

ОРД-АКУШ.ГИН-23

**ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии № 2**

Утверждено
Протоколом заседания Центрального
координационного
учебно-методического совета
от «14» марта 2023 г. № 4

**СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ И ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРДИНАТОРОВ
по модулю «Акушерство»
по основной профессиональной образовательной программе высшего
образования - программе ординатуры
по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология****

Составители:

Зав. кафедрой - профессор, д.м.н. Цидаева Татьяна Ильинична
доцент, к.м.н. Чельдиева Аида Амурхановна; ассистент, к.м.н.
Томаева Кристина Гурамовна; доцент, к.м.н. Салбиева Наталия
Георгиевна; ассистент, к.м.н. Плиева Эмма Губеевна.

Рецензенты:

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава
России, профессор, д.м.н. Цаллагова Л.В.

Главный врач ГБУЗ «Родильный дом № 1» МЗ РСО-А, Тедтоева А.И.

Сборник содержит разнообразные ситуационные задачи и тестовые задания по специальности «Акушерство и гинекология» по модулю «Акушерство». Пособие соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта и типовой программе по предмету. Сборник предназначен для клинических ординаторов по специальности «Акушерство и гинекология».

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. АКУШЕРСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ.	5
Тема 2. ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. ПЛОД С АКУШЕРСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ. АКУШЕРСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ.	14
Тема 3. ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ.	23
Тема 4. ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.	34
Тема 5. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.	40
Тема 6. УЗКИЙ ТАЗ.	44
Тема 7. АНОМАЛИИ РОДОВЫХ СИЛ.	51
Тема 8. ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ (КЛАССИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ, ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ).	59
Тема 9. РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ. АСИНКЛИТИЧЕСКИЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ. НЕПРАВИЛЬНЫЕ СТОЯНИЯ ГОЛОВКИ. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА. ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. АКУШЕРСКИЕ ПОВОРОТЫ. ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ.	68
Тема 10. РОДЫ У ВОЗРАСТНЫХ, ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ И МНОГОРОЖАВШИХ.	78
Тема 11. РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ: КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.	83
Тема 12. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.	95
Тема 13. ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.	111
Тема 14. ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО.	116
Тема 15. ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ!	123
Тема 16. ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ. ГЕСТОЗЫ.	131
Тема 17. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ. ДВС-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ.	139
Тема 18. РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ.	147
Тема 19. СЕПТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ.	158
Тема 20. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, АНЕМИЯХ, ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК, САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ,	168

ТУБЕРКУЛЕЗЕ.	
--------------	--

ТЕМА № 1. АКУШЕРСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Цель занятия: изучить и практически освоить методы диагностики беременности, обследования беременных, различные методы определения срока беременности и родов.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы

1. Наружные размеры таза.
2. Наружная конъюгата, ее измерение и определение величины истинной конъюгаты.
3. Диагональная конъюгата, ее измерение и определение размера истинной конъюгаты.
4. Угол наклона таза.
5. Первый прием наружного акушерского исследования, его цель и техника выполнения.
6. Второй прием наружного акушерского исследования, его цели и техника выполнения.
7. Третий прием наружного акушерского исследования, его цели и техника выполнения.
8. Дать определение "большой сегмент".
9. Как производят измерение высоты стояния дна матки, окружности живота?
10. Как измеряют окружность лучезапястного сустава и определяют индекс Соловьева, его значение в акушерстве?
11. Что представляет собой пояснично-крестцовый ромб?
12. Как и чем производят выслушивание сердцебиения плода?
13. Методы определения срока беременности.
14. Методы определения срока родов
15. Задачи УЗ-эхографии в акушерстве. УЗ-скрининг беременных.
16. Ультразвуковые признаки степени зрелости плаценты.
17. Допплерография в акушерстве.
18. Мониторный контроль за сердечной деятельностью плода (кардиотокография).
19. Интерпретация кардиотокограмм.
20. Определение ПСП по данным КТГ.
21. Функциональные пробы (тесты) в оценке состояния плода.
22. Определение биофизического профиля плода.
23. Инструментальные инвазивные методы диагностики: Амниоскопия, хорионбиопсия, амниоцентез, кордоцентез. (Показания, противопоказания, условия проведения, методика проведения исследований)

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:
признаки беременности
(сомнительные, вероятные,
достоверные), изменение величины

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.

<p>беременности, размеры большого таза, четыре приема наружного акушерского исследования, понятия "малый сегмент", "большой сегмент" головки плода, правила выслушивания сердечных тонов плода, шкалу оценки зрелости шейки матки, дополнительные методы исследования: определение хорионического гонадотропина, ультразвуковая диагностика, кардиомониторное исследование.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с.. 3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006. 4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с. 5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с. 6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с. 7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. 8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. 9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с. 10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. 11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с. 12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с. 13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с. 14. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 656 с. 15. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с. 16. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с. 17. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб.
<p>Воач-оодинатоо должен уметь: собрать анамнез у беременной женщины, провести общее объективное и специальное акушерское обследование, включающее измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, размеров большого таза, размеров выхода таза, определить величину истинной конъюгаты (4 способа ее определения), измерить окружность лучезапястного сустава, размер Франка, размеры пояснично-крестцового ромба (20 измерений), с помощью четырех приемов наружного акушерского исследования определить положение, позицию и вид,</p>	

предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз, выслушать сердечные тоны плода и их частоту, провести внутреннее акушерское исследование, оценить степень зрелости шейки матки, определить предлежащую часть плода, дать оценку дополнительным методам исследования (ХГ, УЗИ), определить срок беременности, предполагаемый срок родов. _____

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ЗРАЧКА В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) о наличии гиперандрогении
- б) об укорочении II фазы цикла
- в) о наличии ановуляторного цикла
- г) о всем перечисленном
- д) ни о чем из перечисленного

2. СИМПТОМ РАСТЯЖЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ НА 5-6 СМ ПРИ НОРМАЛЬНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ СООТВЕТСТВУЕТ

- а) 1-5-му дню менструального цикла
- б) 6- 10-му дню менструального цикла
- в) 12-14-му дню менструального цикла
- г) 16-20-му дню менструального цикла
- д) 22-24-му дню менструального цикла

3. РАСТЯЖЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ ДО 10-12 СМ НА 24-Й ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) об ановуляторном цикле
- б) о гиперандрогении
- в) об укорочении II фазы цикла
- г) об укорочении I фазы цикла
- д) ни о чем из перечисленного

4. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОГЕСТЕРОНОВАЯ ПРОБА ПРИ АМЕНОРЕЕ (ПРОЯВЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ОТМЕТЫ ПРЕПАРАТА МЕНСТРУАЛЬНО-ПОДОБНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) о наличии атрофии эндометрия
- б) о достаточной эстрогенной насыщенности организма
- в) о гиперандрогении
- г) о гипоэстрогении
- д) о сниженном содержании в организме прогестерона

5. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ С ЭСТРОГЕНАМИ И ГЕСТАГЕНАМИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЕЕ (ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- а) о наличии аменореи центрального генеза
 - б) о яичниковой форме аменореи
 - в) о маточной форме аменореи
 - г) о наличии синдрома склерокистозных яичников
 - д) ни о чем из перечисленного
6. ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ УРОВЕНЬ ХГ ДОСТИГАЕТ МАКСИМУМА ПРИ СРОКЕ
- а) 5-6 недель
 - б) 7-8 недель
 - в) 9-10 недель
 - г) 11-12 недель
 - д) 13-14 недель
7. ПРИ ОЦЕНКЕ КТГ ПЛОДА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ
- а) базальная частота сердечных сокращений
 - б) наличие и частота акцелераций
 - в) наличие децелераций
 - г) амплитуда мгновенных осцилляций
 - д) все перечисленные
8. О ТЯЖЕЛОМ ВНУТРИУТРОБНОМ СТРАДАНИИ ПЛОДА ПО ДАННЫМ КТГ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ АМПЛИТУДА МГНОВЕННЫХ ОСЦИЛЛЯЦИЙ
- а) 0-5 в минуту
 - б) 5-10 в минуту
 - в) 10-25 в минуту
 - г) все перечисленные
 - д) ни одна из перечисленных
9. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ
- а) наружной гистерографии
 - б) внутренней токографии
 - в) реографии
 - г) радиотелеметрии
 - д) всего перечисленного
10. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОКСИТОЦИНОВОГО ТЕСТА НАЛИЧИЕ РАННИХ ДЕЦЕЛЕРАЦИЙ, КАК ПРАВИЛО, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- а) о хорошем состоянии плода
 - б) о начальных признаках страдания плода
 - в) о выраженных признаках страдания плода
 - г) о гибели плода
 - д) ни о чем из перечисленного
11. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
- а) пробы Зимницкого

- б) количества мочевины в крови
- в) количества креатинина в крови
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

12. БЕССТРЕССОВЫЙ ТЕСТ ОСНОВАН

- а) на оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его шевеление, сокращение матки, действие внешних раздражителей
- б) на учете числа движений плода в 1 ч
- в) на реакции сердечной деятельности плода в ответ на внутривенное введение матери раствора атропина
- г) на всем перечисленном
- д) ни на чем из перечисленного

13. В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОМОГАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- а) аминоскопия
- б) ЭКГ и ФКГ плода
- в) динамика изменения окружности живота и высоты дна матки
- г) кольпоцитология
- д) все перечисленные

14. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ ПРИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА

- а) водорастворимые
- б) жирорастворимые
- в) и те, и другие
- г) ни те, ни другие

15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- а) на 7-8-й день менструального цикла
- б) на 1-5-й день менструального цикла
- в) на 20-25-й день менструального цикла
- г) на 26-28-й день менструального цикла

16. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) острого воспалительного процесса в придатках
- б) выраженного спаечного процесса в брюшной полости
- в) нарушенной маточной беременности
- г) тяжелого общего состояния больной

17. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАПОДОЗРИТЬ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ПОЗВОЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ

- а) полиморфизм клеток и их ядер
- б) гиперхроматоз ядер клеток
- в) нарушение слоистости эпителиального пласта
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленные

18. ТАЗОВУЮ АРТЕРИОГРАФИЮ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С ЦЕЛЬЮ

- а) уточнения локализации
- б) уточнения глубины прорастания
- в) изучения и оценки динамики опухолевого процесса после лечения
- г) дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных процессов
- д) всего перечисленного

19. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ ГИСТЕРОГРАФИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- а) на 2-3-й день менструального цикла
- б) на 7-8-й день менструального цикла
- в) на 14-16-й день менструального цикла
- г) на 20-22-й день менструального цикла
- д) на 26-28-й день менструального цикла

20. НАИМЕНЬШИМ СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ, СЧИТАЯ ОТ МОМЕНТА ЗАЧАТИЯ, ПРИ КОТОРОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПЛОДНОЕ ЯЙЦО С ПОМОЩЬЮ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) 1 неделя
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) 4 недели
- д) 5 недель

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

В роддом поступила беременная 24 лет. Настоящая беременность 2-я, срок гестации 38 недель. 1-я беременность 1,5 года назад закончилась самопроизвольным абортom в сроке 6 недель. При влагалищном исследовании обнаружено: предлежит головка плода, малый родничок справа спереди, стреловидный шов в левом косом размере. Диагноз. Определите положение, позицию и вид плода.

Задача № 2.

В женскую консультацию обратилась первобеременная в сроке беременности 38 недель. При влагалищном исследовании обнаружено: предлежит тазовый конец плода, крестец плода слева спереди. Диагноз. Определите положение, позицию и вид плода.

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Критерии нормальной антенатальной кардиотокограммы»:

Базальная ЧСС (уд./мин.)	Частота осцилляций в 1 мин.	Амплитуда осцилляций (уд./мин.)	Акселерации	Децелерации
120-160				

ТЕМА № 2: ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. ПЛОД С АКУШЕРСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ. АКУШЕРСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ.

Цель занятия: изучить физиологические изменения в организме беременной, плод, как объект родов; изучить основные акушерские термины, методы диагностики беременности.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Позиция и вид плода.
2. Положение плода в матке и его определение.
3. Анатомическое строение черепа новорожденного.
4. Швы и роднички на головке новорожденного, их физиологическое значение.
5. Основные размеры головки плода и его окружности.
6. Размеры плечевого и тазового поясов и их окружность.
7. Признаки доношенности плода.
8. Рост и масса доношенного плода, новорожденного.
9. Предположительные (сомнительные) признаки беременности.
10. Вероятные признаки беременности.
11. Достоверные признаки беременности.
12. Дополнительные методы диагностики беременности.
13. Определение срока беременности и даты родов.
14. Изменения в организме женщины во время беременности.
15. Диспансеризация беременных.
16. Оплодотворение. Гаметогенез.
17. Этапы внутриутробного развития от зачатия до рождения.
18. Критические периоды внутриутробного развития плода.
19. Строение и функцию плаценты, плодных оболочек, пуповины.
20. Состав и функцию околоплодной жидкости.
21. Особенности кровообращения плода.
22. Периоды формирования органов и систем плода.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:
строение черепа доношенного плода, швы, роднички и размеры головки, плечевого и тазового пояса плода, основные

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..

<p>акушерские термины (членорасположение, положение, ось плода, предлежание, позиция и вид), признаки беременности (сомнительные, вероятные, достоверные), методы диагностики беременности, гормональные пробы.</p>	<p>3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.</p> <p>4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.</p> <p>5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.</p> <p>6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.</p> <p>7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.</p> <p>8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>14. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>15. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>16. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>17. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p> <p>18. Витаминно-минеральный комплекс при</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: показать швы и роднички на головке доношенного плода (кукла), размеры головки доношенного плода, признаки доношенности, на фантоме придать кукле определенное положение, позицию, вид, предлежание, определить срок беременности различными методами.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ МАТЕРИНСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРОНИКАЕТ В МЕЖВОРСИНЧАТОЕ ПРОСТРАНСТВО ЧЕРЕЗ
 - а) плацентарные перегородки
 - б) спиральные артерии
 - в) магистральные сосуды матки
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного

2. СВЯЗЬ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА И ПЛОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ, В ОСНОВНОМ, ЧЕРЕЗ
 - а) плаценту
 - б) барорецепторы стенки матки
 - в) водные оболочки плода
 - г) децидуальную оболочку матки
 - д) все перечисленное

3. ЭМБРИОПАТИЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
 - а) возникшие на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
 - б) возникшие в первом триместре беременности
 - в) внутриутробные пороки развития плода
 - г) все перечисленное

4. ПЕРВИЧНЫЕ ВОРСИНКИ ХОРИОНА ОБРАЗУЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО
 - а) на 1 - й неделе беременности
 - б) на 2-й неделе беременности
 - в) на 3-й неделе беременности
 - г) на 4-й неделе беременности
 - д) на 5-й неделе беременности

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ
 - а) угрозы выкидыша
 - б) раннего токсикоза
 - в) анемии
 - г) гипотонии
 - д) нефропатии

6. ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ
 - а) дыхательная
 - б) питательная
 - в) выделительная
 - г) все перечисленное

7. ДЛИНА ПЛОДА, НАЧИНАЯ С 24 НЕДЕЛЬ ВЫСЧИТЫВАЕТСЯ ПУТЕМ УМНОЖЕНИЯ ЧИСЛА МЕСЯЦЕВ
 - а) на 5
 - б) на 4

- в) на 3
- г) на 2

8. ДЛИНА ПЛОДА 16 СМ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ

- а) 3 мес
- б) 4 ме
- в) 5 мес
- г) 6 мес
- д) 7 мес

9. МОЛОЗИВО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГРУДНОГО МОЛОКА ТЕМ, ЧТО СОДЕРЖИТ

- а) больше белка
- б) меньше жира
- в) меньше сахара
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

10. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩЕЙ, КАК ПРАВИЛО СОСТАВЛЯЕТ

- а) 2-4 ч
- б) 5-7ч
- в) 8-10 ч
- г) 12-14 ч

11. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ В РОДАХ СЧИТАЕТСЯ КРОВОПОТЕРЯ

- а) до 400 мл
- б) до 500 мл
- в) до 600 мл
- г) до 800 мл

12. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение размеров матки
- 2) аменорея
- 3) наличие хориального гонадотропина в моче
- 4) наличие сердцебиения плода
- а) правильно 1,2,3
- б) правильно 1,2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

13. ЛОХИИ - ЭТО

- а) послеродовые выделения из матки
- б) раневой секрет послеродовой матки
- в) отделение децидуальной оболочки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

14. ТЕРМИНОМ «ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД» ОБЫЧНО ОБОЗНАЧАЮТ

- а) первые 2 месяца после родов
- б) период грудного кормления новорожденного
- в) период послеродовой аменореи

г) все перечисленное

15. БИПАРИЕТАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ

- а) 7-8 см
- б) 9-10 см
- в) 11-12 см
- г) 13-14 см

16. МАССА ТЕЛА ПЛОДА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ЗАКОНОМЕРНОСТЬЮ

- а) удваивается каждые 4 недели
- б) удваивается каждые 6 недель
- в) утраивается каждые 5 недель
- г) никакой из перечисленных

17. РОСТ ТОЛЩИНЫ ПЛАЦЕНТЫ ПРЕКРАЩАЕТСЯ В СРОК БЕРЕМЕННОСТИ

- а) 27-28 недель
- б) 30-31 неделя
- в) 33-34 недели
- г) 35-36 недель
- д) 37-40 недель

18. К ПРЕПАРАТАМ, ТОРМОЗЯЩИМ ЛАКТАЦИЮ, ОТНОСЯТСЯ

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

19. ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОНТРОЛЬ

- 1) за скоростью раскрытия шейки матки
- 2) за вставлением и продвижением предлежащей части плода
- 3) за состоянием роженицы и плода
- 4) за функцией мочевого пузыря
- а) правильно 1,2,3
- б) правильно 1,2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

20. ПРИ МАССЕ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО ДО 2500 Г ЕГО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- а) недоношенным
- б) незрелым
- в) гипотрофичным
- г) здоровым, правильно развитым

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди слева, большой - сзади справа выше малого. Положение, позиция, вид и предлежание плода?

Задача № 2

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом

размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева ниже большого.

Положение, позиция, вид и предлежание плода?

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Высота стояния дна матки при различных сроках беременности»:

Срок беременности, нед	Расположение дна матки	
	Анатомические ориентиры	Высота, см
16	Середина между лоном и пупком	6
	На два поперечных пальца ниже пупка	11-12
24	На уровне пупка	22-24
28		28
32		32
	На уровне мечевидного отростка и реберных дуг	36
40	Середина между пупком и мечевидным отростком	32

ТЕМА № 3: ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

Цель занятия - изучить физиологические изменения в организме женщины во время родов, научить правильно оценивать результаты различных методов исследования для диагностики и ведения физиологических родов, изучить приемы используемые в родах, принципы ведения последового периода.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Уметь произвести двуручное влагалищное исследование.
2. Производить измерение живота и таза беременной.
3. Производить аускультацию сердечных тонов плода.
4. Производить и оценивать кардиотокографическое исследование состояния плода.
5. Уметь производить четыре приема Леопольда.
6. Уметь определять срок беременности и дату предстоящих родов.
7. Определять степень зрелости плода.
8. Определять степень зрелости шейки матки.
9. Проводить физиопротективную подготовку к родам.
10. Оценивать клинические периоды родов.
11. Уметь вести партограмму.
12. Производить амниотомию.
13. Производить эпизио- или перинеотомию.
14. Уметь производить пособия в родах при головных предлежаниях.
15. Уметь оценивать новорожденного по шкале Апгар.
16. Произвести первичную обработку новорожденного.
17. Оценивать признаки отделения плаценты.
18. Оценивать объем кровопотери.
19. Знать способы удаления отделившегося последа.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы

1. Какова роль плода в возникновении родовой деятельности?
2. Какова роль центральной нервной системы в развитии родовой деятельности?
3. Перечислите изменения в гормональном статусе беременной перед наступлением родов.
4. Чем характеризуется подготовительный период?
5. Что входит в симптомокомплекс предвестников родов.
6. Назовите периоды родов.
7. Определение степени зрелости шейки матки.
8. Течение физиологических родов.

9. Введение физиологических родов.
10. Что такое партограмма?
11. Какие показания существуют к проведению влагалищного исследования в родах?
12. Назовите признаки отделения последа.
13. Какие существуют способы выделения последа?
14. Определите основные этапы оказания акушерского пособия в родах.
15. Механизмы гемостаза в матке в послеродовом периоде.
16. Определите возможные изменения основных клинико-лабораторных показателей в послеродовом периоде.
17. Какой объем клинико-лабораторного обследования родильницы перед выпиской из стационара?

Задачи занятия:

- Изучить сократительную деятельность матки;
- На фантоме изучить биомеханизмы родов;
- Научиться определять клиническое течение родов по периодам их развития;
- Оценивать правильность развития инволюционных процессов в организме женщины после родов.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен

знать: что такое биомеханизм родов, моменты биомеханизмов родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
5. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
7. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.
8. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.
9. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
10. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
11. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
12. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
13. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и

	<p>14. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: рук- во для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.</p> <p>15. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>16. Физиология и патология эндокринной системы плода / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 144 с.</p> <p>17. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>18. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>19. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: продемонстрировать на тазе и кукле все моменты биомеханизмов родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания, определить с помощью приемов Леопольда положение, позицию, вид и предлежание плода, определить на фантоме, в какой плоскости таза находится головка плода.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ОСНОВНАЯ РОЛЬ ЭСТРОГЕНОВ В РОДАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) в снижении уровня прогестерона
- 2) в снятии прогестеронового блока в плацентарной площадке матки
- 3) в усилении секреции тиреотропного гормона у матери и плода
- 4) в усилении продукции пролактина
- 5) все ответы неправильны

2. ПОКАЗАНИЕМ К РАССЕЧЕНИЮ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) угроза разрыва промежности
- 2) крупный плод
- 3) преждевременные роды (маленький плод)
- 4) тазовое предлежание плода
- 5) все ответы неправильны

3. 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
 - 5) все ответы неправильны
4. ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОНТРОЛЬ
- 1) за скоростью раскрытия шейки матки
 - 2) за вставлением и продвижением предлежащей части плода
 - 3) за состоянием роженицы и плода
 - 4) за функцией мочевого пузыря
 - 5) все ответы неправильны
5. ВЕДЕНИЕ РОДОВ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, КОНТРОЛЬ
- 1) за состоянием роженицы и плода
 - 2) "за ""врезыванием и прорезыванием"" предлежащей части плода"
 - 3) за состоянием фетоплацентарного кровотока
 - 4) за давлением в межворсинчатом пространстве
 - 5) все ответы неправильны
6. ВЕДЕНИЕ РОДИЛЬНИЦ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В КОНТРОЛЕ
- 1) артериального давления, пульса, дыхания
 - 2) сократительной функции матки
 - 3) кровопотери
 - 4) кольпоцитологического исследования
 - 5) все ответы неправильны
7. В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОВОЙ СИСТЕМЕ РОДИЛЬНИЦЫ
- 1) инволюция матки
 - 2) формирование шейного канала шейки матки
 - 3) восстановление тонуса мышц тазового дна
 - 4) ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки
 - 5) все ответы неправильны
8. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В НОРМАЛЬНОЙ ИНВОЛЮЦИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ИМЕЕТ
- 1) естественное вскармливание новорожденного
 - 2) нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
 - 3) гигиена родильницы
 - 4) диететика родильницы
 - 5) все ответы неправильны
9. В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ТРЕЩИН СОСКОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У РОДИЛЬНИЦЫ (В ПЕРИОД ЕЕ ПРЕБЫВАНИЯ В РОДДОМЕ) ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
- 1) полноценное калорийное питание родильницы

- 2) соблюдение правил гигиены молочных желез
- 3) систематическая уборка послеродовых палат
- 4) кратковременное (не более 1-2 мин) первое кормление новорожденного грудью матери
- 5) все ответы неправильны

10. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МАТКИ В РОДАХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) уровнем эстрогенов
- 2) концентрацией окситоцина, выделяемого гипофизом матери и плода
- 3) содержанием простагландинов E2 и F2a
- 4) содержанием α -адренорецепторов в миометрии
- 5) все ответы неправильны

11. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЛОХИЙ В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 50 мл
- 2) 100 мл
- 3) 200 мл
- 4) до 1.5 литров
- 5) все ответы неправильны

12. РОДОВОЙ ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) кровоизлияние в мягкие ткани головки
- 2) кровоизлияние под надкостницу кости черепа
- 3) изменение формы черепа в результате конфигурации головки
- 4) серозно-кровянистое пропитывание мягких тканей подлежащей части, обусловленное венозным застоем ниже пояса соприкосновения
- 5) кровоизлияние в подкожную клетчатку

13. ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ СХВАТОК ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ ОТ СХВАТОК ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА СВЯЗАНО

- 1) с продолжительностью интервалов
- 2) с интенсивностью сокращений
- 3) с развитием структурных изменений в шейке матки
- 4) с продолжительностью сокращений
- 5) с болезненностью

14. НОРМАЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В НАЧАЛЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ СХВАТОК

- 1) 50-60 сек
- 2) 30-40 сек
- 3) 20-30 сек
- 4) 15-20 сек
- 5) 5-10 сек

15. В КОНЦЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ НОРМАЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СХВАТКАМИ ЧЕРЕЗ

- 1) 3-4 минуты
- 2) 2-3 минуты
- 3) 5-6 минут
- 4) 1-2 минуты
- 5) 30-60 секунд

16. СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЛЕДУЕТ ВЫСЛУШИВАТЬ
- 1) после каждой потуги
 - 2) каждые 15 минут
 - 3) каждые 10 минут
 - 4) каждые 5 минут
 - 5) при врезывании головки
17. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 3-5 минут
 - 2) 10-15 минут
 - 3) 20-30 минут
 - 4) 40-45 минут
 - 5) 50-60 минут
18. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ТРЕТЬЕМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ ПРОВОДИТСЯ
- 1) в/м введением 1 мл окситоцина в конце 2-го периода родов
 - 2) в/в введением 1 мл метилэргометрина в момент прорезывания головки
 - 3) в/м введением 1 мл метилэргометрина с последней потугой
 - 4) в/м введением 1 мл гифотоцина с последней потугой
 - 5) подкожным введением 1 мл маммофизина в конце 1 -го периода родов
19. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ СООТВЕТСТВЕННО
- 1) 12-14 час и 7-8 час
 - 2) 8-10 час и 4-6 час
 - 3) 15-18 час и 10-12 час
 - 4) 18-24 час и 14-16 час
 - 5) 6-8 час и 4-5 час
20. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ
- 1) 1.5 % массы роженицы
 - 2) 1.0 % массы роженицы
 - 3) 300 мл
 - 4) 0.5 % массы роженицы
 - 5) 150 мл

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Беременная Л., 24 года, поступила в приемное отделение с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота. Срок беременности 40-41 нед.

