое алло-, изоиммунизация?
5. Что способствует иммунизации материнского организма?
6. Морфологические изменения характерны для ГБП?
7. Какие морфологические изменения характерны для плаценты при ГБП?
8. Какова дифференциальная диагностика при выявлении водянки плода?
9. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза у беременной при ГБП?
10. Как часто следует определять титр антител?
11. Что следует предпринять при повышении титра антител?
12. Ультразвуковые маркеры ГБП?
13. В чем заключается профилактика ГБП?
14. Особенности ведения беременных и родов при отрицательно резус-факторе?
15. Каковы методы диагностики ГБП?
16. Оценка степени тяжести ГБП?

Тестовый контроль:

1. Введение антирезус-иммуноглобулина матери при гемолитической болезни плода показано:
 - на 5й день после родов
 - в третьем периоде после родов
 - +в течение 72 ч после родов
 - в первом периоде родов
2. Основная причина внутриутробного страдания плода при гемолитической болезни:
 - +анемия
 - окислительный стресс
 - отеки
 - гипербилирубинемия
 - гипотензия

3. Резус- иммунизация у беременной развивается при следующих обстоятельствах:
Rh (-) кровь матери проникает в плодовый кровоток и стимулирует образование плодовых антител
Rh (-) кровь плода проникает в кровоток матери и стимулирует образование материнских антител
+Rh (+) кровь плода проникает в кровоток матери и стимулирует образование материнских антител
Rh (+) кровь матери проникает в плодовый кровоток и стимулирует образование плодовых антител
4. При развитии иммунологического конфликта между матерью и плода, беременность и роды могут осложняться:
+антенатальной гибелью плода
запущенным положением плода
запоздалым излитием о\вод
кровотечением в третьем периоде родов
5. Гемолитическая болезнь новорожденного обычно проявляется
гипертермией
+гипербилирубинемией
катаральными проявлениями верхних дыхательных путей
сужением швов и родничков
6. С целью диагностики состояния плода у беременных с Rh (-) принадлежностью крови необходимо производить
кольпоскопию
кольпотомию
+амиоцентез
амниотомию
7. Исследование околоплодных вод для диагностики гемолитической болезни плода подразумевает определение:
содержание кетонов
+определение оптической плотности билирубина
содержание гликозаминогликанов
хлопьев сыровидной смазки
8. На каком этапе беременности обычно происходит смешивание материнской и плодовой крови?
при зачатии
+материнская и плодовая кровь в норме не смешиваются
в 9 нед беременности при достаточном развитии сердца плода
в III триместре в 32-34 нед. гестации
во II периоде родов
9. Термин «изоиммунизация» означает:
+образование антител
подавление иммунитета
снижение реактивности организма
стимуляцию иммунитета
10. Наиболее неблагоприятный признак ГБП :
многоводие
утолщение плаценты
+признаки асцита у плода
нарастание титра антител до 1:4

Раздел 5. Гипертензивные расстройства в акушерстве. Преэклампсия. Эклампсия.

Тема 1. Умеренная и тяжелая преэклампсия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение понятия гипертензивных расстройств при беременности
- Определение понятия Преэклампсии.
- Классификация гипертензивных расстройств во время беременности.
- Классификация преэклампсии по степени тяжести.

- Факторы развития преэклампсии.
- Критерии диагностики преэклампсии.
- Клинические проявления преэклампсии различной степени тяжести.
- Лечебная тактика при преэклампсии.
- Показания к оперативному родоразрешению при преэклампсии.
- Осложнения преэклампсии.
- Что такое HELLP-синдром?
- Тактика ведения послеродового периода.
- Профилактика преэклампсии

Тестовый контроль:

1. На каком сроке беременности появляются основные симптомы преэклампсии:

- А) 12 нед
- Б) 20 нед +
- В) 5-6 нед
- Д) 30 нед

2. Основными звеньями патогенеза преэклампсии являются:

- А) Нарушение углеводного обмена
- Б) Генерализованный спазм сосудов +
- В) Гиповолемия +
- Г) Нарушение липидного обмена

3. Возможным осложнением при тяжелой преэклампсии является:

- А) Кровоизлияние в мозг
- Б) Острый жировой гепатоз
- В) Острая дыхательная недостаточность
- 4). Все перечисленное +
- 5). Ничего из перечисленного

4. Послеродовый период при ПЭ может осложниться:

- А) кровотечением+
- Б) Отслойкой плаценты
- В) Гипогалактией
- Г) Эклампсией

5. Показание для досрочного родоразрешения при преэклампсии:

- А) Преэклампсия легкой степени
- Б) Предлежание плаценты
- В) Преэклампсия тяжелой степени +
- Г) Хроническая гипоксия плода

6. Для оценки тяжести ПЭ следует учитывать:

- А) Суточную потерю белка +
- Б) выраженность отеков
- В) Уровень диастолического АД

7. Критерии начала антигипертензивной терапии при ПЭ:

- А) АД 120/80 мм.рт.ст
- Б) АД >140/90 мм.рт.ст +
- В) АД 160/90 мм.рт.ст
- Г) АД >180/90 мм.рт.ст

8. Критерии умеренной ПЭ:

- А) Протеинурия >0.3 г/л белка в 24 час пробе мочи +
- Б) Протеинурия > 5 г/л в 24 час пробе мочи
- В) Протеинурия >3 г/л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов

9. Нагрузочная доза Магния сульфата составляет:

- А) 1-2 г/л в час в/в
- Б) 4-6 г/л в час в/в +
- В) 7-9 г/л в час в/в

10. При введении Магния сульфата обеспечивается контроль следующих показателей :

- А) Диуреза
- Б) ЧДД
- В) Коленных рефлексов
- Г) Верно все перечисленное +

Решение ситуационных задач

Задача №1

В дородовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 недели. В анамнезе преждевременные роды в 34 недели, отмечалось высокое АД. В детстве перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангиной. На учете у терапевта не состоит. При данной беременности с 21-23 недель появились отеки ног, белок в моче, повышение АД. Объективно: рост

164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, небольшие отеки ног. Пульс 86 ударов в 1 минуту. АД 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29-30 неделям беременности. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 130 ударов в 1 минуту. Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л; микроскопия осадка мочи: лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л - - 2600, эр - - 25100, гиалиновые цилиндры. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания удельного веса 1007—1012. Диагноз? Тактика?

Задача №2

В родильный дом доставлена повторнобеременная 28 лет с жалобами на головную боль, заложенность носа, боли в эпи-гастральной области, тошноту, однократную рвоту. Срок беременности 38—39 нед. С 30-й недели беременности отмечает выраженные отеки голеней, лица. На момент осмотра: АД 170/100 мм рт.ст., пульс 98 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные. При эхографическом исследовании отмечено маловодие и отставание фотометрических показателей на 2 нед, при доплерометрии: снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Влагалищное исследование: "зрелая" шейка матки. Диагноз? Тактика

Тема 2. Эклампсия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение, понятие Эклампсии
- Классификация гипертензивных расстройств во время беременности.
- Этапы развития приступа Эклампсии
- Критерии диагностики эклампсии.
- Лечебная тактика при эклампсии.
- Осложнения эклампсии.
- Тактика ведения послеродового периода.
- Профилактика эклампсии

Тестовый контроль:

1. Эклампсию необходимо дифференцировать:
 - 1) С эпилепсией
 - 2) С гипертонической болезнью
 - 3) С опухолью мозга
 - 4) Со всем перечисленным. +
2. Экламптический судорожный припадок протекает:
 - 1) В два этапа
 - 2) В три этапа
 - 3) В четыре этапа+
 - 4) Этапы судорожного припадка не выделяются.
3. Какой период припадка эклампсии характеризуется мелкими фибриллярными подергиваниями мышц лица
 - 1) 1-й +
 - 2) 2-й
 - 3) 3-й
 - 4) 4-й
4. Какой период припадка эклампсии характеризуется тоническими судорогами
 - 1) 1-й
 - 2) 2-й +
 - 3) 3-й
 - 4) 4-й
 - 5) 2й и 3й
5. Какой период припадка эклампсии характеризуется клоническими судорогами
 - 1) 1-й
 - 2) 2-й
 - 3) 3-й +
 - 4) 4-й
6. Дополнительные инструментальные методы обследования у пациенток с эклампсией являются:
 - 1) УЗИ молочных желез
 - 2) МРТ-головного мозга +
 - 3) ЭХО-КГ
7. В течении какого времени после родоразрешения пациентки с эклампсией необходимо проводить инфузию раствора магния сульфата:
 - 1) В течении 10-12 ч

- 2) в течении 2-4
- 3) в течении 24 ч
- 4) в течении 48 ч+
8. Что является ошибкой интенсивной терапии эклампсии:
 - 1) внутривенное введение раствора сульфата магния
 - 2) перевод пациентки на ИВЛ
 - 3) применение осмотических диуретиков +
 - 4) родоразрешение пациентки после стабилизации состояния
9. Что является радикальным методом лечения при эклампсии:
 - 1) гипотензивная терапия
 - 2) магниевая терапия
 - 3) инфузионная терапия
 - 4) родоразрешение +
10. Критерии отмены магниевой терапии:
 - 1) Прекращение судорог
 - 2) нормализация АД
 - 3) нормализация диуреза (>50 мл/ч)
 - 4) Все перечисленное +

Решение ситуационных задач

Задача №1

Первородящая 24 лет поступила в стационар с жалобами - на головную боль, - неясное зрение. Беременность доношенная. При поступлении АД - 180/100 мм рт.ст., отеки ног. При кипячении мочи выпал осадок и занимает 1/2 пробирки. При попытке производства внутреннего исследования начались судороги, сопровождающиеся потерей сознания. Укажите ДИАГНОЗ и ТАКТИКУ

Задача №2

У роженицы 22 лет в первом периоде родов появились судороги. Кожные покровы бледные. АД 160/100 мм рт.ст., пульс 110 ударов в 1 мин. Сердцебиение плода приглушенное, ЧО ударов в 1 мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 3—4 см, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Диагноз и Тактика

Раздел 6. Патология родов.

Тема № 1. Преждевременные роды

Собеседование по контрольным вопросам:

- Факторы риска и причины преждевременных родов.
- Прогностические критерии преждевременных родов.
- Клиническая картина развития преждевременных родов.
- Особенности течения преждевременных родов в зависимости от срока гестации.
- Особенности проведения токолитической терапии.
- Морфофункциональные особенности недоношенных детей
- Профилактика РДС плода.

Тестовый контроль:

1. В основе патогенеза ПР лежит:
 1. + изменение плодных оболочек воспалительного генеза с последующим преждевременным их разрывом
 2. + несостоятельность шейки матки с развитием ИЦН
 3. + повышение сократительной активности матки с появлением схваток
 4. резкое снижение уровня прогестерона центрального генеза
2. Выделяют ПР:
 1. + индуцированные
 2. плановые
 3. случайные
 4. + спонтанные

3. Критерии для постановки диагноза «Угроза преждевременных родов»:

1. жалобы на слабость, головную боль, тошноту
2. + жалобы на схваткообразные боли внизу живота
3. укорочение шейки матки до 2 см и менее по данным ТВУИ
4. + укорочение шейки матки до 3 см и менее по данным ТВУИ

4. Лечение угрозы ЭРПР включает:

1. + острый токолиз
2. обезболивание
3. + профилактику РДС плода
4. седативную терапию

5. Максимальная продолжительность пролонгирования беременности при преждевременном излитии околоплодных вод:

1. 24 часа
2. 48 часов
3. 7 суток
4. + индивидуально, в зависимости от состояния матери и плода, наличия/отсутствия хориоамнионита.

6. Методы родоразрешения при ПР определяются:

1. желанием матери и ее семьи
2. + наличием/отсутствием околоплодных вод
3. + состоянием матери и плода
4. + сроком гестации и массой плода

7. Наиболее информативные методы диагностики преждевременных родов:

1. осмотр ш/матки в зеркалах
2. цервикометрия в динамике трансабдоминальным методом УЗИ
3. + цервикометрия в динамике методом ТВУЗИ
4. + экспресс тесты

8. При ведении преждевременных родов через ЕРП показаны

1. + ктг в I и II периодах – постоянно
2. + ведение родов на фоне эпидуральной анестезии
3. + отказ от использования окситоцина
4. ранняя амниотомия

9. Противопоказания для использования акушерского пессария:

1. + воспалительные заболевания влагалища
2. + пролабирование плодного пузыря
3. + рецидивирующие кровянистые выделения из половых путей
4. тазовое или поперечное положение плода

10. Атозибан относится к группе:

1. НПВС
2. адреномиметики
3. блокаторы кальциевых каналов
4. + блокаторы рецепторов окситоцина.

Ситуационные задачи:

Задача №1

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 21 и 25 недель беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17

недель, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена на всем протяжении, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

Диагноз? Какова должна быть тактика врача женской консультации?

Задача №2

Повторнобеременная женщина поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и подтекание вод при сроке 28 – 29 недель. Воды отошли 3 часа тому назад. Беременность 3-я. Первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем при сроках 7 недель и 12 недель. В анамнезе из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронический бронхит. 12 Акушерский статус. Схватки по 25 – 30 сек., через 4 – 5 мин., средней силы. ВДМ – 29 см, ОЖ – 81 см. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 в минуту. Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена, края тонкие открыты 4 см. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз. Плодный пузырь отсутствует. Воды подтекают, светлые.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Этиология данной патологии?
3. Патогенез данной патологии?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Осложнения в родах при данной патологии?
6. Влияние на плод?
7. Тактика ведения родов при данной патологии?

Тема № 2. Узкий таз в современном акушерстве

Собеседование по контрольным вопросам:

Классификация анатомически и клинически узкого таза, частота, этиология?

Биомеханизмы родов при возможных формах узкого таза?

Методы диагностики узкого таза?

Течение и ведение беременности при узком тазе?

Выбор тактики родоразрешения?

Профилактика осложнений в родах для матери и плода?

