

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
Республики Дагестан  
«Кизлярское медицинское училище»

Утверждаю:  
Директор ГБПОУ  
«Кизлярское медицинское училище»  
*Шахбанов Р.М.*  
«20» *ноября* 2021 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ**

ПМ. 04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

по специальности  
31.02.02 Акушерское дело

---

форма обучения очная

Кизляр, 2021

Фонд оценочных и методических материалов предназначен для проведения квалификационного экзамена по профилю специальности ПМ. 04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода по специальности СПО 31.02.02 Акушерское дело на основе ФГОС по специальности среднего специального профессионального образования 31.02.02 Акушерское дело (Приказ Министерства образования и науки РФ от 12.05.2014г. № 514, зарегистрированный в МинЮсте РФ 11.06.2014

Разработчики:

Баркакадиева Р.Х. - преподаватель клинических дисциплин ГБПОУ РД КМУ

Балаева Д.К. – преподаватель клинических дисциплин ГБПОУ РД КМУ

Рассмотрено и рекомендовано к утверждению  
на заседании предметной (цикловой) комиссии  
клинических дисциплин  
протокол № 3 от «20» ноября 2021 года.

Председатель ЦК Борцова Борцова Е.А., преподаватель клинических дисциплин ГБПОУ РД КМУ, заслуженный врач Республики Дагестан

## Аннотация

Фонд оценочных средств разработан в соответствии с рабочей программой профессионального модуля ПМ. 04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода», включающей МДК 04.01 «Патологическое акушерство», МДК 04.02 «Сестринский уход за больным новорожденным» для специальности среднего профессионального образования 31.02.02 Акушерское дело. Фонд оценочных средств является частью программы подготовки специалистов среднего звена в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело в части овладения основным видом профессиональной деятельности (далее - ВПД): Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

При изучении профессионального модуля используются следующие формы организации учебного процесса:

- теоретические занятия;
- практические занятия (доклинические);
- учебная практика;
- производственная практика.

Для активизации познавательной деятельности студентов применяются активные и интерактивные методы обучения:

- устный опрос, тестовый контроль;
- проблемное обучение (решение проблемно-ситуационных задач);
- использование технических средств обучения и контроля (видеофильмы).

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

**иметь практический опыт:**

<b>ПО 1</b>	проведения обследования, ухода, наблюдения и ведения беременных, рожениц, родильниц в случае акушерской и экстрагенитальной патологии под руководством врача
<b>ПО 2</b>	оказание доврачебной помощи беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии
<b>ПО 3</b>	оказание лечебно-диагностической, профилактической помощи больным новорожденным под руководством врача
<b>ПО 4</b>	оказание доврачебной помощи новорожденному при неотложных состояниях

**уметь:**

<b>У 1</b>	проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача;
<b>У 2</b>	проводить акушерские пособия на фантомах при патологических родах
<b>У 3</b>	оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной патологии
<b>У 4</b>	осуществлять уход за пациентом в периоперативном периоде
<b>У 5</b>	осуществлять уход за недоношенным новорожденным
<b>У 6</b>	оказывать медицинские услуги в неонатологии
<b>У 7</b>	оказывать доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях

**знать:**

<b>З 1</b>	виды акушерской патологии
<b>З 2</b>	особенности течения и ведения беременности, родов, послеродового периода

	на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии
<b>3 3</b>	консервативные методы лечения акушерской и экстрагенитальной патологии
<b>3 4</b>	основные виды акушерских операций
<b>3 5</b>	уход за пациентом в периоперативном периоде
<b>3 6</b>	доврачебную помощь при неотложных состояниях в акушерстве
<b>3 7</b>	признаки недоношенности ребенка
<b>3 8</b>	заболевания периода новорожденности, их проявления у новорожденных при различной степени зрелости
<b>3 9</b>	этапы выхаживания и принципы терапии недоношенных детей
<b>3 10</b>	особенности вакцинации против туберкулеза (БЦЖ) недоношенных детей
<b>3 11</b>	неотложные состояния у новорожденных
<b>3 12</b>	доврачебную помощь при неотложных состояниях у новорожденных

Результатом освоения программы профессионального модуля является овладение обучающимися видом профессиональной деятельности (далее - ВПД), в том числе профессиональными компетенциями (далее – ПК) и общими компетенциями (далее – ОК):

<b>ПК 4.1.</b>	Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией и новорожденному.
<b>ПК 4.2.</b>	Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.
<b>ПК 4.3.</b>	Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.
<b>ПК 4.4.</b>	Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии.
<b>ПК 4.5.</b>	Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.
<b>ОК 1.</b>	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
<b>ОК 2.</b>	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.
<b>ОК 3.</b>	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
<b>ОК 4.</b>	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
<b>ОК 5.</b>	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
<b>ОК 6.</b>	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
<b>ОК 7.</b>	Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
<b>ОК 8.</b>	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.
<b>ОК 9.</b>	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.
<b>ОК 10.</b>	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

<b>ОК 11.</b>	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.
<b>ОК.12.</b>	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.
<b>ОК 13.</b>	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

### Формы промежуточной аттестации

МДК 04.01	Патологическое акушерство	Дифференцированный зачет
МДК 04.02	Сестринский уход за больным новорожденным	Дифференцированный зачет
ПП МДК 04.01	Патологическое акушерство	Дифференцированный зачет
ПМ. 04	Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода	Экзамен квалификационный

ФОС включают в себя контрольно-измерительные материалы, предназначенные для определения соответствия (или несоответствия) индивидуальных образовательных достижений основным показателям оценки результатов подготовки.

<b>Результаты (освоенные профессиональные компетенции)</b>	<b>Основные показатели оценки результата</b>	<b>Формы и методы контроля и оценки</b>
ПК 4.1. Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской экстрагенитальной патологией и новорожденному.	Выполнение лечебно-диагностических манипуляций и исследований беременной, роженицы, родильницы с акушерской и экстрагенитальной патологией и новорожденному в соответствии с профессиональным стандартом. Планирование тактики ухода и наблюдения за беременной, роженицей, родильницей и новорожденным при патологии беременности, родов, послеродового и неонатального периодов в соответствии с профессиональным стандартом. Демонстрация акушерских пособий на фантомах по патологическому акушерству в соответствии с алгоритмом их выполнения. Соответствие выполнения медикаментозной терапии пациенткам при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода назначению врача. Оформление медицинской документации женской консультации и структурных подразделений родильного дома в соответствии с инструкцией по ее заполнению.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ПК 4.2. Оказывать	Выполнение требований инструкции по составлению плана диспансеризации и	Экспертное наблюдение и оценка

<p>профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии</p>	<p>профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам при акушерской и экстрагенитальной патологии  Демонстрация планирования тактики ухода и наблюдения за беременной, роженицей и родильницей при акушерской и экстрагенитальной патологии.  Демонстрация акушерских пособий по патологическому акушерству на фантомах в соответствии со стандартом алгоритма действия манипуляционной техники  Оформление медицинской документации женской консультации и структурных подразделений родильного дома в соответствии с инструкцией по ее заполнению.</p>	<p>на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике.  Экспертная оценка на практическом экзамене</p>
<p>ПК 4.3  Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.</p>	<p>Демонстрация планирования акушерской тактики по оказанию доврачебной неотложной помощи беременным, роженицам, родильницам и плана дальнейшего ухода и наблюдения.  Полнота оказания доврачебной помощи беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии в соответствии с профессиональным стандартом.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на УП и ПП.  Экспертная оценка на практическом экзамене</p>
<p>ПК 4.4.  Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии</p>	<p>Демонстрация выполнения интенсивного ухода, обследования и наблюдения за беременными, роженицами, родильницами с акушерской патологией и больного новорожденного  Соблюдение последовательности при демонстрации манипуляционной техники интенсивного ухода, обследования, наблюдению за беременными, роженицами, родильницами с акушерской патологией согласно алгоритму действия.  Оформление медицинской документации женской консультации и структурных подразделений родильного дома в соответствии с инструкцией по ее заполнению.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на УП и ПП  Экспертная оценка на практическом экзамене</p>
<p>ПК 4.5.  Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде</p>	<p>Демонстрация выбора инструментария, материала, медикаментов для проведения малых акушерских операций, кесарево сечения.  Соответствие выполнения медикаментозной терапии пациентам в периоперативном периоде назначению врача.  Соответствие выбора тактики, плана ухода и наблюдения в периоперативном периоде состоянию пациента и профессиональному стандарту.  Оформление медицинской документации</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике.  Экспертная оценка на практическом экзамене</p>

	женской консультации и структурных подразделений родильного дома в соответствии с инструкцией по ее заполнению.	
ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес	Обоснование и логичное объяснение сущности и значимости своей будущей профессии. Демонстрация интереса через участие в проектах и акциях профессиональной направленности. Участие в олимпиадах и профессиональных конкурсах. Посещение научно-практических конференций. Стремление к повышению качества успеваемости.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество	Обоснованность выбора и способа решения профессиональных задач Самооценивание эффективности и качества выполнения поставленных профессиональных задач. Самостоятельное решение профессиональных задач. Обоснование рационального выбора и способа решения профессиональных задач.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	Самостоятельное выполнение и осознание меры ответственности при решении профессиональных задач в стандартных и нестандартных ситуациях Демонстрация принятия решения в стандартных и нестандартных ситуациях.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене.
ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития	Использование различных источников информации, включая электронные для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития Демонстрация и применение результатов поиска для эффективного решения поставленных задач. Демонстрация поиска информации через участие в проектах и акциях профессиональной направленности.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в	Демонстрация использования информационно-коммуникационных технологий при выполнении домашнего задания, внеаудиторной работы, в профессиональной деятельности через	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на

профессиональной деятельности	участие в проектах профессиональной направленности.	учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 6. Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами	Демонстрация коммуникативности, комфортное существование в любом обществе. Демонстрация владения ораторским искусством, грамотной устной и письменной речью.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий	Демонстрация осознания меры ответственности за всех членов команды при решении профессиональных задач в стандартных и нестандартных ситуациях. Рациональное планирование заданий для каждого члена команды. Проявление ответственности за работу членов команды и конечный результат по выполнению задания. Участие в студенческом самоуправлении.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации	Демонстрация планирования и организации самообразования и саморазвития. Решение поставленных задачи, достижение цели профессионального и личностного развития. Участие в работе Ассоциаций акушерок (Межрегиональной лиги акушерок России). Участие в работе СНО и кружков, конкурсах профессионального мастерства.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности	Проявление интереса к инновациям в области профессиональной деятельности. Участие в работе научно-практических конференций.	Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене
ОК 10. Бережно относиться к историческому	Демонстрация уважения к историческому наследию и культурным традициям народа, религиозным различиям.	Экспертное наблюдение и оценка на практических