Что позволит определить наличие биологической готовности беременной к родам?

Задача № 2

Повторнобеременная первородящая А., 23 лет, в родах 8 часов. Схватки достаточной силы, через 2—3 минуты по 35—40 секунд. Размеры таза в пределах нормы.

Предполагаемая масса плода 3200 г. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138—142 уд/мин. При внутреннем исследовании обнаружено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7—8 см. плодный пузырь цел, напряжен. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа и спереди. Мыс не достигим.

Диагноз. Перечислите моменты биомеханизма родов. Какую манипуляцию необходимо выполнить?

Задача № 3.

У повторнородящей Б., 29 лет, потуги через 1—2 мин по 40—45 сек. достаточной силы. Головка плода врезывается. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138-144 уд/мин. В предыдущих родах разрыва и рассечения промежности не было.

Диагноз. Тактика врача.

3. Оцените степень «зрелости» шейки матки по Бишопу, учитывая следующие признаки:

Признаки				
Положение шейки матки по отношению к крестцу	Длина шейки матки	Консистенция шейки матки	Открытие наружного зева	Расположение предлежащей части
К крестцу	2 см	Размягчена	1 см	Над входом

4. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар по следующим признакам:

Признаки				
Дыхание	Сердцебиение	Цвет кожных покровов	Мышечный тонус	Рефлекторная возбудимость
Редкие, единичные дыхательные движения	Менее 100 в минуту	Розовая, конечности синие	Снижен	Появляются гримаса или движения

Какие необходимо провести мероприятия?

ТЕМА № 4. ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Цель занятия - изучить особенности течения физиологического послеродового периода, научить правильно оценивать результаты различных методов исследования для диагностики и ведения послеродового периода, изучить принципы ведения послеродового периода.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИИ:

Контрольные вопросы

1. Какие анатомические и физиологические изменения происходят в организме женщины в послеродовом периоде?
2. Ведение физиологического послеродового периода. Цели послеродового наблюдения. Комплекс упражнений Кегеля.
3. Определите возможные изменения основных клинико-лабораторных показателей в послеродовом периоде.
4. Каков объем клинико-лабораторного обследования женщины в послеродовом периоде?
5. Контрацепция в послеродовом периоде.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:
особенности течения и ведения физиологического послеродового периода, изменения, происходящие в различных системах организма женщины в послеродовом периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.

	<p>8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>14. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>15. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>16. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>17. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск :</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: проводить профилактику послеродовых осложнений, оценивать состояние молочных желез, половых органов и других систем организма, подобрать способ контрацепции.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В НОРМАЛЬНОЙ ИНВОЛЮЦИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ИМЕЕТ
 - 1) естественное вскармливание новорожденного
 - 2) нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
 - 3) гигиена родильницы
 - 4) диететика родильницы
 - 5) все ответы неправильны

2. В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ТРЕЩИН СОСКОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У РОДИЛЬНИЦЫ (В ПЕРИОД ЕЕ ПРЕБЫВАНИЯ В РОДДОМЕ) ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ИМЕЕТ

- 1) полноценное калорийное питание родильницы
 - 2) соблюдение правил гигиены молочных желез
 - 3) систематическая уборка послеродовых палат
 - 4) кратковременное (не более 1-2 мин) первое кормление новорожденного грудью матери
 - 5) все ответы неправильны
3. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЛОХИЙ В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 50 мл
 - 2) 100 мл
 - 3) 200 мл
 - 4) до 1.5 литров
 - 5) все ответы неправильны
4. МОЛОЗИВО ПОСЛЕ РОДОВ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
- 1) 1-2 недель
 - 2) 9-10 дней
 - 3) 12-14 дней
 - 4) 3-4 дней
 - 5) 1-2 дней
5. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МОЛОЗИВА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) белый цвет
 - 2) кислая реакция
 - 3) низкое содержание иммуноглобулинов
 - 4) более низкое содержание белков и жиров, чем в зрелом молоке
 - 5) содержание специфических клеток с жировыми включениями
6. ВЫРАЖЕННОЕ НАГРУБАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) во время беременности
 - 2) на 1 -2 сутки послеродового периода
 - 3) на 2-3 сутки послеродового периода
 - 4) на 4-5 сутки послеродового периода
 - 5) на 5-6 сутки послеродового периода
7. СЕКРЕЦИЯ МОЛОКА У РОДИЛЬНИЦ НАЧИНАЕТСЯ
- 1) через 6 часов после родов
 - 2) через 12 часов после родов
 - 3) в конце 1-ых суток послеродового периода
 - 4) на 2-3 сутки послеродового периода
 - 5) на 5-6 сутки послеродового периода
8. ДНО МАТКИ НА 5-Е СУТКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НАХОДИТСЯ
- 1) на 1 поперечный палец ниже пупка
 - 2) на 2 поперечных пальца ниже пупка
 - 3) на 1 поперечный палец выше лонного сочленения
 - 4) на 3 поперечных пальца ниже пупка
 - 5) на середине расстояния между пупком и лонного сочленения

9. ДНО МАТКИ НА 7-Е СУТКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НАХОДИТСЯ
- 1) на уровне пупка
 - 2) на 3 поперечных пальца ниже пупка
 - 3) на 3 поперечных пальца выше лонного сочленения
 - 4) на 1 поперечный палец ниже пупка
 - 5) на середине расстояния между пупком и лонного сочленения
10. К КОНЦУ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА МАССА МАТКИ УМЕНЬШАЕТСЯ
- 1) на 20%
 - 2) на 35%
 - 3) на 40%
 - 4) на 50%
 - 5) на 70%
11. К КОНЦУ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА МАССА МАТКИ УМЕНЬШАЕТСЯ
- 1) почти в 2 раза
 - 2) почти в 4 раза
 - 3) почти в 5 раз
 - 4) почти в 20 раз
 - 5) почти в 60 раз
12. ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ
- 1) к 3 суткам
 - 2) к 10 суткам
 - 3) к 30 суткам
 - 4) к 21 суткам
 - 5) к концу послеродового периода
13. ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ФОРМИРУЕТСЯ К КОНЦУ
- 1) 1-х суток
 - 2) 2-ых суток
 - 3) 3-ей недели
 - 4) 1-го месяца
 - 5) 6-8 недели
14. О НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ СУДЯТ
- 1) по количеству лохий
 - 2) по общему состоянию родильницы
 - 3) по данным влагалищного исследования
 - 4) по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий
 - 5) по состоянию наружного зева цервикального канала
15. НА 3-4 СУТКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ЛОХИИ
- 1) кровянисто-серозные
 - 2) серозно-кровянистые
 - 3) серозные
 - 4) слизистые
 - 5) отсутствуют

16. НА 5-7 СУТКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ЛОХИИ

- 1) кровянистые
- 2) серозно-кровянистые
- 3) серозные
- 4) слизистые
- 5) отсутствуют

17. ЩЕЛОЧНАЯ РЕАКЦИЯ И СПЕЦИФИЧЕСКИЙ "ПРЕЛЫЙ" ЗАПАХ ЛОХИЙ, НАЛИЧИЕ В НИХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ

- 1) для нормального течения послеродового периода
- 2) для лохиометры
- 3) для метроэндометрита
- 4) для метротромбофлебита
- 5) для субинволюции матки

18. ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРОИСХОДИТ

- 1) на 10-15 день
- 2) на 2-3 неделе
- 3) на 4-5 неделе
- 4) на 6-8 неделе
- 5) на 8-10 неделе

19. ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) уменьшением ее массы
- 2) увеличением ее подвижности
- 3) прогрессирующим тромбозом вен таза
- 4) усилением кровотока в маточных сосудах
- 5) формированием нижнего сегмента

20. ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ В ОБЛАСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ПЛОЩАДКИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

- 1) на 1-ой неделе послеродового периода
- 2) на 2-ой неделе послеродового периода
- 3) на 6-8 неделе послеродового периода
- 4) на 3-ей неделе послеродового периода
- 5) на 4-ой неделе послеродового периода

ТЕМА № 5: МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

Цель занятия: изучить этиологию, диагностику, особенности течения многоплодной беременности, особенности развития плодов, особенности течения и ведения родов, послеродового периода, профилактику осложнений.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Что такое многоплодная беременность?
2. Как диагностировать многоплодную беременность?
3. Каковы осложнения в течении многоплодной беременности?
4. Каковы особенности ведения родов при многоплодной беременности?
5. Определение маловодия.
6. В чем заключается диагностика маловодия?
7. Какова тактика врача при ведении беременности при маловодии?
8. Определение многоводия.
9. Основные причины многоводия?
10. Лечение и тактика ведения беременности при хроническом многоводии.

Задачи занятия: научить клинических ординаторов (ординаторов, слушателей) диагностировать многоплодную беременность, разрабатывать план обследования, ведения беременной с многоплодием, определять показания для госпитализации, план родоразрешения.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Клинический ординатор должен знать: определение многоплодной беременности, особенности строения плодного яйца, течение беременности и особенности развития плодов, методы диагностики многоплодной беременности, течение родов и особенности их ведения, возможные осложнения со стороны матери и плодов, методы их лечения и

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.

<p>профилактику, ведение II периода родов после рождения I плода, особенности течения и ведения III периода родов и послеродового периода.</p>	<p>6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.</p> <p>7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.</p> <p>8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.</p> <p>9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>15. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>16. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>17. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>18. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А.М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>19. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии.</p>
<p>Клинический ординатор должен уметь: проводить пальпацию и аускультацию при многоплодной беременности, измерения ВСДМ и ОЖ, массы плодов, определить расположение плодов в матке, оценить количество околоплодных вод и подвижность плодов.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ МНОГОПЛОДНОЙ

БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности
- 2) указания беременной на частые шевеления плода
- 3) выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода
- 4) ничего из перечисленного

2. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) ультразвуковое исследование
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) радиоизотопную сцинтиграфию
- 4) ничего из перечисленного

3. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипоэстрогения
- 2) снижение уровня эндогенных простагландинов
- 3) перерастяжение матки
- 4) ничего из перечисленного

4. ПРИ НАЛИЧИИ РАЗНОЯЙЦЕВОЙ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЗРЕЛОСТЬ ПЛОДОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) отдельно по массе тела
- 2) отдельно по длине плодов
- 3) по признакам зрелости у каждого плода отдельно
- 4) все перечисленное неверно

5. В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ УЗИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НЕСООТВЕТСТВИИ МЕЖДУ ГЕСТАЦИОННЫМ ВОЗРАСТОМ И РАЗМЕРАМИ МАТКИ. РАЗМЕРЫ МАТКИ БОЛЬШЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО СРОКА МОГУТ БЫТЬ ПРИ:

- 1) миоме матки
- 2) многоплодной беременности
- 3) пузырном заносе
- 4) двурогой матке

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Первородящая, 29 лет, поступила в родильный дом с хорошими схватками по 35-40 секунд через 3-5 мин. При осмотре незначительные отеки голеней, брюшной стенки, АД 140/90. Таз: 25-28-31-20. Окружность живота 112 см, положение плода продольное, сердцебиение 140 уд., приглушенное, слева ниже пупка. Предлежащая часть четко не определяется. При поступлении отошли воды в обильном количестве. При влагалищном исследовании: открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, опустившаяся на дно малого таза, стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок спереди. Через 8 мин. родился плод, 2680 г., длиной 47 см. После рождения первого плода обнаружен второй плод, в поперечном положении, при головке, расположенной слева. Сердцебиение плода на уровне пупка, 138 уд., ритмичное.

Диагноз? Как вести дальше роды? Особенности ведения 3 периода родов?

Задача № 2.

Повторнородящая, 23-х лет, с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Воды не изливались. ОЖ 120 см, ВДМ 40 см. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяется много мелких частей. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз, небольших размеров. При аускультации определяется сердцебиение плода слева выше пупка 132 уд. в мин. и справа ниже пупка 128 уд. в мин. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, открытие зева на 4 см, плодный пузырь цел. Головка подвижная над входом в малый таз.

Диагноз. План ведения родов.

Задача № 3.

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 2 часа после начала схваток с целыми околоплодными водами. Диагностирована двойня. ОЖ 110 см, ВДМ 40 см. Положение 1 и 2 плодов поперечное по данным УЗИ и наружного обследования: определяются две головки плода - справа и слева. Сердцебиение плодов выслушивается слева и справа на уровне пупка, ясное, ритмичное, 136-140 уд. в мин. Схватки средней силы через 5-6 мин. по 35 сек. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие зева 2 см. Плодный пузырь цел. Предлежащие части 1 плода не определяются.

Диагноз. Метод родоразрешения. Ошибки женской консультации.

ТЕМА № 6. УЗКИЙ ТАЗ

Цель занятия: ознакомить врачей-ординаторов (ординаторов, слушателей) с различными формами анатомически узкого таза, особенностями течения и ведения беременности и родов при узком тазе, способами его диагностики. Принципами ведения родов при нем, понятием клинически узкий таз, указать на важность правильного выбора способа родоразрешения для благоприятного исхода родов.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия анатомически и клинически узкого таза.
2. Указать причины формирования узкого таза.
3. Классификация анатомически узких тазов.
4. Указать способы диагностики анатомически узкого таза.
5. Особенности строения и биомеханизма родов при плоских тазах.
6. Особенности строения и биомеханизма родов при поперечносуженном тазе.
7. Особенности строения и биомеханизма родов при общесуженных тазах.
8. Осложнения родов при аномалиях костного таза.
9. Сформулировать принципы ведения родов при узком тазе.
10. Указать причины возникновения и клинические симптомы функционально узкого таза.

Задачи семинара: Научить диагностике анатомически и клинически узкого таза, классификации узкого таза по форме и степени сужения, особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном, простом плоском и плоскорихитическом тазе, а также особенности течения и ведения родов при различных формах сужения таза, одновременно указав на наблюдающиеся осложнения в родах.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

<p>Ординатор должен знать:</p> <p>Роль анатомически узкого таза в течение и исходе родов для матери и плода, значение степеней наружного и внутреннего акушерского исследования в диагностике различных форм сужения таза, дополнительные методы исследования (ультразвуковая пельвиометрия, рентгенопельвиометрия, кардиомониторинг, УЗ биометрия плода), принципы ведения родов и их осложнения при данной патологии.</p>	<p>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 704 с. 2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с.. 3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006. 4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с. 5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006.- 384 с. 6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с. 7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. 8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭ ОТ АР-Медиа, 2009. - 656 с. 9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭ ОТ АР-Медиа, 2008. - 656 с. 10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. 11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 640 с. 12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с. 13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с. 14. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с. 15. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с. 16. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с. 17. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Libri Плюс, 2016. - 408 с. 18. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с. 19. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск :
<p>Ординатор должен уметь: тщательно собрать анамнез, произвести наружный</p>	

осмотр беременной, включая антропометрию, оценить данные наружного тазоизмерения и внутреннего акушерского исследования, результаты функциональной оценки состояния плода, вычислить предполагаемую массу плода и выбрать способ родоразрешения.

1. Уметь на основании данных общего осмотра, наружного и внутреннего акушерского исследования диагностировать анатомически узкий таз, определить форму и степень его сужения.
2. Уметь диагностировать осложнения беременности при узком тазе и определять показания к плановой и экстренной госпитализации.
3. Уметь производить на фонтоне механизмы родов при различных формах анатомически узкого таза.
4. Определять тактику ведения родов в зависимости от степени сужения таза и признаков клинического несоответствия.

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Выявите признаки клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери(клинически узкий таз).

2. Дополните таблицу:

ПРИМЕРНЫЕ НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ УЗКОГО ТАЗА (см)

Форма таза	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis
Поперечносуженный	23	26	29	20	13
Простой плоский	26	29	31	18	11
Равномерносуженный	24	26	28	18	11
?	26	26	31	18	11

3. Решите следующую клиническую задачу.

Задача № 1

В родильный дом поступила женщина 25 лет, с доношенной беременностью. Беременность - вторая, первая беременность закончилась рождением мертвого плода массой 3800,0 с кровоизлиянием в мозг. Рост женщины 160 см, наружные размеры таза: 26-28-30-17 см, индекс Соловьева - 1,6, размеры ромба Михаэлиса: вертикальный - 9 см, горизонтальный - 10 см, окружность живота 110 см, высота стояния дна матки - 41 см.

Диагноз? План ведения родов?

Задача № 2

Первородящая 23 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, положение плода продольное, предлежание головное. Наружные размеры

таза: 26-29-31-20, окружность живота - 96 см, высота дна матки - 38 см. При динамическом наблюдении через 10 час от начала родовой деятельности проявились непроизвольные потуги. Роженица жалуется на постоянные резкие боли в области нижнего сегмента матки, самостоятельно не мочится, признак Вастена вровень. При влагалищном исследовании обнаружено: открытие шейки матки 8 см, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Определяются глазницы плода, корень носа, лоб, угол большого родничка. Диагноз? Тактика ведения родов?

4. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

ТЕСТЫ

- 1 АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ВСЯКИЙ ТАЗ, У КОТОРОГО ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМАЛЬНЫМ
 - а) все размеры уменьшены на 0.5-1 см
 - б) хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см
 - в) все размеры уменьшены на 1.5-2 см
 - г) хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см
 - д) ничего не верно

- 2 ТАЗ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ, ЕСЛИ ВЕЛИЧИНА НАРУЖНОЙ КОНЪЮГАТЫ МЕНЕЕ
 - а) 20 см
 - б) 19.5
 - в) 19 см
 - г) 18.5
 - д) 18 см

- 3 ТАЗ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ, ЕСЛИ РАЗМЕР ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЫ МЕНЕЕ
 - а) 12 см
 - б) 11.5
 - в) 11 см
 - г) 10.5
 - д) 10 см

- 4 ТАЗ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫМ, ЕСЛИ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ СОСТАВЛЯЕТ
 - а) менее 13.5 до 13 см
 - б) менее 13 до 12.5 см
 - в) менее 12.5 до 12 см
 - г) менее 12 до 11.5 см
 - д) менее 11.5 до 11 см

5. ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ СОСТОЯТ В СЛЕДУЮЩЕМ
 - а) может быть косое асинклитическое вставление головки плода
 - б) может быть высокое прямое стояние головки плода
 - в) головка плода может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота
 - г) во всем перечисленном

- д) ни в чем из перечисленного
- 6 ДЛ**Я ОБТТТ**РАВНОМЕРНОСУЖЕННОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО
- а) уменьшение только прямого размера входа в малый таз
 - б) одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
 - в) удлинение крестца
 - г) правильно б) и в)
 - д) все перечисленное
- 7 УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРА ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ ДО 10 СМ ПОЗВОЛЯЕТ ОТНЕСТИ ТАЗ К СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ
- а) I
 - б) II
 - в) III
 - г) IV
- 8 РАЗМЕР ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ 8.5 СМ ПОЗВОЛЯЕТ ОТНЕСТИ ТАЗ К СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ
- а) I
 - б) II
 - в) III
 - г) IV
- 9 КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ - ЭТО
- а) одна из форм анатомически узкого таза
 - б) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
 - в) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
- 10 РОДЫ ПРИ I СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ОТНОСИТЕЛЬНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ) ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМ
- а) биомеханизм родов соответствует форме таза
 - б) длительность родового акта больше обычной
 - в) симптом Вастена отрицательный
 - г) правильно а) и б)
 - д) всем перечисленным
- 11 III СТЕПЕНЬ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (АБСОЛЮТНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ
- а) биомеханизм родов не соответствует форме узкого таза
 - б) признак Вастена положительный
 - в) отсутствует способность головки плода к конфигурации
 - г) правильно а) и в)
 - д) всеми перечисленными
- 12 ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА II СТЕПЕНИ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ И ЖИВОМ ПЛОДЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЕН ВЫБОР СЛЕДУЮЩЕГО СПОСОБА РОДРАЗРЕШЕНИЯ (ПРИ НАЛИЧИИ УСЛОВИЙ)

- а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином для усиления потуг и естественного родоразрешения
- б) наложение акушерских щипцов
- в) вакуум-экстракция плода
- г) операция кесарева сечения
- д) правильно а) и б)

13 ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА III СТЕПЕНИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ И ЖИВОМ ПЛОДЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНА СЛЕДУЮЩАЯ АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином
- б) применение приема Кристеллера или бинта Вербова
- в) проведение наружного поворота плода на тазовый конец
- г) проведение операции кесарева сечения
- д) правильно а) и б)

14 ЕСЛИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ СОЧЕТАЕТСЯ С ЗАДНЕ-ТЕМЕННЫМ АСИНКЛИТИЧЕСКИМ ВСТАВЛЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПЛОДА, ТО РОДЫ СЛЕДУЕТ ВЕСТИ

- а) консервативно
- б) в зависимости от формы анатомически узкого таза
- в) в зависимости от массы тела плода
- г) только путем кесарева сечения
- д) ничего из перечисленного
- д) правильно б) и в)
- д) с применением рассечения шейки матки и промежности

5. Продолжите составление тестовых вопросов.