Тестовый контроль:

1. К современным особенностям узких тазов относятся:
 1. Преобладание легких степеней сужения
 2. Отсутствие абсолютных степеней сужения
 3. Появление «стертых», плохо диагностируемых форм
 4. Возрастание частоты клинически узкого таза
 5. + Все вышеперечисленное
2. Причинами формирования анатомически узкого таза являются:
 1. Гормональные нарушения (гипоэстрогения, гиперандрогения)
 2. Остеопороз
 3. Туберкулез костной системы
 4. Травмы таза, позвоночника
 5. + Все вышеперечисленные
3. Причинами формирования анатомически узкого таза являются:
 1. Рахит
 2. Чрезмерные физические нагрузки
 3. Остеопороз

4. Деформации позвоночника (кифоз, сколиоз)
 5. +Все вышеперечисленные
4. К наиболее часто встречающимся формам анатомически узкого таза относятся:
1. Кифотический
 2. + Поперечносуженный
 3. Кососмещенный
 4. Плоскорихитический
 5. Спондиллолистетический
5. К редко встречающимся формам анатомически узкого таза относят все кроме:
1. Остеомалятической
 2. Плоской
 3. Кососмещенной, кососуженной
 4. Суженной экзостозами, переломами
 5. Кифотической
6. В основу классификации по степени сужения (малиновского, литцмана) положен следующий размер:
1. Диагональная конъюгата
 2. Наружная конъюгата
 3. + Истинная конъюгата
 4. Поперечный размер плоскости входа
 5. Межостный размер
7. Первой степени анатомического сужения таза соответствует следующий размер истинной конъюгаты
1. 7,4-6,5 см
 2. 8,9-7,5 см
 3. + 10,5-9 см
 4. Менее 6,5 см
 5. 10,5-11 см.
8. Истинную конъюгату можно определить по всем размерам кроме:
1. Наружной конъюгаты
 2. Индекса соловьева
 3. Диагональной конъюгаты
 4. Вертикальной диагонали ромба михаэлиса
 5. + Поперечного размера входа в малый таз
9. Диагностика анатомически узкого таза включает
1. Пельвиометрию
 2. Наружный осмотр
 3. Влагалищное исследование
 4. Сбор анамнеза
 5. + Всё вышеперечисленное
10. Размеры 23-26-29-20 соответствуют следующей форме сужения таза:
1. Общеравномерносуженному
 2. Простому плоскому
 3. + Поперечносуженному
 4. Плоскорихитическому
 5. Общесуженному плоскому
11. Размеры 27-28-31-17 соответствуют следующей форме сужения таза:
1. Общеравномерносуженному
 2. Простому плоскому
 3. Поперечносуженному
 4. + Плоскорихитическому
 5. Общесуженному плоскому
12. Размеры 25-28-31-18 соответствуют следующей форме сужения таза:
1. Общеравномерносуженному
 2. + Простому плоскому
 3. Поперечносуженному
 4. Плоскорихитическому
 5. Общесуженному плоскому
13. Размеры 23-26-29-18 соответствуют следующей форме сужения таза:
1. + Общеравномерносуженному
 2. Простому плоскому
 3. Поперечносуженному
 4. Плоскорихитическому
 5. Общесуженному плоскому
14. Для общеравномерносуженного таза характерно:
1. Правильная форма
 2. Тонкие кости
 3. Равномерное уменьшение всех размеров
 4. Острый подлобковый угол
 5. + Все перечисленное выше
15. Характерным для биомеханизма родов при общеравномерно-суженном таза является всё кроме:
1. Расположение стреловидного шва в поперечном размере плоскости входа

2. + Разгибание головки во входе в малый таз
 3. Максимальное сгибание головки
 4. Длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа
 5. Внутренний поворот плечиков наружный поворот головки плода
16. Для биомеханизма родов при поперечносуженным тазе характерно:
1. Высокое прямое стояние стреловидного шва
 2. Передне-теменное вставление головки
 3. Косой асинклитизм
 4. Отсутствие внутреннего поворота головки
 5. + Всё перечисленное выше
17. К анатомическим особенностям простого плоского таза относятся (при влагалищном исследовании) все кроме:
1. + Наличия экзостозов
 2. Легкого достижения мыса
 3. Уплощенного крестца
 4. Тупого лонного угла
 5. Уменьшенных прямых размеров всех плоскостей
18. Характерным для биомеханизма родов при простом плоском тазе является всё кроме:
1. Асинклитизма
 2. Некоторого разгибания головки
 3. + Резкого сгибания головки
 4. Длительного стояния головки стреловидным швом в поперечном размере входа
 5. Среднего или низкого поперечного стояния стреловидного шва
19. К анатомическим особенностям плоскорихитического таза относятся (при влагалищном исследовании):
1. Крестец уплощен, уширен, утоньшен, укорочен
 2. Седалищные бугры удалены, поперечный размер выхода увеличен
 3. Лонный угол тупой
 4. Экзостозы в местах прикрепления мышц
 5. + Все вышеперечисленное
20. характерным для биомеханизма родов при плоскорихитическом тазе является всё кроме:
1. Некоторого разгибания головки
 2. + Высокого прямого стояния стреловидного шва
 3. Длительного стояния головки стреловидным швом в поперечном размере
 4. Переднего асинклитизма
 5. Стремительного продвижения головки в полости таза
21. К методам диагностики анатомически узкого таза относятся:
1. Влагалищное исследование
 2. Рентгенопельвиометрия
 3. Ультразвуковая пельвиометрия
 4. Пельвиометрия
 5. + Всё вышеперечисленное верно
22. Показанием к плановой операции кесарева сечения при узком тазе является:
1. Неблагоприятный исход предыдущих родов
 2. Рубец на матке
 3. Тазовое предлежание плода
 4. Эко, искусственная инсеминация
 5. + всё вышеперечисленное
23. К осложнениям родов при анатомически узком тазе относят все кроме:
1. Формирования клинически узкого таза
 2. Несвоевременного излития вод
 3. Аномалии родовой деятельности
 4. Травматизма матери и плода
 5. + Хронической фетоплацентарной недостаточности
24. Показания к экстренной операции кесарева сечения при узком тазе все кроме.
1. Аномалии родовой деятельности
 2. Острой внутриутробной гипоксия плода
 3. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
 4. Клинически узкого таза (абсолютное несоответствие)
 5. + Лонного угла 90° и менее
25. К формированию клинически узкого таза может привести:
1. Анатомически узкий таз
 2. Крупный плод
 3. Таз, деформированный экзостозами
 4. Перенашивание
 5. + Всё вышеперечисленное
26. К формированию клинически узкого таза может привести:
1. Неправильное вставление головки
 2. Поперечное положение
 3. Гидроцефалия
 4. Опухоли матки, препятствующие вставлению головки
 5. +Всё вышеперечисленное

27. Для клинически узкого таза характерны:
1. Выраженная непродуктивная родовая деятельность
 2. Положительные признаки вастена, цангеймстера
 3. Симптомы прижатия мочевого пузыря
 4. Резкая конфигурация головки
 5. +Все вышеперечисленное
28. Для клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характерны:
1. Отсутствие продвижения головки
 2. Вставление головки, неадекватное форме сужения таза
 3. Высокое стояние контракционного кольца
 4. Беспокойное поведение роженицы
 5. +Все вышеперечисленное
29. Какой симптом является ведущим в диагностике клинически узкого таза:
1. +Отсутствие продвижения головки, стоящей во входе в малый таз при наличии хорошей родовой деятельности
 2. Положительный признак вастена или признак вастена “вровень”
 3. Задержка мочеиспускания
 4. Отек шейки матки и наружных половых органов
 5. Отклонения от нормального механизма родов
30. Признаком клинического несоответствия между головкой и тазом матери является:
1. Положительный признак вастена
 2. Задержка мочеиспускания
 3. Вставление головки, неадекватное форме таза
 4. Отсутствие продвижение головки при активной родовой деятельности
 5. +Все вышеизложенное
31. Для клинически узкого таза не характерно:
1. Отсутствие продвижения предлежащей части
 2. Отек шейки матки
 3. Затруднение мочеиспускания
 4. Отрицательный симптом вастена
 5. +Слабость родовой деятельности
32. Осложнениями клинически узкого таза для матери являются все кроме:
1. +Острой гипоксии плода
 2. Разрыва матки
 3. Травматизма плода
 4. Гипотонического кровотечения
 5. Разрыва лонного сочленения

Ситуационные задачи:

Задача №1

Роженица 30 лет. Из анамнеза выяснено: ходить начала около 2-х лет, росла болезненным ребенком, перенесла почти все детские инфекции. Роды вторые. Первые роды, со слов женщины были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200 г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес плода 3500 г.

Диагноз, тактика ведения?

Задача №2

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся 8 часов назад. Первая беременность закончилась рождением мертвого ребенка весом 3270 г. При вторых родах по поводу клинически узкого таза произведена операция кесарево сечение. Ребенок массой 3500, жив. Настоящая беременность третья, доношенная. Живот отвислый, по средней линии живота – послеоперационный рубец. ОЖ – 103 см., ВДМ – 37 см. Ромб Михаэлиса – 9,5 x 11 см. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Индекс Соловьева 15 см. Положение плода – продольное, вторая

позиция, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, 134 уд.в мин., справа ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, маточный зев проходим для 4 см. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Предлежит головка над I тазовой плоскостью. Мыс достижим

Диагноз, тактика ведения?

Задача № 3.

Первородящая 18 лет. Размеры таза 23-26-28-18. В родах 10 часов, безводный период 5 часов. Ведет себя беспокойно, кричит. Схватки потужного характера по 40 секунд через 2 минуты, средней силы, болезненные. Положение плода продольное, предлежит головка. Симптом Вастена положительный, контрационное кольцо выше пупка. При вагинальном осмотре- шейка матки сглажена, толстая, отечная, свисает «рукавом», открытие маточного зева 8см. Предлежит головка плода, на I тазовой плоскости, стреловидный шов в правом косом размере смещен к мысу, большой родничок слева спереди.

Диагноз, тактика ведения?

Тема № 3. Тазовые предлежания плода

Собеседование по контрольным вопросам:

Этиология тазовых предлежаний

Методы диагностики тазового предлежания плода

Осложнения во время беременности и в родах при тазовом предлежании плода

Основные моменты биомеханизма родов при различных видах тазового предлежания

Относительные и абсолютные показания к кесарево сечению при тазовом предлежании плода.

Практические навыки:

Пособие по Цовьянову при чисто ягодичном и ножном предлежаниях плода

Классическое акушерское пособие

Тестовый контроль:

1. Частота тазовых предлежаний при срочных родах:

1. 0,5 – 1%
2. + 2 – 3,5%
3. 4 – 5%
4. более 5%

2. Ножки плода, согнутые в тазобедренных суставах и разогнутые в коленных, соответствуют тазовому предлежанию:

1. неполному ножному
2. полному коленному
3. смешанному ягодично-ножному

4. +чисто ягодичному
3. Вариант тазового предлежания плода, если предлежат ягодицы и стопы плода, а ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах:
1. неполное ножное
 2. полное коленное
 3. + смешанное ягодично-ножное
 4. чисто ягодичное
4. Вариант тазового предлежания плода, если обе ножки согнуты в коленных и разогнуты в тазобедренных суставах:
1. неполное ножное
 2. + полное коленное
 3. смешанное ягодично-ножное
 4. чисто ягодичное
5. Для диагностики тазового предлежания информативны наружные приемы Леопольда – Левицкого:
1. первый и второй
 2. + первый и третий
 3. второй и третий
 4. второй и четвертый
6. Вариант тазового предлежания диагностируют:
1. во втором триместре беременности
 2. в третьем триместре беременности
 3. при доношенной беременности
 4. + при влагалищном исследовании в родах
7. Для тазового предлежания плода при наружном акушерском исследовании не характерно:
1. высокое расположение дна матки
 2. баллотирующая часть в дне матки
 3. выслушиваемое выше пупка сердцебиение плода
 4. + плотная предлежащая часть, прижатая к входу в таз
8. Для полного ножного предлежания плода характерно предлежание:
1. +обеих ножек
 2. одной ножки
 3. ягодиц вместе с ножками
 4. коленок
9. Шестой момент биомеханизма родов при тазовом предлежании:
1. внутренний поворот ягодиц
 2. внутренний поворот плечиков
 3. внутренний поворот головки
 4. сгибание в поясничном отделе позвоночника
 5. сгибание в шейно-грудном отделе позвоночника
 6. + сгибание головки
10. Проводная точка в биомеханизме родов при чисто ягодичном предлежании плода:
1. + задняя ягодица
 2. +передняя ягодица

3. копчик
4. крестец

11. Третья точка фиксации в биомеханизме родов при тазовом предлежании плода:

1. подзатылочная ямка и крестцово-копчиковое сочленение
2. + подзатылочная ямка и лонная дуга
3. акромиальный отросток передней лопатки и лонная дуга
4. область подвздошной ямки и лонная дуга
5. верхняя треть плеча и лонная дуга

12. Наиболее частое осложнение беременности при тазовом предлежании плода:

1. гестоз
2. предлежание плаценты
3. многоводие
4. + преждевременное отхождение околоплодных вод
5. преждевременные роды

13. Наиболее частое осложнение в первом периоде родов при тазовом предлежании плода:

1. + раннее отхождение вод
2. слабость родовой деятельности
3. выпадение петель пуповины
4. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

14. Наиболее грозное осложнение в периоде изгнания при тазовом предлежании плода:

1. вторичная слабость родовой деятельности
2. спазм внутреннего зева
3. + запрокидывание ручек и разгибание головки
4. внутриутробная гипоксия плода
5. разрыв промежности

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

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

16. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях выполняется:

1. по показаниям со стороны матери
2. при прорезывании ягодиц
3. + для освобождения ручек и головки плода
4. при неэффективных потугах после рождения плода до пупочного кольца

17. Прорезывание головки при тазовом предлежании происходит следующим размером:

1. + малым косым
2. большим косым
3. средним косым
4. прямым
5. вертикальным

18. Пособие по Цовьянову не предупреждает:

1. спазма внутреннего зева шейки матки
2. выпадения ножек плода
3. запрокидывания ручек плода
4. разгибания головки
5. + выпадения петель пуповины

Ситуационные задачи:

Задача №1.

У роженицы I срочные роды. Положение плода продольное. 1 период родов. При вагинальном исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева - 5 см. Плодный пузырь цел. Определяются ягодички и рядом с ними ступни ножек плода. Какой диагноз?

Задача №2.

Повторнородящая, 25 лет, поступила с активной родовой деятельностью и отошедшими дома околоплодными водами. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см, плодного пузыря нет, во влагалище определяются обе ножки плода, ягодички не достигаются. О каком предлежании плода можно думать?

