

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии № 2

ВОПРОСЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

по дисциплине «Акушерство»
для ординаторов 1-го года обучения
по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология»

1. Амниотомия. Показания. Техника выполнения.
2. Анафилактический шок в акушерстве. Диагностика, тактика ведения.
3. Аномалии родовой деятельности.
4. Антигенная несовместимость крови матери и плода по системе ABO и Rh-фактору.
5. Беременность и заболевания вен.
6. Беременность и заболевания крови.
7. Беременность и заболевания органов дыхания.
8. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.
9. Беременность и заболевания щитовидной железы.
10. Беременность и роды при заболеваниях мочевыделительной системы.
11. Беременность и сахарный диабет.
12. Ведение беременности у женщин с артериальной гипертензией.
13. Ведение беременности у женщин с бронхиальной астмой.
14. Ведение беременности у женщин с гиперфункцией щитовидной железы.
15. Ведение беременности у женщин с гипотиреозом.
16. Ведение беременности у женщин с гломерулонефритом при сохранной функции почек.
17. Ведение беременности у женщин с заболеваниями ЖКТ.
18. Ведение беременности у женщин с заболеваниями надпочечников.
19. Ведение беременности у женщин с заболеваниями печени.
20. Ведение беременности у женщин с тубоовариальным образованием во время гестации.
21. Ведение женщин в послеродовом периоде после оперативных родов.
22. Ведение физиологических родов.
23. Ведение физиологической беременности.
24. Внематочная беременность.
25. Внутриутробная инфекция.
26. Геморрагический шок.
27. Гипоксия плода.
28. Демографическая ситуация в РФ.
29. Диагностическая ценность УЗИ в III-ем триместре беременности.
30. Диагностическая ценность УЗИ во II-ом триместре беременности.
31. Дискоординированная родовая деятельность.

32. Заболевания 2-го этапа послеродовой инфекции. Классификация, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
33. Заболевания 3-го этапа послеродовых инфекций. Классификация, диагностика, клиника, лечение, профилактика, реабилитация.
34. Заболевания первого этапа послеродовой инфекции. Классификация, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
35. Задержка внутриутробного развития плода.
36. Изменения в организме женщины при беременности.
37. Кардиотокография. Подготовка заключения по результатам кардиотокографии.
38. Клинически узкий таз.
39. Контрольное ручное обследование стенок послеродовой матки.
40. Косое положение плода. Клиника, диагностика, течение и ведение беременности и родов.
41. Кровотечения в 1-й половине беременности.
42. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.
43. Кровотечения во 2-й половине беременности.
44. Лабораторные методы исследования в акушерстве.
45. Лактационные маститы.
46. Лапаротомия по Пфанненштилю
47. Методы наружного и внутреннего акушерского исследования.
48. Многоплодная беременность.
49. Неправильные положения плода. Диагностика, тактика ведения.
50. Неправильные положения плода. Классический комбинированный акушерский поворот плода на ножку.
51. Обезболивание в акушерстве.
52. Оказание неотложной помощи при тяжелой преэклампсии и эклампсии.
53. Определение степени зрелости плаценты и ее сопоставление с гестационным сроком.
54. Организация акушерской и неонатологической помощи в РФ.
55. Переношенная беременность.
56. Перитонит после кесарева сечения.
57. Плацентарная недостаточность.
58. Подготовка заключения по результатам доплерографии.
59. Поперечное положение плода. Клиника, диагностика, течение и ведение беременности и родов.
60. Послеродовые септические заболевания. Классификация, этиология, патогенез, принципы лечения, профилактика, прогноз.
61. Преждевременные роды.
62. Прерывание беременности поздних сроков. Показания, обезболивание.
63. Прерывание беременности ранних сроков.
64. Преэклампсия.
65. Программа грудного вскармливания.
66. Разрывы промежности 3 степени. Особенности ведения, отдаленные последствия.
67. Разрывы промежности в родах. Классификация. Тактика ведения.
68. Разрывы шейки матки III степени. Тактика ведения.
69. Разрывы шейки матки в родах. Классификация. Тактика ведения.
70. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. Приказ № 318.
71. Родовая травма плода и новорожденного.
72. Родовой травматизм.
73. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
74. Санитарно-просветительская работа в женской консультации. Формы и методы работы.

75. Способы остановки кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
76. Тазовые предлежания плода.
77. Теоретические основы охраны материнства и детства.
78. Течение и ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
79. Течение и ведение родов при крупном плоде.
80. Течение физиологических родов.
81. Токсикозы беременных.
82. Травмы влагалища во время родов.
83. Узкий таз.
84. Ультразвуковые методы исследования в акушерстве.
85. Физиология послеродового периода.
86. Электрофизиологические методы исследования в акушерстве.
87. Эндоскопические методы исследования в акушерстве.
88. Эпизиотомия. Показания. Техника выполнения.
89. Этапы техники кесарева сечения.
90. Эхографическая диагностика в I триместре беременности (маркеры хромосомной патологии).