<p>наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия</p>	<p>Использование исторического наследия и культурных традиций народов в профессиональной деятельности.</p>	<p>занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене</p>
<p>ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку</p>	<p>Понимание вопросов экологии, нравственности, профессиональной этики и деонтологии. Демонстрация осознания меры ответственности за нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку. Демонстрация бережного отношения к окружающей среде, приверженности принципам гуманизма.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене</p>
<p>ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности</p>	<p>Демонстрация организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности в соответствии с инструкцией. Выполнение требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности при выполнении профессиональных задач.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике. Экспертная оценка на практическом экзамене</p>
<p>ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей</p>	<p>Ведение здорового образа жизни, занятие физкультурой или спортом для укрепления здоровья. Своевременная сдача нормативных показателей. Участие в формировании здоровьесберегающей среды для населения, сохранение и укрепление физического, психологического, социального и духовного здоровья как одного из ценностных составляющих личности.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка на практических занятиях, при выполнении работ на учебной и производственной практике.</p>

**Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения ПМ. 04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода», включающего МДК 04.01 «Патологическое акушерство», МДК 04.02 «Сестринский уход за больным новорожденным» для специальности среднего профессионального образования 31.02.02 Акушерское дело**

**Текущий контроль успеваемости (типовые оценочные средства)**

**1. Вопросы для фронтального устного опроса по теме**

1. В какие сроки беременности показана первая плановая госпитализация беременной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
2. Назовите современные формы обслуживания беременных женщин.
3. Охарактеризуйте современное законодательство об охране материнства и детства.
4. Что такое ранняя детская или неонатальная смертность?

**2. Задания для письменного контроля**

1. Эклампсия- это \_\_\_\_\_
2. Признаки эклампсии \_\_\_\_\_
3. Осложнения эклампсии \_\_\_\_\_

**Критерии оценивания заданий для устного и письменного контроля:**

«5» (**отлично**) – владение терминологией по теме, самостоятельный ответ, не содержащий ошибок

«4» (**хорошо**) – в ответе имеются недочеты или незначительные ошибки. Ответ самостоятельный

«3» (**удовлетворительно**) - в ответе содержатся ошибки, требуется помощь преподавателя

«2» (**неудовлетворительно**) - ответ дан неверный

**3. Тестовый контроль**

**Выберите один правильный ответ**

**1. Асфиксия новорожденного средней степени характеризуется по шкале Апгар (в баллах)**

- а) 8-10
- б) 6-7
- в) 4-5
- г) 1-3

**2. Ослабленное дыхание, цианоз носогубного треугольника, снижение мышечного тонуса характерны для асфиксии новорожденного степени тяжести**

- а) легкой
- б) средней
- в) тяжелой

**3. Для скрытых отеков у беременных характерно:**

- а) повышение АД
- б) нарушение функции ССС
- в) нарушение функции печени
- г) патологическая прибавка массы тела

**4. Головная боль при тяжелой преэклампсии у беременных обусловлена:**

- а) нарушением мозгового кровообращения
- б) резким снижением АД
- в) отеком головного мозга
- г) отеком сетчатки глаз

**Выберите несколько правильных ответов**

**1. Причиной послеродового сепсиса не может быть:**

- а) палочка Додерлейна

б) синегнойная палочка

в) кишечная палочка

г) анаэробная инфекция.

**2. Выберите симптомы, характерные для тяжелой преэклампсии:**

а) головная боль, нарушение зрения

б) боли в поясничной области

в) жидкий стул

г) фибриллярные подергивания мышц лица

**3. 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

Завершить выражение

**Пособие по Цовьянову-1 проводится \_\_\_\_\_**

**Ушивание промежности называется \_\_\_\_\_**

Критерии оценок тестового контроля знаний:

5 (отлично) - 90-100% правильных ответов;

4 (хорошо) - 80-89% правильных ответов;

3 (удовлетворительно) - 70-79% правильных ответов;

2 (неудовлетворительно) - 69% и менее правильных ответов.

**4. Проблемно-ситуационные задачи**

Анализ ситуации

В родильный дом поступила первородящая 28 лет в 1 периоде родов. Срок беременности 39 недель. Схватки через 5-6 минут, по 30-35 секунд, средней силы. Размеры таза 23-25-28-17. ОЖ=103 см, ВДМ=39см. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плодариитмичное, 132 удара в минуту.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Мыс достижим. Диагональная конъюгата-10см.

Задания:

А. Поставьте предварительный диагноз.

Б. Обоснуйте его.

В. Укажите ошибки, допущенные при ведении беременной в женской консультации.

Г. Расскажите о диагностике, особенностях течения беременности и родов при данной патологии.

Составление плана ухода

Мальчик 1 суток жизни от второй беременности. Мать имеет А(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom. Роды срочные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении было отмечено желтушное окрашивание кожных покровов и околоплодных вод.

При осмотре выявлено увеличение размеров печени до+3 см.

Билирубин пуповинной крови составил 105 мкмоль/л. В анализе крови новорожденного в возрасте 4 часов жизни непрямой билирубин - 175 мкмоль/л.

Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденных.

Задания:

А. Перечислите признаки заболевания.

Б. Опишите особенности лечения. Осуществите уход за новорожденным при данном заболевании.

### Критерии оценки решения проблемно-ситуационных задач:

**5 «отлично»** – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

**4 «хорошо»** – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

**3 «удовлетворительно»** – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

**2 «неудовлетворительно»** – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

### 4.Выполнение медицинских услуг и манипуляций

Выполнение медицинских услуг и манипуляций проводится в соответствие с чек-листом.

Образец оценочного листа (чек-листа)

Определение окружности живота, высоты стояния дна матки у беременных женщин

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить ее цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	<b>Подготовка к проведению процедуры</b>		
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пеленкой одноразовой стерильной	Сказать	
7.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
8.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	

<b>Выполнение процедуры</b>			
9.	Встать справа от пациентки лицом к ней	Выполнить	
10.	Взять сантиметровую ленту	Выполнить	
11.	Измерить окружность живота	Выполнить/ Сказать	
12.	Зафиксировать окружность живота в сантиметрах	Сказать	
13.	Измерить высоту стояния дна матки	Выполнить/ Сказать	
14.	Зафиксировать высоту стояния дна матки в сантиметрах	Сказать	
15.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	Сказать	
16.	Обработать сантиметровую ленту дезинфицирующим раствором	Сказать	
17.	Убрать пеленку с кушетки медицинской и поместить ее в емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
18.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	Сказать	
<b>Завершение процедуры</b>			
19.	Снять перчатки	Выполнить	
20.	Поместить перчатки в емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
21.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком	Сказать	
22.	Записать результаты измерения в индивидуальную карту беременной и родильницы	Сказать	

Набранные баллы переводятся в 5-балльную систему оценивания. Каждый выполненный пункт оценивается в 1 балл.

Алгоритм перевода в 5-балльную систему:

$X = \text{кол-во полученных баллов} \times 100 / \text{максимальное кол-во баллов (кол-во пунктов)}$

X – % правильных ответов:

91-100% - «отлично»

80-90% - «хорошо»

70-79% - «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно».

При грубых нарушениях техники безопасности или алгоритма манипуляция считается «не выполненной».

**Текущий контроль успеваемости (типовые оценочные средства)  
учебная практика МДК 04.01 Патологическое акушерство**

Перечень простых медицинских услуг и манипуляций, выполняемых на учебной практике

1.	Приемы наружного акушерского исследования
2.	Взвешивание беременных
3.	Измерение АД, пульса, температуры
4.	Измерение ОЖ и ВДМ
5.	Измерение таза, его оценка
6.	Измерение индекса Соловьева
7.	Измерение и оценка ромба Михаэлиса
8.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома биомеханизма родов при тазовых предлежаниях плода.
9.	Определение срока беременности, предполагаемого срока родов, даты ДДО
10.	Подсчет предполагаемого веса плода.
11.	Выслушивание сердцебиения плода, его оценка.
12.	Заполнение документации (индивидуальная карта беременной и родильницы, диспансерная карта)
13.	Осмотр наружных половых органов.
14.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома алгоритма оказания акушерского пособия в родах при тазовых предлежаниях плода.
15.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома биомеханизма родов при различных вариантах узких тазов.
16.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома алгоритма оказания акушерского пособия в родах при аномалиях таза.
17.	Влагалищное, бимануальное исследование.
18.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома биомеханизма родов при аномалиях вставления головки плода.
19.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома алгоритма оказания акушерского пособия в родах при разгибательных предлежаниях головки плода.
20.	Выявление групп повышенного риска среди беременных.
21.	Функциональная оценка таза в родах. Определение признака Вастена.
22.	Определение на скелетированных тазах плоскостей и размеров малого таза.
23.	Подготовка родового стола роженицы, акушерки к приему родов.
24.	Сбор анамнеза у беременной.
25.	Оценка признаков отделения плаценты.
26.	Обработка рук в акушерской практике (пр. № 345 МЗ).
27.	Наружные способы выделения последа.
28.	Оценка и осмотр последа.
29.	Наружный массаж матки.
30.	Учет и оценка кровопотери в родах.
31.	Оценка новорожденного по шкале Апгар.
32.	Первичный туалет новорожденного в родильном зале.
33.	Составление планов ведения родов с учетом факторов риска.
34.	Особенности ухода и наблюдения за новорожденным в родильном зале (профилактика гипотермии).
35.	Профилактика кровотечения в родах.
36.	Составление планов ведения беременности и родов при акушерской и экстрагенитальной патологии.
37.	Оценка факторов риска по акушерской и перинатальной патологии.
38.	Оценка недоношенного новорожденного по шкале Сильвермана.
39.	Отработка алгоритма оказания неотложной помощи при эклампсии (игровое

	моделирование деятельности акушерки).
40.	Осмотр родовых путей и ушивание разрывов мягких тканей родовых путей (на муляжах и фантоме в учебной комнате родильного дома).
41.	Отработка алгоритма оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях.
42.	Отработка алгоритма оказания неотложной помощи при геморрагическом шоке (игровое моделирование деятельности акушерки).
43.	Выделение групп риска по тяжелому родовому травматизму.
44.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома методики амниотомии.
45.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома методики рассечения промежности в родах и ее восстановления.
46.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома методики ручного отделения и выделения последа при патологии третьего периода родов.
47.	Демонстрация на фантоме в учебной комнате родильного дома методики ручного обследования полости матки при патологии раннего после родового периода.
48.	Клинический разбор истории родов с акушерской патологии.
49.	Отработка алгоритма оказания доврачебной помощи при асфиксии новорожденных.
50.	Определение шокового индекса Альговера.
51.	Подсчет суточного диуреза.
52.	Определение наличия отеков у беременных.