Задача №3

Первобеременная, первородящая, 20 лет. В родах 14 часов. Безводный промежуток 1 час. Схватки через 2 минуты по 35-40 секунд. Положение плода продольное. Ягодички в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136-140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, раскрытие маточного зева – 8 см (2 поперечных пальца), плодного пузыря нет. Ягодички выполняют среднюю треть лонного сочленения и 2/3 крестцовой впадины. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец спереди.

Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов у этой пациентки?

Тема №4. Роды в разгибательных и асинклитических вставлениях головки плода.

Собеседование по контрольным вопросам:

Причины образования разгибательных предлежаний.

Биомеханизм родов при I степени разгибания головки.

Биомеханизм родов при лицевом предлежании в заднем виде.

Какие разгибательные предлежания являются абсолютным показанием к кесареву сечению?

Осложнения у матери в родах при разгибательных предлежаниях?

Осложнения у ребенка, родившегося в разгибательных предлежаниях?

Причины асинклитического вставления?

Виды асинклитического вставления .

Тестовый контроль:

1. При переднеголовном предлежании проводной точкой является:

малый родничок

+ большой родничок

лоб

подбородок

2. При лобном предлежании проводной точкой служит:

малый родничок

большой родничок

+ лоб

подбородок

3. При лицевом предлежании проводной точкой является:

малый родничок

большой родничок

лоб

+ подбородок

4. Область надпереносья и затылочный бугор являются точками фиксации для предлежания:

переднего вида затылочного

+ переднеголовном

лобного

лицевого

5. Область подъязычной кости является точкой фиксации при предлежании:

заднем виде затылочного

переднеголовном

лобном

+ лицевом

6. Верхняя челюсть и затылочный бугор являются точками фиксации при предлежании:

заднем виде затылочного

переднеголовном

+ лобном

лицевом

7. Головка прорезывается средним косым размером при предлежании:

переднем виде затылочного

+ заднем виде затылочного

переднеголовном

лобном

лицевом

8. Головка прорезывается прямым размером при предлежании:

заднем виде затылочного

лобном

лицевом

+ переднеголовном

9. Вертикальным размером головка прорезывается при предлежании:

переднем виде затылочного
переднеголовном
лобном
+ лицевом

10. Головка прорезывается большим косым размером при предлежании:

заднем виде затылочного
+ лобном
переднеголовном
лицевом

11. В первом периоде родов при разгибательных предлежаниях не встречается:

+ преждевременное излитие околоплодных вод
слабость родовой деятельности
внутриутробная гипоксия плода
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

12. Осложнения во втором периоде родов при разгибательных предлежаниях не включают:

разрыва шейки матки
слабости родовой деятельности
родовой травмы плода
внутриутробной гипоксии плода

13. Степень разгибательного предлежания головки может быть установлена:

во время беременности
в прелиминарном периоде
на УЗИ
+ в периоде раскрытия

14. Основной способ родоразрешения при переднеголовном предлежании:

+ через естественные родовые пути
операция кесарева сечения в плановом порядке
операция кесарева сечения в родах
классический поворот плода на ножку

15. Основной способ родоразрешения при лобном предлежании плода:

через естественные родовые пути
операция кесарева сечения в плановом порядке
+ операция кесарева сечения в родах
классический поворот плода на ножку

16. Основной метод родоразрешения при лицевом предлежании:

через естественные родовые пути
операция кесарева сечения в плановом порядке
+ операция кесарева сечения в родах

17. Последний момент биомеханизма родов при переднеголовном предлежании головки:

+ разгибание головки
сгибание головки
внутренний поворот головки
дополнительное разгибание головки

18. Первый момент биомеханизма родов при лобном предлежании плода:

+ разгибание головки
внутренний поворот головки

сгибание головки

дополнительное разгибание головки

19. Последний момент биомеханизма родов при лицевом предлежании плода:

разгибание головки

сгибание головки

внутренний поворот головки

+ наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков

20. Родовая опухоль при переднеголовном предлежании расположена:

в области малого родничка

+ в области большого родничка

на лбу

на лице

на подбородке

21. Родовая опухоль при лобном предлежании расположена

в области малого родничка

в области большого родничка

+ на лбу

на лице

Решение ситуационных задач:

Задача №1

Первобеременная, первородящая, в родах 20 часов. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, 124 уд/мин. По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева почти полное, прощупываются нос, подбородок, обращенный к крестцу, надбровные дуги, лобный шов. Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача №2

Повторнородящая 28 лет поступила с хорошей родовой деятельностью в течение 6 часов с целыми водами. Таз размерами 24 – 28 – 30 – 20. Предполагаемая масса плода ≈ 3200,0. Сердцебиение – 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: раскрытие ш/матки полное, плодный пузырь цел., предлежит головка плода. Лицевая линия в правом косом размере входа в малый таз, подбородок слева спереди, надбровные дуги и нос – справа сзади. Диагноз? Тактика врача

Тема №6 Роды крупным плодом.

Тестовый контроль:

1. При избыточном увеличении массы тела женщины во второй половине беременности, следует заподозрить:

А) крупный плод

Б) гестоз

В) многоводие

Г) многоплодие

Д) все перечисленное +

2. Крупным считается плод массой:

А) 2000г

Б) 3000г

В) более 4000г +

Г) более 5000г

3. Гигантским считается плод массой:
- А) 3000-3500г
 - Б) 3500-4000г
 - В) 4000-4500г
 - Г) более 5000г
4. При родых крупным плодом слабовыраженный асинклитизм:
- А) благоприятствует прохождению головки через плоскость входа в малый таз +
 - Б) не оказывает отрицательного влияния на течение родов +
 - В) оказывает отрицательное влияние на течение родов
 - Г) препятствует прохождению головки через плоскость вход в малый таз
5. Осложнения в родах крупным плодом в основном обусловлены:
- А) гипертонусом матки
 - Б) маловодием
 - В) нарушением сократительной функции матки +
 - Г) плодово-газовой диспропорцией +
6. Для определения массы тела плода макросомией на доношенном сроке беременности методом ультразвуковой фетометрии определяют:
- А) бипариетальный размер головки плода +
 - Б) длину бедра плода +
 - В) длину кости голени
 - Г) окружность живота +
7. При макросомии у плода отмечают:
- А) более значительная плотность черепных костей +
 - Б) большая способность головки к конфигурации
 - В) значительные размеры головки плода +
 - Г) меньшая способность головки к конфигурации +
8. С целью определения предполагаемой массы плода используют формулы:
- А) Жордания +
 - Б) Джонсона +
 - В) Соловьева
9. У детей, родившихся с массой тела более 4000г и более, в период раннего детства отмечается высокая заболеваемость:
- А) заболеваниями органов дыхания +
 - Б) инфекционными заболеваниями
 - В) рахитом
 - Г) сахарным диабетом +
10. Беременность крупным плодом часто осложняется:
- А) анемией
 - Б) преэклампсией
 - В) ранним токсикозом
 - Г) верно все перечисленное +

Задача №1

Первобеременная поступила в родильный дом с доношенной беременностью, хорошей родовой деятельностью, которая началась 5ч назад. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Предполагаемая масса плода - 4000г. Головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 142 ударов в минуту, слева ниже пупка. Признак Вастена вровень. Размеры Цангемейстера 19 и 19 см

При осмотре обнаружено: шейка матки сглажена, открытие 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. Диагноз и тактика

Задача №2

Первородящая, 23 года, родила ребенка весом 4200. Сразу после рождения началось кровотечение. Послед был немедленно выжат по Креде–Лазеревичу. При осмотре плацента цела, оболочки все. Матка хорошо сократилась, но кровотечение продолжается. Предполагаемая причина кровотечения? Неотложная помощь?

Тема №7 Роды с рубцом на матке

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Абсолютные противопоказания для родов через ЕРП после кесарево сечения.
2. Относительные противопоказания для родов через ЕРП после кесарево сечения.
3. Методы диагностики состояния рубца на матке вне и во время беременности.
4. Признаки несостоятельности рубца на матке.
5. Особенности ведения родов через ЕРП у женщин с рубцом на матке.
6. Признаки начавшегося разрыва матки.

Задача №1

Повторнородящая поступила в родильный дом при сроке беременности 37 недель. 3 года назад было произведено кесарево сечение по поводу поперечного положения плода. Послеоперационный период протекал без осложнений. При поступлении положение плода продольное, головное предлежание. На передней брюшной стенке имеется послеоперационный рубец, заживший первичным натяжением. Пальпация матки безболезненная. При смещении кожного рубца изменений стенки матки не определяется.

Оценить состояние послеоперационного рубца? План ведения родов?

Задача №2

Доставлена беременная при сроке гестации 39 нед. 4 года назад предыдущая беременность закончилась операцией кесарево сечение по поводу упорной слабости родовой деятельности. Утром после поднятия тяжести появились боли в подложечной области, тошнота. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 уд/мин., АД 110/60 мм рт.ст. На передней брюшной стенке имеется послеоперационный рубец длиной 17 см, заживший вторичным натяжением. В средней трети рубец звездчатообразный, интимно связан с подлежащими тканями, болезненный при пальпации. Родовой деятельности нет. Матка напряжена, контуры ее четкие, в области рубца матка болезненна. Сердцебиение плода приглушено, 156 уд/мин. Выделений из половых путей нет.

Диагноз? Тактика? Оценить ведение беременной в ЖК?

Раздел 7. Физиология послеродового периода и периода новорожденности.

Тема 1. Послеродовой период. Контрацепция после родов.

Собеседование по контрольным вопросам:

- особенности физиологии раннего и позднего послеродового периода.
- механизмы инволюции в системах женского организма в послеродовом периоде.

- тактику ведения раннего послеродового периода.
- тактику ведения позднего послеродового периода.
- методы послеродовой контрацепции при лактации.
- послеродовая контрацепция при отсутствии лактации.

Тестовый контроль:

1. Родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении после окончания родов в течение:
 - 1 часа
 - +2 часов
 - 4 часов
 - 6 часов

2. Через 2 ч после родов (согласно российской классификации) заканчивается:
 - очень ранний послеродовой период
 - + ранний послеродовой период
 - поздний послеродовой период
 - очень поздний послеродовой период

3. Послеродовой период длится в среднем:
 - 2 часа
 - 4 нед.
 - + 6 нед.
 - 8 нед.

4. Необходимость тщательного наблюдения за родильницей в условиях родильного отделения в течение первых 2-х часов после родов связана с высокой степенью риска развития
 - острой сердечной недостаточности
 - + послеродового кровотечения
 - инфекционно-токсического шока
 - острой дыхательной недостаточности
 - эклампсии

5. В первые сутки послеродового периода дно матки обычно находится
 - + на уровне пупка
 - на 2 см выше пупка
 - на 3 см ниже пупка
 - на середине расстояния между пупком и симфизом
 - на 13 см выше лонного сочленения

6. При нормально протекающем послеродовом периоде формирование внутреннего зева цервикального канала заканчивается
 - к 3-м суткам
 - + к 10-м суткам
 - к 30-м суткам
 - к 21-м суткам
 - к концу послеродового периода

7. При нормальном течении родов и послеродового периода родильнице можно разрешить вставать
 - через 2 часа после родов
 - + через 6 часов после родов
 - через 24 часа после родов
 - через 36 часов после родов
 - через 48 часов после родов

8. В раннем послеродовом периоде нормальные выделения из матки (лохии)
 - сукровичные в умеренном количестве
 - кровянисто-серозные, обильные
 - серозные в умеренном количестве
 - + кровянистые в умеренном количестве
 - кровянистые, обильные

9. О нормальном течении инволюции матки судят
по количеству лохий
по общему состоянию родильницы
по данным влагалищного исследования
+ по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий
по состоянию наружного зева цервикального канала
10. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся
+ лечение кортикостероидными препаратами
использование пероральных контрацептивов в анамнезе
отягощенный аллергологический анамнез
+ наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы
+ наличие 3-х и более влагалищных исследований в родах

Задача 1

Повторнородящая 29 лет. 10-е сутки после родов. В родах - преждевременное излитие околоплодных вод, безводный период - 14 часов. На 8-е сутки после родов предъявляла жалобы на повышение температуры до 38,6 °С, озноб, острую боль в левой голени. На 10-е сутки после родов диагностированы отек левой голени, увеличение окружности в средней трети на 4 см по сравнению с окружностью правой голени, похолодание ноги, ощущение ползания мурашек. Дно матки за лоном. Выделения из половых путей серозные, без запаха.
Диагноз? Тактика?

Задача 2

В наблюдательное отделение из физиологического послеродового отделения переведена родильница на 4-е сутки после родов. В родах – раннее излитие околоплодных вод, оперативное родоразрешение путем наложения полостных акушерских щипцов. 20 Жалобы на боли внизу живота, слабость, недомогание, повышение температуры до 38,1 °С. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт.ст. Объективно: дно матки на 10 см выше лона. Матка при пальпации болезненная, мягковатой консистенции. Выделения из половых путей темно-кровянистые, с запахом. Анализ крови общий: лейкоциты – 10x10⁹ г/л, СОЭ - 45 мм/ч, гемоглобин - 60 г/; мазок на флору из влагалища - лейкоциты - 40-60 в поле зрения, флора: палочки, кокки.
Диагноз? Тактика?

Тема 2: Период новорожденности. Грудное вскармливание

Собеседование по контрольным вопросам:

- Как разделяют новорожденных в зависимости от их гестационного возраста.
- Опишите особенности дыхательной системы новорожденных.
- Какие изменения в сердечно-сосудистой системе ребенка происходят после родов.
- Опишите изменения в системе пищеварения новорожденного.
- Опишите изменения в иммунной системе новорожденного. Каким образом он приобретает пассивный иммунитет.
- Обоснуйте значение эксклюзивного грудного вскармливания для мочевой системы плода.
- Опишите этапы первой помощи новорожденного.
- Как проводят профилактику гонобленореи у новорожденного.
- Каким образом оценивают физическое развитие новорожденного.
- Что такое контакт «Кожа-к-Коже» и каковы его преимущества.