1. При проведении специального акушерского обследования необходимо обращать внимание на следующие диагностические критерии поперечно суженного таза...
2. Биомеханизм родов у женщин с уменьшенным прямым размером широкой части полости малого таза имеет следующие особенности...
3. Для поперечносуженного таза характерно.
4. Основные варианты поперечносуженного таза это.
5. Анатомически узкий таз чаще всего формируется при.

6. Дополните таблицу

6. Провести классификацию узкого таза по форме и степеням сужения.

Часто встречающиеся формы:	Редко встречающиеся формы:
1	1
2	2
а)	3
б)	4
3	5

7. Приведите примеры:

Общеравномерносуженный таз- 22-25-28-?

8. Составьте таблицу 4 степеней сужения таза:

- 1-истинная конъюгата меньше 10 и больше 9 см
- 2 -?
- 3 -?
- 4 -?

ТЕМА № 7: АНОМАЛИИ РОДОВЫХ СИЛ

Цель занятия: изучить основные виды аномалий родовой деятельности, этиологию, патогенез, клинику, диагностику, патогенетическое лечение, профилактику.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Причины развития аномалий родовой деятельности.
2. Классификация аномалий родовой деятельности.
3. Клинические проявления прелиминарного периода и его патология.
4. Клиника первичной и вторичной слабости родовой деятельности.
5. Осложнения в родах при слабости родовой деятельности.
6. Лечение и профилактика слабости родовой деятельности.
7. Клинические признаки дискоординированной родовой деятельности.
8. Дифференциальная диагностика дискоординации и слабости родовой деятельности.
9. Диагностика и принципы лечения дискоординированной родовой деятельности.
10. Клиника, лечение, осложнения чрезмерной родовой деятельности.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:

1. Физиологические изменения в организме женщины перед родами (предвестники, прелиминарный период).
2. Физиологию сократительной деятельности матки.
3. Функционально-морфологические изменения в мышечных волокнах при сокращениях.
4. Основные формы аномалий родовой деятельности.
5. Причины аномалий родовой деятельности.
6. Клинику диагностику, лечение и профилактику аномалий родовой деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
5. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп.

	<p>ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>14. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>15. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>16. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>17. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>18. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>19. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. -</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: уметь выявлять факторы риска развития аномалий родовой деятельности, оценить характер родовой деятельности (сила, продолжительность, частота схваток), диагностировать основные виды нарушений сократительной деятельности дифференцировать первичную слабость родовой деятельности и вторичную, применять фармакологические средства для профилактики и лечения аномалий родовой деятельности.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов 1. ПРИ

ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРУШЕН ТОНУС

- 1) симпатико-адреналовой системы
 - 2) холинергической системы
 - 3) всего перечисленного
 - 4) ничего из перечисленного
2. В КОМПЛЕКСНЫХ СХЕМАХ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
- 1) окситоцин, простагландины
 - 2) АТФ, галаскорбин, аскорбиновая кислота, кобальта хлорид
 - 3) сигетин, глюкоза
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
3. ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ (ДСДМ) ВНУТРИАМНИОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМОЙ
- 1) повышено
 - 2) понижено
 - 3) не изменено
 - 4) в зависимости от толщины стенки матки
4. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ДИСКООРДИНАЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) резкая болезненность схваток
 - 2) повышение базального тонуса матки
 - 3) затруднение мочеиспускания
 - 4) уплотнение краев шейки матки в схватку
 - 5) быстрое раскрытие шейки матки
 - 6) все перечисленное
 - 7) ничего из перечисленного
5. ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ - ЭТО
- 1) смещение «водителя ритма» по горизонтали (правая и левая половины матки сокращаются в разном ритме)
 - 2) смещение «водителя ритма» по вертикали (на тело или нижний сегмент матки)
 - 3) возникновение нескольких водителей ритма в матке
 - 4) нарушение тройного нисходящего градиента в сократительной деятельности матки
 - 5) все перечисленное
 - 6) ничего из перечисленного
6. ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО
- 1) повышение базального тонуса матки
 - 2) уменьшение венозного наполнения матки
 - 3) резкая болезненность схваток
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
7. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) гипозестрогения
 - 2) снижение уровня эндогенных простагландинов
 - 3) перерастяжение матки

- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

8. ЗАМЕДЛЕНИЕ СКОРОСТИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) о слабости родовой деятельности
- 2) о дискоординации родовой деятельности
- 3) о дистонии шейки матки
- 4) о ригидности шейки матки
- 5) о всем перечисленном

9. ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) увеличение содержания окситоцина у матери
- 2) повышенное выделение окситоцина гипофизом плода
- 3) снижение содержания окситоциназы
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

10. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МАТКИ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЫЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) снижением амплитуды
- 2) сохранением ритма
- 3) уменьшением частоты схваток
- 4) снижением внутриматочного давления
- 5) всем перечисленным
- 6) ничем из перечисленного

11. В ГРУППЕ ПЕРВОРОДЯЩИХ БЫСТРЫМИ СЧИТАЮТСЯ РОДЫ С ОБЩЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1) от 10 до 12 часов
- 2) от 8 до 10 часов
- 3) от 4 до 6 часов
- 4) от 2 до 4 часов
- 5) менее двух часов

12. В ГРУППЕ ПОВТОРНОРОДЯЩИХ БЫСТРЫМИ СЧИТАЮТСЯ РОДЫ С ОБЩЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1) от 12 до 10 часов
- 2) от 10 до 8 часов
- 3) от 6 до 4 часов
- 4) от 4 до 2 часов
- 5) менее двух часов

13. В ГРУППЕ ПЕРВОРОДЯЩИХ СТРЕМИТЕЛЬНЫМИ СЧИТАЮТСЯ РОДЫ С ОБЩЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1) до 7 часов
- 2) до 6 часов
- 3) до 5 часов
- 4) до 4 часов
- 5) до 2 часов

14. СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ГРУППЕ

- 1) первородящих женщин
- 2) повторнородящих женщин
- 3) рожениц в возрасте от 20 до 24 лет
- 4) рожениц с многоводием
- 5) рожениц с перенесенной беременностью

15. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) зависит от продолжительности родов
- 2) зависит от состояния шейки матки
- 3) во всех случаях сводится к назначению родостимулирующих средств
- 4) включает применение спазмолитиков
- 5) может включать предоставление медикаментозного сна-отдыха

16. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) часто встречается при преждевременных родах
- 2) чаще наблюдается в родах крупным плодом
- 3) сопровождается гипоксией плода
- 4) является типичным осложнением при переднем виде затылочного вставления головки плода
- 5) может осложняться развитием некроза в тканях мягких родовых путей

17. ПРИ ВТОРИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДЫ МОГУТ БЫТЬ ЗАКОНЧЕНЫ

- 1) путем операции кесарева сечения
- 2) путем операции наложения акушерских щипцов
- 3) путем операции перинеотомии
- 4) путем операции вакуум-экстракции плода
- 5) при внутривенном капельном введении бета-адреномиметических средств

18. ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С БЫСТРЫМ И СТРЕМИТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ

- 1) встречается чаще других видов аномалий родовой деятельности
- 2) встречается чаще при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
- 3) приводит к выраженным нарушениям маточно-плацентарного кровообращения
- 4) может быть причиной тяжелых внутричерепных травм у плода
- 5) может осложняться гипотоническим кровотечением в послеродовом периоде

19. БЫСТРЫЕ И СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ

- 1) могут осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- 2) встречаются чаще при гестозе беременных
- 3) сопровождаются развитием гипоксии плода
- 4) могут быть причиной тяжелых неврологических заболеваний новорожденного
- 5) все ответы верны
- 6) все ответы неверны

20. С ЦЕЛЬЮ РЕГУЛЯЦИИ ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) препараты, обладающие бета-адреномиметической активностью

- 2) внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата
- 3) препараты группы токолитиков
- 4) внутримышечное или подкожное введение 1 -2 мл 2% раствора промедола
- 5) ингаляционный наркоз фторотаном

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Первородящая М., 24 лет, поступила в родильный дом в 17 часов с доношенной беременностью и регулярными схватками, которые начались 10 часов назад.

Беременность первая. При поступлении состояние удовлетворительное, рост 166 см, масса тела 96 кг. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное, I позиция, передний вид, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3800 гр. Схватки через 4-5 минут по 30-35 секунд, слабой силы. Воды излились при санитарной обработке в приемном покое.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, края средней толщины, умеренно растяжимые. Плодного пузыря нет. Головка во входе в малый таз. Стреловидный шов в

правом косом размере, малый родничок слева кпереди, большой родничок - справа, сзади. Емкость таза удовлетворительная, CD - 13 см, CV - 11 см.
 Диагноз. План ведения. Каковы возможные осложнения для матери?

Задача № 2.

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

Соматически здорова.

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

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

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

Диагноз. План ведения родов. Какие осложнения возможны?

Задача № 3.

Повторнобеременная, 27 лет, роды первые, в срок. Сердцебиение плода аритмичное, 100 уд. в мин. Потуги слабые. Терапия без эффекта. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует. Ягодицы плода в полости малого таза, рядом с ними стопки плода.

Диагноз. Тактика врача.

3. Как Вы считаете, клинические признаки какой разновидности аномалий родовых сил представлены в данной таблице?

Базальный тонус матки	Продолжительность схваток	Частота схваток	Сила сокращения	Скорость раскрытия маточного зева	Характеристика плодного пузыря
Снижен	Менее 15-20 сек.	Не более 12 схваток за 10 мин.	Ниже 30 мм рт. ст.	Менее 1-1,2 см/ч	Функционально неполноценный

Какова тактика врача в данном случае?

ТЕМА № 8: ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ (КЛАССИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ, ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ).

Цель занятия: ознакомить ординаторов с классификацией, диагностикой, особенностями течения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода, изучить неправильные положения плода в матке и операции, исправляющие положения плода во время беременности и в родах, акушерские повороты и методы извлечения плода за тазовый конец; показания, противопоказания, условия, предоперационную подготовку, технику операций, обезболивание, осложнения.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия "тазовое предлежание плода".
2. Классификация тазовых предлежаний плода.
3. Частота тазового предлежания плода.
4. Этиология тазовых предлежаний плода.
5. Диагностика тазовых предлежаний плода.
6. Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.
7. Особенности течения беременности при тазовом предлежании плода.
8. Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода.
9. Особенности течения и осложнения второго периода родов при тазовом предлежании плода.
10. Современные показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода.
11. Методы ручных пособий, применяемых в родах при тазовых предлежаниях плода.
12. Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову и Брахту в родах при тазовом предлежании плода.
13. Классическое акушерское пособие при тазовом предлежании плода.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:
этиологию, классификацию, биомеханизм родов, особенности течения родов, применяемые пособия в родах, осложнения, возникающие в I и II периодах родов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по

<p>при тазовых предлежаниях плода. Неправильные положения плода (поперечное и косое), причины их развития, диагностику и осложнения, возникающие во время беременности и в родах, методы родоразрешения, способы поворотов и методы извлечения плода за тазовый конец, показания к операциям, противопоказания, условия, технику, обезболивание, осложнения.</p>	<p>в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.</p> <p>4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.</p> <p>5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.</p> <p>6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.</p> <p>7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.</p> <p>8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 1024 с.</p> <p>11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>13. Дунаевская С.С., Винник Ю.С. Кровотечение и трансфузиология. - Изд-во Феникс, 2007.- 160с.</p> <p>14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>15. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с.</p> <p>16. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>17. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>18. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>19. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>20. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: наружными методами обследовать беременную и роженицу, диагностировать тазовые предлежания плода; на фантоме продемонстрировать все моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода; распознавать их при внутреннем исследовании; определить место нахождения</p>	

предлежащей части в родовом канале; оказать ручное пособие по Цовьянову и Брахту; классическое акушерское пособие; продемонстрировать выведение головки плода по методу Мориссо-Левре-Ла Шапель и Смелли-Файту; правильно записать данные обследования в истории родов; поставить диагноз и определить тактику ведения родов (роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения).
Показать на фантоме с куклой неправильные положения плода в матке и этапы каждой операции.

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ЗАПУЩЕННОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО ТАКАЯ АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТ МЕСТО
 - а) выпадение ручки плода
 - б) вколочивание в таз плечика плода
 - в) отхождение вод
 - г) правильно б) и в)
 - д) все перечисленное

2. ПРИ ЗАПУЩЕННОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЖИВОГО ДОНОШЕННОГО ПЛОДА, ХОРОШЕМ ЕГО СОСТОЯНИИ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРИ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ БУДЕТ ПРОВЕДЕНИЕ
 - а) комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией
 - б) наружного акушерского поворота плода на головку
 - в) родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот плода
 - г) операции кесарева сечения

3. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА (ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА И ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА) БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ
 - а) вводится та рука, которой лучше всего владеет акушер-гинеколог
 - б) вводится рука акушера-гинеколога, разноименная позиции плода
 - в) вводится рука акушера-гинеколога, одноименная позиции плода

4. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА (ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА, ЕГО

- ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ И ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА) ОБЫЧНО
- а) захватывают вышележащую ножку плода
 - б) захватывают нижележащую ножку плода
 - в) выбор ножки плода значения не имеет
 - г) выбор ножки плода зависит от его массы
5. ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА (ПРИ ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА) КОНТРОЛЬНОЕ РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРОИЗВОДЯТ
- а) обязательно
 - б) не обязательно
 - в) только если началось кровотечение
 - г) только при крупном плоде
6. В ЭТИОЛОГИИ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕЕ
- а) многоводие
 - б) многоплодие
 - в) предлежание плаценты
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
7. ЧАСТОТА ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ
- а) 4-5%
 - б) 6-7%
 - в) 8-9%
 - г) 10-11%
 - д) 12-13%
8. ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ХУДШИЙ ПРОГНОЗ, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЕТ МЕСТО
- а) при чисто ягодичном предлежании
 - б) при ножном предлежании
 - в) при смешанном ягодичном предлежании
 - г) при разогнутой головке плода
9. РОДЫ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОТНОСЯТСЯ К РОДАМ ВЫСОКОГО РИСКА
- а) при перенесенной беременности
 - б) при хронической гипоксии плода
 - в) при узком тазе
 - г) при всем перечисленном
 - д) ни при чем из перечисленного
10. В ПРОГНОЗЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
- а) срок беременности
 - б) масса плода
 - в) разновидность тазового предлежания
 - г) вид (передний, задний)
 - д) все перечисленное
11. ЧАСТОТА ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

- а) повышена
- б) понижена
- в) зависит от общего состояния женщины
- г) зависит от наличия гипоксии плода
- д) правильно в) и г)

12. ДИАГНОЗ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ В РОДАХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ОБЫЧНО (НА ФОНЕ ОТОШЕДШИХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД) ПРИ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НЕ МЕНЕЕ

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3-4 см и более

13. КОРРИГИРУЮЩУЮ ГИМНАСТИКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРОВОДЯТ ОБЫЧНО В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

- а) 14-20 недель
- б) 21-27 недель
- в) 28-35 недель
- г) 36-40 недель

14. УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) наличие целого плодного пузыря
- б) полная соразмерность головки плода и таза матери
- в) раскрытие маточного зева не менее, чем на 7-8 см
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

15. ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА И ВЫЯВЛЕНИИ ЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ (В 38 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ) НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД РОДРАЗРЕШЕНИЯ

- а) амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина
- б) кесарево сечение в плановом порядке
- в) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
- г) роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков
- д) правильно в) и г)

16. К КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ОТНОСЯТСЯ

- а) несоответствие величины головки предполагаемой массе тела плода
- б) расположение головки в дне матки со стороны позиции плода
- в) наличие выраженной глубокой шейно-затылочной борозды при определении позиции плода
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

17. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ВАРИАНТЕ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

- а) смешанном ягодичном

- б) полном ножном
- в) неполном ножном
- г) при всех перечисленных
- д) ни при каком из перечисленных

18. ПОСОБИЕ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

- а) чистом ягодичном
- б) смешанном ягодичном
- в) полном ножном
- г) неполном ножном
- д) при всех перечисленных

19. ЧИСТОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- а) ножки согнуты в тазобедренных суставах
- б) ножки разогнуты в коленных суставах
- в) ножки вытянуты вдоль туловища
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

20. СМЕШАННОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- а) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
- б) ножки разогнуты в голеностопных суставах
- в) вместе с ягодицами предлежит одна или обе ножки плода
- г) правильно а) и в)
- д) все правильно

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Первородящая, 24-х лет, беременность доношенная. Схватки начались 4 часа назад. Воды излились 2 часа назад. Таз: 25-28-32-21 см. Предлежание тазовое. Предполагаемая масса плода 3200 г. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. с мин. Шейка матки сглажена, раскрытие зева 6 см, края тонкие, податливые. плодного пузыря нет. Предлежат ягодицы во входе в малый таз. Диагноз. План родоразрешения.

Задача № 2.

В отделение патологии на дородовую госпитализацию поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 39 недель. Размеры таза 24-26-29-18 см. ОЖ 110 см, ВДМ 40см. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. в мин. слева выше пупка. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 п/п, в области внутреннего зева валик уплотнения. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз. План ведения родов.

Задача № 3

В родильное отделение поступила первородящая 17-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. На учете в женской консультации с 28 недель. Общая прибавка в весе - 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. Данная беременность - первая. На учете в женской консультации с 28 недель, посещения нерегулярные. При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, АД 140/100, 145/105 мм рт. ст., рост 162 см, вес 73 кг. Отеки нижних и верхних конечностей. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Окружность Соловьева - 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10x10 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Предполагаемая масса плода 3800,0 г. При влагалищном исследовании диагностировано тазовое предлежание плода. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Подтекают светлые воды. Диагноз? План ведения родов?

ТЕМА № 9: РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ.
АСИНКЛИТИЧЕСКИЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ. НЕПРАВИЛЬНЫЕ СТОЯНИЯ
ГОЛОВКИ. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА. ОПЕРАЦИИ,
ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. АКУШЕРСКИЕ ПОВОРОТЫ.
ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

Цель занятия: изучить причины неправильных предлежаний и вставлений головки, асинклитических вставлений головки и неправильных стояний головки; диагностику, биомеханизмы и клинику родов, осложнения во время и после родов; изучить неправильные положения плода в матке и операции, исправляющие положения плода во время беременности и в родах, акушерские повороты и методы извлечения плода за тазовый конец; показания, противопоказания, условия, предоперационную подготовку, технику операций, обезболивание, осложнения.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Причины образования разгибательных предлежаний.
2. Биомеханизм родов при I степени разгибания головки.
3. Биомеханизм родов при лицевом предлежании в заднем виде.
4. Какие разгибательные предлежания являются абсолютным показанием к кесареву сечению?
5. Какие моменты биомеханизма родов являются общими для всех разгибательных предлежаний?
6. Какие осложнения у матери возникают в родах при разгибательных предлежаниях?
7. Какие осложнения у ребенка, родившегося в разгибательных предлежаниях?
8. Причины асинклитического вставления?
9. Какие виды асинклитического вставления вы знаете?
10. Как Вы будете родоразрешать роженицу, у которой высокое прямое стояние стреловидного шва?
11. Этиология неправильных положений плода.
12. Методы диагностики неправильных положений плода.
13. Осложнения во время беременности и в родах при неправильных положениях плода.
14. Наружный поворот при поперечных и косых положениях плода. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.
15. Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения;
16. Наружно-внутренний поворот при неполном открытии шейки матки по Брекстон-

Гиксу. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.

17. Осложнения со стороны матери при производстве акушерских поворотов.
18. Осложнения со стороны плода при производстве акушерских поворотов.
19. Комплексы гимнастических упражнений, исправляющих неправильные положения и тазовые предлежания плода.
20. Операции извлечения плода за тазовый конец. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание.
21. Операция извлечения плода за ножку; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
22. Операция извлечения плода за обе ножки; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
23. Операция извлечение плода за паховый сгиб; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
24. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для матери.
25. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для плода.
26. Запущенное поперечное положение плода, этиология, клиника, диагностика, методы родоразрешения.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:
причины возникновения разгибательных предлежаний и вставлений головки, асинклитических вставлений головки и неправильных стояний головки плода, при каких из перечисленных патологических состояний роды можно провести через естественные родовые пути и биомеханизм этих родов, какие являются показанием для кесарева сечения; неправильные положения плода (поперечное и косое), причины их развития, диагностику и осложнения, возникающие во время беременности и в родах, методы родоразрешения, способы поворотов и методы извлечения плода за тазовый конец, показания к операциям, противопоказания, условия, технику, обезболивание, осложнения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
5. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
7. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.
8. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.
9. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
10. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
11. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
12. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
13. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и

	<p>учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>16. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>17. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>18. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p> <p>19. Тазовое предлежание плода : руководство для врачей / Е. А. Чернуха, Т. К. Пучко. - Изд. 2-е. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 176 с.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: диагностировать эти патологические состояния и продемонстрировать биомеханизмы родов на фантоме; показать на фантоме с куклой неправильные положения плода в матке и этапы каждой операции.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ДЛЯ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ В ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
 - а) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером
 - б) внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую
 - в) ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного

2. ПРИ ЗАДНЕ-ТЕМЕННОМ АСИНКЛИТИЧЕСКОМ ВСТАВЛЕНИИ ГОЛОВКИ ДОНОШЕННОГО НЕКРУПНОГО ПЛОДА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ
 - а) кесарево сечение
 - б) родостимуляцию окситоцином на фоне спазмолитиков
 - в) внутривенное введение спазмолитиков или токолитиков
 - г) акушерские щипцы
 - д) вакуум-экстракцию плода

3. ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ПОЛЬЗУ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ, КАК ПРАВИЛО, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА

- а) передний асинклитизм
 - б) задний асинклитизм
 - в) высокое прямое вставление стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом)
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
4. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) малый родничок
 - б) середина между большим и малым родничками
 - в) большой родничок
 - г) середина лобного шва
5. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЮТСЯ
- а) надпереносица
 - б) верхняя челюсть
 - в) затылочный бугор
 - г) правильно а) и в)
 - д) правильно б) и в)
6. ГОЛОВКА ПЛОДА В РОДАХ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ
- а) малому косому размеру
 - б) среднему косому размеру
 - в) большому косому размеру
 - г) прямому размеру
 - д) вертикальному размеру
7. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) середина лобного шва
 - б) корень носа
 - в) большой родничок
 - г) малый родничок
8. ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРОВОДЯТ
- а) путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода
 - б) с помощью атипичных акушерских щипцов
 - в) путем кесарева сечения
 - г) с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами
 - д) с применением рассечения шейки матки и промежности
9. РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА
- а) возможны
 - б) невозможны
 - в) требуют индивидуального подхода
 - г) зависит от массы плода

10. ПРИ КАКОМ БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ГОЛОВКА ПРОХОДИТ ПОЛОСТЬ МАЛОГО ТАЗА СВОИМ БОЛЬШИМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ?
- а) при переднем виде затылочного предлежания
 - б) при заднем виде затылочного предлежания
 - в) при переднеголовном предлежании
 - г) при лобном предлежании
 - д) при лицевом предлежании
11. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ РОЖЕНИЦЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЛАДКАЯ ПОВЕРХНОСТЬ, ПЕРЕСЕЧЕННАЯ ШВОМ. С ОДНОЙ СТОРОНЫ К ШВУ ПРИМЫКАЕТ НАДПЕРЕНОСЬЕ И НАДБРОВНЫЕ ДУГИ, С ДРУГОЙ - ПЕРЕДНИЙ УГОЛ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА
- а) затылочное
 - б) переднеголовное
 - в) лобное
 - г) лицевое
12. ЕСЛИ ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА, ИЗМЕРЕННЫЙ ТАЗОМЕРОМ, ПРЕВЫШАЕТ 12 СМ, СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ
- а) крупный плод
 - б) гидроцефалию плода
 - в) лобное предлежание плода
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
13. СЛЕДУЮЩИЙ БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ:
- СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ,
- ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА, ЗАТЫЛКОМ К ПЕРЕДИ,
- РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ
ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ
- а) переднеголовного
 - б) лобного
 - в) лицевого
 - г) затылочного, передний вид
 - д) затылочного, задний вид
14. ПРИ КАКОМ БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ГОЛОВКА ПРОХОДИТ ПОЛОСТЬ МАЛОГО ТАЗА СВОИМ ВЕРТИКАЛЬНЫМ РАЗМЕРОМ?
- а) передний вид затылочного предлежания
 - б) задний вид затылочного предлежания
 - в) переднеголовное предлежание
 - г) лобное предлежание
 - д) лицевое предлежание
15. ПРИ ЗАДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛОЖЕН
- а) ближе к лону
 - б) ближе к мысу
 - в) строго по оси таза
 - г) ничего из перечисленного

16. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) подъязычная кость
- б) подбородок
- в) нос
- г) лоб
- д) верхняя челюсть

17. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) подъязычная кость
- б) верхняя челюсть
- в) подзатылочная ямка
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

18. ПРИ ОСМОТРЕ ГОЛОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО СРАЗУ ПОСЛЕ РОДОВ ОБРАЩАЕТ "НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ЕЕ БРАХИЦЕФАЛИЧЕСКАЯ ("БАШЕННАЯ") КОНФИГУРАЦИЯ. " ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- а) затылочном, передний вид
- б) затылочном, задний вид
- в) переднеголовном
- г) лобном
- д) лицевом

19. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ О ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) окружность живота более 100 см
- б) высота дна матки свыше 39 см
- в) уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) многоводие
- 2) седловидная матка
- 3) миома матки
- 4) преэклампсия
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Повторнородящая 33 лет после 10 ч хорошей родовой деятельности поступила в родильный дом. Размеры таза нормальные. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Предполагаемая масса плода 4000.0, сердцебиение плода 136 уд. в мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки почти полное, стреловидный шов в поперечном размере, справа малый родничок, слева большой ниже малого. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача № 2

Повторнородящая 20 лет доставлена машиной скорой помощи с диагнозом: Беременность 26 недель. Головное предлежание. I период родов. Воды излились час тому назад. Сердцебиение плода 140 уд. в мин. ясное, ритмичное. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, лобный шов в поперечном размере таза, достигается передний угол большого родничка, глазницы, корень носа. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача № 3

Повторнородящая 28 лет поступила с хорошей родовой деятельностью в течение 6

часов с целыми водами. Таз нормальных размеров. Предполагаемая масса плода - 3200.0, Сердцебиение 140 уд. в мин. При влагалитном исследовании: раскрытие шейки 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?