ЗАДАЧИ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

по дисциплине «Акушерство»
для ординаторов 1-го года обучения
по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология»

Задача

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

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастриальной области. Пульс - 100 уд/мин., АД - 170/100 мм рт. ст., отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, матка в постоянном тонусе, болезненная, сердцебиение плода глухое.

Диагноз?

План ведения?

Задача

У женщины 29 лет при сроке беременности 30—31 нед. на фоне повышения АД в течение 3-х недель появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез.

При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие, при доплерометрии: увеличение резистентности кровотока в обеих маточных артериях и «критическое» состояние плодово-плацентарного кровотока. АД - до 170/100 мм. рт. ст. При влагалищном исследовании — «незрелая» шейка матки.

Диагноз?

Какова должна быть тактика ведения?

Задача

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных аборта с повторным выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, матка увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 месяца назад.

Ваш предположительный диагноз?

Дифференциальный диагноз?

Что следует предпринять для уточнения диагноза?

Дальнейшая тактика врача?

Задача

Первородящая находится во II периоде родов. В процессе наблюдения за роженицей отмечено урежение сердцебиения плода до 90—100 уд/мин, которое не выравнивается после потуги. При влагалищном исследовании выявлено, что головка плода находится в узкой части полости малого таза, сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок обращен влево кпереди.

Диагноз?

Тактика ведения родов?

Задача

В родильный дом доставлена беременная, предъявлявшая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 недель. Беременность протекала с признаками преэклампсии. Общее состояние средней тяжести, пульс 90 уд/мин, АД - 130/90 — 140/90 мм. рт. ст. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения, головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Что необходимо предпринять?

Задача

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 тяжелой преэклампсии. 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

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 недель. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, в центре малого таза. Канал шейки матки проходим для 1 пальца, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Тактика врача женской консультации?

Задача

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

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

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровяные выделения из половых путей. Кровопотеря около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140—150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4—5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

Диагноз?

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Задача

Первородящая 26 лет, не обследована. Поступила в родильный дом с доношенной беременностью, предъявляет жалобы на умеренные кровяные выделения из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты.

Диагноз?

План ведения?

Задача

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

Срочные роды. В анамнезе 4 искусственных аборта, последний осложнился метроэндометриом, 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

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

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25 — 26 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистые выделения из половых путей скудные.

Диагноз?

Тактика врача женской консультации?

Задача

У родильницы (масса тела — 65 кг), через 1 час после кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (кровопотеря составила 1200 мл), появились обильные кровяные выделения из родовых путей в количестве 300 мл. Вытекающая кровь образует рыхлые, легко разрушающиеся сгустки. Состояние пациентки тяжелое, АД — 80/55 мм рт. ст. (рабочее АД — 110/70 мм рт. ст.), пульс — 125 уд в мин., кожные покровы бледные. Матки с трудом пальпируется через переднюю

брюшную стенку, дряблая, не реагирует на массаж и внутривенное введение утеротоников.
Диагноз. План ведения.

Задача

После рождения последа из родовых путей появились обильные кровяные выделения в объеме 500 мл и кровотечение продолжается. При ручном обследовании матки остатков частей последа или разрыва матки не выявлено. При осмотре мягких тканей родовых путей с помощью акушерских зеркал разрывов не обнаружено. Матка дряблая, плохо сокращается. Общая кровопотеря достигла 1200 мл (кровь со сгустками).
Диагноз. План ведения.

Задача

В женскую консультацию обратилась беременная 24 лет, срок беременности 9-10 нед. с жалобами на боли в эпигастральной области, через 2-3 ч боли усилились и переместились в правую подвздошную область, повышение температуры, тошноту.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дифференциальная диагностика

Задача

Беременная со сроком гестации 16-17 нед была доставлена в стационар с клиникой острого живота. Данная беременность 1-я, до срока 16 недель протекала гладко. Прооперирована по поводу флегмонозного аппендицита.

1. Тактика ведения в послеоперационном периоде?
2. Дифференциальная диагностика о. аппендицита с перекрутом ножки опухоли яичника
3. В течение какого времени допустимо наблюдение больной с подозрением на о. аппендицит?

Задача

В хирургический стационар поступила беременная по направлению из ЖК, срок беременности 16-17 нед. Жалобы на боли по всему животу, которые в течение последнего часа распространились в поясничную область, повышение температуры до 38,0, тошноту, двукратный полужидкий кашицеобразный стул со слизью. На момент осмотра при пальпации определяется болезненность в области правого бокового канала, «+» симптом Образцова.

1. Какую патологию можно заподозрить?
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?
3. Тактика ведения?
4. Диф. диагностика с пиелонефритом
5. Что значит признак «токсических ножниц»?

