

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам
интернатуры, ординатуры и дополнительного профессионального
образования

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Специальность Акушерство и гинекология

Направление подготовки ординатура

Вопросы к модульному занятию по разделу «Акушерство»

1. Акушерские операции, исправляющие неправильные положения плода.
2. Акушерские пособия при тазовом предлежании.
3. Аномалии родовой деятельности.
4. Геморрагический шок. Диагностика. Интенсивная терапия.
5. Геморрагический шок. Реологические нарушения. Стадии геморрагического шока.
6. Гестационный сахарный диабет.
7. Гестоз. Классификация, этиология, диагностика, лечение.
8. Гормональные методы диагностики в акушерстве и гинекологии.
9. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность.
10. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода (групповая и резус несовместимость). Диагностика. Ведение беременности и родов.
11. Кесарево сечение. Показания и противопоказания.
12. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях.
13. Кровоснабжение органов малого таза.
14. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Основные причины. Диагностика. Профилактика. Лечение.
15. Кровотечения во время беременности.
16. Мастит. Классификация, диагностика, клиника, лечение.
17. Невынашивание беременности.
18. Неправильные положения плода. Классический комбинированный акушерский поворот.
19. Переношенная и пролонгированная беременность.
20. Плацентарная недостаточность. Патогенез. Диагностика. Клиника.
21. Послеродовые кровотечения. Причины. Методы остановки кровотечения.
22. Преждевременные роды. Клиника, диагностика, акушерская тактика.
23. Преждевременные роды. Течение и ведение преждевременных родов.

24. Прерывание беременности ранних и поздних сроков.
25. Разгибательные вставления головки плода.
26. Разрывы наружных половых органов. Методики зашивания.
27. Ранние токсикозы. Чрезмерная рвота. Лечение. Показания к прерыванию беременности.
28. Рубец на матке. Оценка полноценности рубца. Осложнения. Возможности родоразрешения через естественные родовые пути (условия).
29. Сахарный диабет и беременность.
30. Септическая инфекция в акушерстве.
31. Тазовые предлежания. Течение и ведение родов.
32. Тяжелые формы гестоза. Акушерская тактика.
33. Узкий таз. Течение и ведение родов.
34. Физиологические роды. Биомеханизм родов. Ведение родов. Акушерские пособия.
35. Физиология беременности.
36. Физиология послеродового периода.
37. Физиология родов.
38. Электрофизиологические методы диагностики состояния плода.
39. Эндоскопические методы исследования в акушерстве и гинекологии.

Задачи к модульному занятию по разделу «Акушерство»

ЗАДАЧА 1.

Роженица находится во II периоде родов в течение 1 ч. Беременность 41 неделя, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки через 3 мин по 35—40 с. Размеры таза 25—28—31—20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим, подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Ваша тактика?

ЗАДАЧА 2.

У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во II периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодичцы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Диагноз? Какую тактику следует избрать?

ЗАДАЧА 3.

Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37—38 нед., состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм. рт. ст., пульс 98 уд/мин.

Диагноз? Какой комплекс лечебных мероприятий следует провести при поступлении? Тактика ведения беременной?

ЗАДАЧА 4.

Повторнобеременная 25 лет поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 недель. В анамнезе одни своевременные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу тяжелого гестоза. Родовой деятельности нет, АД 150/90 мм. рт. ст., отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, тазовый конец подвижен, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс крестца недостижим.

Диагноз? Какой метод родоразрешения целесообразнее применить в данной ситуации?

ЗАДАЧА 5.

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды 1-е в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 минут родился второй мальчик массой 3000 г, в момент пререзывания головки второго плода в/в введен метилэргометрин. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер. Послед выделился через 10 минут, сразу после рождения последа выделилось 250 мл. крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 6.

Срочные роды. В анамнезе 4 искусственных аборта, последний осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре. Родилась доношенная девочка весом 4100,0, длина 53 см. Моча выделена катетером. Через 10 минут после рождения плода, началось кровотечение из половых путей. Признаков отделения плаценты нет. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 7.

Роды I, в срок. Беременность протекала без осложнений. Воды излились

и схватки начались за 6 часов до поступления в родильный дом. При поступлении роженица беспокойна, АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 90 уд/мин., температура 37,1 °С. Рост 165 см, вес 75 кг, размеры таза 25-28-31-17. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки 34 см. Схватки частые, сильные, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 уд/мин. Моча, выпущенная по катетеру, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой родничок справа, ниже малого. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см. Подтекают воды с примесью крови и мекония.