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Механизм родов при разгибательных вставлениях»:

Критерии	Разгибательные вставления		
	Переднеголовное	Лобное	Лицевое
1-й момент	Умеренное разгибание головки		
2-й момент	Внутренний поворот головки при переходе из широкой части таза в узкую с образованием заднего вида		
3-й момент	Сгибание головки		
4-й момент	Разгибание головки		
5-й момент	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки		
Проводная точка	Большой родничок		
Точка фиксации	Переносица — нижний внутренний край лонного сочленения; затылочный бугор — верхушка копчика		
Размер, которым рождается головка	Прямой — 12 см		

4. Заполните пустые ячейки в таблице «Особенности синклитического и асинклитического вставления головки плода»:

	Синклитизм	Асинклитизм Негеле	Асинклитизм Литцманна

Расположение стреловидного шва	Совпадает с проводной линией таза		
--------------------------------------	---	--	--

Первой в плоскость входа малого таза опускается		Передняя теменная кость	
--	--	----------------------------	--

ТЕМА № 10: РОДЫ У ВОЗРАСТНЫХ, ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ И МНОГОРОЖАВШИХ

Цель занятия: изучить особенности течения и тактику ведения беременности, родов и послеродового периода у возрастных, юных и много рожавших женщин, осложнения, их диагностику, лечение и профилактику.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Определение - старая первородящая.
2. Определение - юная первородящая.
3. Каковы особенности течения родов у "старых" первородящих?
4. Каковы особенности течения родов у "юных" первородящих?
5. Каковы особенности течения родов у многорожавших?
6. Перечислить показания для оперативного родоразрешения у "старых" первородящих.
7. Какова роль женской консультации в подготовке к родам "юных" первородящих?
8. Профилактика осложнений в родах у многорожавших.
9. Каковы причины осложнений течения беременности и родов у "старых" первородящих?
10. Планирование семьи, его цели у многорожавших.

Задачи занятия: научить клинических ординаторов (ординаторов, слушателей) разрабатывать план ведения беременности у возрастных, юных первородящих, много рожавших женщин, диагностировать осложнения беременности и родов, намечать план профилактических мероприятий и своевременно проводить адекватную терапию.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Клинический ординатор должен знать: определение понятий возрастная и юная первородящая, многорожавшая; осложнения течения беременности, родов и послеродового периода, их терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М.

	<p>рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.</p> <p>5. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.</p> <p>6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.</p> <p>7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.</p> <p>8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : гЭоТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>14. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>15. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>16. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>17. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>18. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>19. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p>
<p>Клинический ординатор должен уметь: разработать план ведения беременности и родов у возрастных и юных первородящих, много рожавших женщин, наблюдать динамику развития родовой деятельности у этого контингента, за состоянием плода, диагностировать слабость и дискоординацию родовой деятельности.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

В роддом поступила первобеременная 35 лет, в удовлетворительном состоянии. Беременность 40 недель. В анамнезе - бесплодие 7 лет. Размеры таза - 24-27-30-19.5 см. Предполагаемая масса плода - 3600 г.

Родовая деятельность в течение 10 ч. В момент осмотра схватки по 25-30 с через 7-8 минут. Воды не изливались.

При наружном акушерском исследовании в дне матки определяется округлая баллотирующая часть плода, над входом в малый таз - часть плода небаллотирующая, небольших размеров. Сердцебиение плода выслушивается слева выше пупка 150 ударов в минуту.

При влагалищном исследовании: шейка сглажена, края ее толстые, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодичы плода. Диагональная конъюгата - 12 см.

1. НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ ВОЗРАСТА ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ И ДАННЫХ АНАМНЕЗА МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ, ЧТО ЖЕНЩИНА УГРОЖАЕМА

- а) по развитию аномалий родовой деятельности
- б) по кровотечению в родах
- в) по перинатальной патологии
- г) правильно а) и б)
- д) по всему перечисленному

2. НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ ДАННЫХ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО И ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЙ МОЖНО СДЕЛАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- а) о наличии чистого ягодичного предлежания плода
- б) о наличии анатомического сужения таза II степени
- в) о несоответствии размеров плода и таза матери
- г) правильно а) и б)
- д) о всем перечисленном

3. СЛЕДУЕТ ИЗБРАТЬ СЛЕДУЮЩУЮ АКУШЕРСКУЮ ТАКТИКУ

- а) вести роды консервативно до полного открытия шейки матки, а затем повторно оценить акушерскую ситуацию
- б) провести стимуляцию родовой деятельности на фоне введения спазмолитиков
- в) предоставить медикаментозный сон-отдых
- г) провести наружный акушерский поворот плода на головку
- д) провести операцию кесарева сечения

4. В ЭТОМ НАБЛЮДЕНИИ ФАКТОРАМИ РИСКА ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) поздний возраст первородящей
- б) тазовое предлежание плода с массой 3600 г
- в) аномальная родовая деятельность
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленные

5. КАКОЕ ЗАМЕЧАНИЕ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ МОЖНО СДЕЛАТЬ ПРИ АНАЛИЗЕ ДАННОГО НАБЛЮДЕНИЯ?

- а) беременную необходимо было госпитализировать в дородовое

- отделение роддома в 36 недель беременности для подготовки к родоразрешению
- б) в последние 2 недели беременности было показано уточнение формы и степени анатомического сужения таза
 - в) была необходима ориентация на плановое кесарево сечение
 - г) правильно б) и в)
 - д) все перечисленные замечания

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Первородящая, 32 лет поступила с указанием на излитие околоплодных вод час назад при сроке беременности 40 недель. Родовой деятельности нет. При наружном исследовании выявлено: размеры таза нормальные, предполагаемая масса плода 3100,0. Положение плода продольное, спинка слева, головка плода прижата ко входу в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин.

Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза? План ведения родов?

Задача № 2

Первородящая 36 лет, поступила с указанием на излитие околоплодных вод 2 часа назад при сроке беременности 39-40 недель. В анамнезе 1 медицинский аборт без осложнений. Во время беременности отмечала неравномерную прибавку массы тела, в анализах мочи - белок 0,1 ‰, пастозность голеней и стоп. При наружном исследовании выявлено, что размеры таза нормальные, предполагаемая масса плода 3700,0. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода, головка - в дне матки. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин.

Предполагаемый диагноз? Какие методы исследования следует произвести для уточнения диагноза? План родоразрешения?

Задача №3

Первобеременная 38 лет направлена на ультразвуковое исследование при сроке беременности 31-32 нед. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 34 см, масса женщины 70 кг. Какова цель исследования?

ТЕМА № 11. РОДРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ: КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.

Цель семинара: изучить с врачами-ординаторами операцию кесарева сечения, историю, этапы становления и значение этой операции в современном акушерстве, показания и противопоказания к операции, условия ее выполнения, методы и технику операции, предоперационную подготовку и послеоперационное ведение больных, возможные осложнения в раннем и позднем послеоперационном периодах, изучить (показания, условия, технику, противопоказания, набор инструментов, шовный материал, обезболивание, осложнения).

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Выбор метода родоразрешения в пользу кесарева сечения осуществляют, как правило, если имеется следующее вставление головки плода
2. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение
3. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят 4 Роды через естественные родовые пути при лобном предлежании доношенного плода
5. При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения

Задача (6-10)Продолжите составление тестовых вопросов к ситуационной задаче. Отметьте правильный ответ.

В роддом поступила первобеременная 35 лет, в удовлетворительном состоянии. Беременность 40 недель. В анамнезе - бесплодие 7 лет. Размеры таза - 24-27-30-19.5 см. Предполагаемая масса плода - 3600 г.

Родовая деятельность в течение 10 ч. В момент осмотра схватки по 25-30 с через 7-8 минут. Воды не изливались.

При наружном акушерском исследовании в дне матки определяется округлая баллотирующая часть плода, над входом в малый таз - часть плода небаллотирующая, небольших размеров. Сердцебиение плода выслушивается слева выше пупка 150 ударов в минуту.

При влагалищном исследовании: шейка сглажена, края ее толстые, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода. Диагональная конъюгата - 12 см.

6 На основании оценки возраста первобеременной и данных анамнеза

можно предположить, что женщина угрожаема

- а) по развитию аномалий родовой деятельности
- б) по кровотечению в родах
- в) по перинатальной патологии
- г) правильно а) и б)

- д) по всему перечисленному
7. На основании оценки данных наружного акушерского и влагалищного исследований можно сделать заключение
- о наличии чистого ягодичного предлежания плода
 - о наличии анатомического сужения таза II степени
 - о несоответствии размеров плода и таза матери
 - правильно а) и б)
 - о всем перечисленном
8. Следует избрать следующую акушерскую тактику
- вести роды консервативно до полного открытия шейки матки, а затем повторно оценить акушерскую ситуацию
 - провести стимуляцию родовой деятельности на фоне введения спазмолитиков
 - предоставить медикаментозный сон-отдых
 - провести наружный акушерский поворот плода на головку
 - провести операцию кесарева сечения
9. В этом наблюдении факторами риска по перинатальной смертности являются
- поздний возраст первородящей
 - тазовое предлежание плода с массой 3600 г
 - аномальная родовая деятельность
 - правильно а) и б)
 - все перечисленные
10. Какое замечание по ведению беременной в женской консультации можно сделать при анализе данного наблюдения?
- беременную необходимо было госпитализировать в родоразрешительное отделение роддома в 36 недель беременности для подготовки к родоразрешению
 - в последние 2 недели беременности было показано уточнение формы и степени анатомического сужения таза
 - была необходима ориентация на плановое кесарево сечение
 - правильно б) и в)
 - все перечисленные замечания
11. Повторнородящая 28 лет. 3 года назад - кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по поводу клинически узкого таза. В настоящее время родовая деятельность слабая. Имеется полная соразмерность головки плода и таза матери. Длительность родов - 5 ч. Шейка укорочена до 1.5 см, шейный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Показана следующая акушерская тактика
- приступить к стимуляции родовой деятельности на фоне спазмолитиков
 - произвести операцию кесарева сечения
 - вскрыть плодный пузырь и начать родостимуляцию
 - предоставить сон-отдых
 - ничего из перечисленного

12. К относительным показаниям к операции кесарева сечения относится
13. Для профилактики несостоятельности послеоперационного рубца на матке после интраперитонеального кесарева сечения необходимо
14. Абсолютным показанием к операции кесарева сечения при живом плоде является
15. Экстраперитонеальное кесарево сечение следует производить
16. Противопоказанием к операции интраперитонеального кесарева сечения является

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Ординатор должен знать:

1. Основные показания к операции кесарево сечения.
2. Метод операции кесарево сечения.
3. Разновидность операции кесарево сечения.
4. Относительные показания к операции кесарево сечения.
5. Абсолютные показания к операции кесарево сечения.
6. Противопоказания к операции кесарево сечения.
7. Плановая подготовка к операции кесарево сечения.
8. Экстренная подготовка к операции кесарево сечения.
9. Методы обезболивания.
10. Техника операции кесарево сечения.
11. План реабилитационных мероприятий для женщины, перенесшей операцию кесарева сечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
5. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
7. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.
8. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.
9. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
10. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
11. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. :

	<p>по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>15. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>16. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>17. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p>
<p>Ординатор должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обсудить показания к операции кесарева сечения(абсолютные и относительные). 2. Обсудить противопоказания к операции :развитие инфекции в родах. 3. Подчеркнуть целесообразность кесарева сечения после попыток оперативного родоразрешения через естественные родовые пути. 4. Обсудить подготовку к экстренному кесареву сечению. 5. Знать подготовку к операции беременных сердечно-сосудистой патологией. 6. Знать технику операции кесарево сечения. 7. Обсудить ведение послеоперационного периода и возможные осложнения. 8. Уметь особое внимание обратить на возможность осложнения перитонита и особенности его течения. Обсудить ранние признаки перитонита. 9. Составить план профилактики послеоперационных септических осложнений (после операции интраперитонеального кесарева сечения) в послеоперационном периоде. 	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДЯТ, КАК ПРАВИЛО, В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ, ЕСЛИ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) тазовое предлежание крупного плода
- 2) ножное предлежание плода в сочетании с плоским тазом у беременной
- 3) ножное предлежание плода в сочетании с разгибанием его головки

- 4) рубец на матке и тазовое предлежание
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

2 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ, ЕСЛИ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) бесплодие в анамнезе
- 2) рождение травмированных детей или мертворождение в анамнезе
- 3) хроническая гипоксия плода
- 4) множественная миома матки
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

3 ЕСЛИ ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА ОБНАРУЖЕНО В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В 36 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, ТО НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ТАКТИКА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

- 1) госпитализировать беременную в родильный дом
- 2) провести гимнастику по Дикань
- 3) если поперечное положение плода не изменилось на головное, произвести операцию кесарева сечения в плановом порядке
- 4) при благоприятном течении беременности осуществлять наблюдение за беременной в женской консультации до 40 недель, после чего госпитализировать ее родильный дом для подготовки к родоразрешению
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

4. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анатомическое сужение таза
- 2) возраст первородящей старше 35 лет
- 3) привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе
- 4) гипотрофия плода различной этиологии
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны

5 ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РОДАХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЖИВОГО ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие эффекта от родовозбуждения окситоцическими средствами на протяжении 6-10 ч безводного промежутка
- 2) рубец на матке

- 3) слабость родовой деятельности
- 4) выпадение петель пуповины при раскрытии маточного зева до 4-5 см и ножном предлежании плода
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

6. ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДИКИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, КАК ПРАВИЛО, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) условия для операции
- 2) противопоказания к операции
- 3) технические возможности хирурга
- 4) факторы риска послеоперационных септических осложнений
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

7. КАЧЕСТВО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ

- 1) от выбора методики операции
- 2) от техники зашивания разреза на матке во время операции
- 3) от степени чистоты влагалищного мазка до операции
- 4) от ведения послеоперационного периода
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

8. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВОЗМОЖНЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВАЖНО СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) учет факторов риска септических осложнений
- 2) учет динамики пульса и артериального давления
- 3) оценка соответствия характера и количества лохий дню послеоперационного (послеродового) периода
- 4) измерение трехчасовой температуры тела женщины
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

9. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАЦИИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В НИЖНЕМ МАТОЧНОМ СЕГМЕНТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) шеечная миома матки
- 2) выраженное варикозное расширение вен влагалища и вульвы
- 3) ушитый моче-половой свищ

- 4) анатомическое сужение таза I степени
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

10. ПРОДОЛЖИТЕ СОСТАВЛЕНИЕ ТЕСТОВОГО ВОПРОСА. ОТМЕТЬТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ, КАК ПРАВИЛО, С УЧЕТОМ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ

- 1) возраст женщин
- 2) срок беременности
- 3) анатомические размеры таза
- 4) акушерско-гинекологический анамнез
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

11 ОТВЕТЬТЕ НА ТЕСТОВОЕ ЗАДАНИЕ.

К ОПЕРАЦИИ КОРПОРАЛЬНОГО (КЛАССИЧЕСКОГО) КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАНИЯ

- 1) второй триместр беременности
- 2) бывшее ранее корпоральное кесарево сечение
- 3) наличие шеечно-перешеечного миоматозного узла
- 4) планируемая вслед за операцией кесарева сечения надвлагалищная ампутация или экстирпация матки
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

12. Продолжите составление тестовых вопросов к ситуационной задаче.

Первородящая 35 лет, в родах 10 часов. Устала.

Срок беременности 41-42 недели. Предполагаемая масса плода - 3900 г.

Сердцебиение - 160 в минуту.

При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие 5 см.

Плодный пузырь цел, плоской формы.

Головка прижата ко входу в малый таз.

Размеры таза нормальные.

Показана следующая акушерская тактика

- а) предоставить медикаментозный отдых, а затем провести родостимуляцию окситоцином
- б) вскрыть плодный пузырь, а затем предоставить медикаментозный отдых, после чего начать родостимуляцию

- в) провести лечение асфиксии плода и начать родостимуляцию простагландинами
- г) произвести операцию кесарева сечения
- д) ничего из перечисленного

13. Решите следующую клиническую задачу.

Повторнобеременная, первородящая, 28 лет.

В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч.

Открытие шейки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная.

Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч.

На КТГ - гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые.

Показана следующая акушерская тактика

- а) начать антибактериальную терапию
- б) провести профилактику асфиксии плода
- в) начать стимуляцию родовой деятельности
- г) произвести операцию кесарева сечения
- д) ничего из перечисленного

14. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ОСНОВНОМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

- 1) Чемберлена
- 2) Лазаревича
- 3) Негеле
- 4) Симпсона-Феноменова
- 5) Киллянда

15. АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

- 1) используются для окончания родов
- 2) могут быть применены в конце первого периода родов
- 3) позволяют исключить потуги
- 4) используются для коррекции вставления головки плода
- 5) позволяют изменить позицию и вид плода

16. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1) живого плода
- 2) целого плодного пузыря
- 3) головки плода, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
- 4) полного раскрытия маточного зева
- 5) нормальных размеров таза

17. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1) клинически узкий таз
- 2) внутриутробная гипоксия плода
- 3) вторичная слабость родовой деятельности
- 4) преэклампсия тяж.ст.
- 5) преждевременные роды

18. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) влагалищное исследование
- 2) общее обезболивание

- 3) разрез промежности
- 4) опорожнение мочевого пузыря
- 5) применение утеротонических средств

19. ОПЕРАЦИЯ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

- 1) может быть проведена при головке, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
- 2) является показанием к ручному обследованию полости матки
- 3) повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений
- 4) всегда сопровождается патологической кровопотерей
- 5) является основанием для предоставления послеродового отпуска в 70 дней

20. ПРОБНАЯ ТРАКЦИЯ В ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

- 1) позволяет определить величину необходимой силы влечения
- 2) проводится для определения места положения головки плода
- 3) позволяет определить правильность наложения щипцов
- 4) требует особого расположения рук оператора
- 5) не является обязательным моментом

2. Самостоятельно составьте тесты по данной теме.

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Этапы развития операции кесарева сечения.
2. Метод операции кесарева сечения.
3. Методика корпорального кесарева сечения.
4. Методика кесарева сечения в нижнем маточном сегменте.
5. Преимущества операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте по сравнению с корпоральным. Разрез по Дерфлеру.
6. Кесарево сечение при наличии или подозрении на инфекцию.
7. Что такое абсолютные показания к операции, перечислить их?
8. Что такое относительные показания к операции, перечислить их?
9. Условия для производства операции кесарева сечения.
10. Послеоперационные осложнения при операции кесарева сечения.
11. Каковы недостатки корпорального кесарева сечения?
12. Как зашивают матку при кесаревом сечении по методу В.И. Ельцова-Стрелкова?
13. Ведение больных в послеоперационном периоде.
14. Виды (классификация) плодоразрушающих операций.
15. Краниотомия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.
16. Краниоклазия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание,

- подготовка, техника, осложнения.
17. Декапитация. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.
 18. Экзентерация. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.
 19. Спондилотомия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.
 20. Клейдотомия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.
 21. Пункция головки плода при гидроцефалии. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.
 22. Осложнения со стороны матери при производстве плодоразрушающих операций.
 23. Ручное обследование стенок полости матки. Показания, подготовка, обезболивание, этапы и техника операции.
 24. Операции в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Цель. Перечень.
 25. Профилактика разрывов мягких тканей родового канала.
 26. Профилактика гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.
 27. Устройство акушерских щипцов и модели, чаще используемые в современном акушерстве.
 28. Показания со стороны роженицы для операции наложения акушерских щипцов.
 29. Показания со стороны плода для операции наложения акушерских щипцов.
 30. Условия, необходимые для операции наложения акушерских щипцов.
 31. Методы обезболивания, применяемые при операции наложения акушерских щипцов.
 32. Основные этапы операции наложения акушерских щипцов.
 33. Общие принципы наложения акушерских щипцов (три тройных правила).
 34. Выходные акушерские щипцы.
 35. Полостные акушерские щипцы.
 36. Возможные осложнения при выполнении операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.

5. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Роженица Р., 27 лет, доставлена в акушерскую клинику с частыми схватками, начавшимися 4 ч назад. Беременность третья, доношенная. Первая прервана искусственным абортom, вторая закончилась нормальными родами. Настоящая беременность протекала нормально. Размеры таза; 26, 28, 31, 21. Окружность живота - 98 см. Высота стояния дна матки над лоном - 31 см. Положение плода - продольное, спина - слева, мелкие части - справа. Над входом в малый таз прощупывается крупная, баллотирующая, плотная часть плода. Сердцебиение плода не прослушивается. Схватки интенсивные, по 60 секунд через 2-3 мин. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием. *Данные влагалищного исследования.* Влагалище емкое, шейка матки смягчена, открытие маточного зева полное. Плодный пузырь вскрыт. Предлежит головка плода большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок - слева у лона, большой - справа у крестца. Впереди головки справа определяется петля пульсирующей пуповины длиной около 20 см. Мыс крестца не достигается.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2

Роженице 30 лет, данная беременность 1-ая, роды 1-ые. Беременность протекала без осложнений. Поступила в родильное отделение с бурной родовой деятельностью во 2-ом периоде родов. Промежность высокая, ткани промежности синюшные, отечные.