Выполнение медицинских услуг и манипуляций проводится в соответствие с чек-листом.  
*Образец: Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа*

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении Да/нет
1.	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	
2.	Идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться)	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной и родильницы	Сказать	
4.	Назвать предстоящую процедуру, объяснить ее цель	Сказать	
5.	Получить у пациентки добровольное информированное согласие на предстоящую процедуру	Сказать	
	<b>Подготовка к проведению процедуры</b>		
6.	Предложить или помочь пациентке занять удобное положение - лежа на спине, на кушетке медицинской, покрытой пеленкой одноразовой стерильной	Сказать	
7.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
8.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
	<b>Выполнение процедуры</b>		
9.	Встать справа от пациентки лицом к ней	Выполнить	
10.	Провести второй прием наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого): опустить руки со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже	Выполнить	

11.	Определить положение, вид и позицию плода, осторожно пальпируя боковые поверхности матки	Выполнить/ сказать	
12.	Провести третий прием наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого): левую руку положить на дно матки и подать плод к правой руке, а правой рукой охватить часть плода, расположенную над входом в малый таз	Выполнить	
13.	Определить крупную часть плода, предлежащую ко входу в малый таз, баллотирующим движением правой руки	Выполнить/ Сказать	
14.	Взять акушерский стетоскоп	Выполнить	
15.	Прижать стетоскоп широким раструбом к животу матери	Выполнить/ Сказать	
16.	Зафиксировать стетоскоп между передней брюшной стенкой и ухом	Выполнить	
17.	Убрать руку от трубки стетоскопа	Выполнить	
18.	Взять в левую руку секундомер или часы с секундной стрелкой	Выполнить	
19.	Выслушивать сердцебиение плода в течение 1 мин.	Сказать	
20.	Помочь беременной встать с кушетки медицинской	Сказать	
21.	Обработать широкий раструб стетоскопа дезинфицирующим раствором	Сказать	
22.	Убрать пеленку с кушетки медицинской и поместить ее в емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
23.	Обработать кушетку медицинскую дезинфицирующим раствором	Сказать	
<b>Завершение процедуры</b>			
24.	Снять перчатки	Выполнить	
25.	Поместить перчатки в емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
26.	Вымыть руки с использованием жидкого мыла, осушить и обработать кожным антисептиком для обработки рук	Сказать	



## Промежуточный контроль успеваемости (типовые оценочные средства) Дифференцированный зачет по МДК 04.01 Патологическое акушерство

### Вопросы для подготовки к дифференцированному зачету

1. Тазовые предлежания плода. Особенности биомеханизма родов, алгоритм оказания пособий в родах.
2. Особенности течения беременности и принципы родоразрешения при неправильных положениях плода.
3. Многоплодная беременность.
4. Заболевания, связанные с беременностью. Гестозы беременных.
5. Алгоритм оказания неотложной помощи при тяжелых гестозах.
6. Невынашивание беременности. Клинические формы выкидышей.
7. АФС как причина невынашивания беременности.
8. Преждевременные роды (клинические акушерские протоколы).
9. Фетоплацентарная недостаточность. Хроническая внутриутробная гипоксия плода.
10. Современные методы комплексной оценки состояния плода.
11. Факторы риска акушерской и перинатальной патологии.
12. Принципы антенатальной охраны плода.
13. Нормативные документы по реанимации новорожденных, родившихся в асфиксии.
14. Современные принципы диспансеризации беременных с экстрагенитальной патологией.
15. Современные принципы диспансеризации беременных с узким тазом.
16. Особенности биомеханизма родов и тактика родоразрешения при узких тазах.
17. Клинически узкий таз.
18. Особенности биомеханизма родов и тактика родоразрешения при аномалиях вставления головки плода.
19. Современные методы диагностики и коррекции аномалий родовой деятельности.
20. Подготовка и принципы ведения программированных родов.
21. Акушерские кровотечения во время беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
22. Клинические признаки, диагностические критерии и принципы интенсивной терапии при геморрагическом шоке.
23. Синдром ДВСК в акушерстве.
24. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии при акушерских кровотечениях.
25. Акушерские кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде.
26. Алгоритм оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях.
27. Современные принципы диспансеризации беременных, угрожаемых по кровотечению.
28. Акушерский травматизм. Современные методики ушивания разрывов влагалища, шейки матки и промежности в родах.
29. Принципы оказания неотложной помощи при угрожающем и свершившемся разрыве матки.
30. Современные принципы диспансеризации беременных с рубцом на матке.
31. Алгоритм оказания неотложной помощи при угрозе разрыва матки по рубцу.
32. Операции, подготавливающие родовые пути – амниотомия, перинеотомия, эпизиотомия.
33. Кесарево сечение в современном акушерстве.

Дифференцированный зачет по МДК.04.01 «Патологическое акушерство» проводится в форме тестирования. «Тестирование» состоит из теоретических вопросов, сформированных по темам МДК. Тестовые задания выполняются на бумажном носителе. Общее количество тестовых заданий – 50 (2 варианта).

### Образец пакета экзаменуемого

**Количество тестовых заданий – 50**

**Вид теста** – задания на выбор одного верного ответа

**Оцениваемые компетенции:** ОК 1, ОК 7, ОК 8; ПК 4.1 – 4.5

**Условия выполнения задания:**

**Место выполнения** – задание выполняется письменно в учебной аудитории.

**Спецодежда** согласно требованиям техники безопасности и внутреннего распорядка

**Время выполнения** – 45 минут

Критерии оценивания:

оценка «5» - 50-45

оценка «4» - 36-44

оценка «3» - 26-35

оценка «2» - менее 25

Для того чтобы приступить к тестированию, необходимо написать фамилию, имя, группу в бланке, например: Петрова Ирина А 4.

Внимательно прочитайте вопрос, обращая внимание на задания к тестовым вопросам.

### Типовые вопросы

**1.** Вопрос с выбором одного верного ответа состоит из неполного тестового утверждения с одним ключевым элементом и множеством допустимых заключений, одно из которых является правильным, необходимо выбрать один верный ответ из предложенных вариантов.

**1) Признак судорожной готовности у беременных:**

а) повышение АД

б) головная боль

в) боли в эпигастральной области

г) дрожь пальцев рук

**2) Отечный синдром при преэклампсии обусловлен:**

а) отеком головного мозга

б) снижением проницаемости сосудистой стенки

в) генерализованным спазмом сосудов и гиповолемией

г) повышением АД

**3) Выберите симптомы, характерные для тяжелой преэклампсии:**

а) головная боль, нарушение зрения

б) боли в поясничной области

в) жидкий стул

г) фибриллярные подергивания мышц лица

**4) Локальная болезненность матки в 35 недель беременности, отсутствие сердцебиения плода и слабость у женщины:**

а) характерны для предлежания плаценты

б) характерны для ПОНРП

в) являются показанием для родостимуляции

г) являются показанием к назначению утеротоников

## **Дифференцированный зачет по МДК 04.02 «Сестринский уход за больным новорожденным»**

### Вопросы для подготовки к дифференцированному зачету

1. Асфиксия новорожденных.

2. Родовые травмы.

3. Гемолитическая болезнь новорожденных.

4. Заболевания пупочной ранки и пуповинного остатка.

5. Болезни кожи и слизистых оболочек у новорожденных.

6. Сепсис новорожденных.
7. Врожденные и наследственные заболевания новорожденных.
8. Хромосомные заболевания.
9. Признаки недоношенности.
10. Реанимация недоношенных.
11. Способы выхаживания недоношенных.
12. Скрининг тесты, проводимые у новорожденных в роддоме.

#### Образец пакета экзаменуемого

**Количество тестовых заданий – 20**

**Вид теста – задания на выбор одного верного ответа**

**Оцениваемые компетенции: ОК 1, ОК 7, ОК 8; ПК 4.1**

**Условия выполнения задания:**

**Место выполнения – задание выполняется письменно в учебной аудитории.**

**Спецодежда согласно требованиям техники безопасности и внутреннего распорядка**

**Время выполнения – 30 минут**

Критерии оценивания:

оценка «5» - 20

оценка «4» - 19-15

оценка «3» - 14-10

оценка «2» - менее 10

Для того чтобы приступить к тестированию, необходимо написать фамилию, имя, группу в бланке, например: Петрова Ирина А 4.

Внимательно прочитайте вопрос, обращая внимание на задания к тестовым вопросам.

#### Типовые вопросы

1. Вопрос с выбором одного верного ответа состоит из неполного тестового утверждения с одним ключевым элементом и множеством допустимых заключений, одно из которых является правильным, необходимо выбрать один верный ответ из предложенных вариантов.