Тестовый контроль:

1. Какое время длится неонатальный период?
от рождения до 14 дней
+ от рождения до 28 дней
от рождения до 40 дней
с 38-й недели гестации до 30 дней после рождения
2. Гестационный возраст — ребенка- это время, прошедшее:
+ с 1-го дня последней менструации до родов
с момента рождения
с 37-й недели гестации
от зачатия до родов
3. Переношенным называют ребенка, родившегося:
позже предполагаемой даты родов
+ на сроке 42 недели и позднее
на сроке 38 недель и позднее
крупным для своего возраста
4. «Незрелым» называют новорожденного:
родившегося на сроке 36-37 недель
+ с несоответствием морфологических и функциональных признаков гестационному возрасту
с недостаточно выраженными поисковыми рефlekсами
периоды сна которого превышают 4 часа и более
5. ЧСС новорожденного в норме составляет:
+ 120-140 в минуту
100-120 в минуту
80-100 в минуту
60-80 в минуту
6. У доношенных детей в первые несколько суток жизни отмечают:
физиологические аутоиммунные реакции
+ транзиторное иммунодефицитное состояние
активацию работы иммунной системы
временную замену активного иммунитета на пассивный
7. Сразу после родов новорожденному следует:
измерить массу тела и рост
эвакуировать слизь из дыхательных путей
тщательно удалить первородную смазку с кожи
+ дать возможность самостоятельно приложиться к груди матери
8. Как нужно поступать с культей пуповины с точки зрения современных перинатальных технологий:
отсечь незамедлительно после родов
отсечь на 2-3-е сутки после родов
+ вести «сухим» методом (без применения антисептиков) до самостоятельного отделения
дождаться самостоятельного отделения с обязательной ежедневной обработкой антисептиками
9. Какую потерю массы тела после родов считают физиологической:
300 г
не более 1/5 массы тела при рождении
+ не более 10% массы тела при рождении
любую
10. Какой уровень прямого билирубина в крови ребенка на грудном вскармливании служит показанием к фототерапии:
300 мкмоль/л
+ 220 мкмоль/л
100 мкмоль/л
50 мкмоль/л

Задача 1

У ребенка Н., 4 сутки жизни после преждевременных родов, через естественные родовые пути билирубин крови составляет 300 мкмоль/л.

Диагноз? Тактика?

Задача 2

Ребенок К., 3 сутки после своевременных родов в родильном доме, практикующем совместное пребывание матери и ребенка. Масса тела при рождении – 3550 г, масса тела на момент осмотра – 3225 г.

Оцените потерю массы, обоснуйте дальнейшую тактику ведения?

Раздел 8. Патология послеродового периода.

Тема 1: Послеродовые инфекционные заболевания.

Тема 2: Особенности диагностики, профилактики лечения, послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний. Инфекционно токсический шок.

Тема 3: Послеродовой сепсис.

Собеседование контрольным вопросам:

- Сформулируйте определение “послеродовые инфекционные заболевания” ?
- Перечислите какие послеродовые инфекции вы знаете ?
- Факторы риска и причины послеродовых инфекционных заболеваний?
- Какие барьерные механизмы препятствуют для реализации послеродовых инфекционных заболеваний?
- Классификация послеродовых инфекционных заболеваний?
- Общеклинические проявления послеродовых инфекционных заболеваний?

Тестовый контроль :

1. Факторы риска эндометрита:
Возраст старше 30 лет и хронический пиелонефрит ;
Ранний токсикоз и дисбактериоз кишечника;
Запоздалые роды и зеленые воды;
+ Кесарево сечение и воспалительные заболевания половых органов.
2. Диагноз эндометрита ставят на основании :
Нарушение инволюции матки и оттока лохий ;
+ Повышение температуры тела и озноба;
Высокие значения СОЭ снижения гемоглобина ;
Данных УЗИ органов брюшной полости.
3. Этиотропная терапия послеродовых воспалительных заболеваний:
Детоксикация;
Антибактериальная терапия;
+Гормонотерапия;
Иммуноглобулиноterapia;
Витаминотерапия.
4. Какой этап терапии не применяют при сепсисе?
Детоксикация
Антибактериальная терапия
Удаление очага инфекции
Поддержание функции жизненно важных органов

+Гемостатическая терапия

5. На основании каких симптомов ставят диагноз сепсиса?

Нарушение инволюции матки и оттока лохий
Повышение температуры тела и озноб
Высокие показатели СОЭ и снижение гемоглобина
+Наличие двух и более очагов воспаления

6. Какое хирургическое лечение выполняют при сепсисе:

Выскабливание слизистой оболочки матки
Постоянное орошение полости матки дезинфектантами
+Удаление матки
Санация дренирование брюшной полости

7. септический шок – это:

+Сепсис с артериальной гипотензией
Сепсис с кровопотерей
Геморрагический шок на фоне тяжелого эндометрита

8. Фазы септического шока – это:

Фибрилляция и гипертонус
+ Гипертермия артериальная гипотензия
Гиперкоагуляциягипокоагуляция
Медленная и быстрая

9. Клинические признаки мастита:

Нагрубание обеих молочных желез
Гиперемия обеих молочных желез
Нарушение оттока молока
+Локальная гиперемия и инфильтрация

10. принципы терапии гнойного мастита:

+Антибактериальная терапия
Массаж и сцеживание молока
Отказ от кормления больной молочной железой
+Вскрытие очага

11. Условия, способствующие развитию лактационного мастита

Лактостаз
Трещины сосков
Снижение иммунологической защиты организма
+Все перечисленное

12. группе риска по развитию послеродового мастита относятся

Мастит в анамнезе
Мастопатия
Наличие послеродового эндометрита
+все перечисленное

13. Клиническим формам гнойного лактационного мастита относятся все перечисленное, кроме

Фурункулеза ареолы
+инфильтративного мастита
Абсцесс ореолы
Абсцесс в толще молочной железы

14. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является

Флегмонозный
+Гангренозный
Абсцедирующий
Инфильтративный

15. У большинства женщин лактационный мастит начинается после родов

В конце 1-й недели
+В конце 2-й недели
В начале 3-й недели
На 3-4 недели

16. В диагностике послеродового мастита как правило имеет значение

Характер жалоб больной

Данные осмотра и пальпации молочных желез
Наличие предрасполагающих факторов к его развитию
+все перечисленное

17. Особенности терапии у больных с лактационным маститом
Санация входных ворот инфекции
Своевременное операционное вмешательство при гнойной форме
Своевременная постановка вопроса о подавлении лактации
+все перечисленное

Ситуационные задачи

1. У роженицы Н. на 3-е сутки отмечаются мутные лохии с неприятным запахом. Диагноз?
Тактика?

2. У роженицы Е. на 4-е сутки отмечаются локальное покраснение и болезненное уплотнение в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Диагноз? Тактика?

Раздел 9. Оперативное акушерство. Родоразрешающие операции.

Тема 1. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках.

Собеседование по контрольным вопросам:

- перечислите методы искусственного прерывания беременности в 1 триместре.
- показания к медикаментозному прерыванию беременности.
- возможные осложнения и побочные эффекты медикаментозного прерывания беременности.
- медицинские и социальные показания к прерыванию беременности в поздние сроки.
- методы обследования перед прерыванием беременности в поздние сроки .
- противопоказания к прерыванию беременности в поздние сроки.
- методика проведения хирургического прерывания беременности, осложнения

Тестовый контроль:

1. Деление абортов на ранние и поздние обусловлено :
 - размерами плодного яйца
 - положением матки в малом тазу
 - завершением формирования плаценты
 - механизмом выкидыша
2. Ранний аборт - это прерывание беременности в сроке
 - до 4 недель
 - до 6 недель
 - до 8 недель
 - до 10 недель
 - до 12 недель
3. Поздние аборты выполняются
 - по желанию женщины
 - по медицинским показаниям
 - по социальным показаниям
 - по медицинским и социальным показаниям
4. Укажите необходимый минимальный объем обследования перед абортом (до 12 недель)
 - общий и биохимический анализ крови
 - кровь на Gr и Rh, RW, HbsAg, ВИЧ, мазки на УГИ
 - анализ мочи общий, анализ крови клинический
 - УЗИ
 - кровь на ХГЧ

5. Способы прерывания беременности в ранние сроки
 - выскабливание полости матки
 - вакуум-эксхолеация
 - медикаментозный
 - правильно А и Б

6. После 12 недель беременность нельзя прервать путем
 - введение простагландинов
 - малого кесарева сечения
 - интраамниального введения простагландинов
 - выскабливание полости матки
 - интраамниального введения гипертонического раствора

7. Способы прерывания беременности в поздние сроки все, кроме
 - выскабливания полости матки
 - малого кесарева сечения
 - медикаментозного
 - интраамниального введения гипертонического раствора

8. Возможное осложнение во время проведения искусственного аборта
 - перфорация матки
 - спаечный процесс
 - бесплодие
 - воспаление матки и придатков
 - нарушение менструального цикла

9. Оптимальный вид обезболивания операции выскабливания полости матки
 - Внутривенный наркоз
 - в/в с ИВЛ
 - Масочный наркоз
 - Парацервикальная блокада

10. Наиболее частая причина самопроизвольного аборта в ранние сроки
 - несовместимость по резус-фактору
 - поднятие тяжести , травма
 - хромосомные аномалии
 - истмико-цервикальная недостаточность

Тема 2. Осмотр родовых путей и ушивание разрывов .

Собеседование по контрольным темам:

- классификация разрывов промежности.
- клиническая картина угрозы разрыва промежности.
- техника зашивания разрывов промежности 1 и 2 степени.
- техника зашивания разрывов промежности 3 и 4 степени.

Тестовый контроль:

- 1.Разрыв промежности
 - обычно наступает незаметно
 - невозможно прогнозировать
 - +чаще начинается с задней стенки
 - + чаще встречается у первородящих
 - + может иметь серьезные последствия для здоровья женщин

2. Разрывы промежности встречаются
 - чаще 3 степени
 - в среднем у 20-30% рожениц
 - +чаще при высокой промежности
 - +чаще у рожениц старше 30
 - +чаще при запоздалых родах

3. Разрывы промежности первой степени
 - не требуют зашивания
 - +должны быть зашиты отдельными кетгутовыми и шелковыми швами

не превышают 2см по длине
являются показанием для задержки выписки из стационара

4. Разрыв промежности третьей степени
обычно зашивается под местной анестезией
+начинают зашивать с наложения швов на слизистую оболочку прямой кишки
+является основанием для предоставления 10-дневного послеродового отпуска
+требуется назначения антибиотиков в послеродовом периоде
+требуется назначения особой диеты в послеродовом периоде

5. Разрывы влагалища
+ чаще возникают при стремительном течении родов
+ чаще возникают при крупном плоде
чаще возникают в верхней трети влагалища
+ могут быть причиной обильных кровотечений
зашивают шелковыми швами

6. При разрыве промежности второй степени происходит все перечисленное кроме
нарушение задней спайки
повреждение стенок влагалища
повреждение мышц влагалища
+ повреждение наружного сфинктера прямой кишки
повреждение кожи промежности

7. Разрыв шейки матки третьей степени (с одной или двух сторон) характеризуется тем, что он
более 2см, но не доходит до свода влагалища
доходит до свода влагалища
сливается с разрывом верхнего отдела влагалища
+ Верно б) и в)
все перечисленное неверно

8. Причины возникновения разрывов влагалища в родах
инфантилизм
стремительное течение родов
крупная головка плода
неправильное (разгибательное) предлежание головки плода
верно 1.2.3
верно 1.2
+все перечисленное верно
верно 4
ничего из перечисленного

9. При невосстановленных разрывах промежности второй степени возможно развитие следующих осложнений
+Опущение и выпадение влагалища
+ Опущение и выпадение матки
Недержание газов и кала
Диспареурия

10. Профилактика разрывов промежности включает
Соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах
Бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций
Правильное ведение родов
Перинеотомию или эпизиотомию
+Верно все перечисленное

Тема 4. Кесарево сечение в современном акушерстве.

Собеседование по контрольным вопросам:

- абсолютные показания к кесареву сечению со стороны матери
- относительные показания к к/с со стороны матери
- абсолютные показания к к/с со стороны плода
- относительные показания к к/с со стороны плода

- современная техника абдоминального кесарева сечения
- виды разреза на матке
- осложнения кесарева сечения

Тестовый контроль:

1. Основной метод обезболивания при операции кесарево сечение:
 - А. внутривенный наркоз
 - Б. ингаляционный масочный
 - В. эндотрахеальный
 - Г. местная анестезия
 - Д. эпидуральная анестезия
 - Е. верный ответ Б, В
 - +Ж. верный ответ В, Д
2. Какой метод кесарева сечения считается общепризнанным в современном акушерстве:
 - А. корпоральное
 - Б. в нижнем сегменте продольным разрезом
 - +В. в нижнем сегменте поперечным разрезом
 - Г. Влагалищное кесарево сечение
 - Д. экстракорпоральное кесарево сечение
3. Абсолютные показания для операции кесарева сечения:
 - А. тазовое предлежание плода
 - Б. анатомически узкий таз I ст
 - +В. полное предлежание плаценты
 - Г. раннее излитие околоплодных вод
 - Д. возраст женщины более 30 лет.
4. Относительные показания для операции кесарева сечения:
 - А. угрожающий и начавшийся разрыв матки
 - Б. полное предлежание плаценты
 - +В. слабость родовой деятельности, крупный плод
 - Г. несостоятельный рубец на матке
 - Д. Поперечное положение плода
 - Е. Раннее излитие вод
5. Противопоказания для выполнения операции кесарева сечения:
 - А. безводный промежуток 5 часов
 - Б. более двух влагалищных исследований
 - В. уродства плода
 - Г. эндометрит в родах
 - +Д. верно В и Г.
6. Показания для оперативного родоразрешения во время беременности:
 - А. аномалии родовой деятельности
 - Б. гестоз легкой степени
 - В. выпадение петель пуповины
 - +Г. поперечное положение плода
 - Д. клинически узкий таз
7. На какие сутки снимают швы после операции кесарева сечения:
 - А. на 5 сутки
 - Б. на 6 сутки
 - +В. на 7 сутки
 - Г. на 8 сутки
 - Д. на 10 сутки
8. Показания для корпорального кесарева сечения:
 - А. частичное предлежание плаценты
 - Б. полное предлежание плаценты
 - В. варикозное расширение вен в области нижнего сегмента
 - +Г. верно Б и В
 - Д. верно А и Б.
9. Условия для выполнения операции КС:
 - А. раннее излитие околоплодных вод
 - Б. тазовое предлежание
 - +В. живой жизнеспособный плод

- Г. крупный плод
- Д. неготовые родовые пути.