Разрешилась живой доношенной девочкой массой 4000,0 г, длиной 55 см. 3-й период родов закончился через 5 мин. Из половых путей умеренные кровяные выделения. При осмотре промежности: разрывы мягких тканей до наружного сфинктера.
Диагноз? Что делать?

Задача № 3

38-летняя роженица доставлена машиной скорой помощи. Беременность 4-я, роды 3-и. Предыдущая беременность сопровождалась отеками и повышением АД до 150/100 мм рт.ст. В анамнезе гипертоническая болезнь - лечилась самостоятельно. Женскую консультацию за беременность посетила 2 раза. Прибавка веса за беременность - 20 кг. Родовая деятельность 4 часа. Воды излились в машине скорой помощи - светлые. За 30 минут до поступления в стационар появилась головная боль, отмечает ухудшение самочувствия, расстройство зрения. Отеки ног и передней брюшной стенки. АД - 180/100 мм рт. ст. Ps - 92 уд/мин. При кипячении мочи - осадок занимает половину объема пробирки. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода в полости малого таза. Стрелевидный шов в левом косом размере, ближе к прямому размеру, малый родничок справа под лоном. Седалищные ости не прощупываются. Две трети крестцовой впадины и вся задняя поверхность симфиза заняты головкой.
Диагноз? Что делать?

ТЕМА № 12. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель занятия: ознакомить обучающихся с проблемой невынашивания беременности, принципами профилактики и лечения невынашивания.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. В какие дни менструального цикла должны определяться концентрации половых гормонов в плазме крови
2. Какие исследования необходимо производить мужу обследуемой с целью определения причины невынашивания беременности.
3. Назовите основные направления терапии, проводимой при угрозе прерывания беременности в 1 триместре
4. Определите контингент женщин, нуждающихся в проведении гормональной терапии при невынашивании беременности
5. Какие половые гормоны и в какие сроки беременности при необходимости могут применяться с целью пролонгирования беременности
6. Какие спазмолитические препараты применяются при угрожающем самопроизвольном аборте, при ИЦН в случае наложения различных видов швов и при отсутствии хирургической коррекции
7. Перечислите препараты, применяемые в курсе метаболической терапии при угрозе прерывания беременности
8. В какие сроки беременности обязателен строгий контроль за уровнем андрогенов в крови больных с гиперандрогенией
9. Сроки начала и окончания глюкокортикоидной терапии у больных гиперандрогенией надпочечникового генеза
10. Какие методы лечения могут применяться с целью ограничения медикаментозной нагрузки на организм беременной, страдающей невынашиванием
11. Назовите известные Вам Р-адреномиметики, побочные эффекты этих препаратов, противопоказания к их использованию
12. В какие сроки и по каким показаниям накладывают швы на шейку матки при ИЦН во время беременности
13. Перечислите противопоказания к хирургической коррекции ИЦН во время беременности
14. В какие сроки и по какой схеме проводится профилактика респираторного дистресс-синдрома
15. Опишите методику применения партусистена
16. Назовите известные Вам ингибиторы простагландин-синтазы
17. Назовите показания для антибактериальной терапии при преждевременном излитии околоплодных вод

Задачи занятия: изучить причины невынашивания беременности, классификацию по срокам прерывания, научить этиопатогенетическому подходу к лечению и профилактике невынашивания по срокам беременности,

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Клинический

ординатор должен знать:
классификацию, этиологию, патогенез, факторы риска, симптоматику невынашивания беременности в зависимости от срока прерывания, методы диагностики, лечения угрозы прерывания беременности в различные сроки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.
10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.
11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
14. Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клиничко-иммунологические факторы / Ю. Э. Доброхотова, Э. М. Джобава, Р. И. Озерова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 144 с.
15. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
16. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
17. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228 с.
18. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: рук- во для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.
19. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет / О.В.Макаров и др. - М. :

	<p>21. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>22. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. - М.: «Триада - X», 2002.- 304 с.</p> <p>23. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>24. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>25. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>26. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p>
<p>Клинический ординатор должен уметь: собрать анамнез у больной с угрозой прерывания беременности, составить план обследования и лечения больной в зависимости от срока прерывания, ограничивать медикаментозную нагрузку на организм беременной с помощью традиционных и физических воздействий.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. УГРОЗА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а) повышением базального тонуса матки
- б) повышенной возбудимостью миометрия
- в) нарушением функции фетоплацентарной системы
- г) всем перечисленным

2. ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НОВОРОЖДЕННОГО

- а) доношенного
- б) недоношенного
- в) переношенного
- г) зрелого
- д) с внутриутробной задержкой роста

3. ПРИ ВЕДЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ

- а) да
- б) нет

- в) только при чистом ягодичном предлежании
- г) при ножном предлежании

4. ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА УЧИТЫВАЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО

- а) лишь внешние клинические признаки
- б) глубину метаболических нарушений
- в) состояние сердечно-сосудистой системы
- г) нарушение функции печени и почек
- д) ничего из перечисленного

5. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В-АДРЕНОМИМЕТИКОВ УСИЛЕНИЕ КИСЛОРОДНОГО СНАБЖЕНИЯ ПЛОДА ДОСТИГАЕТСЯ, КОГДА

- а) токолитический эффект преобладает над гипотензией
- б) гиперкоагуляция в сосудах плаценты сменяется гипокоагуляцией
- в) происходит все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ ЕЕ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) токсикоз
- 2) пороки сердца
- 3) сахарный диабет
- 4) изоиммунизация
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОЗДНЕГО ВЫКИДЫША ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) истмико-цервикальная недостаточность
- 2) гиперандрогения
- 3) низкая плацентация
- 4) плацентарная недостаточность
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

8. ДЕКСАМЕТАЗОН ПОКАЗАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ СЛЕДУЮЩЕГО ГЕНЕЗА

- 1) надпочечникового
- 2) смешанного
- 3) яичникового
- 4) при генитальном инфантилизме
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

9. ПРИ УГРОЗЕ ВЫКИДЫША ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ БЕРЕМЕННЫМ

- 1) с гипофункцией яичников
- 2) с инфантилизмом
- 3) с пороками развития матки
- 4) с адреногенитальным синдромом
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

10. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ТОКОЛИТИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) угроза выкидыша в I триместре беременности
- 2) сахарный диабет
- 3) тиреотоксикоз
- 4) преждевременная отслойка плаценты
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

11. УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТОКОЛИТИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) живой плод
- 2) целый плодный пузырь
- 3) открытие шейки матки не более, чем на 2-3 см
- 4) отсутствие регулярной родовой деятельности
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

12. СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

- 1) болезни гиалиновых мембран
- 2) внутричерепном кровоизлиянии
- 3) аспирации околоплодных вод
- 4) внутриутробной пневмонии
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

13. К ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) преждевременное созревание плаценты
- 2) прогрессирующая плацентарная недостаточность
- 3) диссоциированное созревание плаценты
- 4) запоздалое созревание плаценты

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

14. ПРИЗНАКИ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- 1) уменьшение окружности живота
- 2) увеличение высоты дна матки
- 3) опалесцирующий характер околоплодных вод
- 4) предлежащая часть высоко над входом в малый таз
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

15. ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ СИЛЬВЕРМАНА В ОСНОВНОМ УЧИТЫВАЮТ

- 1) движение грудной клетки
- 2) втяжение межреберий
- 3) участие в дыхании крыльев носа
- 4) частоту дыхательных движений
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

16. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) преэклампсия
- 2) угроза преждевременного прерывания беременности
- 3) хроническая гипоксия
- 4) плацентарная недостаточность
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

17. ДЕКСАМЕТАЗОН, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ, НАЗНАЧАЮТ ДО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

- 1) за 1-2 суток
- 2) за 3-4 суток
- 3) за 5-7 суток
- 4) за 8-10 суток
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

18. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТЕРОИДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У МАТЕРИ

- 1) диабета
- 2) гипертиреоза
- 3) пиелонефрита
- 4) гипертензии
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

19. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЖЕНЩИНЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1) токолитики
- 2) спазмолитики
- 3) индометацин
- 4) ингибиторы МАО
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

20. РЕАНИМАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ

- 1) детям, перенесшим хроническую гипоксию
- 2) при оценке недоношенного по шкале Апгар на 6 баллов и меньше
- 3) при наличии пренатальной патологии
- 4) при массе тела новорожденного 2500 г
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

21. СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УКАЗЫВАЮТ НА УГРОЗУ ПОЗДНЕГО ВЫКИДЫША

- 1) небольшие ноющие боли внизу живота
- 2) повышение возбудимости матки
- 3) умеренные кровянистые выделения из половых путей
- 4) наружный зев шейки матки (при влагалитном исследовании) пропускает 1 палец
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

2. Решите ситуационные задачи.

Задача №1

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 нед. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта, При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт; матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве.

Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. угрожающий самопроизвольный выкидыш
- B. начавшийся самопроизвольный выкидыш
- C. неразвивающаяся беременность
- D. пузырный занос
- E. предлежание плаценты

Тактика врача женской консультации.

- A. назначить седативные и спазмолитические препараты, повторная явка через 1 нед.
- B. наложить швы на шейку матки
- C. выдать больничный лист, провести токолитическую терапию в амбулаторных условиях
- D. госпитализировать беременную

Задача №2

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 нед. беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17 нед, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена на всем протяжении, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

Какова должна быть тактика врача женской консультации?

- A. продолжить амбулаторное наблюдение
- B. назначить седативную и спазмолитическую терапию
- C. провести курс лечения токолитиками
- D. госпитализировать беременную
- E. выдать больничный лист, рекомендовать соблюдать постельный режим и повторно явиться через 1 нед.

Задача №3

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровяные выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных выкидыша. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 6-7 нед. беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация два месяца назад.

Ваш предположительный диагноз?

- A. дисфункция яичников
- B. угрожающий выкидыш
- C. начавшийся выкидыш
- D. аборт в ходу
- E. внематочная беременность

Что следует предпринять для уточнения диагноза?

- A. провести ультразвуковое исследование
- B. рекомендовать измерение базальной температуры
- C. определить содержание ХГ в крови
- D. определить уровень андрогенов в крови
- E. все перечисленное

Дальнейшая тактика врача

- A. начать гормональную и спазмолитическую терапию, направленную на сохранение беременности
- B. произвести инструментальное удаление остатков маточной трубы
- C. экстренное чревосечение, удаление маточной трубы
- D. назначить антибактериальную и утеротоническую терапию
- E. провести гормональный гемостаз

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Клиническая характеристика форм невынашивания беременности»:

Клинически формы НБ	Клинические признаки				
	болевого синдром	величина матки	характер кровотече ния	состояние шейки матки	температ ур ^a
угрожающи аборт	пост-е или схваткообр азные боли	соответстvue т сроку беременност и	скудное или отсутстvue т	цервикальны й канал закрыт	норма
	схваткообр азные боли	соответстvue т сроку беременност и	умеренное	укорочена, раскрытие наружного зева ц\канала	норма или субфебри льная
	сильные схваткообра зные	меньше предполагаем ого срока	обильное со сгустками	резко укорочена, элементы плодного яйца в наружном зеве	норма или субфебри льная
неполный аборт					
полный аборт					

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Цель занятия: ознакомить обучающихся с проблемой преждевременных родов.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Дать определение невынашивания беременности.
2. Причины невынашивания беременности.
3. Что такое привычное невынашивание беременности?
4. Дать классификацию недонашивания беременности по срокам и клинике.
5. Лечение угрожающих преждевременных родов.
6. Ведение начавшихся преждевременных родов.
7. Профилактика дистресс-синдрома у плода.
8. Патогенез недонашивания беременности.
9. Острый и хронический токолиз.
10. Схема применения токолитиков.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Клинический ординатор должен знать: причины, диагностику, лечение, методы родоразрешения при недонашивании беременности в зависимости от клинического течения и сроков прерывания, признаки недоношенности, незрелости плода, осложнения для матери и плода во время беременности, в родах и их профилактику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
5. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.
10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
13. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
14. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
15. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет / О.В.Макаров и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
16. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.
17. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
18. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. - М.: «Триада - Х», 2002.- 304 с.
19. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.
20. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.

Клинический ординатор
должен уметь: определить
срок родов, составить план
комплексной подготовки к
родам, интерпретировать
данные УЗИ и
кольпоцитогамм при
недоношенной
беременности, стадии
преждевременных родов,
методы и сроки
родоразрешения. _____

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ТОКОЛИТИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) угроза выкидыша в I триместре беременности
- 2) сахарный диабет
- 3) тиреотоксикоз
- 4) преждевременная отслойка плаценты
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

2. УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТОКОЛИТИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) живой плод
- 2) целый плодный пузырь
- 3) открытие шейки матки не более, чем на 2-3 см
- 4) отсутствие регулярной родовой деятельности
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

3. СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

- 1) болезни гиалиновых мембран
- 2) внутричерепном кровоизлиянии
- 3) аспирации околоплодных вод
- 4) внутриутробной пневмонии
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2

- в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
4. К ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСЯТСЯ
- 1) преждевременное созревание плаценты
 - 2) прогрессирующая плацентарная недостаточность
 - 3) диссоциированное созревание плаценты
 - 4) запоздалое созревание плаценты
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
5. СУРФАКТАНТНАЯ СИСТЕМА ЛЕГКИХ ПЛОДА ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ
- 1) снижает поверхностное натяжение и обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания
 - 2) регулирует газообмен
 - 3) регулирует микроциркуляцию в легких
 - 4) является иммунологическим барьером
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
6. ПРИЗНАКИ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
- 1) уменьшение окружности живота
 - 2) увеличение высоты дна матки
 - 3) опалесцирующий характер околоплодных вод
 - 4) предлежащая часть высоко над входом в малый таз
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
7. ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ СИЛЬВЕРМАНА В ОСНОВНОМ УЧИТЫВАЮТ
- 1) движение грудной клетки
 - 2) втяжение межреберий
 - 3) участие в дыхании крыльев носа
 - 4) частоту дыхательных движений
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
8. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) преэклампсия
- 2) угроза преждевременного прерывания беременности
- 3) хроническая гипоксия
- 4) плацентарная недостаточность
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

9. ДЕКСАМЕТАЗОН, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ, НАЗНАЧАЮТ ДО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

- 1) за 1-2 суток
- 2) за 3-4 суток
- 3) за 5-7 суток
- 4) за 8-10 суток
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТЕРОИДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У МАТЕРИ

- 1) диабета
- 2) гипертиреоза
- 3) пиелонефрита
- 4) гипертензии
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

11. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО

ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЖЕНЩИНЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1) токолитики
- 2) спазмолитики
- 3) индометацин
- 4) ингибиторы МАО
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

12. РЕАНИМАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ

- 1) детям, перенесшим хроническую гипоксию
 - 2) при оценке недоношенного по шкале Апгар на 6 баллов и меньше
 - 3) при наличии пренатальной патологии
 - 4) при массе тела новорожденного 2500 г
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
13. СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УКАЗЫВАЮТ НА УГРОЗУ ПОЗДНЕГО ВЫКИДЫША
- 1) небольшие ноющие боли внизу живота
 - 2) повышение возбудимости матки
 - 3) умеренные кровянистые выделения из половых путей
 - 4) наружный зев шейки матки (при влагалитном исследовании) пропускает 1 палец
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
14. ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НОВОРОЖДЕННОГО
- а) доношенного
 - б) недоношенного
 - в) переношенного
 - г) зрелого
 - д) с внутриутробной задержкой роста
15. ПРИ ВЕДЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ
- а) да
 - б) нет
 - в) только при чистом ягодичном предлежании
 - г) при ножном предлежании

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

В отделение патологии поступила первородящая 20 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Объективно: живот овоидной формы за счет беременной матки, соответствующей 30 неделям беременности. Матка при пальпации приходит в повышенный тонус, положение плода продольное, головка над входом в малый таз, низко, сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд. в мин.

Диагноз? План ведения?

Задача № 2

В родильный дом поступила беременная с жалобами на схваткообразные боли в течении 4 часов и подтекание околоплодных вод в течении 3 часов. Объективно: матка соответствует 34-35 неделям беременности. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в

малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное 136 уд. в минуту, подтекают светлые воды.
Диагноз? План ведения?

Задача № 3

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на схваткообразные боли в низу живота и ноющие боли в пояснице. Срок беременности 29 недель. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2.5 см, канал шейки матки пропускает 1 исследующий палец; матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые в умеренном количестве.

Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. угрожающие преждевременные роды
- B. начавшиеся преждевременные роды
- C. неразвивающаяся беременность
- D. предлежание плаценты
- E. угрожающий самопроизвольный выкидыш

Тактика врача женской консультации.

- A. назначить седативную и спазмолитическую терапию
- B. наложить швы на шейку матки
- C. провести токолитическую терапию в амбулаторных условиях
- D. госпитализировать беременную
- E. выдать больничный лист, назначить гормональную терапию, направленную на сохранение беременности

3. Какова сумма баллов в представленной таблице «Индекс токолиза по Баумгартену»?

Оценка параметров	Параметры			
	Схватки	Разрыв оболочек	Кровотечение	Открытие шейки матки (см)
3 балла	Регулярные	Высокий разрыв	Следы крови	3

Как вы считаете, будет ли успешной терапия по сохранению беременности в данном случае?

ТЕМА № 13: ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель занятия: ознакомить обучающихся с проблемой перенашивания беременности.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Истинно переносимая беременность.
2. Пролонгированная беременность.
3. Признаки переносимости плода
4. Ведение беременности и родов при переносимой беременности.
5. Комплексы дородовой подготовки.
6. Схема родовозбуждения.

Задачи занятия: научить диагностировать перенашивание беременности, показать влияние перенашивания на состояние плода и новорожденного, изучить особенности течения запоздалых родов, показания для оперативного родоразрешения

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Клинический ординатор должен знать: диагностику переносимой беременности, дифференциальный диагноз между переносимой и пролонгированной беременностью, тактику ведения, осложнения во время беременности и родов со стороны матери и плода, признаки переносимости плода и новорожденного,

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е

	<p>9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>15. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с.</p> <p>16. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>17. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>18. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>19. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Libri Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>20. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>21. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p> <p>22. Чернуха Е. А. Переношенная и пролонгированная беременность : руководство для врачей. - Изд.-2. - М. :</p>
<p>Клинический ординатор должен уметь: определить срок родов, составить план комплексной подготовки к родам, интерпретировать данные УЗИ и кольпоцитогамм при переношенной беременности, определить методы и сроки родоразрешения.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 - 1) наличием патологических изменений в плаценте
 - 2) нарушением функции плаценты
 - 3) запоздалым созреванием плаценты
 - 4) уменьшением количества околоплодных вод
 - 5) все перечисленное неверно

2. ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЛОДА ИМЕЕТ МЕСТО
 - 1) "большая ""зрелость"" мозга"
 - 2) разрушение сурфактантной системы в легких
 - 3) гипоксия
 - 4) вторичная гипотрофия
 - 5) все перечисленное неверно

3. ЧАСТОТА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ПЕРЕНОШЕННОГО ПЛОДА
 - 1) выше
 - 2) ниже
 - 3) не выше, чем в общей популяции

4. ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАСТОТА ПРЕЭКЛАМПСИИ
 - 1) повышается
 - 2) снижается
 - 3) не изменяется
 - 4) как в общей популяции

5. ВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ПЛОДА ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
 - 1) повышена
 - 2) не изменена
 - 3) понижена
 - 4) как в общей популяции

6. В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У ПЕРЕНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ
 - 1) гиперкоагуляция
 - 2) гипокоагуляция
 - 3) выраженные изменения отсутствуют
 - 4) активизируется только сосудисто-тромбоцитарное звено

7. ГОРМОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
 - 1) снижена
 - 2) повышена
 - 3) не изменена
 - 4) изменяется индивидуально

8. ПРИ ОСМОТРЕ ПЕРЕНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, КАК ПРАВИЛО, ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ
 - 1) пупочное кольцо располагается на середине белой линии живота
 - 2) яички не опустились в мошонку
 - 3) клитор и малые половые губы не прикрыты большими
 - 4) небольшая исчерченность стоп

- 5) все ответы неправильны
9. ГЛАВНЫМ В ТАКТИКЕ ВРАЧА ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ
- 1) оценка готовности организма беременной к родам
 - 2) определение соразмерности головки плода и таза матери
 - 3) уточнение характера предлежащей части плода
 - 4) определение длины плода
 - 5) все ответы неправильны
10. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
- 1) амниотомия и родовозбуждение
 - 2) своевременная диагностика клинически узкого таза
 - 3) применение спазмолитиков
 - 4) при тазовом предлежании плода - поворот на головку
 - 5) все ответы неправильны
11. ВЫБЕРИТЕ ОБОСНОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
- 1) гипоксия плода
 - 2) крупный плод
 - 3) анатомически узкий таз
 - 4) тазовое предлежание плода
 - 5) все ответы неправильны
12. ДЛЯ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО
- 1) маловодие
 - 2) повышение базального тонуса матки
 - 3) снижение возбудимости миометрия
 - 4) уменьшение окружности живота
 - 5) все ответы неправильны
13. "ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ""ПЕРЕЗРЕЛОСТИ"" ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ"
- 1) сухая кожа
 - 2) отсутствие сыровидной смазки
 - 3) узкие швы и роднички
 - 4) плотные кости черепа
 - 5) все ответы неправильны
14. У ПЕРЕНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, КАК ПРАВИЛО, ОТМЕЧАЕТСЯ
- 1) увеличение окружности головки
 - 2) длинные ногти
 - 3) вторичная гипотрофия
 - 4) последствие перенесенной гипоксии
 - 5) все ответы неправильны
15. К СИНДРОМУ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ
- 1) патологический прелиминарный период
 - 2) несвоевременное излитие вод
 - 3) недостаточная биологическая готовность организма к родам
 - 4) аномальная родовая деятельность
 - 5) все ответы неправильны

16. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДЯТ С УЧЕТОМ

- 1) наличия гипоксии плода
- 2) исключения пороков развития плода
- 3) степени готовности организма к родам
- 4) соразмерности головки плода и таза матери
- 5) все ответы неправильны

17. ДЛЯ ВЫБОРА МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО, СЛЕДУЕТ

- 1) определить длину плода
- 2) измерить толщину плаценты
- 3) установить длину плода
- 4) сопоставить ультразвуковые критерии зрелости плаценты со сроком беременности
- 5) все ответы неправильны

18. ПРИ ИСТИННОМ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ (ПЛОД В СОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ) ЦЕЛЕСООБРАЗНА СЛЕДУЮЩАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

- 1) родовозбуждение и родостимуляция внутривенным введением окситоцина
- 2) во втором периоде - акушерские щипцы
- 3) во втором периоде - вакуум экстракции плода
- 4) родоразрешение операцией кесарева сечения
- 5) все ответы неправильны

19. К ОБОСНОВАННЫМ ПОКАЗАНИЯМ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) тазовое предлежание
- 2) крупные размеры плода
- 3) поздний возраст роженицы
- 4) узкий таз
- 5) все ответы неправильны

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Первородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 41-42 недели. При УЗИ: плод в головном предлежании, с/б +, выраженное маловодие, плацента III степени зрелости с петрификатами. При влагалищном исследовании: шейка матки “незрелая”.

Диагноз? План ведения?

Задача № 2

Беременная 26 лет поступила в отделение патологии беременных. Срок беременности 41-42 недели по всем данным. По данным УЗИ - маловодие, III степень зрелости плаценты, предполагаемый вес плода 3700 г, по КТГ - состояние плода удовлетворительное. При влагалищном исследовании шейка матки “зрелая”, предлежит тазовый конец плода.