1. Асфиксия новорожденного легкой степени характеризуется по шкале Апгар (в баллах)

а) 8-10

б) 6-7

в) 4-5

г) 1-3

2. Второй этап реанимации при асфиксии новорожденного

а) восстановление проходимости дыхательных путей

б) восстановление внешнего дыхания

в) коррекция гемодинамических расстройств

г) коррекция метаболических расстройств

3. Непосредственно к возникновению родовой травмы детей приводит

а) несоответствие размеров головки плода и таза матери

б) хромосомное нарушение

в) нарушение белкового обмена

г) гипергликемия

4. К очаговым признакам поражения ЦНС у новорожденного относится

а) реакция Моро

б) симптом Бабинского

в) симптом Кернига

г) симптом Грефе

## Дифференцированный зачет по производственной практике МДК 04.01. Патологическое акушерство

### Перечень манипуляций для подготовки к дифференцированному зачету

1. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при тазовых предлежаниях плода.
2. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при лицевом предлежании плода.
3. Продемонстрируйте на фантоме пособие по Цовьянову-1 при чистоягодичном предлежании плода.
4. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при переднеголовном предлежании плода.
5. Продемонстрируйте на фантоме методику осмотра родовых путей в зеркалах и ушивание разрывов шейки матки в родах 1 степени.
6. Продемонстрируйте на фантоме методику аускультации сердцебиения плода.
7. Продемонстрируйте на фантоме классическое ручное пособие при смешанном ягодичном предлежании плода.
8. Продемонстрируйте оценку новорожденного по шкале Сильвермана в родильном зале при преждевременных родах
9. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при лобном предлежании плода.
10. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания плода.
11. Продемонстрируйте на муляже матки методику ручного обследования полости матки и бимануальной компрессии при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде.
12. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания плода.
13. Продемонстрируйте на скелетированном тазе особенности биомеханизма родов при плоскорахическом тазе и дайте оценку этому тазу.
14. Продемонстрируйте на скелетированном тазе особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе и дайте оценку этому тазу.
15. Продемонстрируйте на фантоме методику влагалищного и бимануального исследования (для диагностики ранних сроков беременности).
16. Продемонстрируйте на скелетированном тазе методику пельвеометрии. Подсчитайте истинную конъюгату.
17. Продемонстрируйте на муляже методику восстановления промежности по Шуте после срединно-латеральной перинеотомии.
18. Продемонстрируйте первичный осмотр и оценку новорожденного в родильном зале по шкале Апгар.
19. Дайте оценку поперечносуженному тазу и продемонстрируйте на фантоме варианты биомеханизма родов при данной форме узкого таза.
20. Проведите функциональную оценку таза в родах.
21. Продемонстрируйте на фантоме методику влагалищного исследования в родах и перечислите показания к нему.
22. Продемонстрируйте на скелетированном тазе методику измерения диагональной конъюгаты и подсчитайте истинную конъюгату.
23. Проведите осмотр и оценку последа. На муляже матки продемонстрируйте методику ручного обследования полости матки при дефекте последа.
24. Продемонстрируйте на фантоме приемы наружного акушерского исследования. Определите отношение головки плода к различным плоскостям малого таза.
25. Продемонстрируйте на фантоме алгоритм оказания акушерского пособия при физиологических родах и проведите профилактику гипотермии у новорожденного.
26. Определите на скелетированном тазе плоскости и размеры малого таза.

27. На муляже матки с последом оцените признаки отделения плаценты, продемонстрируйте подготовку и методику проведения ручного отделения и выделения последа.
28. Заполните индивидуальную карту беременной. Составьте план обследования беременной при взятии на диспансерный учет.
29. Продемонстрируйте на фантоме классическое ручное пособие при смешанном ягодичном предлежании плода.
30. Заполните историю родов в приемном покое родильного дома. Проведите сбор анамнеза по утвержденной схеме и обследование роженицы при поступлении в родильный дом.
31. Продемонстрируйте на фантоме методику амниотомии в родах. Перечислите разновидности и показания к амниотомии.
32. Определите на скелетированном тазе плоскости и размеры малого таза. Оцените ромб Михаэлиса и индекс Соловьева.
33. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при переднеголовном предлежании плода. Перечислите особенности течения родов при данном предлежании.
34. Продемонстрируйте на фантоме приемы наружного акушерского исследования при поперечном положении плода. Перечислите причины возникновения данной патологии при беременности.
35. Продемонстрируйте на фантоме осмотр шейки матки с помощью влагилицных зеркал и взятие материала на бактериоскопическое и бактериологическое исследование у беременной.
36. Продемонстрируйте на кукле первичный туалет новорожденного в родильном зале в соответствии с акушерским протоколом.
37. Заполните историю родов в родильном зале и направление на гистологическое исследование последа.
38. В соответствии с акушерским протоколом оцените кровопотерю в родах и во время операции кесарево сечение.
39. Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания плода, оцените положение, позицию, вид позиции и предлежание плода.
40. Продемонстрируйте на скелетированном тазе признак Вастена в родах при клиническом несоответствии. Перечислите ранние и поздние признаки клинически узкого таза.
41. Заполните партограмму в родах для оценки сократительной деятельности матки.
42. Укажите признаки несостоятельности рубца на матке. Перечислите принципы коррекции аномалий родовой деятельности.
43. Продемонстрируйте на фантоме особенности неправильного вставления головки при узких тазах (высокое прямое, низкое поперечное стояние, асинклитическое вставление головки). Перечислите особенности течения родов при узких тазах.
44. На муляже матки продемонстрируйте методику ручного обследования полости матки.
45. Продемонстрируйте на муляже матки методику ручного отделения и выделения последа. Перечислите показания к данной операции и разновидности патологии 3 периода родов.
46. Составьте план ведения родов при преэклампсии.
47. Составьте план мероприятий по профилактике кровотечений в родах и при операции кесарево сечение в соответствии с акушерским протоколом.
48. Составьте план ведения родов при многоплодной беременности. Перечислите особенности течения родов.
49. Составьте план ведения родов при артериальной гипертензии. Перечислите принципы диспансеризации беременных с данной патологией.
50. Составьте план ведения родов при анатомическом сужении таза 1 степени. Оцените признак Вастена в родах.
51. Составьте план ведения начавшихся преждевременных родов.
52. Составьте план ведения родов при тазовом предлежании плода и перечислите особенности течения родов.
53. Представьте схему сбора анамнеза у беременной. Составьте план беседы с беременной по профилактике преэклампсии.
54. Перечислите разновидности рассечения промежности в родах, показания.

55. Перечислите современные методы комплексной оценки состояния плода.
56. Перечислите факторы риска в развитии преэклампсии у беременных, составьте план ведения родов.
57. Составьте план мероприятий по профилактике преэклампсии у беременных. Перечислите факторы риска в развитии преэклампсии.
58. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при тяжелой преэклампсии.
59. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при эклампсии.
60. Составьте план мероприятий по антенатальной охране плода.
61. Составьте план мероприятий по профилактике преждевременных родов и укажите факторы риска возникновения данной патологии.
62. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде.
63. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при угрозе разрыва матки по рубцу в 1 периоде родов. Укажите признаки угрожающего разрыва матки по рубцу во время беременности и в родах.
64. Перечислите причины и факторы риска возникновения кровотечений в раннем послеродовом периоде.
65. Составьте план диспансерного наблюдения беременных с пороками сердца. Перечислите принципы ведения родов при данной экстрагенитальной патологии.
66. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при предлежании плаценты с дородовым кровотечением. Перечислите причины и факторы риска возникновения данной патологии.
67. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при преждевременной отслойке плаценты с дородовым кровотечением. Перечислите причины и факторы риска возникновения данной патологии.
68. Составьте план наблюдения и ухода за родильницей в ПИТ после операции кесарево сечение. Перечислите показания к операции кесарево сечение во время беременности.
69. Составьте план подготовки беременных к индуцированным родам. Перечислите современные методы подготовки шейки матки к родам при отсутствии биологической готовности.
70. Составьте план подготовки беременных к плановой и экстренной операции кесарево сечение. Перечислите показания к операции кесарево сечение в родах.
71. Составьте план ведения родов с рубцом на матке (при отсутствии противопоказаний).

#### Образец пакета экзаменуемого

**Оцениваемые компетенции:** ПК 4.1-4.5; ОК 1-13

#### **Инструкция и условия выполнения задания**

*Внимательно прочитайте задание.*

*Задание выполняется в учебной аудитории.*

*Для выполнения задания используйте оборудование кабинета доклинической практики: фантомы, муляжи, наборы инструментов, скелетированные тазы, кожные антисептики, стерильные перчатки, регламентирующие приказы МЗ и СЗ РФ.*

*Максимальное время выполнения задания 30 мин.*

#### **Вариант №1**

Продемонстрируйте на фантоме особенности биомеханизма родов при тазовых предлежаниях плода.

#### **Вариант №2**

Составьте план ведения родов при преэклампсии.

#### Образец пакета экзаменатора

А) Демонстрация биомеханизма родов при тазовых предлежаниях плода проводится на фантоме согласно алгоритма.

Биомеханизм родов при чисто- ягодичном предлежании плода:

Исходное положение перед началом биомеханизма родов – поперечный размер ягодиц (проводная линия) находится в одном из косых размеров входа в таз.

*1 момент* биомеханизма родов – внутренний поворот ягодиц, начинается при переходе из широкой части полости таза в узкую и завершается на тазовом дне. Поперечник ягодиц в выходе таза устанавливается в прямом размере. Передняя ягодица (проводная точка) обращена к симфизу, задняя - к крестцу. Дальнейшее поступательное движение плода приводит к образованию 1 точки фиксации (передняя подвздошная кость плода подходит под симфиз).

*2 момент* биомеханизма родов – сильное боковое сгибание поясничной части позвоночника плода, вследствие чего над промежностью выкатывается задняя ягодица, а затем из-под лонной дуги полностью выходит передняя ягодица. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли и ягодицы. Туловище при этом поворачивается спинкой вперед.

*3 момент* биомеханизма родов – внутренний поворот плечиков и, связанный с ним наружный поворот туловища. Этот поворот начинается при переходе из широкой части полости таза в узкую и завершается установлением плечиков в прямом размере выхода таза. Переднее плечико обращено к симфизу, заднее – к крестцу, при этом спинка поворачивается в сторону позиции. Благодаря поступательным движениям плода образуется 2 точка фиксации (верхняя треть переднего плечика подходит под симфиз).

*4 момент* биомеханизма родов – боковое сгибание шейного отдела позвоночника плода, с этим моментом связано рождение плечевого пояса и ручек плода. Над промежностью выкатывается заднее плечико и рождается полностью весь плечевой пояс.

*5 момент* биомеханизма родов – внутренний поворот головки. Головка вступает своим малым косым размером в косой размер входа в таз, но противоположный тому, через который прошли ягодицы и плечики плода. Внутренний поворот начинается при переходе из широкой части полости таза в узкую и завершается на тазовом дне установлением стреловидного шва в прямом размере выхода таза, а подзатылочная ямка (3 точка фиксации) подходит под симфиз.

*6 момент* биомеханизма родов – сгибание головки, следствием чего является прорезывание головки, вначале прорезывается подбородок, рот, нос, лоб, теменные бугры и затылок плода.