10. Осложнения во время операции кесарева сечения:

- А. травма мочевого пузыря и кишечника
- Б. несвоевременное излитие околоплодных вод
- В. гипотоническое кровотечение
- +Г. верно А и В
- Д. верно Б и В.

Ситуационные задачи:

Задача 1

Повторнородящая на сроке 34 недели доставлена в родильный дом на носилках. Беременная стонет, жалуется на резкие, распирающие боли в животе в течение 2 часов, которые появились внезапно. Из анамнеза выяснено, что страдает хроническим пиелонефритом. В течение последних двух недель появились отеки на ногах и лице, периодически возникала головная боль, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: кожные покровы бледные, лицо отечное, покрыто липким потом, губы бледные с цианотичным оттенком, пульс 110 в минуту, АД 90/40 мм рт. ст., живот вздут болезненный, матка в гипертонусе, дно матки под мечевидным отростком. Части плода пропальпировать невозможно из-за напряжения матки, сердцебиение плода не выслушивается, родовой деятельности нет, из влагалища незначительные кровянистые выделения.

Вопросы:

1. Диагноз, его обоснование?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Тактика, ее обоснование?
4. Какие осложнения могут возникнуть, их профилактика и лечение в случае развития?

Задача 2

Первородящая 20 лет поступила в родильное отделение в конце 1 периода родов. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 ударов в 1 мин. Размеры таза нормальные. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрылся во время влагалищного исследования, излились светлые околоплодные воды и выпала пульсирующая петля пуповины. Головка над входом в малый таз.

Вопросы:

1. Диагноз, его обоснование?
2. Акушерская тактика?
3. Какие осложнения могут возникнуть, их профилактика и лечение в случае развития?

Задача 3

Беременная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, больше в области послеоперационного рубца. Срок беременности 36 – 37 недель. Беременность третья, предстоят третьи роды. 2 года назад было кесарево сечение по поводу предлежания плаценты, заживление шва вторичным натяжением. Размеры таза: 26 – 28 – 32 – 20, диагональная конъюгата 12,5 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение ясное, ритмичное 132 уд. в мин. Послеоперационный рубец на коже широкий, спаян с подлежащими тканями, болезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Диагноз, его обоснование?
2. Акушерская тактика?
3. Какие осложнения могут возникнуть, их профилактика и лечение в случае развития?
4. Какой метод контрацепции предпочтителен у данной пациентки?

Задача 4

Во время беременности, на сроке 36 недель у повторнородящей женщины 39 лет появились яркие кровянистые выделения. Доставлена в родильный дом. Из анамнеза

выяснено: в прошлом 2 срочных родов, 4 медицинских аборта. Объективно: матка соответствует сроку беременности, безболезненная, положение плода продольное, предлежит тазовый конец, сердцебиение плода приглушенное до 160 ударов в 1 минуту. Родовой деятельности нет. При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сохранена, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, за внутренним зевом определяется ткань плаценты. Во время влагалищного исследования.

Вопросы:

1. Диагноз, его обоснование?
2. Акушерская тактика?
3. Какие осложнения могут возникнуть, их профилактика и лечение в случае развития?
4. Какой метод контрацепции предпочтителен у данной пациентки?

Задача 5

Роженица 25 лет поступила в родильное отделение в конце первого периода родов. Роды вторые. Первая беременность 2 года назад закончилась рождением мертвого ребенка массой 3500 гр. Размеры таза 26 – 27 – 32 – 18 см, индекс Соловьева 15 см. Родовая деятельность: схватки резко болезненные, по 45-50 сек. через 2 мин, сердцебиение плода 160-168 ударов в 1 мин. Предполагаемая масса плода 3700 гр. Влагалищное исследование: открытие шейки матки 8 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, диагональная конъюгата 11 см.

Вопросы:

1. Диагноз, его обоснование?
2. Акушерская тактика, ее обоснование?
3. Какие осложнения могут возникнуть, их профилактика и лечение в случае развития?

Тема 5. Акушерские щипцы.

Собеседование по контрольным вопросам:

- что такое акушерские щипцы.
- каково устройство акушерских щипцов.
- какие виды операций наложения акуш.щипцов различают.
- показания для наложения акушерских щипцов со стороны матери.
- показания к наложению акушерских щипцов со стороны плода.
- условия для наложения акушерских щипцов.
- особенности наложения выходных и полостных акушерских щипцов.

Тестовый контроль:

1. Наиболее распространенной моделью щипцов в нашей стране являются щипцы:

- Левре
- + Симпсона-Феноменова
- Киллянда
- Лазаревича
- Нечепе

2. Для наложения акушерских щипцов истинная конъюгата должна быть не менее:

- 10 см
- 11 см
- +8 см
- 9 см
- 10,5 см

3. Акушерские щипцы считаются атипичными, если головка плода находится:

- малым сегментом во входе в малый таз
- большим сегментом во входе в малый таз
- большим сегментом в узкой части

+ в широкой части малого таза
на тазовом дне

4. Идеальным обхватом головки при затылочном предлежании считается такой, когда в полости щипцов попадают

- затылочный бугор и лицо
 - + скуло-теменные области
 - скуловые области
 - височные области
 - лобная область и затылочный бугор
5. В настоящее время акушерские щипцы накладывают, когда головка плода располагается над входом в малый таз
 - малым сегментом во входе в малый таз
 - + на тазовом дне
 - большим сегментом во входе в малый таз
 - большим сегментом в узкой части
 6. Для наложения акушерских щипцов открытие маточного зева должно быть
 - 9-11 см
 - + 11-12 см
 - 8-9 см
 - 5-6 см
 - 7-8 см
 7. Акушерские щипцы считаются высокими, если головка плода находится над входом в малый таз
 - в узкой части малого таза
 - малым сегментом во входе в малый таз
 - +большим сегментом во входе в малый таз
 - в широкой части малого таза
 8. Противопоказанием для наложения акушерских щипцов является
 - внутриутробная гипоксия плода
 - полное открытие маточного зева
 - + гидроцефалия
 - акушерская конъюгата 11 см
 - примесь мекония в околоплодных водах
 9. Акушерские щипцы считаются типичными, если головка плода находится
 - малым сегментом во входе в малый таз
 - большим сегментом во входе в малый таз
 - в узкой части малого таза
 - + на тазовом дне
 - большим сегментом в широкой части
 10. От проведения операции акушерских щипцов следует отказаться, если головка плода не продвинулась при выполнении
 - + 8-10 тракций
 - 5-7 тракций
 - 12-14 тракций
 - 3-5 тракций
 - 10-12 тракций

Тема 6. Вакуум-экстракция плода. Экстракция плода за тазовый конец.

Собеседование по контрольным вопросам:

- что называют операцией вакуум-экстракции плода.
- показания для проведения вакуум-экстракции плода.
- противопоказания для проведения вакуум-экстракции плода.
- условия для применения вакуум-экстрактора.
- какова техника операции, из каких моментов она состоит.
- осложнения операции.

Тестовый контроль:

1. Анестезиологическое пособие при проведении вакуум-экстракции плода является нецелесообразным обязательным

предпочтительным
+противопоказанным.

2. В задачи «контролирующей» руки при вакуум-экстракции плода входит
обеспечение поворота головки в полости
+предотвращение соскальзывания чашки
соблюдение допустимой силы тракции
совершение тракции в момент потуги.
3. В задачи «тянущей» руки при вакуум-экстракции плода входит
обеспечение поворота головки в полости таза
оценка поворота головки в процессе биомеханизма родов
предотвращение соскальзывания чашки
+совершение тракции в момент потуги.
4. В технике родоразрешения при помощи вакуум-экстракции плода обязательным является
+Расположение чашки над проводной точкой
снятие чашки при головке, находящейся в узкой части таза создание давления более 600 мм рт. Ст.
тракции вне потуги.
5. Вакуум-экстракция плода при операции кесарева сечения проводится при
+высоком расположении головки плода относительно разреза на матке
клинически узком тазе
острой гипоксии плода
поперечном положении плода.
6. Допустимой продолжительностью операции вакуум-экстракции плода является
10 минут
+20 минут
30 минут
5 минут.
7. Допустимым количеством соскальзывания чашки вакуум-экстрактора, после которого следует пересмотреть тактику родоразрешения, является
1
+2
4
8. Количество необходимых тракций для рождения ребенка при проведении вакуум-экстракции плода зависит от
вида вакуум-экстрактора
паритета родов
способа обезболивания родов
+ уровня положения головки плода в полости таза.
9. Необходимым условием для родоразрешения путем вакуум-экстракции плода является
мертвый плод
отсутствие обезболивания в родах;3) отсутствие пороков развития у плода
+полное открытие маточного зева.
10. Общим принципом, определяющим показание для операции вакуум-экстракции плода, является
выключение потуг при наличии экстрагенитальной патологии
необходимость обеспечения внутреннего поворота головки плода
+необходимость укорочения продолжительности второго периода родов
обеспечение комфортных родов.
11. Обязательным условием для родоразрешения путем вакуум-экстракции плода является
доношенный срок беременности
+живой плод
наличие целого плодного пузыря
раскрытие маточного зева более 7 см.
12. Осложнение родов, чаще встречающееся при вакуум-экстракции плода по сравнению с самопроизвольными родами -
это
выпадение петель пуповины
+дистоция плечиков
плотное прикрепление плаценты
разрыв шейки матки.

Раздел 10. Кровотечения в акушерстве.

Тема 1. Кровотечения во время беременности

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этиология, патогенез кровотечений в I, II триместрах беременности. Диагностика, лечение, профилактика.
2. Этиология, патогенез кровотечений в III триместре, Диагностика, лечение, профилактика
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, этиология, патогенез, диагностика, классификация, клиническая картина, лечение
4. Определение понятия «низкорасположенная плацента».
5. Предлежание плаценты: а) определение, классификация; б) этиология и патогенез; в) клиническая диагностика; г) дополнительные методы диагностики; д) тактика врача
6. Дифференциальная диагностика при кровотечении во второй половине беременности.
7. Тактика врача женской консультации при кровотечении из половых путей в поздние сроки беременности.
8. Тактика врача роддома при кровотечении из половых путей в поздние сроки беременности.
9. Профилактика кровотечений во время беременности. Группа риска.

Тестовый контроль:

1. Причиной кровотечения в I половине беременности может быть:
А. Рубец на матке после кесарева сечения
Б. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
В. Угрожающий самоаборт +
Г. Рубцовая деформация шейки матки
2. Кровянистые выделения в раннем сроке беременности могут быть симптомом:
А. Замершей беременности +
Б. Угрожающего самоаборта
В. Предлежание плаценты
Г. Полипа эндометрия
Д. Всего перечисленного
3. Диагноз кровотечения при наличии полипа цервикального канала во время беременности ставится на основании:
А. Интенсивности кровотечения
Б. Яркости кровянистых выделений
В. Жалоб на боли
Г. УЗИ
Д. Осмотра в зеркалах +
4. При пузырьном заносе типичными выделениями из половых путей являются:
1. Дегтеобразные
2. Слизистые
3. Кровь с наличием пузырьков +
4. Кровь со сгустками
5. Белые пенистые
5. Кровотечение при шеечной беременности появляется:
1. Периодически
2. мажущих кровянистых выделений
3. Внезапно, обильно, в ранние сроки. +
6. К предрасполагающим факторам, вызывающим преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, относится:
1. Антенатальная гибель плода в предыдущих родах
2. Более трех аборт перед повторными родами +
3. Оперированная киста яичника в анамнезе
4. Внематочная беременность в анамнезе
5. Правильно все
7. Для преждевременной отслойки плаценты характерно:
1. Только наружное кровотечение
2. Только внутреннее кровотечение
3. Наружного кровотечения может не быть +

4. Обязательно наружное кровотечение, внутреннего может не быть

8. Появление кровотечения в позднем сроке беременности на фоне сахарного диабета 1 типа наиболее характерно для :

1. Предлежания плаценты
 2. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты + 3.
- Миомы матки
4. Эрозии шейки матки
 5. Рака шейки матки

9. Осложнением преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты может быть:

1. Внутриутробная гибель плода
2. Гибель женщины
3. Матка Кувелера
4. ДВС – синдром
5. Все перечисленное +

10. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в сроке беременности 32-33 недели показано:

1. Кесарево сечение+
2. Сохраняющая терапия
3. Гемостатическая терапия
4. Родостимуляция
5. Амниотомия

Решение ситуационных задач

Задача №1

Повторнобеременная. В анамнезе самопроизвольный аборт в ранние сроки беременности, осложнившийся метроэндометритом, выскабливанием полости матки, проводилась противовоспалительная терапия. Срок беременности 30 недель. Внезапно, без видимых причин дома появились однократно кровянистые выделения из влагалища, кровопотеря составила 50 мл., после чего кровотечение прекратилось. Через день кровотечение повторилось, одновременно выделилось 250мл яркой крови. Беременная на скорой помощи доставлена в стационар. ОЖ 90 см., ВДМ 36 см. При наружном акушерском обследовании положение плода продольное, предлежит мягкая часть плода, не способная к баллотированию. Сердцебиение плода определяется выше пупка, 120 уд./мин. При влагалищном исследовании, произведенном в условиях операционной, шейка матки закрыта, кровотечение усилилось, кровопотеря на момент осмотра составила 400 мл. Поставить и обосновать диагноз. Определить тактику врача. Диагноз: Беременность 30 недель. Тазовое предлежание плода. Предлежание плаценты. Обоснование: ОАГА (самопроизвольный аборт, осложненное течение), повторяющиеся кровянистые выделения из половых путей, появляющиеся внезапно, без видимых причин. Высокорасположенная предлежащая часть плода. Увеличение величины кровопотери после влагалищного исследования. Тактика: Необходимо экстренно в условиях операционной произвести УЗИ с целью подтверждения диагноза. После подтверждения диагноза экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение

Задача №2

У повторнобеременной, поступившей с кровянистыми выделениями из половых путей, при ультразвуковом исследовании обнаружено: размеры плода соответствуют 35 неделям беременности, плацента расположена на передней стенке матки. Между базальной поверхностью плаценты и стеной матки определяется эхонегативная зона размером 4,0 x 1,0 см. Околоплодных вод умеренное количество. Сердцебиение плода аритмичное, около 100 уд/мин. Диагноз. Тактика.

Диагноз: Беременность 35 недель (245 дня). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Острая внутриутробная гипоксия плода. Тактика. Экстренное кесарево сечение.

Тема 2. Кровотечение во время родов.