Диагноз? План ведения?

ТЕМА № 14: ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Цель занятия: обучить ординаторов диагностике и лечению плацентарной недостаточности (ПН), гипоксии плода (ГП), оценке состояния новорожденного, родившегося с асфиксией (АН), методам первичной реанимации и интенсивной терапии.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Причины ГП и АН.
2. Функциональные методы диагностики ГП (острой и хронической).
3. Заболевания матери, способствующие ГП.
4. Профилактика ГП.
5. Схема лечения острой ГП.
6. Схема лечения хронической ГП.
7. Шкала Апгар.
8. Нестрессовый тест.
9. Биофизический профиль.
10. Классификации ПН.
11. Методы диагностики ПН.
12. Ведение больных с ПН.
13. Степени АН.
14. Методы реанимации новорожденного.
15. Последовательность этапов реанимации новорожденного.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:
этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и профилактику ПН, ГП и АН; диагностику гипоксии и асфиксии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и

	<p>М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.</p> <p>7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.</p> <p>8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.</p> <p>9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>15. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>16. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>17. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>18. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>19. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: диагностировать гипоксию плода и асфиксию новорожденного и оказать помощь в родах.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. **СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА ДО 180 В МИНУТУ И БОЛЕЕ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**
 - а) всегда считается признаком гипоксии плода
 - б) диагностического значения не имеет
 - в) не связано с гипоксией плода
 - г) свидетельствует о пороке развития плода
 - д) ничего из перечисленного

2. **ВНЕЗАПНОЕ ПОВЫШЕНИЕ И СНИЖЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА**

ЛЕЦИТИН/СФИНГОМИЭЛИН В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ 28-34 НЕДЕЛИ
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) о гипоксии плода
 - б) о нарушении созревания легочной ткани
 - в) об угрозе преждевременных родов
 - г) о всем перечисленном
 - д) ни о чем из перечисленного
3. УГРОЗА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- а) повышением базального тонуса матки
 - б) повышенной возбудимостью миометрия
 - в) нарушением функции фетоплацентарной системы
 - г) всем перечисленным
4. НАЛИЧИЕ ДЕЦЕЛЕРАЦИЙ НА КАРДИОТАХОГРАММЕ, КАК ПРАВИЛО, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- а) о нормальном состоянии плода
 - б) о гипоксии плода
 - в) об инфицировании плода
 - г) о спинно-мозговой грыже у плода
 - д) ни о чем из перечисленного
5. ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЛОДА ИМЕЕТ МЕСТО
- а) "большая ""зрелость"" мозга"
 - б) разрушение сурфактантной системы в легких
 - в) гипоксия
 - г) вторичная гипотрофия
 - д) все перечисленное
6. О КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПЛОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- а) однонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах
 - б) разнонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах
 - в) ни то, ни другое
 - г) и то, и другое
7. ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ОКСИГЕНАЦИЮ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
- а) чистым кислородом
 - б) смесью 80-60% кислорода и воздуха
 - в) гелио-кислородной смесью (1:1)
 - г) только воздухом
8. ПРИ ГИПОКСИИ ПЛОДА АЦИДОЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ
- а) нарастает
 - б) снижается
 - в) существенно не изменяется
 - г) изменяется также, как в эритроцитах
9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОКСИИ И ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- а) этимизол
 - б) цитохром-С
 - в) все перечисленное

г) ничего из перечисленного

10. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ

- а) снижением ОЦК
- б) снижением гематокрита
- в) всем перечисленным
- г) ничем из перечисленного

11. ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ С КОКАРБОКСИЛАЗОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ У СЛЕДУЮЩИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

- а) перенесших хроническую гипоксию
- б) со сниженной массой тела
- в) перенесших острую асфиксию
- г) всех перечисленных
- д) ни у кого из перечисленного

12. СНИЖЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ БАЗАЛЬНОГО РИТМА (ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА) ПРИ ОЦЕНКЕ КАРДИОТАХОГРАММЫ

- а) свидетельствует о гипоксии плода
- б) свидетельствует об отсутствии гипоксии плода
- в) не является существенным признаком
- г) отражает задержку развития плода
- д) ничего из перечисленного

13. ЛЮБОЕ СУБДУРАЛЬНОЕ ИЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У ПЛОДА (НОВОРОЖДЕННОГО) ОТНОСИТСЯ

- а) к асфиксии
- б) к родовой травме
- в) к следствию плацентарной недостаточности
- г) ко всему перечисленному
- д) ни к чему из перечисленного

14. ПРИЗНАКАМИ ГИПОКСИИ ПЛОДА НА КАРДИОТАХОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) снижение variability частоты сердечных сокращений
- б) поздние децелерации
- в) брадикардия
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

15. ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- а) стимуляции родовой деятельности окситоцином
- б) снижения маточно-плацентарного кровообращения
- в) накопления в крови плода недоокисленных продуктов обмена
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

16. НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- а) угнетение дыхательных ферментов
- б) гипероксическую гипоксию

- в) некроз подкорковых ядер мозга
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

17. НАРУШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СУРФАКТАНТНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНО

- а) внутриутробной гипоксией плода
- б) незрелостью клеток альвеолярного эпителия
- в) гибелью клеток, продуцирующих сурфактант
- г) всем перечисленным

18. НА ПЛАЦЕНТАРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ УКАЗЫВАЕТ

- а) снижение уровня эстриола на одно или более стандартных отклонений от среднего уровня
- б) уменьшение экскреции эстриола с мочой ниже 12 мг/сут
- в) все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

19. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ У ПЛОДА И СТИМУЛЯЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ЦИКЛА КРЕБСА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) глюкозу (5-10%) раствор с инсулином
- 2) токолитики
- 3) спазмолитики
- 4) седативные препараты
- 5) ничего из перечисленного

20. ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) перенашивания беременности
- 2) преэклампсии
- 3) снижения маточно-плацентарного кровообращения при нарушении тонуса и сократительной деятельности матки
- 4) нарушения диететики беременной
- 5) все ответы неправильны

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

В отделение патологии поступила первобеременная 20 лет. В анамнезе хронический пиелонефрит. Срок беременности 38 недель. Общее состояние средней тяжести. АД 150/100 мм рт. ст., пульс 90 уд. в мин, ритмичный. На голенях умеренные отеки, в моче белка 1,65 ‰. При обследовании: матка в несколько повышенном тонусе. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушено, до 160 уд. в мин. При кардиомониторном наблюдении за плодом отмечается тахикардия, аритмия; по УЗИ наличие множества петрификатов в плаценте, в одном участке гематома размером 4 на 5 см. Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, зев закрыт, выделения обычные. Диагноз. Врачебная тактика.

Задача № 2.

Повторнобеременная, 27 лет, роды первые, в срок. Сердцебиение плода аритмичное, 100 уд. в мин. Потуги слабые. Терапия без эффекта. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует. Ягодицы плода в полости малого таза, рядом с ними стопки плода.

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 3.

Роженица 30 лет доставлена в родильное отделение. По дороге излились воды. Родовая деятельность началась 6 часов тому назад. Роды вторые срочные. Первые роды протекали без осложнений. При осмотре: таз 25-28-30-20. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода 100-110, временами аритмичное. Подтекают воды. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет, головка над входом в малый таз, во влагалище петля пульсирующей пуповины.

Диагноз? Что делать?

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Факторы, характерные для различных форм задержки развития плода»:

Факторы	Формы ЗРП	
	симметричная	асимметричная
Начало проявлений	II триместр	
Фетометрия	пропорциональное отставание всех размеров	
Нарушения плацентарного кровообращения	начиная с 20-й недели	
Объём околоплодных вод		
Пороки развития	часто	редко
Пренатальная диагностика	в любом возрасте при отсутствии противопоказаний	индивидуально по сочетанным показаниям

ТЕМА № 15: ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ.

Цель занятия: ознакомить обучающихся с современными методами ведения беременности, осложненной несовместимостью крови матери и плода по эритроцитарным антигенам на примере несовместимости по Rh-фактору, а также методами профилактики Rh-сенсibilизации при беременности Rh(+) плодом.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Связь между гемолизом и билирубинемией.
2. Что необходимо иметь для определения группы крови?
3. Где происходит обезвреживание непрямого билирубина, и каким образом?
4. Может быть у ребенка 0(I) группа крови если у отца и матери ребенка В(III) группа крови?
5. В чем разница между гемосорбцией и плазмаферезом?
6. Чем можно объяснить физиологическую желтуху у новорожденного?
7. Три формы гемолитической болезни новорожденного.
8. Что можно сказать о группе крови человека, если агглютинация произошла во всех четырех стандартных сыворотках (по системе АВ0).
9. На чем основана проба Клейхауэра-Бетке?
10. Почему иммуноглобулин класса G может проникать через плаценту?
11. Какова цель внутриутробной гемотрансфузии плоду?
12. Кому, когда, как и с какой целью вводят анти D Rho иммуноглобулин?
13. Какую дозу анти D Rho иммуноглобулина следует применить при попадании в кровоток матери 20 мл крови плода?
14. Является ли постнатальная профилактика 100% эффективной? Если нет, то почему?
15. С какого срока беременности при аборте необходимо проводить Rh-профилактику?

Задачи занятия: расширить представления об эритроцитарных антигенах человека, этиологии и патогенезе гемолитической болезни плода и новорожденного; изучить способы диагностики гемолитической болезни плода; освоить тактику ведения беременности при изосенсibilизации по резус-фактору, изучить методы лечения и профилактики гемолитической болезни плода.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Клинический ординатор должен знать: учение о группах крови, обезвреживающую функцию печени, вопросы эпидемиологии по данной проблеме, этиологию изоиммунизации, этиопатогенез гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБП и ГБН), вопросы антенатальной и постнатальной диагностики, различные методы лечения плода и новорожденного, показания к проведению антенатальной и постнатальной профилактики изоиммунизации к Rh-фактору.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.
10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.
11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
15. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
16. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 656 с.
17. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.
18. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.
19. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к

Клинический ординатор должен уметь: собрать анамнез, касающийся изоиммунизации, оценить данные исследований (УЗИ, кардиомониторинг, цифры билирубина, К_b и Н_t новорожденного), выбрать оптимальный срок и метод родоразрешения при различной выраженности ГБП, время амниоцентеза по данным титра антител в крови у матери и /или по данным анамнеза, определить необходимый объем вводимого анти D Rh, глобулина в зависимости от сроков прерывания беременности и от результатов пробы

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ВЕС ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОМ БОЛЕЗНИ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 300 г
- 2) 500 г
- 3) 1000 г
- 4) более 1000 г

2. ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПЛОДА, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) расстройство функции печени
- 2) развитие гипопропротеинемии
- 3) повышение проницаемости сосудов
- 4) ничего из перечисленного

3. ПЛАЦЕНТА ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩУЮ РОЛЬ В ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток
- 2) обеспечивает антигенную стимуляцию матери
- 3) формирует механизмы взаимной толерантности матери и плода
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

4. НАРУШЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ МАТЬ - ПЛАЦЕНТА - ПЛОД ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1) преэклампсии
- 2) преждевременному прерыванию беременности
- 3) гемолитической болезни новорожденного

5. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНА
- 1) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода
 - 2) с изоиммунизацией матери по резус-фактору
 - 3) ни с чем из перечисленного
6. ТЕРМИН ИЗОИММУНИЗАЦИЯ ОЗНАЧАЕТ
- 1) стимуляцию иммунитета
 - 2) подавление иммунитета
 - 3) образование антител
 - 4) снижение реактивности организма
7. ИЗОИММУНИЗАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ
- 1) групп крови матери и плода
 - 2) крови матери и плода по резус-фактору
 - 3) по другим дополнительным антигенам (М, Келл, Даффи и др.)
 - 4) ничего из перечисленного
8. УСЛОВИЯМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЗУС-КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери
 - 2) сенсibilизация матери к резус-фактору
 - 3) переливание несовместимой крови в анамнезе
 - 4) аборт в анамнезе
 - 5) ничего из перечисленного
9. ПОСЛЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАСТОТА ИММУНИЗАЦИИ У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 10%
 - 2) 30%
 - 3) 50%
 - 4) 100%
10. ЧАСТОТА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 0.3-0.7%
 - 2) 3-7%
 - 3) 10%
 - 4) 15%
11. СОЧЕТАНИЕ ГРУППОВОЙ И РЕЗУС-СЕНСIBILИЗАЦИИ В МАТЕРИНСКОМ ОРГАНИЗМЕ ДЛЯ ПЛОДА
- 1) не имеет значения
 - 2) более опасно
 - 3) менее опасно
 - 4) очень опасно
12. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ИЗОИММУНИЗАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) нарастание титра антител
 - 2) скачущий титр антител
 - 3) "наличие ""неполных"" антител"
 - 4) признаки отека плаценты и плода
 - 5) ничего из перечисленного

13. ЕСЛИ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ РОДОВ В КРОВИ НЕТ ПРОТИВОРЕЗУСНЫХ АНТИТЕЛ, МОЖНО СЧИТАТЬ, ЧТО СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭФФЕКТИВНА

- а) нет
- б) да
- в) в зависимости от осложнений
- г) в зависимости от паритета родов

14. ПРИ ИЗОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) анемия
- 2) гипотония
- 3) преэклампсия
- 4) преждевременная отслойка плаценты
- 5) ничего из перечисленного

15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОПРЕДЕЛЯЮТ В КРОВИ

- 1) гемоглобин и количество эритроцитов
- 2) почасовой прирост билирубина
- 3) группу крови
- 4) резус-принадлежность крови
- 5) ничего из перечисленного

16. СУЩНОСТЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПЛОДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) в билирубиновой интоксикации
- 2) в гемолизе эритроцитов
- 3) в анемии
- 4) в нарушении функции почек и печени

17. ТОКСИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прямой билирубин
- 2) непрямой билирубин
- 3) ни то, ни другое

18. БЕРЕМЕННОМ С RH(-) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ НЕОБХОДИМО

- 1) проводить контроль за титром антител в первой половине беременности один раз в месяц
- 2) проводить контроль за титром антител во второй половине беременности каждые две недели
- 3) проводить мониторинговое наблюдение за состоянием плода
- 4) проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию
- 5) родоразрешение операцией кесарева сечения

19. ПРОФИЛАКТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) во введении резус-отрицательным женщинам анти-И-глобулина после аборт и родов
- 2) в переливании крови с учетом резус-фактора и группы крови
- 3) в профилактике первого аборта у резус-отрицательных женщин
- 4) в бережном родоразрешении женщин с резус-отрицательной

- принадлежностью крови через естественные родовые пути
5) в родоразрешении операцией кесарева сечения

20. ПРИ РАЗВИТИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ РОДЫ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ

- 1) ранним излитием околоплодных вод
- 2) разрывом матки
- 3) кровотечением в третьем периоде родов
- 4) интранатальной гибелью плода
- 5) гипоксией плода

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Первобеременная 24 лет обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 12 недель. Группа крови - А(II), Rh (-) (паспортные данные).
Обследование? Тактика врача?

Задача № 2

Повторнобеременная 32 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 35-36 недель. Резус-конфликтная беременность (титр АТ 1:32).
Тактика врачей стационара?

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Критерии степени тяжести гемолитической болезни новорождённых»:

Клинические признаки	Степень тяжести ГБН		
	лёгкая	средняя	тяжелая
Анемия (Hb в пуповинной крови)	>150 г/л(>15 г%)		

Желтуха (билирубин в пуповинной крови)	<85,5 мкмоль/л		
Отёчный синдром	Пастозность подкожной клетчатки		

4. Заполните пустые ячейки в таблице «Показания к заменному переливанию крови при гемолитической болезни новорожденного»:

	Заменное переливание крови	
	Раннее	Позднее
На какие сутки жизни проводится	В 1-2-е сутки	
Содержание общего билирубина в пуповинной крови		
- у доношенного ребенка		> 308-340 мкмоль/л
- у недоношенного ребенка		
Почасовой прирост билирубина		
- для доношенного ребенка	> 10 мкмоль/л	
- для недоношенного ребенка		

ТЕМА № 16: ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ. ГЕСТОЗЫ.

Цель семинара: изучение этиологии, патогенеза, клинических проявлений гестоза, дополнительных методов исследования, принципов терапии и профилактики данной патологии, выбора способа и срока родоразрешения в зависимости от степени тяжести преэклампсии, необходимости взаимодействия акушера-гинеколога и анестезиолога для разработки плана интенсивной терапии.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия гестоза.
2. Основные патогенетические звенья развития гестоза.
3. Классификация гестоза.
4. Клинические проявления различных форм гестоза.
5. Способы диагностики и дифференциальной диагностики.
7. Принципы терапии тяжелых форм гестозов.
8. Оказание первой помощи и принципы интенсивной терапии при эклампсии.
9. Способы подготовки к родам и особенности ведения родов при гестозе.
10. Осложнения преэклампсии и эклампсии.
11. Классификация токсикозов беременных.
12. Осложнения беременности при токсикозах беременных.

Задачи семинара:

- изучить методы раннего выявления и профилактики гестоза;
- овладеть методами неотложной помощи при тяжелых формах гестоза;
- научиться оценивать состояние внутриутробного плода;
- проводить интенсивную терапию тяжелых форм гестоза;
- изучить показания и сроки к досрочному родоразрешению;

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор
должен знать: определение понятия гестоза, классификацию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, терапию вовремя беременности, в родах,

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.:

<p>материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, значение триады Цангемейстера в диагностике данной патологии, клинических и лабораторных методов исследования (офтальмоскопия, УЗИ, гемостазиограмма, кардиомониторное исследование и др.), фармакологические препараты, применяемые в терапии гестоза, основные принципы интенсивной терапии и оказания экстренной медицинской помощи при тяжелых формах заболевания, а также принципы ведения родов при данной патологии.</p>	<p>Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.</p> <p>5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.</p> <p>6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.</p> <p>7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.</p> <p>8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.</p> <p>9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.</p> <p>10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.</p> <p>11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>14. Гестозы беременных: метод. пособие для студентов к занятиям по акушерству. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 48 с.</p> <p>15. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>16. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>17. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>18. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. - Женева : ВОЗ, 2014. - 38 с.</p> <p>19. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>20. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>21. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>22. Гестозы беременных : учеб. пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов медицинских вузов / Л. В. Цаллагова, Л. С. Попова. - Владикавказ : [б. и.], 2010. - 106 с.</p> <p>23. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>24. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты,</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: собрать анамнез, произвести осмотр беременной, оценить данные лабораторных и дополнительных исследований, поставить диагноз и оценить степень тяжести гестоза, назначить лечение.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПОВЫШАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО

- 1) тромбксана
- 2) простагландина E
- 3) и того, и другого
- 4) ни того, ни другого

2. ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ СНИЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ

- 1) простациклина
- 2) простагландина F2a
- 3) и того, и другого
- 4) ни того, ни другого

3. "ДИУРЕЗ ПРИ ""ЧИСТОМ"" ГЕСТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ " ЗАВИСИТ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

- 1) от канальцевой реабсорбции
- 2) от изменений почечной паренхимы
- 3) от клубочковой фильтрации
- 4) от всего перечисленного

4. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) повышено
- 2) снижено
- 3) практически не изменяется

5. "СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ГЕСТОЗА ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ""ЧИСТЫХ ..СЛЕДУЮЩЕЙ ОСОБЕННОСТЬЮ

- 1) начинаются, как правило, после 35-36 недель беременности
- 2) всегда имеются клинические проявления основного (фонового) заболевания
- 3) всегда имеется триада Цангемейстера в клинической картине
- 4) ничего из перечисленного

6. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ ПРЕЭКЛАМПСИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) гиперволемия
- 2) гиповолемия
- 3) и то, и другое
- 4) ни то, ни другое

7. ГЕМАТОКРИТНОЕ ЧИСЛО ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) снижено
- 2) повышено
- 3) не изменено

8. БЕРЕМЕННАЯ В СРОКЕ 34 НЕДЕЛИ ПЕРЕНЕСЛА ДОМА ПРИСТУП ЭКЛАМПСИИ.

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В РОДИЛЬНЫЙ ДОМ АД - 150/100 ММ РТ. СТ.
ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ МАССА ПЛОДА - 1500 Г. ПАСТОЗНОСТЬ ЛИЦА И ГОЛЕНЕЙ.
БЕЛОК В МОЧЕ - 0.66‰. РОДОВЫЕ ПУТИ К РОДАМ НЕ ГОТОВЫ. НАЧАТА
ИНТЕНСИВНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ. ПРАВИЛЬНАЯ ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

- 1) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 1-2 недели
- 2) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 3 -4 недели
- 3) начать родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов
- 4) родоразрешить путем операции кесарева сечения

9. БЕРЕМЕННОСТЬ 37 НЕДЕЛЬ. ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ.
ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ МАССА ПЛОДА - 2200 Г. ШЕЙКА МАТКИ К РОДАМ НЕ
ГОТОВА. КОНСТАТИРОВАНА ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ХРОНИЧЕСКАЯГИПОКСИЯ
ПЛОДА. НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1) пролонгировать беременность на 1-2 недели
- 2) начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов
- 3) провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре
- 4) произвести родоразрешение путем кесарева сечения

10. ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НАПРАВЛЕНО

- 1) на нормализацию микроциркуляции
- 2) на нормализацию гемодинамики
- 3) на ликвидацию гиповолемии
- 4) на ликвидацию гипопроteinемии

11. ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, КАК
ПРАВИЛО

- 1) не изменен
- 2) снижен
- 3) повышен

12. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) возраст первородящей 35 лет и старше
- 3) артериальная гипотензия
- 4) ничего из перечисленного

13. ДОСРОЧНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) экламптической комы
- 2) анурии
- 3) преэклампсии

14. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕСТОЗЕ
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) преждевременное созревание плаценты (по данным УЗИ)
- 2) запоздалое созревание плаценты (по данным УЗИ)
- 3) диссоциированное созревание плаценты
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

15. ПРИМЕНЕНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕСТОЗОМ ПОКАЗАНО
- 1) при анурии
 - 2) при высокой гипертензии (180/100 мм рт. ст. и выше)
 - 3) при тромбозе
 - 4) при всем перечисленном
 - 5) ни при чем из перечисленного
16. ОСОБЕННОСТЯМИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ ГЕСТОЗЕ И ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- 1) соблюдения лечебно-охранительного режима
 - 2) проведения поэтапного адекватного обезболивания
 - 3) раннего вскрытия плодного пузыря
 - 4) проведения вакуум-экстракции плода
 - 5) профилактики аномалии родовой деятельности
17. СРЕДНЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ОТРАЖАЮЩЕЕ СТЕПЕНЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ, ВЫЧИСЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
- 1) $(САД + 2 ДАД)/3$
 - 2) $(САД + ДАД)/2$
 - 3) $(2 САД + 2 ДАД)/3$
 - 4) $(САД + 2 ДАД)/2$
 - 5) ничего из перечисленного
18. УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РОЖЕНИЦЫ С ГЕСТОЗОМ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ
- 1) для более быстрого родоразрешения вплоть до операции кесарева сечения
 - 2) для более активной стимуляции родовой деятельности
 - 3) для рассечения шейки матки и применения вакуум-экстракции плода
 - 4) ни для чего из перечисленного
19. ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ МАТЕРИ ПРИ ГЕСТОЗЕ ВЛИЯЮТ НА ПЛОД СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ
- 1) преждевременное истощение функции коры надпочечников
 - 2) развивается гиповолемия
 - 3) развивается гипогликемия
 - 4) все перечисленное неверно
20. У РОЖЕНИЦЫ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ОТКРЫТИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА 3-4 СМ ПОЯВИЛИСЬ ПРИЗНАКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. АД - 150/100 - 140/90 ММ РТ. СТ. ПУЛЬС - 110 УДАРОВ В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА - 160 УДАРОВ В МИНУТУ. ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА
- 1) вскрытие плодного пузыря и родостимуляция окситоцином
 - 2) стимуляция родовой деятельности простагландином
 - 3) применение спазмолитиков или токолитиков
 - 4) родоразрешение операцией кесарева сечения
 - 5) все перечисленное неверно

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

В стационар поступила беременная с жалобами на тошноту, рвоту до 15 раз в сутки, потерю 6 кг веса, слабость. Пульс 100 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 95/60 мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача № 2.