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 8.

Первородящая, 30 лет. Поступила в родильный дом в 38 недель беременности с началом родовой деятельности. Схватки регулярные. Размеры таза 26-26-31-18. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 136 уд/мин., ритмичное. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз. Ниже головки определяется пульсирующая петля пуповины. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Что делать?

ЗАДАЧА 9.

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

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 10.

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

Диагноз? Тактика ведения?

ЗАДАЧА 11.

Повторнобеременная 34 лет поступила в отделение патологии беременности с диагнозом: Беременность 29-30 нед. Резус-конфликт. Данная беременность третья, в анамнезе 1 роды, осложнились частичным плотным прикреплением плаценты, ручным отделением плаценты и выделением последа, 1 самопроизвольный аборт в 11-12 нед. беременности. Титр антител 1:32, по данным УЗИ – многоводие, толщина плаценты 45 мм. Диагноз и тактика врача стационара?

ЗАДАЧА 12.

У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во II периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Диагноз? Какую тактику следует избрать?

ЗАДАЧА 13.

Беременная 16 лет поступила в родильный дом для решения вопроса о методе родоразрешения. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41 —42 недели. При объективном исследовании: предполагаемая масса плода 4200 г, размеры таза 23-26-29-18 см, предлежание головное. При влагалищном исследовании: Шейка матки длиной 2,5 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев закрыт.

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 14.

На 4-е сутки после родов родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38 °С. В родах, в связи с частичным плотным прикреплением плаценты, произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка - чувствительная при пальпации, на 12 см выше лона. Молочные железы - умеренное нагрубание.

Какой диагноз наиболее вероятен? Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 15.

Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37—38 нед., состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм. рт. ст., пульс 98 уд/мин.

Диагноз? Какой комплекс лечебных мероприятий следует провести при

поступлении? Тактика ведения беременной?

ЗАДАЧА 16.

Беременная 32 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. Роды 4-ые, трое предыдущих закончились рождением живых доношенных детей. Третьи роды осложнились кровотечением в послеродовом периоде, было произведено ручное отделение и выделение последа ввиду плотного прикрепления плаценты. Спустя 4 часа от момента поступления произошли роды живой девочкой массой 4200, дл. 52 см. В III периоде была произведена профилактика кровотечения метилэргометрином. Через 3 минуты отделилась плацента и выделился послед, цел. Оболочки все, матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. Через 10 минут из половых путей выделилось ещё 150 мл крови со сгустками. Матка расслабляется. Кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 17.

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 41 нед. Размеры таза 23—26—29—18 см, диагональная конъюгата 11 см. Данные эхографии: плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 3000 г, плацента III степени зрелости, в дне матки, маловодие. При доплерометрии выявлены нарушения кровообращения в системе мать—плацента—плод II степени. При влагалищном исследовании – шейка матки «незрелая».

Диагноз? Каков план родоразрешения?

ЗАДАЧА 18.

Первородящая, 25 лет, поступила на роды с доношенной беременностью. Схватки начались 3 часа назад, воды излились по пути в роддом. Рост 170 см, масса тела 78 кг. Размеры таза 25-28-31-18.5 см. Предполагаемая масса плода 3400. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Схватки регулярные, через 5-6 мин по 40-45 сек., средней силы и болезненности. Шейка матки сглажена, открытие 3 см, плодного пузыря нет. Из-за небольшого раскрытия шейки матки определить характер предлежания не удастся. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10,5 см. Подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 19.

В отделение доставлена машиной скорой помощи первобеременная, 20 лет. Беременность 7-8 нед. Жалобы на постоянную тошноту, неукротимую рвоту, пищу не удерживает. Слабость, апатия, снижение массы тела на 4 кг за две недели. Состояние больной тяжёлое, истощена, изо рта запах ацетона. Температура субфебрильная, кожа желтушная, сухая. Пульс 110 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст.

Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Диурез снижен до 400 мл в сутки. В крови повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В анализе мочи протеино- и цилиндрурия, реакция на ацетон резко положительная.

Диагноз? План ведения?

ЗАДАЧА 20.

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась нормальными родами, вторая - самопроизвольным абортom. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается выпавшая пульсирующая пуповина. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза.

Диагноз? Что должен предпринять врач, ведущий роды?