Головка прорезывается малым косым размером 9,5см (окружность 32см). Головка не конфигурирована. Родовая опухоль при 1 позиции располагается на левой ягодице, при 2 позиции – на правой ягодице.

Биомеханизм родов при смешанном ягодичном и ножном предлежаниях плода:

Биомеханизм при данных предлежаниях отличается тем, что первыми из половой щели показываются вместо ягодиц либо ягодицы и ножки плода (при смешанном ягодичном), либо обе ножки (при полном ножном), либо одна ножка (при неполном ножном).

Впереди идущей является передняя ножка, обращенная к симфизу. Когда передняя ножка родится до колена, в этот момент в таз вступают ягодицы и, в дальнейшем, биомеханизм родов осуществляется также как при чисто-ягодичном предлежании. Родовая опухоль располагается на передней ножке.

Б) План ведения родов при преэклампсии:

При незрелой шейке матки (оценка по Бишопу менее 6 б.):

- провести подготовку шейки матки с последующей предварительной амниотомией и родовозбуждением окситоцином на фоне магниальной терапии (в/в капельно), гипотензивной терапии (по показаниям) и адекватном обезболивании родов (эпидуральная анестезия).
- При самостоятельном вступлении в роды:
- показана ранняя амниотомия (при раскрытии шейки матки на 3-4 см), что способствует снижению внутриматочного давления и стабилизации АД;
- в родах проводить почасовой контроль АД (на обеих руках);
- оценивать состояние роженицы (нет ли жалоб на головную боль, нарушение зрения и др.), роженица не должна оставаться одна;

- мониторинг состояния плода и сократительной деятельности матки (КТГ);
- так как роженица с преэклампсией входит в группу риска по кровотечению в родах, 2 период родов вести с капельницей (физ. раствор), профилактику кровотечения провести в/в введениемутеротоническихсредств (окситоцин – 1 мл (5 ЕД) в момент прорезывания переднего плечика.
- при нарастании тяжести преэклампсии в родах в 1 или в начале 2 периода родов показано кесарево сечение;
- после родов продолжить патогенетическую терапию, провести повторное клинико-лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, биохимия крови, исследование глазного дна, осмотр терапевта).

#### Критерии оценки ответа на задания

**5 – «отлично»** - студент отвечает самостоятельно и дает полный ответ, уверенное выполнение простейших медицинских услуг в соответствии с алгоритмом действия.

**4 – «хорошо»** - незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос, уверенное выполнение простейших медицинских услуг в соответствии с алгоритмом действия.

**3 – «удовлетворительно»** - неполный ответ, либо для ответа требуются подсказки, неуверенное выполнение простейших медицинских услуг.

**2 – «неудовлетворительно»** - неполных ответ на теоретический вопрос, неправильное выполнение простейших медицинских услуг.



**Экзамен (квалификационный) по ПМ. 04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода» МДК 04.01 «Патологическое акушерство»**

1. Тазовые предлежания плода. Особенности биомеханизма родов, алгоритм оказания пособий в родах.
2. Особенности течения беременности и принципы родоразрешения при неправильных положениях плода.
3. Многоплодная беременность.
4. Заболевания, связанные с беременностью. Гестозы беременных.
5. Алгоритм оказания неотложной помощи при тяжелых гестозах.
6. Невынашивание беременности. Клинические формы выкидышей.
7. АФС как причина невынашивания беременности.
8. Преждевременные роды (клинические акушерские протоколы).
9. Фетоплацентарная недостаточность. Хроническая внутриутробная гипоксия плода.
10. Современные методы комплексной оценки состояния плода.
11. Факторы риска акушерской и перинатальной патологии.
12. Принципы антенатальной охраны плода.
13. Нормативные документы по реанимации новорожденных, родившихся в асфиксии.
14. Современные принципы диспансеризации беременных с экстрагенитальной патологией.
15. Современные принципы диспансеризации беременных с узким тазом.
16. Особенности биомеханизма родов и тактика родоразрешения при узких тазах.
17. Клинически узкий таз.
18. Особенности биомеханизма родов и тактика родоразрешения при аномалиях вставления головки плода.
19. Современные методы диагностики и коррекции аномалий родовой деятельности.
20. Подготовка и принципы ведения программированных родов.
21. Акушерские кровотечения во время беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
22. Клинические признаки, диагностические критерии и принципы интенсивной терапии при геморрагическом шоке.
23. Синдром ДВСК в акушерстве.
24. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии при акушерских кровотечениях.
25. Акушерские кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде.
26. Алгоритм оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях.
27. Современные принципы диспансеризации беременных, угрожаемых по кровотечению.
28. Акушерский травматизм. Современные методики ушивания разрывов влагалища, шейки матки и промежности в родах.
29. Принципы оказания неотложной помощи при угрожающем и свершившемся разрыве матки.
30. Современные принципы диспансеризации беременных с рубцом на матке.
31. Алгоритм оказания неотложной помощи при угрозе разрыва матки по рубцу.
32. Операции, подготавливающие родовые пути – амниотомия, перинеотомия, эпизиотомия.
33. Кесарево сечение в современном акушерстве.

**МДК 04.02 Сестринский уход за больным новорожденным**

1. Асфиксия новорожденных.
2. Родовые травмы.
3. Гемолитическая болезнь новорожденных.
4. Заболевания пупочной ранки и пуповинного остатка.
5. Болезни кожи и слизистых оболочек у новорожденных.
6. Сепсис новорожденных.
7. Врожденные и наследственные заболевания новорожденных.
8. Хромосомные заболевания.
9. Признаки недоношенности.

10. Реанимация недоношенных.
11. Способы выхаживания недоношенных.
12. Скрининг тесты, проводимые у новорожденных в роддоме.

#### Образец пакета экзаменуемого

**Оцениваемые компетенции:** ПК 4.1-4.5; ОК 1,3,4,10,11

**Инструкции условия выполнения задания**

**Количество вариантов – 2**

*Внимательно прочитайте задание.*

*Задание выполняется в учебной аудитории.*

*Для выполнения задания используйте оборудование кабинета доклинической практики.*

*Максимальное время выполнения задания 30 мин.*

#### **Вариант № 1**

Первобеременная на сроке 24 недели пришла на очередной прием в женскую консультацию. Чувствует себя удовлетворительно. Все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, АД 110/70-110/80 мм рт.ст. Матка в нормальном тонусе, дно ее на уровне пупка. В общем анализе крови - гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, отказывается от стационарного лечения.

*Задания:*

- А. Поставьте предварительный диагноз
- Б. Обоснуйте его
- В. Дайте рекомендации беременной по диете. Проведите дополнительное обследование.
- Г. Перечислите современные принципы лечения анемии у беременных.
- Д. Продемонстрируйте на фантоме методику измерения ВДМ и дайте ее оценку в зависимости от срока беременности.

#### **Вариант №2**

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью на сроке родов. Беременность - вторая, протекала без особенностей. Первая беременность закончилась мини-абортом (без реабилитации). Продолжительность данных родов составила 11 час.30 мин. Ребенок родился массой 4200г. Послед родился самостоятельно через 10 минут (цел). Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровянистые выделения. Кровопотеря одномоментно составила 500мл.

Объективно: незначительная бледность кожных покровов. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Матка мягкая, дно на уровне пупка. При наружном массаже матка сократилась, но через 5 минут вновь расслабилась.

*Задания:*

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
- Б. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

#### Образец пакета экзаменатора

Задание оценивается согласно эталонам ответа

#### **1 вариант**

А) Диагноз: Беременность 24 недели. Анемия беременной легкой степени.

Б) В ОАК – снижение гемоглобина. В соответствии с классификацией имеет место анемия легкой степени (гемоглобин 102 г/л). При легкой степени анемии гемоглобин 110-90 г/л.

В) Рекомендации по диете: полноценное питание, богатое белками, витаминами, микроэлементами, железом. Поливитаминные препараты с микроэлементами (Витрум-пренатал, Матерна, Мульти-табс- Пренатал, Сана-Сол), фолиевая кислота, натуральные витамины (в соках, лучше домашних, без консервантов). Употребление железа в сутки должно составлять не менее 75 г.

Продукты с повышенным содержанием железа – говядина, печень, куриное мясо, рыба, яйца, овсяная и гречневая крупа, гранаты, урюк, свекла, фасоль, яблоки, петрушка и др.

Дополнительное обследование:

- Развернутый ОАК (эритроциты, цветной показатель, гематокрит, тромбоциты), сывороточное железо, ферритин сыворотки крови.
- Биохимические показатели крови (ФПП, общий белок и белковые фракции), гемостазиограмма.
- ЭКГ.
- Консультация терапевта.

Г) Так как беременная отказывается от госпитализации, учитывая легкую степень анемии, можно проводить лечение в амбулаторных условиях, либо в условиях дневного стационара. В случае ухудшения состояния – госпитализация в ОПБ родильного дома. С лечебной целью можно использовать препараты железа: Тотема, Сорбифер Дурулес, Фенюльс, Ферлатум, Мальтофер Фол, Ферроплекс, Феррум-Лек и др. Убедить женщину в безопасности для плода при применении этих средств. Объяснить, что всем женщинам в настоящее время во 2 половине беременности рекомендуют принимать препараты железа в профилактических дозах.

Д) Демонстрация методики измерения ВДМ проводится на фантоме согласно алгоритма.

### **Эталон ответа на 2 вариант**

А) Диагноз: Своевременные роды крупным плодом. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. ОАГА.

Диагноз подтверждается наличием обильных кровянистых выделений из половых путей, объемом кровопотери, снижением тонуса маточной мускулатуры. ОАГА – мини-аборт в анамнезе.

Б) Алгоритм оказания неотложной помощи.

- Установить причину кровотечения;
- предпринять необходимые меры по остановке кровотечения;
- назначить необходимое обследование.
- Диагностика, остановка кровотечения и инфузионная терапия выполняются одновременно с организацией контроля за состоянием пациентки.
- Акушерские мероприятия по остановке кровотечения осуществляются в соответствии с протоколом «Послеродовое кровотечение»:
- начинаются при продолжающемся кровотечении 500 мл и более;
- каждый пункт перечисленных мероприятий выполняется последовательно, категорически неприемлемо повторение предыдущего этапа, оказавшегося неэффективным:

1) Вызвать дополнительных сотрудников для оказания экстренной и неотложной помощи при кровотечении (акушерка, врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог, анестезистка, трансфузиолог, мед. сестра, лаборантка, врач-лаборант и прочие в соответствии с алгоритмом ЛПУ).