Собеседование по контрольным вопросам

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение
2. Тактика ведения родов при ПОНРП
3. Профилактика ПОНРП
4. Предлежание плаценты. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение
5. Приращение плаценты. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.
6. Методы остановки кровотечения во время родов

Тестовый контроль:

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может произойти:

1. В первой половине беременности
2. В первом периоде родов +
3. В третьем периоде родов
4. Правильно все
5. Все неправильно

2. К предрасполагающим факторам, вызывающим преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, относится:

1. Антенатальная гибель плода в предыдущих родах
2. Более трех аборт перед повторными родами +
3. Оперированная киста яичника в анамнезе
4. Внематочная беременность в анамнезе

3. Для преждевременной отслойки плаценты характерно:

1. Только наружное кровотечение
2. Только внутреннее кровотечение
3. Наружного кровотечения может не быть +
4. Обязательно наружное кровотечение, внутреннего может не быть

5. Осложнением преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты может быть:

1. Внутриутробная гибель плода
2. Гибель женщины
3. Матка Кувелера
4. ДВС – синдром
5. Все перечисленное +

6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Головка в плоскости выхода м/таза. Имеется симптоматика значительного внутреннего кровотечения. Плод живой. Тактика врача?

1. Мед. стимуляция
2. Кесарево сечение
3. Акушерские щипцы +
4. Краниотомия
5. Краниоэкзекция

7. Наружные приемы выделения последа следует применять в случае:

1. Кровотечение при отсутствии признаков отделения плаценты
2. Кровотечение при наличии признаков отделения плаценты +
3. Отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 минут без кровотечения.
4. Все неправильно.

8. При ручном отделении плаценты: плаценту отделить от стенки матки не представляется возможным, кровотечение усиливается. Диагноз?

1. Частичное плотное прикрепление плаценты
2. Полное плотное прикрепление плаценты
3. Полное истинное прикрепление плаценты +

9. Что из перечисленного является наиболее достоверным признаком для диагностики задержки частей плаценты

1. Кровотечение из половых путей +
2. Бледность кожных покровов
3. Падение артериального давления
4. Матка плотная

10. Сколько нужно зажимов для остановки кровотечения по методу Генкеля?

1. 2 +
2. 3
3. 5
4. 7

Задача №1

Повторнородящая. В родах 3 часа, воды не отходили, отмечает появление кровянистых выделений из влагалища. Не обследована, в ЖК на учете не состояла. При поступлении в стационар осмотрена на приемном покое роддома. При влагалищном исследовании шейка матки раскрыта на 3-4 см, внутренний зев ее на 1/3 перекрыт шероховатой тканью. На остальном участке пальпируется плодный пузырь. Родовая деятельность активная, после осмотра количество выделений резко увеличилось, кровопотеря составила одномоментно 550 мл и продолжается. Поставить диагноз. Обоснование диагноза. Определить тактику врача.

Диагноз: Роды II срочные, I период. Предлежание плаценты (неполное или 2 степень).

Обоснование: Кровянистые выделения из половых путей, появились с началом регулярной родовой деятельности, увеличились после осмотра. При влагалищном исследовании определяется шероховатая ткань и оболочки. Тактика: Оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Задача №2

Роженица доставлена машиной "скорой помощи" в родильный дом с обильным маточным кровотечением. Роды срочные, вторые. Каждая схватка сопровождается кровотечением из влагалища. Роженица анемизирована. При развернутой операционной сделано влагалищное исследование. Шейка матки раскрыта на 3 см. на всем протяжении внутреннего зева предлежит плацента. Кровотечение усилилось. Поставить диагноз.

Обоснование диагноза. Определить тактику врача.

Диагноз: Роды II, срочные, I период. Полное предлежание плаценты. Обоснование:

Учитывая маточное кровотечение, данные влагалищного исследования: на всем протяжении внутреннего зева предлежит плацента. Тактика: Экстренное оперативное родоразрешение.

Тема 3. Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Определение «послеродовое кровотечение»
2. Классификация послеродовых кровотечений
3. Этиология и патогенез
4. Эпидемиология
5. Клиническая картина
6. Диагностика

7. Оценка объема и степени тяжести кровопотери
8. Лечение
9. Алгоритм действий при позднем послеродовом кровотечении
10. Реабилитация, послеоперационный период
11. Профилактика послеродовых кровотечений
12. Интенсивная терапия острой акушерской кровопотери

Тестовый контроль:

1. Наиболее частой причиной кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах является
 - 1) дефект детского места
 - 2) наличие плодных оболочек в полости матки
 - 3) родовой травматизм
 - 4) недостаточная сократительная способность матки+
 - 5) нарушение свертывающей системы крови
2. Доля гемотрансфузии при кровопотере более 1,5% от массы тела женщины составляет
 - 1) 200 %
 - 2) 30-50 %
 - 3) 100-120 %+
 - 4) 50-70 %
 - 5) 120-150 %
3. Ранний послеродовый период, гипотоническое кровотечение, кровопотеря 2000,0 мл и продолжается, показано
 - 1) эфир в задний свод
 - 2) тампонада матки по Дюрсену
 - 3) выскабливание полости матки
 - 4) повторная операция ручного обследования полости матки
 - 5) чревосечение, ампутация матки+
4. Какая кровопотеря считается физиологической при нормальном течении последового и раннего послеродового периода?
 1. До 150мл
 2. До 450мл
 3. до 0,3% от массы тела +
 4. До 1% от массы тела
5. Причина возникновения кровотечения в раннем послеродовом периоде:
 1. Частичное интимальное приращение плаценты
 2. Гипотония матки +
 3. Эрозия шейки матки
 4. Предлежание плаценты
 5. Внематочная беременность
6. Причина развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде:
 1. Частичное ложное приращение плаценты
 2. Частичное истинное приращение плаценты
 3. Внематочная беременность
 4. Дефект плаценты +
 5. Правильно все
7. Наиболее частой причиной позднего послеродового кровотечения является:
 1. нарушение сократительной способности мышцы матки;
 2. нарушения в системе гемостаза;
 3. трофобластическая болезнь;
 4. задержка в матке остатков плацентарной ткани;
 5. все перечисленное.+
8. По какому признаку можно заподозрить кровотечение из разрыва влагалища после рождения последа?
 1. Кровотечение с темными сгустками
 2. Тело матки плотное, сократившееся+
 3. Матка расслаблена
 4. Матка выше пупка отклонена вправо
 5. Нарушена свертываемость крови
9. Что делать, если после рождения последа обнаружено, что большая часть оболочек осталась в матке?
 1. Назначить рассасывающую и антибактериальную терапию в раннем послеродовом периоде
 2. Тщательный контроль лейкоцитоза крови в послеродовом периоде
 3. Выскабливание матки
 4. Ручное обследование матки +

5. Внутривенное введение утеротоников

10. Что из перечисленного является наиболее достоверным признаком для диагностики задержки частей плаценты

1. Кровотечение из половых путей+
2. Бледность кожных покровов
3. Падение артериального давления
4. Матка плотная

Задача №1

Родильница в раннем послеродовом периоде после срочных пятых родов крупным плодом весом 4200 г. Кровопотеря составила 400 мл и продолжается. Кровь сворачивается. Целостность последа сомнений не вызывает. При осмотре в зеркалах травм мягких родовых путей не обнаружено. Тонус матки снижен. Внутривенно введено 5 ЕД окситоцина, проведен массаж матки через переднюю брюшную стенку, ручное обследование полости матки – без эффекта. Кровопотеря составила 800 мл. Диагноз. Дальнейшая тактика врача

. Ответ: Диагноз: Ранний послеродовой период после V срочных родов крупным плодом.

Гипотоническое кровотечение. Ручное обследование полости матки. Дальнейшая тактика врача: Немедленно

Задача №2

Первородящая 28 лет, поступила в родильный дом с родившимся в машине скорой помощи доношенным плодом. Длительность родов 2 часа. После рождения ребенка началось кровотечение яркой струей. Послед вы- жат по Креде – Лазаревичу. Кровотечение продолжается яркой струей. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Кожа и видимые слизи-стые бледны. АД 90/50 мм рт. ст. Матка хорошо сокращена, плотная.

Диагноз. Тактика.

Ответ: Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные. Ран-ний послеродовой период. Задержка частей плаценты. Кровотечение.

Тактика. Контрольное ручное обследование полости матки; удаление частей плаценты; восполнение ОЦК.

Раздел 11. Шок и терминальные состояния в акушерстве

Тема 1. Шоки и терминальные состояния

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиологию, патогенез, классификацию шоков в акушерстве и гинекологии
- Методы диагностики шоков
- Определение объема кровопотери
- Параметры оценки степени тяжести
- Клиническая картина шоков
- Тактика врача
- Группы препаратов, входящие в противошоковую терапию
- Принципы инфузионно-трансфузионной терапии
- Профилактика возникновения шоков

Тестовый контроль:

1. Шоковый индекс – это

- а) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД+
- б) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД
- в) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
- г) ничего из перечисленного

2. Для подготовки организма женщины к родам и профилактики повышенной кровопотери в дородовом отделении за 7-10 дней до срока родов назначается

- а) создание глюкозо-витамино-гормонального фона
- б) введение АТФ
- в) прием внутрь глютаминовой кислоты
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное+

3. Для геморрагического шока типичны следующие сосудистые нарушения

- а) вазоконстрикция - периферический артериальный спазм
- б) чередование участков спазма сосудов и их паралитического расширения
- в) открытие артериовенозных шунтов
- г) все перечисленные+ д) ничего из перечисленного

4. При массивной кровопотере целесообразно переливать

- а) цельную свежеситратную кровь
- б) эритроцитарную массу
- в) свежзамороженную плазму
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)
- е) все ответы правильные+

5. Геморрагический шок – это

- а) срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
- б) несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
- в) экстремальное состояние организма
- г) кризис гемодинамики и микроциркуляции
- д) все перечисленное+

6. При геморрагическом шоке происходит

- а) резкая активация фибринолиза
- б) потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов
- в) все перечисленное+
- г) ничего из перечисленного

7. Основная функция тромбоцитарного звена системы гемостаза заключается в следующем

- а) поддержание нормальной структуры и функции стенок микрососудов
- б) образование в поврежденном сосуде первичной тромбоцитарной пробки
- в) поддержание спазма поврежденного сосуда
- г) правильно а) и б)
- д) верно все перечисленное+

8. Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует прежде всего:

- а) прижать аорту
- б) ввести сокращающие вещества
- в) провести ручное обследование полости матки+
- г) осмотреть родовые пути
- д) провести наружный массаж матки

9. При развитии матки Кювелера возможно

- а) образование ретроплацентарной гематомы
- б) инфильтрация мышечного слоя кровью
- в) нарушение сократительной функции матки
- г) возникновение ДВС-синдрома
- д) все перечисленное+

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:

- а) гестозе+
- б) дискоординированной родовой деятельности
- в) инфекционно-аллергическом васкулите
- г) иммунологическом конфликте между матерью и плодом
- д) многоплодной беременности

Ситуационные задачи:

1. У роженицы 34 лет после рождения последа, который при осмотре оказался целым, началось сильное кровотечение. Бледность кожных покровов, слабость, PS — 110 удар/мин, АД — 90/60 мм Hg. Матка мягкая, дряблая. Кровотечение продолжается. Кровопотеря == 600 мл.

Диагноз? Тактика врача?

2. Роженица 27 лет родила живого мальчика. Через 5 мин после рождения ребенка началось кровотечение. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? Тактика врача?

3. У повторнородящей 26 лет, после рождения живого младенца началось кровотечение. Признаки отделения плаценты указывают, что послед отделился.

Диагноз? Тактика врача?

4. Первобеременная 25 лет поступила в роддом при сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, головное предлежание. Серд/биение плода 132 удар/мин, слева ниже пупка. Второй период родов продолжался 35 мин. Родилась живая доношенная девочка. Сразу после рождения ребенка началось струей кровотечение. Имеются признаки отделения плаценты.

Диагноз? Тактика врача?

5. У роженицы после рождения последа продолжается кровотечение. Послед без дефектов. Кровопотеря 400 мл. Живот мягкий, безболезненный. Матка сократилась хорошо, плотная. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. В лотке кровь свернулась.

Диагноз? Тактика врача?

Тема 2. ДВС-синдром в акушерстве

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология, патогенез ДВС-синдрома в акушерстве
- Классификация ДВС-синдрома
- Клиническая картина
- Фазы ДВС-синдрома
- Методы диагностики ДВС-синдрома
- Принципы лечения ДВС-синдрома
- Профилактика ДВС-синдрома

Тесты:

1. Наиболее частая причина развития ДВС крови при атоническом маточном кровотечении:

- А. Коагулопатия потребления
- Б. Коагулопатия разведения+
- В. Тромбоцитопатия, тромбоцитопения
- Г. Выброс цитокинов.

2. Наиболее частая причина развития ДВС крови при тяжелом позднем гестозе:

- А. Коагулопатия потребления+
- Б. Коагулопатия разведения
- В. Тромбоцитопатия, тромбоцитопения
- Г. Выброс цитокинов.

3. Наиболее частая причина развития ДВС крови при септическом шоке:

- А. Коагулопатия потребления
- Б. Коагулопатия разведения
- В. Тромбоцитопатия, тромбоцитопения
- Г. Выброс цитокинов. +

4. Для клинического течения ДВСК- синдрома, вызванного эмболией околоплодными водами, характерна:

- А. Хроническая форма
- Б. Подострая форма
- В. Острая форма
- Г. Молниеносная форма. +

5. В гиперкоагуляционную стадию ДВС крови следующие результаты лабораторных тестов:

- А. Укорочение времени по Ли-Уайту и АЧТВ, удлинение тромбинового времени и активированного времени рекальцификации
- Б. Удлинение времени по Ли-Уайту и активированного времени рекальцификации, укорочение АЧТВ, тромбинового времени
- В. Укорочение времени по Ли-Уайту, АЧТВ, тромбинового времени и активированного времени рекальцификации+
- Г. Удлинение времени по Ли-Уайту, АЧТВ, тромбинового времени и активированного времени рекальцификации.