Задача

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная с жалобами на интенсивные боли в по всему животу, повышение температуры до 38,0. Срок беременности 38-39 нед. Родовой деятельности нет. На учете в ЖК с 8 нед., беременность протекала гладко, соматическую и гинекологическую патологию отрицает. После осмотра, обследования диагностирован острый аппендицит, осложненный перитонитом.
Тактика ведения?

Задача

В родильный дом поступила беременная с жалобами на боли в поясничной области при движениях правой ноги, нарушение мочеиспускания, повышение температуры. Срок беременности 12-13 нед.

1. С какими заболеваниями следует провести диф. диагностику?
2. Тактика ведения?
3. В течение какого времени допустимо наблюдение?
4. Препараты для предупреждения прерывания беременности?

Задача

Беременная со сроком гестации 35 недель беременности доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на боли в животе и кровяные выделения из половых путей. При пальпации матка в тонусе, болезненная при пальпации в левых отделах. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение 100 уд в мин, аритмичное. При УЗ исследовании – плацента расположена по передней и левой боковой стенке матки, 35 мм толщиной, 3 ст. зрелости, нижний край более, чем на 6 см. от внутреннего зева шейки матки. Между плацентой и стенкой матки визуализируется образование 5х2х4 см с жидкостным и неоднородным по эхо-структуре содержимым. Диагноз. План ведения.

Задача

У беременной со сроком гестации 37 недель при УЗ исследовании выявлен узел миомы матки (10х9см), расположенный ниже предлежащей головки плода и препятствующий рождению плода. Пациентка настроена в будущем на повторные роды. Диагноз. План родоразрешения. Мероприятия для снижения последствий возможной кровопотери при родоразрешении.

Задача

Роженица Л. 26 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Беременность – первая, доношенная. Положение плода продольное, предлежание головное. Предполагаемая масса плода 4100 - 4200 грамм. Первый период родов протекал без особенностей. Через 10 часов после начала регулярной родовой деятельности диагностировано полное раскрытие шейки матки. Начались потуги через 2 – 3 минуты по 40 -45 секунд, достаточной силы. Головка плода врезывается. Промежность – высокая. После очередной потуги появились цианоз, а затем блеск кожи промежности. Диагноз и план ведения.

Задача

Пациентка М. 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Данная беременность – первая, доношенная. Роды протекали без осложнений. Родился живой доношенный мальчик в заднем виде переднеголового предлежания. Масса ребенка 4000 грамм. Самостоятельно отделился и выделился послед, осмотрен – цел. Матка сократилась, плотная. При осмотре мягких тканей родовых путей в зеркалах обнаружено: в области правой боковой стенки влагалища имеется выпухание в просвет влагалища, слизистая над ним сине-багрового цвета; при пальпации определяется флюктуация, напряжение и болезненность тканей. Диагноз и план ведения.

Задача

Беременная М. 34 лет поступила в отделение патологии беременных в плановом порядке с доношенной беременностью. Данная беременность – вторая. Первая беременность 3 года назад закончилась своевременными оперативными родами. Кесарево сечение было произведено в экстренном порядке в связи с клинически узким тазом. Масса ребенка при

рождении была 4300 граммов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок – здоров. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Матка в нормотонусе, безболезненна при пальпации во всех отделах. Рубец на матке не определяется, область его безболезненна. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 37 см. Положение плода продольное, предлежание головное. По данным ультразвукового исследования толщина нижнего маточного сегмента 3 мм, визуализируются единичные соединительнотканые включения.

Диагноз и метод родоразрешения.

Задача

Повторнобеременная 27 лет находится в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 38-39 недель. Резус-сенсibilизация (титр резус-антител 1:8). Из анамнеза: первые роды два года назад. Новорожденный 3400 гр., 50 см, O(I) Rh(полож). Профилактика резус-сенсibilизации не проводилась. При данной беременности в сроке 35-36 нед. был проведен диагностический амниоцентез (ОПБ – 0,021, что соответствует Зона I по шкале Лилли). При ультразвуковом исследовании данных за ГБП нет. Предполагаемая масса плода 3100 гр.

Тактика ведения беременности и родов?

Задача

Повторнобеременная 28 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 34-35 недель. Резус-сенсibilизация (титр резус-антител 1:64). В анамнезе две беременности которые закончились прерыванием в сроке 10-11 нед. без осложнений, по желанию пациентки. Профилактика резус-сенсibilизации не проводилась. При поступлении на ультразвуковом исследовании имеются признаки гемолитической болезни плода (утолщение плаценты, многоводие, увеличение размеров печени, наличие свободной жидкости в брюшной полости у плода). Пациентка жалуется на ухудшении шевеления плода в последние два дня.

последние два дня.

Тактика ведения беременности и родов?