Первобеременная 23 лет доставлена в родильный дом на 36 неделе беременности с жалобами - на головную боль, тошноту, двухкратную рвоту, неясное зрение. Эти явления появились три часа назад. Пульс 90 ударов в 1 минуту, напряженный. АД - 170/100 мм рт.ст., отеки ног, белок в моче 3,3 г/л.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача № 3.

В женскую консультацию обратилась больная 20 лет со сроком беременности 8 недель с жалобами на общую слабость, потерю аппетита, тошноту, рвоту до 8 раз в сутки, потерю веса до 3-х кг.

Диагноз? Какой должен быть план обследования?

ТЕМА № 17. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ. ДВС-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ

Цель занятия: научить студентов выявлять причины кровотечений до рождения плода, особенно при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, научить диагностике и рациональному лечению при этой патологии, изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах, механизм развития геморрагического шока и ДВС синдрома, стадии его, диагностику и лечение.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

5. Проверка исходного уровня знаний.
6. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
7. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
8. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы

1. Причины кровотечения во втором и третьем триместрах беременности.
2. Причины предлежания плаценты.
3. Классификация аномалий расположенной плаценты.
4. Симптомы предлежания плаценты.
5. Определение предлежания плаценты.
6. Какова диагностика предлежания плаценты?
7. Каковы методы лечения при полном предлежании плаценты?
8. Каковы методы родоразрешения при неполном предлежании плаценты?
9. Каковы осложнения для плода при предлежании плаценты?
10. Причины, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
11. Патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
12. Каковы методы диагностики ПОНРП?
13. Что такое матка Кувелера?
14. Каковы методы родоразрешения при ПОНРП?
15. Какие осложнения у матери и плода могут быть при ПОНРП?
16. Какова физиологическая кровопотеря в родах?
17. Что такое истинное вращение плаценты?
18. Перечислите причины кровотечений в последовом периоде.
19. С какими заболеваниями следует дифференцировать атоническое кровотечение?
20. Каковы симптомы атонического кровотечения?
21. Перечислите причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.
22. Какие мероприятия надо проводить при истинном вращении плаценты?
23. Какие симптомы при травме родовых путей?

24. Какие мероприятия надо проводить при гипотоническом кровотечении?
25. Каковы симптомы ДВС-синдрома?
26. Каков механизм развития ДВС-синдрома?
27. С каких кровезаменителей целесообразно начинать возмещение ОЦК?

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Обучающийся должен знать:

этиологию, классификацию, клинику, диагностику, течение беременности и родов, лечение (консервативное и хирургическое), методы родоразрешения при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты: этиология, диагностика, лечение; геморрагический шок и ДВС-синдром при этих состояниях; причины, клинику, диагностику и лечение кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа, сократительной способности матки, травматических повреждений мягких родовых путей, дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями, клинику синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС), последовательность мероприятий при лечении кровотечений, технику операции ручного отделения плаценты и выделения последа и ручного обследования стенок полости матки, профилактику кровотечений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.
10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.
11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
14. Дунаевская С.С., Винник Ю.С. Кровотечение и трансфузиология. - Изд-во Феникс, 2007.- 160с.
15. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
16. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с.
17. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
18. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228

	<p>др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.</p> <p>20. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>21. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения. - Женева : ВОЗ, 2014. - 44 с.</p> <p>22. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>23. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>24. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>25. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>26. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск :</p>
<p>Обучающийся должен уметь: на основании анамнеза, жалоб больной, объективного исследования и дополнительных методов обследования поставить диагноз предлежания плаценты или преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, оценить состояние беременной или роженицы и составить план ведения беременности или родов, определить показания к хирургическому лечению; поставить диагноз кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, распознать синдром ДВС, самостоятельно провести манипуляцию внутривенного введения лекарств, наружный массаж матки, осмотр родовых путей с помощью влагалищных зеркал, профилактику кровотечения, определить группу крови, рассчитать общий объем вливаний, количество крови и плазмокорректоров для восполнения ОЦЭ и ОЦК.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Составте схему причин кровотечения.
2. Составте схему этиологии кровотечений.

3. Ответьте на предложенные вопросы:

Клиническое течение и тактика врача при:

- а) предлежании плаценты;
- б) аномалиях прикрепления плаценты;
- в) гипотонических кровотечениях;
- г) преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;
- д) гипо- и афибриногенемии;
- е) эмболии околоплодными водами.

4 Дополните таблицу 6

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ

Величина кровопотери (% от массы тела)	Общий объем переливания (% от кровопотери)	Кровезаменители и объем гемотрансфузии (% от кровопотери)
0,6-0,8	80-100	
0,8-1,0	130-150	
1,0-1,5	150-180	
1,5-2,0	180-200	
Свыше 2,0	Более 250	

5 Ответьте на предложенные вопросы -тесты

1. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНО

- а) отслойкой плаценты
- б) склерозированием ворсин низко расположенной плаценты
- в) дистрофическими изменениями ворсин хориона
- г) повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты
- д) всем перечисленным

2. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а) губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
- б) головка и ручка плода
- в) ножка плода
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

3. ОСОБЕННОСТЬЮ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) болезненность матки при пальпации
 - б) наружного кровотечения может и не быть
 - в) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
4. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ГИПЕРТОНУС МАТКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН
- а) для предлежания плаценты
 - б) для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
 - в) для шеечно-перешеечной беременности
 - г) правильно а) и в)
 - д) для всего перечисленного
5. ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ И ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА 5-6 СМ РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО
- а) путем кесарева сечения
 - б) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
 - в) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
 - г) произвести поворот на ножку плода
6. У БЕРЕМЕННОЙ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМ ГЕСТОЗОМ В СРОКЕ 32 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ПРИЗНАКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ. ПРОИЗВЕДЕНА СРОЧНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В РОДДОМ. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА
- а) интенсивная терапия и сохранение беременности
 - б) родовозбуждение и родостимуляция
 - в) кесарево сечение
 - г) применение токолитиков
 - д) правильно а) и г)
007. ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ПРОИЗВОДИМОГО ПО ПОВОДУ ПОЛНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, ВОЗНИКЛО КРОВОТЕЧЕНИЕ. ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАПОДОЗРИТЬ
- а) истинное врастание ворсин хориона в миометрий
 - б) гипотонию матки
 - в) гипокоагуляцию
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
008. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) болей в животе
 - б) анемии
 - в) асимметрии матки
 - г) гипоксии плода
 - д) полиурии

9. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ
- а) в быстром родоразрешении
 - б) в адекватном возмещении кровопотери
 - в) в профилактике осложнений
 - г) во всем перечисленном
 - д) ни в чем из перечисленного
10. ЕСЛИ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ РАЗВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ
- а) родовозбуждение
 - в) раннюю амниотомию
 - в) токолиз
 - г) кесарево сечение
 - д) правильно а) и б)
11. ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
- а) воспалительные заболевания шейки матки и области перешейка
 - б) эндомиометрит
 - в) гипоплазия матки
 - г) правильно а) и б)
 - д) верно все перечисленное
12. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ВЕДЕНИИ РОДОВ У РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ОТСЛОЙКОЙ ПЛАЦЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
- а) спазмолитики
 - б) промедол
 - в) окситоцин
 - г) партусистен
 - д) все перечисленные
13. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) повышенная кровопотеря
 - б) сомнение в целостности плаценты
 - в) сомнение в целостности стенки матки
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
14. НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССА ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ОБУСЛОВЛЕНО
- а) патологическим (частичным плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
 - б) гипотонией матки
 - в) форсированным отделением плаценты
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
15. ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА,

КАК ПРАВИЛО, ПРОНИКАЮТ ВГЛУБЬ СТЕНКИ МАТКИ

- а) в спонгиозный слой слизистой оболочки
- б) в компактный слой слизистой оболочки
- в) в базальный слой слизистой оболочки
- г) в миометрий
- д) правильно а) и б)

16. ПРИ ИСТИННОМ ПРИРАЩЕНИИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ПОКАЗАНО

- а) ручное отделение плаценты
- б) выскабливание послеродовой матки
- в) тампонада матки тампоном с фибриногеном
- г) надвлагалищная ампутация матки
- д) правильно б) и в)

17. ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРЕЛИВАТЬ

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

018 РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА РОДИЛЬНИЦЫ НА КРОВОПОТЕРЮ, КАК ПРАВИЛО, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- а) в уменьшении венозного возврата крови к сердцу
- б) в снижении сердечного выброса
- в) в максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

19. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ВСЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКИ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ

- а) анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
- б) отсутствие корригирующих лечебных мероприятий на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
- в) запоздалое возмещение кровопотери (без учета кровопотери, бывшей ранее)
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленные факторы

20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАРИНОМ РОДИЛЬНИЦЫ С ДВС-СИНДРОМОМ НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ

- а) инфузии свежзамороженной плазмы
- б) аспирин 0.5 г г 2-3 раза в день
- в) аспирин по 1/4 таблетки г 2-3 раза в день
- г) правильно а) и в)
- д) верно все перечисленное

6 Решите ситуационные задачи

Задача № 1

Беременность 6-я. Предстоящие роды 2-е. Беременная обратилась к врачу женской консультации с жалобами на скудные кровяные выделения из половых путей, появившиеся 2 часа тому назад. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами без осложнений. Последующие четыре - медицинскими абортами в сроки 8-10 недель. Последний аборт осложнился: повторным выскабливанием слизистой полости матки, эндометритом. Данная беременность протекала без осложнений до последнего обращения в женскую консультацию. Срок беременности 35 недель.
Диагноз? Тактика врача?

Задача № 2

В родильный дом машиной скорой помощи доставлена беременная 25 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, возникшее внезапно с началом родовой деятельности. Срок беременности 40 недель.
Диагноз? Тактика врача?

Задача № 3

Родильница 28 лет. Роды вторые. Первые роды протекали без осложнений, масса плода 4500,0. Беременность шестая (аборты, осложненные воспалением матки). Послед отделился и выделился самостоятельно через 7 мин после рождения плода, целый. Кровопотеря 350 мл. Через 5 мин кровяные выделения усилились, при наружном массаже матка мягкая, сокращается и вновь расслабляется, кровотечение продолжается.
Диагноз? Что делать?

ТЕМА № 18: РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ

Цель занятия: ознакомить обучающихся с причинами родового травматизма матери, клиникой, методами диагностики и лечения разрывов тканей мягких родовых путей, матки.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Причины разрывов матки.
2. Классификация разрывов матки.
3. Клиника угрожающего разрыва матки
4. Клиника начавшегося разрыва матки.
5. Клиника совершившегося разрыва матки
6. Лечение угрозы разрыва матки
7. Лечение начавшегося разрыва матки.
8. Лечение совершившегося разрыва матки.
9. Причины разрывов шейки матки.
10. Классификация разрывов шейки матки.
11. Методы зашивания разрывов шейки матки.
12. Классификация разрывов промежности.
13. Клиника угрозы разрыва промежности.
14. Техника зашивания разрыва промежности I-II степени
15. Техника зашивания разрыва промежности III степени
16. Ведение послеоперационного периода при разрывах шейки матки, влагалища и промежности.
17. Диагностика и лечение послеродовых гематом.
18. Диагностика, лечение и профилактика послеродовых свищей.

Задачи занятия: изучить причины родового травматизма матери, научить клинических ординаторов (ординаторов, слушателей) распознавать и оказывать помощь при разрывах матки, влагалища, шейки матки, промежности, гематомах, мочеполовых и кишечно-половых свищах.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Клинический ординатор должен знать: причины, клинику и врачебную тактику, профилактику при различных видах родового травматизма матери.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
5. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
6. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
8. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.
10. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
11. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
12. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
13. Дунаевская С.С., Винник Ю.С. Кровотечение и трансфузиология. - Изд-во Феникс, 2007.- 160с.
14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
15. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с.
16. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
17. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.
18. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения. - Женева : ВОЗ, 2014. - 44 с.
19. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
20. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.

Клинический ординатор

должен уметь:

диагностировать угрозу разрыва матки, разрывы шейки матки, влагалища, промежности и знать, как оказывать помощь при родовых травмах у матери.

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1 ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ II СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) нарушения задней спайки
- б) повреждения стенок влагалища
- в) повреждения мышц промежности
- г) повреждения наружного сфинктера прямой кишки
- д) повреждения кожи промежности

2 ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ, КАК ПРАВИЛО, В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

- а) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности
- б) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности
- в) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности
- г) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности
- д) на слизистую влагалища, мышцы промежности, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, кожу промежности

3 НАСИЛЬСТВЕННЫЕ РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ ОБРАЗУЮТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЯХ, КРОМЕ

- а) наложения акушерских щипцов
- б) поворота плода на ножку
- в) извлечения плода за тазовый конец
- г) плодоразрушающих операций
- д) длительного сдавления шейки матки при узком тазе

4 ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ I СТЕПЕНИ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ, КАК ПРАВИЛО

- а) на слизистую влагалища
- б) на мышцы промежности
- в) на кожу промежности
- г) верно а) и в)

- д) на все перечисленное
- 5 РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ III СТЕПЕНИ (С ОДНОЙ ИЛИ ДВУХ СТОРОН) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН
- а) более 2 см, но не доходит до свода влагалища
 - б) доходит до свода влагалища
 - в) сливается с разрывом верхнего отдела влагалища
 - г) верно б) и в)
 - д) все перечисленное неверно
6. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ БЫСТРО НАРАСТАЮЩЕЙ ГЕМАТОМЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ДОЛЖНА БЫТЬ СЛЕДУЮЩЕЙ
- а) применяют давящую повязку
 - в) внутрь - витамин С, хлорид кальция
 - в) проводят антианемическое лечение
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
- 7 ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЗАШИВАНИЯ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) восстановление слизистой влагалища
 - б) наложение швов на мышцы промежности
 - в) восстановление сфинктера прямой кишки
 - г) зашивание разрыва стенки прямой кишки
- 8 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ РАЗРЫВЕ МАТКИ (НА ПОЧВЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ МАТКИ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
- а) болезненности нижнего сегмента матки
 - б) сильной родовой деятельности
 - в) затруднения мочеиспускания
 - г) отека шейки матки
- 9 ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ТРАВМ ТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА ВКЛЮЧАЕТ
- а) госпитализацию в родовое отделение за 10-12 дней до срока родов
 - б) ношение родового бандажа
 - в) полноценное питание с достаточным количеством белка
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
- 10 ПРИЧИНЫ РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РОДАХ
- а) разрыв матки в родах
 - б) извлечение крупного плода из полости матки в момент операции кесарева сечения через небольшое отверстие в матке
 - в) насильственный разрыв матки при родоразрешающих операциях
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
11. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗРЫВОВ ВЛАГАЛИЩА В РОДАХ
- 1) инфантилизм
 - 2) стремительное течение родов
 - 3) крупная головка плода

- 4) неправильные (разгибательные) предлежания головки плода
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

12. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ II СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ, КАК ПРАВИЛО, ПОЭТАПНОЕ ЗАШИВАНИЕ

- 1) слизистой влагалища
- 2) мышц промежности
- 3) кожи промежности
- 4) наружного сфинктера прямой кишки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

13. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) адекватное анестезиологическое пособие
- 2) оперативное вмешательство
- 3) инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере
- 4) коррекция нарушений гемокоагуляции
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

14. ПРИ НЕВОССТАНОВЛЕННЫХ РАЗРЫВАХ ПРОМЕЖНОСТИ II СТЕПЕНИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1) опущение и выпадение влагалища
- 2) опущение и выпадение матки
- 3) недержание газов и кала
- 4) диспареуния
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

15. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГЕМАТОМЫ В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ИЛИ ПОД СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ВАГАЛИЩА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, СЛЕДУЮЩИМ

- 1) наличием опухолевидного образования
- 2) сине-багровой окраской образования
- 3) напряжением тканей над образованием и болезненностью
- 4) возможным появлением признаков анемии
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным

- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

16. ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах
- 2) бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций
- 3) правильное ведение родов
- 4) перинеотомию или эпизиотомию
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

17. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРИНЕОТОМИИ ИЛИ ЭПИЗИОТОМИИ

- 1) ригидная промежность
- 2) операция наложения акушерских щипцов
- 3) высокая промежность
- 4) недоношенный плод
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

18. ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ГЕМАТОМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

- 1) оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец)
- 2) патологические изменения в сосудистой системе
- 3) затяжные роды
- 4) ригидная промежность
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

19. ВОЗНИКНОВЕНИЮ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) ригидность шейки матки
- 2) изменения, связанные с предшествующими воспалительными процессами и травмами шейки матки
- 3) крупный плод
- 4) экстракция плода за тазовый конец
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

20. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАЗРЫВА ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО
- 1) периодически повторяющееся кровотечение из половых путей
 - 2) гипотония матки
 - 3) ДВС-синдром
 - 4) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

У повторнородящей после бурных, резко болезненных схваток с постоянными болями в животе схватки внезапно прекратились. Отмечается общая слабость, пульс 130 ударов в минуту, слабого наполнения, напряжения. АД 80/40 мм рт. ст. Сердцебиение плода не прослушивается. Появились кровянистые выделения из влагалища. Обоснуйте диагноз и тактику врача.

Задача № 2.

Роженица, 30 лет, повторнородящая с размерами таза 26-27-30-17см, доставлена с бурной родовой деятельностью и выпавшей ручкой плода. Воды излились 3 часа назад. Головка плода определяется справа. Пальпация нижнего сегмента болезненна. Сердцебиения нет. При внутреннем исследовании: открытие зева полное, плечико вколочено в таз.

Диагональная конъюгата 10 см.
Диагноз, его обоснование, тактика врача.

Задача № 3.

Повторнородящая с размерами таза 24-26-28-18 см доставлена машиной скорой помощи. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 уд. в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, 146 уд. в минуту, ритмичное.

Диагноз, его обоснование. Дальнейший план ведения родов.

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Степени тяжести разрывов шейки матки в зависимости от глубины повреждения»:

Степени тяжести разрывов шейки матки		
I степень	II степень	III степень
разрыв с одной или двух сторон не более 2 см		

4. Заполните пустые ячейки в таблице «Степени тяжести травм промежности по глубине повреждения»:

Степени тяжести разрывов промежности		
I степень	II степень	III степень
нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки		

5. Самостоятельно составьте таблицу «Последовательность наложения швов при разных степенях разрывов промежности»:

Последовательность наложения швов	Степени тяжести разрывов промежности		
	I степень		
1-й этап			

6. Самостоятельно составьте тест-вопрос «Какой шовный материал необходимо использовать при ушивании разрывов промежности?»

ТЕМА № 19: СЕПТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ.

Цель занятия: изучить этиологию и патогенез септического процесса, классификацию послеродовых заболеваний, факторы, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний во время беременности, родов и послеродового периода, особенности клинического течения; обучить ординаторов методам диагностики, принципам лечения послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний и их профилактики; изучить условия для генерализации инфекционного процесса, этиологию, патогенез клинику генерализованных осложнений и лактационного мастита, обучить современным методам диагностики, принципам лечения и профилактики.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Этиологические факторы послеродовых инфекционных заболеваний и их особенности.
2. Физиологические противoinфекционные барьеры женского полового тракта.
3. Особенности гуморального и клеточного иммунитета у беременных и родильниц.
4. Особенности родового тракта у родильниц, способствующие возникновению послеродовых инфекционных заболеваний.
5. Факторы, возникающие во время беременности и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
6. Факторы, возникающие в родах и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
7. Факторы послеродового периода, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
8. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний.
9. Клиническая картина послеродового эндомиометрита.
10. Диагностика послеродового пельвиоперитонита.
11. Основные принципы лечения послеродовых инфекционных заболеваний.
12. Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний
13. Чем обусловлено возрастание частоты гнойно-септических заболеваний?
14. Что называют септическим шоком? Какие факторы, кроме наличия инфекции, необходимы для возникновения шока?
15. Что способствует развитию септического шока, когда очагом инфекции является послеродовая матка?
16. Первичные расстройства при септическом шоке.
17. Фазы септического шока и их клинические проявления.
18. Наиболее тяжелые осложнения септического шока.
19. Меры, необходимые для наиболее ранней диагностики септического шока.
20. Принципы неотложной помощи при шоке.
21. Чем обусловлена повышенная заболеваемость маститами?

22. Наиболее распространенная классификация маститов.
23. Основные местные и общие проявления мастита.
24. Дополнительные методы диагностики маститов.
25. Основные принципы терапии маститов.
26. Профилактика маститов.
27. Чем обусловлено развитие перитонитов в послеродовом периоде?
28. Каковы особенности акушерского перитонита?
29. Фазы перитонита.
30. Причины развития перитонита после кесарева сечения? Диагностика.
31. Каковы основные принципы лечения перитонита?

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать: этиологию и патогенез послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний, роль микро- и макроорганизма в развитии процесса, классификацию послеродовых заболеваний, особенности клинического течения и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.
10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.
11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
15. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
16. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 256 с.
17. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
18. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.
19. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М.

	<p>: Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>20. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>21. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: диагностировать послеродовое гнойно-воспалительное заболевание, брать мазки и посевы из влагалища и цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам, выписывать рецепты на лекарственные средства, используемые при лечении гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА

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

2. ДЛЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) димексид
- б) настойку календулы
- в) лидазу
- г) новокаин
- д) все перечисленное

3. БАКТЕРОИДЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ДЕЙСТВИЮ

- а) эритромицина
- б) линкомицина
- в) метронидазола
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПИТА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИМЕНЯЮТ
- а) нистатин
 - б) клион - Д
 - в) настой календулы
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
5. АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ
- а) родов
 - б) раннего самопроизвольного выкидыша
 - в) кесарева сечения
 - г) искусственного аборта
 - д) позднего самопроизвольного выкидыша
6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА
- а) лимфогенный
 - б) гематогенный
 - в) галактогенный
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
7. ОСНОВНЫЕ ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ
- а) инфильтративно-гнойный
 - б) абсцедирующий
 - в) флегмонозный
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
8. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ МАСТИТ
- а) флегмонозный
 - б) гангренозный
 - в) абсцедирующий
 - г) инфильтративно-гнойный
 - д) инфильтративный
9. К БАКТЕРИЦИДНЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ
- а) ампициллина
 - б) олеандомицина
 - в) гентамицина
 - г) цефопорина
 - д) кефзола
10. К БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКИМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ
- а) карбенициллина
 - б) эритромицина
 - в) морфоциклинв

- г) левомецетина
- д) линкомицина

11. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЛАКТАЦИОННЫМ МАСТИТОМ

- а) санация входных ворот инфекции
- б) своевременное оперативное вмешательство при гнойной форме
- в) своевременная постановка вопроса о подавлении лактации
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

12. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ СТАДИИ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА, КАК ПРАВИЛО, ЗАВИСИТ

- а) от особенностей возбудителя инфекции
- б) от состояния защитных сил организма
- в) от характера проводимой терапии
- г) верно а) и б)
- д) от всего перечисленного

13. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) микробная флора зева и носа новорожденного
- б) очаг инфекции в организме роженицы
- в) грязные руки и белье роженицы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленного

14. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ

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

15. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, КОТОРЫЕ ВСЕГДА ПРЕДШЕСТВУЮТ ПЕРФОРАЦИИ ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

- а) ознобы
- б) появление жидкого стула
- в) появление резей при мочеиспускании
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

16. ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ ЧАЩЕ БЫВАЕТ ПОРАЖЕНИЕ

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

17. ЛЕЧЕНИЕ КОЛЬПИТА У БЕРЕМЕННЫХ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ

- а) в 1 триместре

- б) во 2 триместре
- в) в 3 триместре
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

18. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ СЕПТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В НАЛИЧИИ У РОДИЛЬНИЦЫ

- а) урогенитальной инфекции
- б) сахарного диабета
- в) невосполненной кровопотере
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

19. ПОЛОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ВОСНОВНОМ

- а) для хламидий
- б) для вируса простого герпеса
- в) для трихомонады
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

20. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) золотистый стафилококк
- б) гемолитический стрептококк
- в) кишечная палочка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Родильница на 5 день после родов жалуется на боли в правом бедре, ознобы. Температура 39,2 С. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный. Живот мягкий, матка несколько болезненная, дно ее на 1 п/п ниже пупка. Выделения из влагалища сукровичные, без запаха. Правое бедро утолщено, активные и пассивные движения ноги болезненны.