2) Начать мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, сатурация кислорода, дыхание, диурез).

3) Провести ручное обследование полости матки при адекватном обезболивании (в/в наркоз, продолжающаяся эпидуральная анестезия).

При ручном обследовании убедиться в отсутствии частей плаценты или оболочек в полости матки. При завершении ручного обследования матки в/в медленно (болусно) ввести утеротоник – 5 ЕД (1мл) Окситоцина, оценить сокращение матки, не выходя из полости матки, затем провести наружно-внутренний массаж матки (бимануальная компрессия), левая рука охватывает дно матки, а правую руку после соответствующей обработки в стерильной перчатке вводят в передний свод влагалища и сжимают в кулак. Матка оказывается зажатой между обеими руками. При движении рук навстречу друг другу давление, оказываемое ими на матку, способствует ее сокращению, кровотечение может прекратиться).

4) Начать введение 5 ЕД Окситоцина в/в капельно в 500мл физ. раствора со скоростью 60 кап/мин или ввести Мизопростол 800 мкг ректально однократно, или ввести в/в однократно 1мл (100 мкг) Карбетоцина. Карбетонин (Пабал) – мощный современный утеротоник,

синтетический аналог окситоцина с продолжительностью действия 6ч, применяется после родов у пациенток с высоким риском кровотечения.

5) Провести повторный контроль целостности родовых путей, ушивание разрывов мягких тканей при их выявлении.

6) Провести катетеризацию второй периферической вены или центральной вены, начать инфузионно-трансфузионную терапию под контролем витальных функций (подключить пульсоксиметр, определение АД, ЧСС, ЧДД, шоковый индекс, сатурации), клинико-лабораторных показателей (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты, гемостазиограмма), диуреза по постоянному катетеру. Для исключения нарушений свертывания крови проводят «прикроватный экспресс-тест» (набранную в пробирку кровь согревают в руках в течение 7 мин. Если сгусток не образовался, значит имеет место гипокоагуляция.)

7) При подозрении на коагулопатический характер кровотечения в качестве гемостатической терапии используется Транексамовая кислота, вводится в/в 15мг/кг (уменьшает объем кровопотери на 30%, уменьшает потребность в донорских элементах крови на 40%, не вызывает тромботических осложнений). В качестве гемостатической терапии, кроме Транексама, можно использовать Амбен (ингибитор фибринолиза), аналогичен аминокaproновой кислоте, вводится в/в струйно 50-100мг (5-10мл 1%р-ра.) Повторное введение возможно через 4 часа.

8) Провести управляемую баллонную тампонаду матки, в большинстве случаев позволяет избежать оперативного лечения, эффективна в 90% случаев. Для этого в полость матки вводится внутриматочный баллон из латекса (гидротампонада матки). Благодаря системе, регулирующей количество жидкости, и своей эластичности баллон заполняет всю полость матки и принимает ее форму. Прижимаясь к стенкам матки, баллон оказывает механическое раздражение, чем вызывает маточные сокращения и способствует образованию пристеночных тромбов. Баллон может оставаться в матке на 24 часа. До установления внутриматочного баллона можно проводить наружный массаж матки или осуществить прижатие брюшной аорты по методу Шмидта.

9) При продолжающемся кровотечении, составившем 1000мл и более, поставить в известность администрацию ЛПУ в соответствии с алгоритмом оповещения при возникновении экстренных и неотложных состояний, принятого в ЛПУ.

10) В случае отсутствия эффекта от перечисленных методов следует, не теряя времени, приступить к хирургическим методам остановки кровотечения. Срочно развернуть операционную, провести интубацию пациентки с переходом на ИВЛ, провести нижнесрединную лапаротомию. Тактика хирургического лечения определяется конкретной клинической ситуацией. Рекомендуемая последовательность мероприятий: поэтапный хирургический гемостаз (1 этап – перевязка маточных артерий и вен, 2 этап (при необходимости) – перевязка яичниковых артерий); компрессионные гемостатические швы на матку (при кесаревом сечении предпочтительно – Б – Линча).

11) Ввести Novo-Seven (активатор свертывания крови) из расчета 90 мкг/кг массы или другие факторы свертывания (по показаниям).

12) При массивном кровотечении пригласить сосудистого хирурга, осуществить перевязку внутренних подвздошных артерий.

13) Осуществить гистерэктомию при отсутствии эффекта (удалить источник кровотечения). Альтернативой гистерэктомии является ЭМА (эмболизация маточных артерий).

14) Обеспечить продленную ИВЛ, продолжить инфузионно-трансфузионную терапию.

### **Оценка промежуточной аттестации**

#### **ПМ04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода»**

**5 – «отлично»** - студент отвечает самостоятельно и дает полный ответ, уверенное выполнение простейших медицинских услуг в соответствии с алгоритмом действия.

**4 – «хорошо»** - незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос, уверенное выполнение простейших медицинских услуг в соответствии с алгоритмом действия.

**3 – «удовлетворительно»** - неполный ответ, либо для ответа требуются подсказки, неуверенное выполнение простейших медицинских услуг.

**2 – «неудовлетворительно»** - неполных ответ на теоретический вопрос, неправильное выполнение простейших медицинских услуг.

## **Задачи к квалификационному экзамену**

### **ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода**

#### **ЗАДАЧА № 1**

К акушерке смотрового кабинета поликлиники обратилась за советом 22-летняя женщина, у которой было два самопроизвольных выкидыша при сроке беременности 5-6 недель. В женскую консультацию не успевала обратиться. В связи с болями в животе и обильными кровянистыми выделениями вызывала скорую помощь. Оба раза женщину доставляли в гинекологическое отделение, где производили выскабливание полости матки по поводу неполного выкидыша. В данных ей рекомендациях не разобралась. В анамнезе: месячные с 14 лет, через 30-35 дней, по 5-7 дней, обильные и умеренно болезненные. В зарегистрированном браке второй год. Вес женщины 47 кг. В женскую консультацию обращалась 2 раза, но данные рекомендации по обследованию не выполнила, так как училась в институте и подрабатывала, убирая помещение офиса. Боится, что доктор ЖК будет ею недоволен. Скоро заканчивает институт, хочет иметь детей. Просит помочь советом.

#### **Задание:**

1. Выделить проблемы женщины. Какими методами они могут быть решены?
2. Рассказать о причинах привычного невынашивания.
3. Рассказать о профилактике и лечение привычного невынашивания
4. Выполнить манипуляцию “Взятие мазка на угрозу невынашивания

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема заключена в привычном невынашивании. Женщина не обследована и неинформирована, недостаточно коммуникабельна. Потенциальная проблема: вновь невынашивание и более тяжелые осложнения: кровотечения, воспалительные заболевания, бесплодие и др.

2. Женщине нужно дать совет быть более настойчивой и последовательной в обследовании и лечении. Дать рекомендации в плане обследования и лечения, а также организационного плана. Уверить в благополучном исходе.

3. Причинами невынашивания могут быть гормональные нарушения, последствия выскабливаний, физические нагрузки (все эти факторы имели место у данной пациентки), а также инфекции, аномалии половых органов, соматические заболевания, генетические заболевания, профессиональные, экологические причины, нарушения питания и обмена (у женщины очень маленький вес) и другие факторы, всё это необходимо уточнить при обследовании.

4. Рассказать об учреждениях, где женщина может обследоваться: женская консультация, кабинеты по лечению невынашивания, перинатальные центры, генетические консультации и т.п. Рассказать о планировании беременности, исключении вредных факторов, обследовании на выявление скрытых инфекций, гормональных нарушений, необходимости профилактического лечения до беременности.

5. Выполнение манипуляции.

## **ЗАДАЧА № 2**

Женщина 28 лет обратилась к акушерке ФАПа с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после задержки месячных на 4 недели. В анамнезе 2 родов без осложнений и 5 абортов, из которых 2 закончились кровотечениями и повторными выскабливаниями. Считала себя беременной и собиралась делать еще один аборт. Объективно: кожа и слизистая бледные. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс -92 уд/мин. При бимануальном осмотре: шейка увеличена в размерах шарообразной формы, наружный зев смещен влево, пропускает кончик пальца, тело матки нормальных размеров, выделения из матки кровянистые, обильные, во влагалище сгустки крови.

### **Задания:**

1. Оцените состояние женщины. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Тактика акушерки.
3. Перечислите причины, которые привели к данному осложнению.
4. Перечислите возможные осложнения и меры профилактики.
5. Выполните манипуляцию «Осмотр на зеркалах».

### **Эталон ответа:**

1. Состояние средней тяжести. Подозрение на шеечную беременность, на что указывает шарообразное увеличение шейки и смещение наружного зева.
2. Срочная госпитализация женщины, при усилении кровотечения показано введение инфузионных средств, гемостатические средства, горизонтальное положение с пониженным головным концом. Успокоить женщину.
3. Эктопическая беременность возникла из-за повреждения матки во время абортов, кровотечение вызвано разрушением ворсинками хориона сосудов матки.
4. Возможна очень большая кровопотеря и её осложнения: геморрагический шок, нарушения свертываемости. Поэтому в стационаре применяется радикальная мера –экстирпация матки, проводится восполнение кровопотери.
5. Выполнение манипуляции.

## **ЗАДАЧА № 3.**

Вы акушерка родильного зала, идут роды у женщины со сроком гестации 26 недель. Родился мальчик, кожные покровы синюшные, не кричит.

### **Задания:**

1. Дайте характеристику данным родам.
2. Назовите критерии живорождения, каким приказом определяются эти критерии.
3. Расскажите классификацию маловесных детей.
4. Перечислите возможные риски развития патологических состояний.

### **Эталон ответа:**

1. Преждевременные роды в сроке 26 недель
2. Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорождённый. Приказ № 318

### **3. Классификация по массе тела:**

1. 2500г – 1500г – низкая масса тела
2. 1500г – 1000г – очень низкая масса
3. Менее 1000г – экстремально низкая масса тела

### **Классификация по соотношению массы тела и гестационного возраста – 3 группы:**

1. БГВ – большие для гестационного возраста
2. СГВ – соответствие гестационному возрасту
3. МГВ – малые для гестационного возраста (ЗВУР)
4. Перинатальная смертность этих детей в 16 – 20 раз выше, чем доношенных.