6. В гипокоагуляционную стадию ДВС крови без генерализованной активации фибринолиза следующие результаты лабораторных тестов:

- А. Укорочение времени по Ли-Уайту и АЧТВ, удлинение тромбинового времени и активированного времени рекальцификации+
- Б. Удлинение времени по Ли-Уайту и активированного времени рекальцификации, укорочение АЧТВ, тромбинового времени
- В. Укорочение времени по Ли-Уайту, АЧТВ, тромбинового времени и активированного времени рекальцификации
- Г. Удлинение времени по Ли-Уайту, АЧТВ, тромбинового времени и активированного времени рекальцификации.

7. Появление D— димеров фибрина в крови:

- А. Характерно для всех случаев массивных акушерских кровотечений
- Б. Характерно для тяжелых форм ДВС крови: при тромбозах легочных и крупных вен, эмболии околоплодными водами; состояниях, сопровождающихся массивным внутрисосудистым свертыванием крови
- В. Характерно в норме на поздних сроках беременности
- Г. Характерно для всех случаев развития ДВС крови.

8. При остром ДВС-синдроме, развившемся на фоне гипотонического кровотечения, показано:

- А. Введение массивных доз сокращающих матку средств
- Б. Ручное обследование полости матки с последующим ведением массивных доз сокращающих матку средств
- В. Лапаротомия, перевязка трех пар питающих матку сосудов с последующим ведением сокращающих матку средств непосредственно в мышцу матки
- Г. Лапаротомия, экстирпация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий. +

9. Гепарин, как элемент многокомпонентной терапии:

- А. Показан во всех стадиях ДВС крови+
- Б. Показан только в стадии гиперкоагуляции
- В. Не показан в стадию полного не свертывания крови
- Г. Не показан при ДВС крови.

10. Гемотрансфузия, как элемент многокомпонентной терапии

- А. Противопоказана при ДВС крови
- Б. Обязательна при ДВС крови
- В. Противопоказана в стадию гиперкоагуляции
- Г. Показана при снижении гемоглобина менее 70 гр на литр (анемиях тяжелой степени).+

Ситуационные задачи

1. У роженицы 28 лет с преждевременным излитием вод возникла упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мертвого плода самостоятельно отделилась плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 800 мл, продолжается. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, лёд на низ живота, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, не свёртывается. Проба Ли-Уайта больше 15 минут. Клинический анализ крови, коагулограмма прилагаются.
Диагноз? План ведения?

Тема 3. Эмболия околоплодными водами

Собеседование по контрольным вопросам:

- Факторы, способствующие возникновению этого осложнения
- Пути проникновения околоплодных вод в сосуды матери
- Фазы развития эмболии околоплодными водами
- Формы этого заболевания
- Методы диагностики
- Лечение эмболии околоплодными водами

Тесты:

1. В комплекс неотложных мероприятий при эмболии околоплодными водами не входит

- А. искусственная вентиляция легких
- Б. массивная антибактериальная терапия
- В. предупреждение ДВС-синдрома
- Г. борьба с отеком легких
- Д. применение больших доз кортикостероидов

2. Эмболии околоплодными водами обычно предшествует

- А. бурная родовая деятельность
- Б. длительный подготовительный период
- В. длительный безводный период
- Г. повышение артериального давления
- Д. пиелонефрит беременных

3. Основной причиной смерти при эмболии околоплодными водами является

- А. тяжелый анафилактический шок
- Б. бактериально-токсический шок
- В. геморрагический шок
- Г. кардиогенный шок
- Д. тромбоз мозговых артерий

4. В симптомокомплекс эмболии околоплодными водами не входит

- А. озноб
- Б. повышение температуры тела
- В. цианоз верхней половины туловища
- Г. одышка
- Д. повышение артериального давления

5. К факторам, способствующим развитию эмболии околоплодными водами, не относится

- А. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Б. предлежание плаценты

- В. разрыв матки
- Г. дистоция шейки матки
- Д. многоводие

6. Эмболии околоплодными водами обычно предшествует:

- А. бурная родовая деятельность
- Б. длительный подготовительный период
- В. Длительный безводный период
- Г. Повышение артериального давления

7. Основной патогенетический механизм эмболии околоплодными водами:

- А. анафилактический шок
- Б. бактериально-токсический шок
- В. Геморрагический шок
- Г. Кардиогенный шок

Ситуационные задачи:

1. Роженица С., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и началом родовой деятельности. В течение 1,5 часов развилась чрезмерно сильная родовая деятельность и через 6 часов родила живую доношенную девочку массой тела 3600 г, ростом 50 см. Последовый период протекал без осложнений. Через 30 минут после родов у родильницы возник озноб, гипертермия до 39,5°C, отдышка, акроцианоз. Пульс 115 уд/мин, ритмичный, АД снизилось до критических цифр (70/0, 75/20). К больной вызвана терминальная бригада.

Анализ крови: Hb – 115 г/л; L – 12,6×10⁹/л; СОЭ – 34 мм/час.

Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L – 1-3 в п/з.

Сформулируйте диагноз неотложного состояния?

Определите тактику и оказание экстренной медицинской помощи?

Раздел 12. Беременность и роды на фоне экстрагенитальной патологии

Тема 1. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Какие факторы имеют значения для прогнозирования исходов беременности и родов?
2. Тактика ВОП при выявлении ревматического процесса;
3. От чего зависит тактика ведения беременности при митральном стенозе?
4. При каких формах врожденного порока разрешается беременность и роды?
5. Классификация степени риска неблагоприятного исхода беременности у больных с пороками сердца.
6. Осложнения беременности у женщин с пороками сердца
7. Тактика врача ВОП при беременности с заболеваниями ССС;
8. Показания к прерыванию беременности при заболеваниях сердца
9. Реабилитация вне беременности
10. Принципы своевременной госпитализации;

Тестовый контроль:

1. Беременность противопоказана:
 - + больным гипертонической болезнью II-б степени
 - больным гипертонической болезнью I степени
 - больным I и II групп риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
 - + больным III группы риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
 - больным с гипертонической болезнью II-а степени при отсутствии гипертонических кризов и нарушений функций почек.
2. Первая плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана:

- + в I триместре (до 12 недель)
 - при ухудшении состояния
 - при присоединении акушерской патологии
 - в 28-32 недели
 - при появлении признаков недостаточности кровообращения.
- 3. Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана:
 - при присоединении акушерской патологии
 - + в 37-38 недель
 - при появлении признаков недостаточности кровообращения
 - в 32-34 недели
 - при появлении признаков активности ревматического процесса.
- 4. У беременных с гипертонической болезнью высок риск развития:
 - раннего токсикоза беременных
 - + позднего токсикоза беременных
 - + самопроизвольного прерывания беременности
 - + гипотрофии плода
 - аномалии прикрепления плаценты.
- 5. Нарушения ритма сердечных сокращений у беременных:
 - + чаще развиваются вторично как следствие дистрофических изменений миокарда или нарастания сердечной недостаточности
 - не являются показанием для прерывания беременности
 - наблюдаются при акушерской патологии
 - + часто являются показанием для прерывания беременности
 - чаще развиваются первично аномалий прикрепления плаценты.
- 6. При ведении родов у женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией:
 - + наиболее бережным является родоразрешение через естественные родовые пути
 - наиболее оптимальным является родоразрешение операцией кесарева сечения
 - + необходимо раннее вскрытие плодного пузыря
 - целесообразно своевременное вскрытие плодного пузыря
 - + необходимо укорочение периода изгнания.
- 7. Досрочное родоразрешение показано беременным:
 - с врожденными пороками сердца
 - с синдромом сдавления нижней полой вены
 - + имеющим нарастание стойкой легочной гипертензии
 - с активностью I ревматического процесса по А.И.Нестерову
 - + имеющим стабилизацию гемодинамических показателей после отека легких и тромбоза.
- 8. Синдром сдавления нижней полой вены:
 - наблюдается чаще у первобеременных
 - проходит после применения кофеина, кордиамина, мезатона
 - + сопровождается - резким падением артериального давления, - тахикардией, - бледностью кожных покровов
 - + наблюдается в последние недели беременности в положении на спине
 - + проходит в положении на боку.
- 9. При ведении первого периода родов у рожениц, страдающих гипертонической болезнью, следует применять:
 - + раннюю амниотомию
 - своевременную амниотомию
 - + обезболивание родов
 - сульфат магния внутривенно

родостимулирующую терапию.

10. К типичным осложнениям в послеродовом периоде у рожениц с сердечно-сосудистой патологией относится:
- + обострение ревматического процесса
 - анемия
 - гипогалактия
 - + нарастание недостаточности кровообращения
 - + тромбоэмболия.

Ситуационные задачи:

Задача №1

Беременная И. 27 лет, беременность III. Последняя менструация - 30 марта. Пришла на очередной приём 22 декабря. Из анамнеза: с 15 лет состоит на диспансерном учёте с ревматизмом. Жалобы на сердцебиение, одышка при ходьбе. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета. Отеков нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. А/Д 110/70, 110/70 мм.рт.ст. Пульс 92 уд в мин. Матка в нормальном тонусе, предлежащая часть плода головка. Сердцебиение плода 138 уд.в минуту. Окружность живота 86см, ВДМ 37 см.

Вопрос:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ВОП?

Задача №2

Повторнобеременная Н., 26 лет, переведена из кардиологического отделения в родильный дом для искусственного прерывания беременности.

Данные анамнеза. В детстве болела корью и скарлатиной, в 12-летнем возрасте перенесла острую атаку ревматизма, лечилась стационарно. 1-я беременность закончилась срочными родами. В послеродовом периоде состояние ухудшилось, была одышка, сердцебиение, чувство давления в области сердца. Состояние не улучшалось и на 14-й день после родов - больная была переведена в кардиологическое отделение. Настоящая беременность вторая. С раннего ее срока состояние больной стало быстро ухудшаться: появились выраженная одышка, кашель с кровохарканием, отеки на нижних конечностях, участилось сердцебиение. С этими жалобами больная обратилась в женскую консультацию. Установлена беременность сроком 8 недель, и больная сразу была направлена в кардиологическое отделение, откуда через неделю без улучшения состояния переведена в родильный дом.

Объективно. Состояние средней тяжести, кожа бледная, губы синюшны, на голених. Стопах и в поясничной области умеренные отеки. Температура тела - 37,3, АД - 110/75 - 103/76 мм ртст, пульс - 100 уд/мин. Сердечный толчок смещен влево, разлитой. Прослушивается грубый систолический и диастолический шумы над верхушкой сердца и раздвоение 2-го тона, акцент 2-го тона над легочным стволом. В легких - влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, болезненная при пальпации.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка соответствует 9-недельной беременности, несколько размягчена, подвижна. Данные рентгеноскопии - сердце митральной конфигурации со сглаженной талией. Корни легких застойные. ЭКГ - признаки гипертрофии правого желудочка, дистрофические изменения в миокарде.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз?
3. Меры для улучшения состояния больной?
4. В каких случаях при сердечной патологии противопоказано сохранение беременности?
5. В каких случаях при сердечной патологии беременность может быть сохранена?

Тема 2. Беременность и заболевания органов дыхания

Собеседование по контрольным вопросам:

- Факторы риска развития пневмонии у беременных.
- этиология, клиническая картина, лечение пневмонии у беременных.
- сроки и методы родоразрешения при пневмонии у беременных.
- ведение и лечение беременных, страдающих бронхиальной астмой. Показания к госпитализации, выбор срока и метода родоразрешения.
- лекарственная терапия бронхиальной астмы у беременных.
- профилактика БА у беременных.

Тестовый контроль:

1. Инструментальным методом исследования пневмонии у беременных является :
 - электрокардиография
 - эхография
 - +рентгенография
 - доплерометрия

2. Основная клиническим признаком бронхиальной астмы у беременных является :
 - потливость
 - озноб
 - +приступ удушья
 - повышение температуры 3

3. Характерным изменением в общем анализе крови у беременных с бронхиальной астмой является наличие :
 - тромбоцитопении
 - лейкопении
 - снижение гемоглобина
 - +эозинофилии

4. Лабораторное исследование беременных пневмонией включает :
 - бактериологическое исследование крови
 - мазок на степень чистоты из влагалища
 - +микробиологическое исследование мокроты
 - бактериологическое исследование мочи

5. Крайне тяжелое течение пневмонии характерно для беременных, страдающих :
 - сифилисом
 - гепатитом В
 - гепатитом С
 - +ВИЧ-инфекцией

6. Основным методом лечения пневмонии у беременных является назначение :
 - антиагрегантов
 - антикоагулянтов
 - глюкокортикоидов
 - +антибиотиков

7. К наиболее изученным противовирусным препаратам для лечения гриппа у беременных относится :
 - ацикловир
 - валацикловир
 - +осельтамивир
 - фамацикловир

8. Характерным изменением в общем анализе крови у беременных с бронхиальной астмой является наличие :

- лейкопении
- +эозинофилии
- снижение гемоглобина
- тромбоцитопении

9. Осложнением беременности у женщин с бронхиальной астмой является :

- гипертериоз
- +преэклампсия
- гипотония
- анемия

10. При заболевании гриппом в I триместре беременности возможны следующие осложнения:

- аномалии развития плода
- внутриутробное инфицирование плаценты
- самопроизвольный выкидыш
- правильно а) и в)
- + все перечисленные

Ситуационные задачи:

Беременная Я., 25 лет, поступила на родоразрешение в акушерское отделение с диагнозом: Беременность 36 недель. Очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации.

Жалобы на общую слабость, утомляемость. Больна 8 лет, состоит на учете в тубдиспансере. При сроке беременности 17 недель после тяжелого гриппа была активизация туберкулезного процесса. После проведенного лечения противотуберкулезными лекарственными средствами при отрицательных результатах обследования на БК в мокроте, удовлетворительном общем состоянии была выписана с разрешением на пролонгирование беременности.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,5°C. Пульс – 74 удара в минуту, АД – 110/60 мм рт. ст. Сердце без патологии. В легких выслушиваются единичные влажные хрипы.

Размеры таза: 25-28-32-21 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сформирована, длиной 3 см, цервикальный канал закрыт. Костных изменений в малом тазу не выявлено.

Диагноз? Тактика?