Диагноз. Лечение.

Задача № 2.

Врач женской консультации вызван на дом к родильнице М., 28 лет, которую выписали 5 дней назад 10 июня после родов.

Данные анамнеза: менструальная функция не нарушена, половая жизнь с 20 лет, первая беременность через год после замужества закончилась родами. Масса плода 4200 гр., роды осложнились гипотоническим кровотечением и операцией ручного обследования полости матки. Вторая беременность -2 года назад - закончилась медицинским абортом (при сроке 8 недель), который осложнился эндометритом, в течение 3 недель проходила лечение в гинекологическом отделении. Данная - третья беременность - осложнилась пиелонефритом в 25 недель, с повышением температуры тела до 37,5°C - стационарное лечение в течение 2-х недель, а также угрожающими преждевременными родами. В сроке 32 недель беременности так же находилась на лечении в родильном доме в связи с угрозой преждевременных родов.

Роды произошли на 39 неделе, в родах было произведено 5 влагалищных

исследований (имелось преждевременное излитие околоплодных вод, безводный промежуток составил 20 часов), было проведено ушивание разрыва слизистой влагалища кетгутowymi швами. Вес плода 3700 гр., рост 54 см.

В послеродовом периоде в роддоме перед выпиской 2 дня скрывала повышение температуры до 37,5-37,3°C.

При осмотре врача - общее состояние удовлетворительное. Жалобы на слабость, потливость. Температура тела 39°C, озноб. АД - 110/70 мм рт.ст.

Кожные покровы обычной окраски, отмечается гиперемия щек. Молочные железы мягкие, инфильтратов нет, соски чистые. Над лоном пальпируется матка, 7 см над лоном, чувствительная при пальпации, мягковатая, из влагалища - гнойно-кровянистые выделения с запахом.

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 3.

12-е сутки послеродового периода. У роженицы внезапно повысилась температура до 38,5°, озноб, головная боль, появились боли в молочной железе. При осмотре - умеренное нагрубание, уплотнение и болезненность в глубине молочной железы.

Диагноз? Тактика врача?

3. Самостоятельно составьте таблицу «Классификация послеродового перитонита, отражающая динамику процесса»:

Признаки	Фазы развития процесса		
	1-я фаза - реактивная	2-я фаза - токсическая	
Компенсаторные механизмы			
Общее состояние пациентки			

ТЕМА № 20: БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, АНЕМИЯХ, ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК, САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ, ТУБЕРКУЛЕЗЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, АНЕМИЯХ

Цель занятия: изучить особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и анемиями.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Перечислите причины возникновения осложнений течения беременности у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.
2. Классификация сердечно-сосудистой недостаточности по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко.
3. Каким образом можно установить обострение ревматического процесса у беременных женщин?
4. В какие сроки беременности необходимо проводить профилактическое лечение ревматизма?
5. При каких пороках сердца беременность противопоказана?
6. Принципы лечения беременных женщин с заболеваниями сердца.
7. Показания к наложению акушерских щипцов.
8. Показания к родоразрешению путем кесарева сечения у беременных с заболеваниями сердца.
9. Заболевания вен во время беременности (варикозная болезнь нижних конечностей, тромбоз поверхностных вен, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия ветвей легочной артерии).

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать: классификацию недостаточности кровообращения, особенности гемодинамических

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической

изменений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы во время беременности, родов и послеродового периода, показания к прерыванию беременности в ранние и поздние сроки, тактику ведения беременности, родов и послеродового периода, этиопатогенез, диагностику, особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода при анемиях, лечение.

4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.
10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.
11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
14. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с.
15. Заболевания сердца у беременных/ С. Р. Мравян [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с.
16. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
17. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
18. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228 с.
19. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: рук-во для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.
20. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.
21. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
22. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.
23. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.
24. Железодефицитные состояния у беременных : учебно-метод. пособие / Л. В. Цаллагова, Л. С. Попова. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 70 с.
25. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.
26. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.

Врач-ординатор должен уметь: обследовать беременную с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, по данным лабораторных исследований и по клиническим проявлениям оценить активность ревматического процесса, определить форму порока сердца и степень нарушения кровообращения; четко определить противопоказания к пролонгированию беременности; правильно выбрать метод родоразрешения, назначить обследование и лечение при анемиях. _____

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Женщина, 25 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на одышку, сердцебиение, колющие боли в области сердца. Два года назад перенесла атаку ревматизма. Кожные покровы бледные, с цианозом губ. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены вверх и влево, на верхушке сердца систолический и пресистолический шумы, на легочной артерии 2 тон усилен, раздвоен. Печень и селезенка увеличены. Имеется беременность 6-7 недель.

Обоснуйте диагноз. Тактика врача.

Задача № 2.

В роддом поступила беременная женщина. При обследовании пациентки установлен ревматизм, неактивная фаза, комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности клапана; недостаточность кровообращения 2А ст. Таз нормальных размеров. Головка прижата ко входу в малый таз. При сроке беременности 38 недель началась родовая деятельность.

Диагноз. План родоразрешения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

Цель занятия: изучить со студентами течение беременности и родов при заболевании почек

и мочевыводящих путей, клинику, диагностику, лечение, тактику ведения родов и послеродового периода.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Перечислить предрасполагающие факторы в развитии почечной патологии у беременных.
2. Течение беременности при пиелонефрите.
3. Лечение пиелонефрита при беременности
4. Акушерская тактика при гломерулонефрите.
5. Клиника почечно-каменной болезни, показания к досрочному родоразрешению.
6. Мероприятия по купированию приступа почечной колики.
7. Прогноз для плода и новорожденного при беременности, осложненной заболеваниями почек.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор

должен знать:

нозологические формы почечной патологии, особенности клинического течения этих заболеваний при беременности, лечение их, ведение родов, метод родоразрешения, дифференциальную диагностику с гестозами беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.
10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.
11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.

	<p>Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>14. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с.</p> <p>15. Заболевания сердца у беременных/ С. Р. Мравян [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с.</p> <p>16. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>17. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>18. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228 с.</p> <p>19. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: руководство для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.</p> <p>20. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>21. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>22. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>23. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>24. Железодефицитные состояния у беременных : учебно-метод. пособие / Л. В. Цаллагова, Л. С. Попова. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 70 с.</p> <p>25. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: обследовать беременную, поставить диагноз, провести дифференциальный диагноз между заболеванием почек и гестозами, знать медикаментозную терапию этих заболеваний, выписать рецепты и определить тактику ведения родов, метод родоразрешения.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Решите ситуационные задачи.

Задача №1

Первобеременная Л., 25 лет, поступила в клинику в сроке беременности 27 недель.

В детстве перенесла пиелонефрит, корь, частые ангины, грипп.

Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3 -4 дня, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет.

Данная беременность протекала с обострением пиелонефрита в сроке 17 недель, по поводу чего находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении. Температура тела повышалась до 37,2-37,5С, получала фитотерапию, дезинтоксикационную, инфузионную терапию, препараты для лечения фетоплацентарной недостаточности. Выписана через 14 дней в удовлетворительном состоянии. Анализ мочи при выписке: удельный вес 1017, белок - отсут., бактерии - отсут.

Пациентку беспокоят озноб, общая слабость. Температура тела повысилась до 37,5-37,9°С. Симптом Пастернацкого справа положительный. Анализ мочи: следы белка, лейкоциты до 30 в поле зрения, бактерии (+++).

Диагноз. План ведения.

Задача № 2

Первобеременная 27 лет, срок беременности 28-29 недель обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в пояснице больше справа, озноб, повышение температуры до 38-39 °С. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд. в мин. Выделений из половых путей нет. Симптом Пастернацкого положительный справа. Отеков нет. АД 120/80. В моче большое количество лейкоцитов.

Диагноз? Тактика врача, лечение?

Задача № 3

Первобеременная 24 года, беременность 28 недель. Из анамнеза выявлено, что в детстве болела скарлатиной, осложненной пиелонефритом. 2 года тому назад по поводу пиелонефрита лечилась в стационаре.

При обращении в женскую консультацию обнаружено - белок в моче 2,95%, АД 165/95, отеки на нижних конечностях. Положение плода продольное, сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд. в мин.

Диагноз? Тактика врача?

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ. ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Цель занятия: ознакомить ординаторов с особенностями течения беременности и родов при вирусном гепатите и туберкулезе, сроками и методами родоразрешения.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИИ:

Контрольные вопросы:

1. Назовите клинические формы вирусного гепатита.
2. Клиника вирусного гепатита при беременности.
3. Лабораторные данные, характерные для вирусного гепатита.
4. Какой метод исследования позволяет поставить окончательный диагноз ВГ?
5. Что предпринимают для предупреждения заражения новорожденного?
6. Акушерская тактика при вирусных гепатитах.
7. Лечение и ведение беременных с вирусным гепатитом.
8. Какие эпидемиологические мероприятия проводят при подозрении на ВГ?
9. Осложнения вирусного гепатита.
10. Перечислить профилактические мероприятия при ВГ.
11. Показания к прерыванию и пролонгированию беременности при ВГ.
12. Состояние вопроса “Беременность и туберкулез” на современном этапе.
13. Основные клинические симптомы туберкулезе легких, особенности течения туберкулезного процесса при беременности.
14. Диагностика туберкулеза.
15. Показания к прерыванию беременности при туберкулезе легких, почек, костном туберкулезе. Оптимальные сроки прерывания беременности.
16. Лечение туберкулеза, лекарственные препараты.
17. Тактика ведения родов при туберкулезе.
18. Профилактические мероприятия при туберкулезе.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор

должен знать:

нозологические формы вирусного гепатита и туберкулеза, методы диагностики, особенности течения беременности и родов, осложнения вызванные вирусным гепатитом и туберкулезом, сроки и методы родоразрешения, прогноз для матери и плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

28. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
29. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
30. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
31. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
32. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
33. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
34. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
35. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
36. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.
37. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. :

	<p>Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>40. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>41. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с.</p> <p>42. Заболевания сердца у беременных/ С. Р. Мравян [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с.</p> <p>43. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>44. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>45. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228 с.</p> <p>46. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: рук- во для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.</p> <p>47. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>48. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>49. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>50. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>51. Железодефицитные состояния у беременных : учебно-метод. пособие / Л. В. Цаллагова, Л. С. Попова. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 70 с.</p> <p>52. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>53. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p> <p>Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология у беременных. -</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: определить тактику ведения беременности и родов в зависимости от форм вирусного гепатита и туберкулеза, тяжести течения и периода заболевания, наметить план ведения, сроки и методы прерывания беременности или родоразрешения, меры профилактики заболеваний у новорожденного.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Первобеременная, 24-х лет, поступила в клинику с жалобами на боль в надчревной области, зуд кожи, снижение аппетита, обесцвеченный кал, мочу темного цвета. Заболела 2 недели назад, к врачу не обращалась. При осмотре выраженная желтушность кожи. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 60 уд. в мин. Язык влажный, живот увеличен за счет беременности сроком 36 недель. При пальпации живота обнаружена увеличенная печень, край ее острый, болезненный. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Предварительный диагноз. Пути его уточнения и врачебная тактика.

Задача № 2

В женскую консультацию обратилась беременная с жалобами на желтушность кожных покровов в течение 7 дней, легкий кожный зуд. Последние 2 недели отмечает слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость. Последние 3 дня отмечает темную пенистую мочу и светлый кал. Из анамнеза выяснено, что последние 3 месяца лечилась у стоматолога. При осмотре - желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба. Матка овоидной формы, в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Выделений из половых путей нет.

Диагноз: Беременность 28 недель. Головное предлежание. Подозрение на вирусный гепатит "В".

Тактика врача?

Задача № 3

В родильный дом поступила беременная 23-х лет. Беременность доношенная, регулярная родовая деятельность. Отмечает, что последние 2 дня появилась слабость, желтушность склер, утомляемость, темная пенистая моча. При осмотре кожные покровы, склеры глаз желтушны, АД 130/80. Отеков нет. Прибавка в весе за беременность 9 кг. Положение плода продольное, предлежит головка малым сегментом во входе в таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Схватки - через 3-4 мин по 35-40 секунд, хорошей силы. Излились околоплодные воды желтовато-опалесцирующего цвета, прозрачные. При влагалищном исследовании - шейка сглажена, края ее тонкие, хорошо растяжимые, открытие 7-8 см, плодного пузыря нет, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз, малый родничок слева спереди, большой справа сзади, стреловидный шов в правом косом размере. Размеры таза нормальные. Диагноз? Тактика врача?

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Цель занятия: изучить особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с заболеваниями органов дыхания.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.

4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Течение беременности у больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Какие акушерские осложнения возможны у женщин с патологиями органов дыхания во время беременности и в родах?
3. При каких заболеваниях органов дыхания показано родоразрешение путем кесарева сечения?
4. Прогноз беременности и родов при болезнях органов дыхания.
5. Каковы показания к госпитализации беременных с патологией органов дыхания?

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен
_____ знать:

классификацию
заболеваний органов
дыхания, особенности
течения и ведения
беременности, родов и
раннего послеродового
периода у женщин с
патологией органов
дыхания, влияние на

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.

плод, принципы
лечения, сроки и методы
родоразрешения.

6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 656 с.
10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 656 с.
11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
14. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с.
15. Заболевания сердца у беременных/ С. Р. Мравян [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с.
16. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.
17. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
18. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228 с.
19. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: рук- во для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.
20. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.
21. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
22. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.
23. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.
24. Железодефицитные состояния у беременных : учебно-метод. пособие / Л. В. Цаллагова, Л. С. Попова. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 70 с.
25. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.
26. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты,

Врач-ординатор

должен уметь:

обследовать больную с болезнями органов дыхания, оценить степень тяжести патологического процесса; определить противопоказания к сохранению беременности, выбрать сроки и метод родоразрешения.

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Роженица А., 32 лет, поступила в родильный дом 5 мая в 14 часов 30 минут с регулярной родовой деятельностью при сроке беременности 39-40 недель.

Менструации с 12 лет, установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней. умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 25 лет. Первая беременность закончилась своевременными родами, вес новорожденного 3500 г, ребенок развивается нормально, вторая беременность в 28 лет, закончилась своевременными родами без осложнений, вес ребенка 3700 г. Третья беременность - 2 года назад закончилась медицинским абортom при сроке беременности 8-9 недель, осложнений не было. Данная беременность - 4-ая.

При поступлении состояние роженицы удовлетворительное. Температура тела 38,3°C, обусловлена гриппозной пневмонией. Пульс - 96 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Телосложение правильное, рост 165 см, масса тела 76 кг.

В легких - дыхание ослаблено, прослушиваются хрипы. Находится на лечении у терапевта по поводу гриппозной пневмонии, в домашних условиях. От госпитализации в терапевтический стационар отказалась.

Размеры таза: 26-29-31-20 см. Окружность живота 106 см, высота дна матки 38 см. Положение плода продольное, I позиция, задний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в таз.

Сердцебиение плода не выслушивается. ПМП - 3700-3800 гр. Родовая деятельность началась 7 часов назад. Схватки через 3-4 минуты по 35 секунд. Воды излились I час назад. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет.

Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Лобный шов в поперечном размере. Определяются глазницы, корень носа, слева достигается большой родничок. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.

Диагноз. Тактика врача, вид родоразрешения.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ Цель занятия:

изучить особенности течения и ведения беременности, родов и раннего

послеродового периода у женщин с сахарным диабетом.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Течение сахарного диабета у больных в первые недели беременности.
2. Течение сахарного диабета у больных во втором триместре беременности.
3. Какие акушерские осложнения возможны у больных сахарным диабетом во второй половине беременности?
4. Какие акушерские осложнения возможны у больных сахарным диабетом в родах?
5. В какие сроки беременности и для чего целесообразна госпитализация в стационар беременных женщин, страдающих сахарным диабетом?
6. Перечислите показания к родоразрешению путем кесарева сечения при сахарном диабете.
7. Прогноз беременности и родов при диабете.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор

должен знать:

классификацию сахарного диабета, особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с сахарным диабетом, влияние на плод, принципы лечения, сроки и методы родоразрешения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с.
6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с.
7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с.
8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. :

	<p>Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>14. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с.</p> <p>15. Заболевания сердца у беременных/ С. Р. Мравян [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с.</p> <p>16. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>17. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>18. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228 с.</p> <p>19. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: рук- во для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.</p> <p>20. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>21. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>22. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>23. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>24. Железодефицитные состояния у беременных : учебно-метод. пособие / Л. В. Цаллагова, Л. С. Попова. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 70 с.</p> <p>25. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>26. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p> <p>Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология у беременных. -</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: обследовать больную с сахарным диабетом, оценить степень тяжести сахарного диабета; определить противопоказания к сохранению беременности, выбрать сроки и метод родоразрешения.</p>	

Цель занятия: изучить особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с болезнями щитовидной железы.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы:

1. Течение беременности у больных с заболеваниями щитовидной железы.
2. Какие акушерские осложнения возможны у женщин с патологиями щитовидной железы во время беременности и в родах?
3. В какие сроки беременности необходима госпитализация в стационар беременных женщин, страдающих болезнями щитовидной железы?
4. При каких заболеваниях щитовидной железы показано родоразрешение путем кесарева сечения?
5. Прогноз беременности и родов при болезнях щитовидной железы.
6. Каковы показания к хирургическому лечению щитовидной железы во время беременности?
7. Каковы особенности планирования беременности у женщин с болезнями щитовидной железы?

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор	СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
должен знать:	1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
классификацию заболеваний	2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с..
щитовидной железы, особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с болезнями щитовидной железы, влияние на плод, принципы лечения, сроки и методы родоразрешения.	3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 4. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с. 5. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с. 6. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с. 7. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с. 8. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. 9. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. 10. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с.

	<p>11. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>12. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.</p> <p>13. Акушерство. Курс лекций : учеб. пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.</p> <p>14. Апрусян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с.</p> <p>15. Заболевания сердца у беременных/ С. Р. Мравян [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с.</p> <p>16. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.1. Акушерство / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 496 с.</p> <p>17. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>18. Тромбофилии беременных / А. Ю. Муратова, Т. П. Бондарь. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2016. - 228 с.</p> <p>19. Нарушения системы гемостаза в акушерской практике: рук-во для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с.</p> <p>20. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.</p> <p>21. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>22. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>23. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. : Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>24. Железодефицитные состояния у беременных : учебно- метод. пособие / Л. В. Цаллагова, Л. С. Попова. - Владикавказ : [б. и.], 2007. - 70 с.</p> <p>25. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>26. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007.</p> <p>27. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология у беременных. - М.: «Триада - X», 1982.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: обследовать больную с болезнями щитовидной железы, оценить степень тяжести патологии щитовидной железы; определить противопоказания к сохранению беременности, выбрать сроки и метод родоразрешения.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

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

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

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

- 1) выраженный митральный стеноз
- 2) выраженный аортальный стеноз
- 3) синдром Эйзенменгера
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

3. СЕРДЕЧНАЯ АСТМА, КАК ПРАВИЛО, ПРЕДШЕСТВУЕТ

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

4. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА

- 1) для аортальных пороков
- 2) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия
- 3) для всего перечисленного
- 4) ни для чего из перечисленного

5. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО

- 1) при недостаточности кровообращения ПБ-III стадии
- 2) при септическом эндокардите
- 3) при острой сердечной недостаточности в родах
- 4) при всем перечисленном
- 5) ни при чем из перечисленного

6. ВО ВРЕМЯ РОДОВ ЖЕНЩИНЫ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ

- 1) в горизонтальном положении
- 2) с приподнятым ножным концом
- 3) в полусидячем положении
- 4) лежа на боку

7. ДЛЯ ПБ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) атеросклероз крупных сосудов мозга
- 2) грубые анатомические вторичные изменения органов (сердца, почек)
- 3) стабильное повышение артериального давления
- 4) ничего из перечисленного
- 5) все перечисленное

8. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННОЙ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ

- 1) внутриутробное инфицирование плода трансплацентарным путем
- 2) внутриутробное инфицирование плаценты гематогенным путем
- 3) внутриутробное инфицирование плода и плаценты восходящим путем
- 4) всеми перечисленными путями

9. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЕТАЛЬНОСТИ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) одинакова
- 2) ниже
- 3) выше

10. С ПОЯВЛЕНИЕМ ЖЕЛТУХИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРЕОБЛАДАЕТ

- 1) интоксикация
- 2) диспептические явления
- 3) боли в области печени
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

11. ПРИ НАЛИЧИИ У РОДИЛЬНИЦЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ВОПРОС О РАЗРЕШЕНИИ КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ГРУДЬЮ МАТЕРИ РЕШАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

- 1) не разрешается, так как вирус гепатита передается ребенку с молоком матери
- 2) разрешается, так как вирус гепатита не передается ребенку с молоком матери
- 3) не разрешается, так как кормление грудью оказывает отрицательное влияние на родильницу

12. СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) любая форма заболевания
- 2) мелкоочаговая
- 3) ограниченная фиброзно-очаговая
- 4) фиброзно-кавернозная

13. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО РОДИЛЬНИЦАМ

- 1) с активной формой туберкулеза
- 2) резко ослабленным
- 3) с гнойным маститом

14. ИЗОЛЯЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРИ С АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

- 1) необходима

- 2) не обязательна
- 3) по желанию женщины

15. ИНСУЛИН - ЭТО АНАБОЛИЧЕСКИЙ ГОРМОН, СПОСОБСТВУЮЩИЙ

- 1) утилизации глюкозы
- 2) биосинтезу гликогена
- 3) биосинтезу белков

16. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) жажда
- 2) сухость во рту
- 3) кожный зуд
- 4) полиурия

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

- 1) в пределах 60-100 мг% (3.3-5.5 ммоль/л)
- 2) не превышает 120 мг% (6.6 ммоль/л)
- 3) не превышает 140 мг% (7.7 ммоль/л)
- 4) не превышает 220 мг% (12.21 ммоль/л)

18. ДЛЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) уровень гликемии натощак больше 7.7 ммоль/л (140 мг%), но не превышает 12.21 ммоль/л (220 мг%)
- 2) уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%)
- 3) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

19. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА СРЕДНЮЮ ТЯЖЕсть САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) уровень гликемии натощак больше 7.7 ммоль/л (140 мг%), но не превышает 12.21 ммоль/л (220 мг%)
- 2) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина
- 3) кетоз может быть устранен с помощью диеты
- 4) часто развиваются сосудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, трофические язвы голени)

20. ПОКАЗАТЕЛИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О НАЛИЧИИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА

- 1) уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%)
- 2) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов
- 3) нередко развивается артериальная гипертензия, ишемическая болезнь миокарда
- 4) все перечисленные
- 5) ничего из перечисленного