У них велик риск развития:  
перинатальных поражений нервной системы – внутри желудочковые кровоизлияния и гипоксически – ишемические повреждения ЦНС, которые приводят к летальности или инвалидности  
синдрома дыхательных расстройств  
общего отеочного синдрома  
гипербилирубинемии и «ядерной желтухи»  
некротизирующего энтероколита  
железодефицитной анемии  
пневмонии, сепсиса, менингита

#### **ЗАДАЧА № 4**

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови 1(0), резус-фактор отрицательный. Ранее обследования на группу и резус не проводились

#### **Задания:**

1. Выделите проблемы беременной, их причины.
2. План по контролю над созданными проблемами.
3. Составьте алгоритм обследования беременной на очередном приеме в 1-й половине беременности.
4. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.
5. Манипуляция “Взятие крови и определение резус-фактора”.

#### **Эталон ответа:**

1. Потенциальная проблема: возникновение резус-конflikта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортом в прошлом. Ошибочным было не определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конflikта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет.
2. Акушерка должна объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.
3. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отпавлений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.
4. Рассказать о причинах резус-конflikта, методах профилактики, диагностики, лечения.
5. Выполнение манипуляции

#### **ЗАДАЧА № 5**

Акушерка летит в самолете. Приземление через 3 часа. Стюардесса обратилась за помощью, так как у одной пассажирки, 30-летней повторнородящей женщины, начались роды. До этих родов у нее было двое срочных родов без осложнений, настоящая беременность 3-я, доношенная, гинекологических заболеваний не было. 2 часа назад начались схватки, только что отошли воды. Схватки через 5 минут по 35 секунд умеренно болезненные. Рожать собиралась через 2 недели, летела к матери с двумя детьми. Боится, что придется рожать в самолете, так как предыдущие роды были довольно быстрые, опасается осложнений. В самолете имеется

комплект стерильного белья, инструменты, медикаменты для родов. Стюардесса молодая, испугана, посещала занятия по теме “родов”, но сама не принимала.

**Задания:**

1. Выявите проблемы пациентки настоящие и потенциальные.
2. Оцените характер родовой деятельности, насколько вероятны роды в самолете
3. Составьте план действий по решению проблем.
4. Проверьте, что нужно подготовить для родов.
5. Выполнить манипуляцию «Акушерское пособие в родах»

**Эталон ответа:**

1. Роды проходят в экстремальных условиях, посадка невозможна и акушерке придется решать все проблемы самостоятельно, возможны осложнения и их нужно избежать.
2. Родовая деятельность протекает довольно активно, учитывая анамнез, роды вероятнее всего произойдут в самолете.
3. Успокоить женщину, уверить её в своей полной компетентности, использовать помощь стюардессы и какой-нибудь опытной женщины. Организовать присмотр за детьми. Найти способ стерильной обработки рук. Собрать анамнез, провести наружный и внутренний осмотр. Измерить АД, пульс, температуру. Оценить акушерскую ситуацию, во время вскрыть пузырь, оказать акушерское пособие, выделить послед, провести профилактику кровотечения, первичный туалет новорожденного, послед осмотреть и положить в полиэтиленовый мешок. Сопровождать женщину до машины скорой помощи и, если возможно, до родильного дома.
4. Подготовить, насколько возможно, дезинфицирующие средства, горячую воду, стерильные салфетки, комплект стерильного белья и инструменты для родов, первичного туалета и обработки пуповины, если есть медикаменты.
5. Выполнить манипуляцию.

**ЗАДАЧА № 6**

Новорожденный в возрасте 3 дней находится в родильном доме. Из анамнеза известно: матери 18 лет, беременность II (I закончилась медицинским абортom без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. Женскую консультацию посещала нерегулярно, кровь на реакцию Вассермана за беременность сдавала однократно. Результат был отрицательный. Роды произошли на 38 неделе гестации, в головном предлежании. Безводный период 6 часов, околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела-2900г, длина-48см, окружность головы-32см, грудной клетки-30см. Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражено лануго. Гипотония, гипорефлексия, тепло удерживает плохо. Кожа бледная, сухая, на туловище, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром 1см. Пальпируются множественные лимфоузлы. Тоны сердца приглушены. На 2 день жизни появились признаки ринита.

**Задания:**

1. Определите о каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае.
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза, определите возможные результаты.
3. Назовите изменения, которые будут выявлены в трубчатых костях при рентгенологическом исследовании.
4. Назовите препарат, который будет использоваться для специфического лечения при подтверждении диагноза.

**Эталон ответа:**

1. Врожденный сифилис, задержка внутриутробного развития.
2. Необходимо провести:



-серологическое исследование венозной крови ребенка-реакцию иммунофлюоресценции (РИФ);

-реакцию иммобилизации бледной трепонемы (РИБТ);

-обязательно консультация венеролога;

3. На рентгенографии длинных трубчатых костей будут выявлены остеохондрит и периостит.

4. Для специфического лечения новорожденного, при подтверждении диагноза, необходимо использовать натриевую соль пенициллина в дозе 100 мг/кг/сут, разделенной на 6 инъекций, каждые 4 часа в течение 14 дней.

### **ЗАДАЧА № 7**

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая. В 5 недель беременности встала на учет, в 6-8 недель была профилактическая госпитализация и лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная категорически отказывалась из опасения вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка.

В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе и патологических выделений нет. Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг. Матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. Ф = 18 см, окружность 90. Отеков нет, физиологические отправления в норме.

#### **Задания:**

1. Выделить проблемы беременной и пути их решения.

2. Оценка акушерского статуса на день осмотра и тактика акушерки.

3. Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.

4. Провести беседу о необходимости проведения УЗИ.

5. Выполнение манипуляции “Измерение высоты стояния дна матки во время беременности”.

#### **Эталон ответа:**

1. В настоящий момент самочувствие беременной и её моральное состояние хорошее, однако она относится к группе очень высокого риска по невынашиванию и вытекающим из этого осложнениям беременности и родов, о которых она не подозревает. Поэтому она недооценивает значение систематического наблюдения в ЖК и профилактического обследования и лечения. Акушерка должна внимательнее относиться к наблюдению данной беременной, своевременно проводить патронаж, следить за посещением ЖК, выполнением анализов, госпитализацией. Эту беременную должен наблюдать врач, консультировать специалист по невынашиванию. Беременной нужно объяснить, что благополучный исход беременности может гарантировать только очень бережное к ней отношение, просить ее не уезжать, посещать ЖК, выполнять рекомендации специалистов,

2. По данным предыдущих осмотров и мнению женщины, беременность 14 недель, но, по данным наружного осмотра, соответствует 16 неделям, что может быть при многоплодии. Имеются факторы, предрасполагающие к многоплодию в анамнезе: методы стимуляции овуляции. Диагноз: беременность 14 недель. Подозрение на многоплодие. Отягощенный гинекологический анамнез. Первородная 30 лет. Женщину непременно должен проконсультировать врач. Если сегодня это невозможно, надо рекомендовать УЗИ для уточнения вопроса о многоплодии, направить беременную в кабинет по невынашиванию. Дать рекомендации по гигиене, профилактике факторов риска по невынашиванию. Поскольку многоплодие является дополнительным фактором риска по невынашиванию, можно будет

рекомендовать профилактическую госпитализацию для проведения обследования в условиях стационара.

3. Рассказать о причинах многоплодия, методах диагностики, особенностях течения и ведения беременности и родах, развитии плодов, осложнениях для матери и методах профилактики.

4. Рассказать о значении ультразвукового исследовании, кратности проведения, подготовке, роли акушерки.

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 8**

Бригадир поезда дальнего следования обратился с просьбой к пассажирам, имеющим медицинское образование, помочь женщине, у которой начались роды. Отозвалась на просьбу акушерка. Оказалось, что у молодой (22 года) первобеременной женщины час назад начали отходить воды, схваток нет. Шевеление плода ощущает. Голова не болит, зрение ясное. Кожные покровы нормальной окраски, пульс 78 уд. в мин. Матка безболезненная, схваток нет. Дно матки чуть ниже края реберной дуги. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Соматически и гинекологически женщина здорова (со слов и по обменной карте). Она едет к матери в город, куда поезд прибудет через 2 часа. Считает, что срок родов через 2 недели.

#### **Задания:**

1. Сформулировать диагноз и обосновать его.

2. Выделить проблемы женщины. Составить план действий по решению проблем.

3. Ответьте на вопрос бригадира “Скоро ли родится ребенок? Успеет ли женщина до родов доехать до своего города или нужно организовать экстренную остановку и вызвать к месту остановки бригаду скорой помощи?”

4. Рассказать женщине о том, как ей вести себя в родах.

5. Выполнить манипуляцию « Наружное акушерское исследование –приемы Леопольда-Левицкого».

#### **Эталон ответа:**

1.Беременность 38 недель. Преждевременное отхождение вод. Срок беременности можно уточнить по последним месячным, шевелению плода, величине матки. Использовать сведения из карты беременной, которая должна быть у женщины.

2.Женщина испугана, воды отошли в дороге. Необходимо успокоить женщину, уверить её в своей компетентности, попросить выделить отдельное купэ, собрать анамнез. Провести наружный осмотр, при возможности измерить АД. Следить за появлением схваток, их характером. Сопровождать женщину до машины скорой помощи, передать необходимую информацию.

3.Успокоить женщину и проводников, что женщина в ближайшие часы не родит, успеет доехать до своего города. Скорую помощь следует вызвать к приходу поезда в город, в экстренной остановке нет необходимости.

4.Рассказать о течении и ведении родов по периодам.

5.Выполнить манипуляцию

### **ЗАДАЧА № 9**

Ребенок родился от матери 18 лет, гестоз в течение всей беременности, принимала наркотические препараты. Ребенок родился при сроке гестации 31 неделя с массой 1300 грамм.

#### **Задания:**

1.Оцените состояние ребенка. Опишите его внешние и функциональные признаки.

2.Какие проблемы могут возникнуть при выхаживании данного ребенка.

3.Назовите, какие условия выхаживания необходимы данному ребенку.

4.Перечислите возможные методы согревания данного ребенка.

#### **Эталон ответа:**

1.Ребенок родился недоношенным со сроком гестации 31 неделя..