Тема 3. Беременность и заболевания органов желудочно-кишечного тракта

Собеседование по контрольным вопросам:

- патогенез, клиническая картина, лечение ГЭРБ при беременности
- диагностика и лечение гастрита у беременных
- профилактика гастрита
- осложнения беременности при язвенной болезни
- дифференциальная диагностика и лечение язвенной болезни при беременности
- выбор метода родоразрешения при заболеваниях ЖКТ

Тестовый контроль:

- 1 Для уточнения диагноза хронического холецистита у беременных следует произвести:
 - рентгенографию
 - радиохолестистографию
 - все перечисленное
 - +ничего из перечисленного

2. Наиболее часто внутрипеченочный холестаза при беременности проявляется:
- в I триместре
 - + в II-III триместре
 - в послеродовом периоде
3. Внутрипеченочный холестаза клинически проявляется
- сильным кожным зудом
 - повышением общего билирубина
 - желтухой
 - + всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
4. При выявлении внутрипеченочного холестаза у беременных необходимо все перечисленное, кроме:
- + срочно прервать беременность
 - успокоить беременную и пролонгировать беременность
 - назначить антигистаминные препараты
 - назначить желчегонные препараты
 - назначить рефлексотерапию
5. Тактика врача при выявлении острого панкреатита у беременной:
- срочно прервать беременность
 - купировать приступ с последующим прерыванием беременности
 - + провести комплексную терапию острого панкреатита и терапию, направленную на сохранение беременности
6. Препаратами, которые можно рекомендовать беременным при лечении язвенной болезни, являются все перечисленные, кроме:
- амальгеля
 - фосфалюгеля
 - но-шпы
 - + викалина
7. У беременных с холециститом отмечается локализация боли в:
- гипогастрии
 - пояснице
 - паху
 - .+правом подреберье
8. Боль при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у беременных локализуется в:
- пояснице
 - +эпигастрии
 - межреберье
 - паху
9. Препаратом выбора для лечения обострения дуоденита беременных является :
- омепразол
 - ранитидин
 - нифедипин
 - +маалокс
10. Профилактическим мероприятием у беременных с дуоденитом является :
- полноценный сон
 - +соблюдение режима питания
 - массаж воротниковой зоны
 - лечебная гимнастика

Задача № 1

Беременная пациентка 22 года (срок гестации 8 недель) 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. Мочепускание регулярное, безболезненное.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз?
2. Обоснуйте ответ?

Задача № 2

Машиной скорой помощи доставлена пациентка П., 24 лет, с жалобами на выраженную общую слабость, постоянную тошноту, рвоту при попытке приема пищи. Больной себя считает в течение последних 3-4 недель, тяжесть симптомов нарастала постепенно. Отмечает похудание примерно на 5-6 кг., пищу практически не усваивает. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие. АД 80/50 мм.рт.ст. При дальнейшем обследовании выявлено снижение диуреза, в моче обнаружен ацетон +++, в крови – гипопропротеинемия, гипербилирубинемия. На УЗИ обнаружена беременность 5-6 недель, гипертонус стенок матки..

Вопросы:

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

Тема № 4. Беременность и заболевания органов мочевого выделения

Собеседование по контрольным вопросам:

- факторы, способствующие развитию и обострению пиелонефрита у беременных.
- осложнения, возникающие при пиелонефрите во время беременности.
- антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита во время беременности.
- показания к прерыванию беременности при заболеваниях почек.
- клиническая картина. Осложнение гломерулонефрита при беременности.
- лабораторные данные, указывающие на острый гломерулонефрит.

Тестовый контроль:

1. Наиболее частое заболевание почек у беременных:
 - гломерулонефрит
 - гидронефроз
 - пиелонефрит
 - + мочекаменная болезнь
2. Антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита в первом триместре беременности:
 - аминогликозиды
 - нитрофураны
 - + цефалоспорины
 - антибиотики пенициллинового ряда
3. Оптимальный метод родоразрешения при пиелонефрите:

- кесарево сечение в плановом порядке
 - кесарево сечение в родах
 - + роды через естественные родовые пути без укорочения периода изгнания
- 4.. Наиболее частая форма течения хронического гломерулонефрита у беременных:
- +латентная
 - гипертоническая
 - нефротическая
 - с резко выраженной клинической симптоматикой
5. Наиболее частое осложнение беременности при гломерулонефрите:
- + развитие преэклампсии
 - острая почечная недостаточность
 - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - преждевременные роды
6. Срок беременности, при котором чаще всего появляется болевой синдром при мочекаменной болезни:
- 38–40 нед
 - 32–36 нед
 - 20–32 нед
 - + 8–12 нед
7. Фактором, способствующим развитию пиелонефрита у беременных (кроме наличия инфекционного начала , является:
- изменение гормонального фона (уровень и соотношение эстрогенов и прогестерон¹.
 - наличие рефлюксов
 - нарушение оттока мочи (сдавление мочеточников беременной маткой, наличие камней)
 - + все перечисленное
8. Обострение хронического (или проявление гестационного) пиелонефрита чаще происходит при сроке беременности:
- 10-21 неделя
 - 22-28 недель
 - + 29-32 недели
 - 33-38 недель
9. Для гломерулонефрита характерны следующие симптомы, кроме:
- отеков лица
 - болей в пояснице
 - олигурии
 - + желтухи
10. Показанием для операции при мочекаменной болезни у беременной, как правило, является:
- анурия, вызванная закупоркой мочеточника камнем
 - септическое состояние, обусловленное калькулезным пиелонефритом
 - часто повторяющиеся приступы почечной колики без отхождения камней
 - +все перечисленное

Задача.№ 1

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

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?

Задача № 2

Беременная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в наблюдательное отделение с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела - 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая. Начиная с 16-й недели, периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Анализ мочи - все поле зрения покрыто лейкоцитами. АД - 130/90 мм рт ст, пульс - 106 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. При пальпации матка в повышенном тоне.

Вопросы:

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

Тема 5. Эндокринная патология и беременность

Собеседование по контрольным вопросам:

- влияние сахарного диабета на организм во время беременности
- врачебная тактика при ведении беременных с сахарным диабетом
- показания к госпитализации беременных с сахарным диабетом
- показания к оперативному родоразрешению при сахарном диабете
- течение беременности на фоне тиреотоксикоза
- осложнения гипотиреоза при беременности

Тестовый контроль:

1. Врачебная тактика при ведении беременных с сахарным диабетом должна основываться на следующих положениях, кроме:
 - необходимости тщательного обследования женщины сразу же после установления факта беременности для решения вопроса о возможности сохранения последней
 - поддержания уровня гликемии в физиологических пределах (свойственных здоровым беременным)
 - + начала лечения только после 12 недель беременности
 - необходимости профилактики и терапии осложнений беременности
 - прерывания беременности (по показаниям) во II триместре (до 27 недель)
2. У беременных с нормальным весом, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять:
 - до 1600-1900 ккал
 - + 2000-2500 ккал
 - 2500-3000 ккал
 - 3100-3500 ккал и более
3. У беременных с ожирением, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять:
 - до 1900 ккал
 - + 2000-2200 ккал
 - 2300-3000 ккал
 - 3100-3500 ккал
4. Мероприятия, рекомендуемые для лечения кетоацидоза у беременных при средней тяжести сахарного диабета
 - резко ограничить прием белков
 - промыть желудок
 - очистить кишечник
 - усилить терапию за счет пероральных сахаропонижающих препаратов
 - + никакие из перечисленных
5. Влияние беременности при сахарном диабете на организм заключается

- в снижении толерантности к глюкозе
- в снижении чувствительности к инсулину
- в ускорении распада инсулина
- в увеличении циркуляции в крови свободных жирных кислот
- + во всем перечисленном

6. Транзиторный сахарный диабет у беременных характеризуется следующим:
- нарушение толерантности к глюкозе впервые проявляется во время беременности
 - признаки диабета исчезают после родов
 - возможно возобновление диабета при повторной беременности
 - + всем перечисленным
 - ничем из перечисленного

7. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения:
- поздний токсикоз
 - ангиопатия сетчатки
 - активация хронической инфекции в мочевыводящих путях г) правильно а) и б)
 - + все перечисленные

8. Влияние беременности при сахарном диабете на организм заключается:
- в снижении толерантности к глюкозе
 - в снижении чувствительности к инсулину
 - в увеличении циркуляции в крови свободных жирных кислот
 - + во всем перечисленном

9. Для беременных, страдающих гиперфункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:
- сердцебиения
 - повышенной возбудимости
 - потливости
 - + отечности кожных покровов

10. Влияние тиреоидных гормонов плода на течение заболевания у матери при гипофункции щитовидной железы:
- не проникают через плацентарный барьер
 - проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве, что не отражается на состоянии матери
 - + свободно проникают через плацентарный барьер и могут частично или полностью компенсировать явления гипотиреоза у матери

Задача № 1

Беременная С. 28 лет. Срок беременности 27 недель. В анамнезе один медицинский аборт и замершая беременность в сроке 14 недель. У женщины сахарный диабет 1 тип, тяжелое течение, диабетическая нефропатия. Клиренс креатинина 45 мл/мин., креатинин крови 120 ммоль/л, белок в моче 4 г/л, выражены плотные отеки на ногах и передней брюшной стенке. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердечные тоны приглушены 165 ударов в минуту. Плод по предполагаемой массе на две недели отстает от гестационного срока.
 Диагноз? Что делать?

Задача № 2

Беременная В. 29 лет. Беременность вторая, желанная. Срок беременности 6 недель. Имеет сахарный диабет 1 типа, склонность к кетоацидозу, диабетическая ретинопатия. Первая беременность закончилась преждевременной отслойкой плаценты в сроке 23 недели, операцией кесарево сечение, внутриутробной гибелью плода. Настаивает на вынашивании беременности.

Тактика врача?

Тема 6. Беременность и заболевания крови

Собеседование по контрольным вопросам:

- Факторы способствующие развитию ЖДА у беременных
- лабораторные признаки ЖДА у беременных
- основные лекарственные препараты при ЖДА
- осложнения беременности при идиопатической тромбоцитарной пурпуре
- выбор срока и метода родо разрешения при Идиопатической тромбоцитарной пурпуре

Тестовый контроль:

1.Причинами железодефицитной анемии у беременных являются:

- хроническая незначительная кровопотеря
- нарушение всасывания железа в ЖКТ
- хронический пиелонефрит
- +расход железа на фетоплацентарный комплекс

2.В группу риска на развитие железодефицитной анемии входят :

- беременные с гиперполименореей в анамнезе
- хроническим пиелонефритом
- язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
- +всё перечисленное верно

3. При железодефицитной анемии снижается количество железа:

- в селезенке
- в костном мозге
- в печени
- +в крови

4.При лабораторной диагностике для железодефицитной анемии характерно:

- +снижение концентрации гемоглобина
- низкий цветовой показатель
- анизоцитоз, пойкилоцитоз

5.Для лечения железодефицитной анемии применяют:

- витамин В 12
- фолиевую кислоту
- витамин В6, В1
- +препараты железа

6.Факторы, способствующие развитию анемии у беременных:

- интервал между родами менее 2 лет
- заболевания желудочно-кишечного тракта
- гидремия
- +все перечисленные факторы

7.В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеет значение:

- нарушение всасывания железа при анацидном гастрите
- повышенный расход железа в процессе развития плода
- повышенный тканевый обмен при беременности
- +все перечисленное выше

8.Уровень цветного показателя крови, свидетельствующий о развитии железодефицитной анемии, ниже

- 1.5
- 0.95
- 0.9
- +0.85

9.Для железодефицитной анемии беременных характерны следующие клинические симптомы, кроме

- одышки, обмороков
- головной боли, головокружения
- +сухости во рту
- ломкости ногтей, выпадения волос

10. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины :

- 80 г/л
- 90 г/л
- 100 г/л
- +110 г/л

Задача 1

Беременная Б. 34 лет, находится на стационарном лечении в связи с задержкой роста плода (ВЗРП) 1 степени при сроке беременности 34 нед. Окружность живота 87 см., высота стояния дна матки 31 см. В анализах обнаружено: о/а крови- Нб- 69 г/л, эритроциты-2,4 10¹², цветной показатель 0,7; лейкоциты- 6,8Ч 10⁹, гематокрит- 26%. Из анамнеза выяснено: беременность -6-я, предстоят 5-е роды (4срочных родов, 1 мед.аборт).
Диагноз, прогноз, лечение?

Задача 2

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 x 10⁹/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.

Тема7. Беременность, паразитарные и инфекционные заболевания

Собеседование по контрольным вопросам:

-особенности течения и ведения беременности, родов на фоне инфекций, передаваемых половым путем

- течение и ведение беременности при гонорее
- препараты выбора для лечения хламидийной инфекции
- клиническая картина и пути передачи сифилиса
- возбудитель урогенитального кандидоза у беременных ,клинические проявления и лечение
- клинические проявления ВИЧ-инфекции у беременных

Тестовый контроль:

- 1.Препаратом выбора для лечения хламидийной инфекции во время беременности является :
 - метранидозол
 - цефтриаксон
 - +джозамицин
 - гентамицин
- 2.В развитие бактериального вагиноза у беременных имеет значение :
 - сдвиг pH влагалищного содержимого в кислую сторону
 - наличие лактобацилл в большом количестве
 - +рост анаэробов
 - наличие вируса простого герпеса 16,18 типов
- 3.К методу диагностики хламидийной инфекции у беременных относится :
 - гистологический
 - микроскопический
 - цитологический
 - +ПЦР в реальном времени
- 4.Для лечения генитального кандидоза у беременных используют :
 - джозамицин
 - клиндамицин

- метранидозол
- +натамицин

5. Влагалищные выделения беременных, больных бактериальным вагинозом, обычно :

- сливкообразные, липкие
- творожистые
- желто-зеленоватого цвета, пенистые
- +умеренные, с неприятным запахом

6. При бактериальном вагинозе у беременных характерный уровень pH влагалищного отделяемого составляет :

- 2,6
- 3,5
- +5,5
- 3,8

7. К TORCH-комплексу относится исследование во время беременности на :

- кандидоз
- стафилококк
- гонорею
- +краснуху

8. Возбудителем урогенитального кандидоза беременных является :

- Chlamydia trachomatis
- Mycoplasma hominis
- +Candida albicans
- Gardnerella vaginalis

9. Бактериальный вагиноз у беременных характеризуется выселениями из влагалища :

- крошкообразными
- +с запахом «тухлой рыбы»
- гнилостными
- слизистыми

10. Для лечения рецидива герпетической инфекции во время беременности препаратом выбора является :

- изопринозин
- панавир
- +ацикловир
- генферон

Задача 1

Поступила 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?

Задача 2

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-папулезная 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 реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз?
2. Обоснуйте ответ?
3. Определите тактику ведения беременной?