Внешние признаки: непропорциональное телосложение, выраженная гиперемия кожи, распространённое лануго на плечах, недоразвитие ногтей на руках, пупочное кольцо расположено ближе к лону,

Функциональные признаки: незрелость легких, несовершенство терморегуляции, низкий иммунитет, отсутствуют или слабо выражены безусловные рефлексы.

2. Гипотермия, проблемы со вскармливанием из-за снижения или отсутствия рефлексов сосания и глотания, высокий риск нарушения дыхания и инфицирования.

3. Соблюдение тепловой цепочки, защита от раздражителей сенсорных, правильный выбор способа кормления, адекватная оксигенотерапия, антибактериальная терапия.

#### 4. Использование

- системы «Гнездо»
- согревания методом «Матери кенгуру»
- лучистое тепло лампы типа «Амеда»
- метод согревания недоношенного или больного ребенка в инкубаторе или (кувезе

### **ЗАДАЧА № 10**

К акушерке ФАПа обратилась беременная пациентка 22 лет. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Замужем. Беременность желанная. Пациентка очень волнуется за течение беременности и родов, так как она считает, что у нее очень узкий таз. Объективно: правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД -110/70, 120/80 мм рт.ст., пульс 74 ударов ритмичный, удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Рост -152 см, масса тела -50 кг, Наружные размеры таза: 23, 26, 29, 18 см. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки коническая, зев закрыт. Матка кпереди, подвижная, безболезненная, мягковатой консистенции, увеличена до 7 недель беременности. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Мыс достижим, диагональная конъюгата равна 11см.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы пациентки, оценить состояние, помочь в решении проблем.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Рассказать об анатомически узких тазах, причинах формирования и методах профилактики. Рассказать об особенностях течения и ведения родов.
4. Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данной форме таза.
5. Выполнить манипуляцию “Пельвеометрия”.

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы:

□дефицит информации о течении беременности и родов;

□тревога за исход родов. Потенциальные проблемы – осложнения в родах. Состояние пациентки удовлетворительное. Необходимо успокоить женщину: так как ей будут помогать в родах опытные специалисты, то и ей и ребенку ничего не грозит

2. Диагноз: беременность 7 недель. Общеравномерносуженный таз. I степень сужения. Диагноз поставлен на основании оценки наружных размеров таза, влагалищного исследования - увеличение матки до 7 недель беременности, диагональной конъюгаты.

Тактика акушерки:

□необходимо в первую очередь успокоить беременную, вселить уверенность в благоприятном течении беременности и родов в случае соблюдения пациенткой всех советов и рекомендаций;

□убедить пациентку в необходимости как можно раньше стать на учет по беременности и дать на руки направление к врачу акушеру-гинекологу;

□дать совет о режиме питания в связи с имеющимися место симптомам раннего гестоза беременной;

Объяснить беременной, что при I степени сужения и некрупном плоде возможны роды через естественные пути без осложнений, но для этого необходимо следить за диетой, в 38 недель полагается госпитализация.

3. Рассказать о причинах формирования узких тазов (гормональные нарушения, дефицит УФО, питания, заболевания и т.п.) и методах профилактики (правильное питание, физическое развитие, профилактика рахита, прививки и т.д.)

4. Рассказать об особенностях биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе (усиленное сгибание, долихоцефалическая головка, асинклетизм, затруднение разгибания и т.д.)

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 11**

В родильное отделение ЦРБ поступила повторнобеременная Т., 32 года, по поводу срочных родов. Данная беременность 2-я, роды 2-е. Беременность протекала без осложнений. Роды продолжаются 8 часов, 2 часа назад излились околоплодные воды. Объективно: поведение женщины беспокойное, жалуется на постоянные боли внизу живота. Кожные покровы обычной окраски, температура 36,8 °С, АД-120/70, 120/75 мм рт.ст., пульс -86 в мин., ритмичный. Схватки через 2-3 минуты, по 35-40 секунд, сильные и болезненные. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. ОЖ -105 см, ВДМ -39 см, размеры таза 25-28-33-18 см. Признак Вастена положительный. Отмечается болезненность нижнего сегмента в паузах между схватками. Контракционное кольцо на уровне пупка. Сердцебиение плода ритмичное, 150 уд. в мин., приглушено. Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка сглажена, открытие почти полное. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади. Мыс не достигается.

Задания:

1. О какой патологии идет речь, какими данными это подтверждается?

2. Тактика акушерки в данной ситуации.

3. Рассказать о причинах данной патологии, клинической картине, осложнениях и методах родо-разрешения.

4. Рассказать план подготовки женщины к экстренной операции.

5. Выполнить манипуляцию: "Катетеризация мочевого пузыря".

Эталон ответа:

1. В данном случае следует заподозрить угрожающий разрыв матки в связи с клиническим несоответствием. На эту патологию указывает особенная болезненность схваток, положительный признак Вастена, высокое стояние контракционного кольца.

2. Женщина нуждается в неотложной помощи. Для этого необходимо как можно быстрее устранить родовую деятельность и вызвать врача акушера, анестезиолога и операционную сестру для операции кесарева сечения. Акушерка должна с целью остановки родовой деятельности: -установить контакт с веной и вводить внутривенно спазмолитические или токолитические средства.-проводить контроль за состоянием женщины, пульсом, АД; маткой, выделениями, с/биением плода;-успокоить женщину, убедив ее в благополучном исходе;-подготавливать женщину к операции кесарева сечения.

3. Причиной угрожающего разрыва является клиническое несоответствие, обусловленное наличием крупного плода (4100), задним видом затылочного предлежания, простым плоским тазом первой степени. При неоказании помощи возможен полный разрыв матки, гибель плода, трав-матический и геморрагический шок у матери.

4. Составить план подготовки к операции.

5. Выполнить манипуляцию.

### **ЗАДАЧА №12**

В палате совместного пребывания находится ребенок, родившийся трое суток назад.

Состояние удовлетворительное. Активный. Грудь сосет хорошо, у женщины прибыло молоко. Начал прибавлять в весе. Из анамнеза известно: 1 беременность, 1 роды. Первая и

вторая половина беременности протекала без патологии. В родах околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. У матери группа крови В(III) резус положительный. У ребенка А(II) резус положительный. Во время пеленания ребенка женщина обратила внимание на желтушное окрашивание кожных покровов. Обеспокоена. Вызвала акушерку.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз, определите, чем обусловлено появление гипербилирубинемии.
2. Проведите дифференциальную диагностику между патологической и физиологической гипербилирубинемией.
3. Определите тактику акушерки, назовите принципы диагностики и лечения данного состояния.
4. Окажите психологическую и практическую помощь взволнованной женщине.

**Эталон ответа.**

1. Физиологическая гипербилирубинемия. Данное состояние обусловлено функциональной незрелостью клеток печени у новорожденного и повышенным разрушением эритроцитов.

**Патологическая желтуха**

1. раннее появление желтухи в первые часы или в первые сутки после рождения
2. почасовой прирост билирубина более 5мкмоль/л/час
3. отмечается интенсивное нарастание желтухи
4. изменяется общее состояние
5. требует неотложного лечения

**Физиологическая желтуха**

1. появляется в возрасте 36 часов жизни и более
2. почасовой прирост билирубина менее 3,4мкмоль/л/час
3. нарастает медленно
4. состояние остается удовлетворительным
5. лечения не требует

**3. Тактика акушерки:**

-поставить в известность врача

-выполнить назначение врача:

- а) взять кровь из периферической вены для определения уровня билирубина
- б) взять общий анализ крови
- в) проводить дозированную гелиотерапию
- г) кормить ребенка по требованию
- д) вести динамическое наблюдение

4. Женщину необходимо успокоить и оказать психологическую поддержку. Провести беседу о данном переходном состоянии, рассказать об анатомо-физиологических особенностях печени у новорожденных детей. Объяснить, что данное состояние не является патологией и не требует медикаментозного лечения. При сохраняющемся беспокойстве предложить седативные средства (пустырник, валериану).

**ЗАДАЧА № 13**

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 1 200 г. АД=12 0/80, 120/75 мм рт.ст. PS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

**Задания:**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

4. Рассказать о классификации гестозов второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени, особенностях ухода и лечения.

5. Выполнить манипуляции “Контроль веса и выявление скрытых отеков”.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы:

-отеки, боли в конечностях; патологическая прибавка веса;

-беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

-риск развития тяжелой стадии гестоза;

-риск развития гипоксии плода.

Состояние женщины удовлетворительное.

2. Диагноз: беременность 34 недели, гестоз II половины. Преэклампсия беременности легкой степени, или отеки беременных.

Обоснование диагноза:

Наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок беременности указан в условии задачи. Появление отеков при нормальном АД, отсутствие белка в моче, патологическая прибавка массы тела за десять дней указывает на развитие водянки беременной. Распространение отеков на нижних конечностях и передней брюшной стенке позволяет выставить диагноз.

3. Акушерке необходимо: направить беременную на госпитализацию в родильный дом; написать направление в отделение патологии беременных; провести беседу с беременной о необходимости лечения данного осложнения; проконтролировать на следующий день факт госпитализации.

4. Рассказать о классификации гестозов, клинических проявлениях позднего гестоза, методах диагностики и лечения, особенно об отеках. Рассказать об особенностях ухода и лечения в родовом отделении, привести примеры лекарственных средств.

5. Выполнить манипуляцию

#### **ЗАДАЧА № 14**

Беременная Х., 25 лет, доставлена в акушерское отделение районной больницы машиной скорой помощи в 18 часов в тяжелом состоянии с помраченным сознанием. Из рассказа сопровождавшего ее мужа удалось узнать, что настоящая беременность первая, протекала без осложнений. Месяц назад, получив родовый отпуск, беременная уехала к матери в деревню. Возвратилась домой вчера, чувствовала общее недомогание, появились отеки и головные боли. Сегодня с утра почувствовала боль “под ложечкой”, была рвота, вскоре появился судорожный припадок с потерей сознания. При поступлении в роддом судорожный припадок повторился. В начале появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица. Затем начались подергивания верхних конечностей. Тело беременной вытянулось, позвоночник изогнулся, челюсти плотно сжались, глаза закатились и стали видимыми белки глазных яблок. Дыхание прекратилось. Лицо побледнело, вслед за этим последовали судороги во всей мускулатуре тела, наступил сильный цианоз, шейные вены напряглись. Постепенно судороги стали реже и наконец прекратились. Появился глубокий шумный вдох, на губах выступила пена. Дыхание восстановилось. Припадок длился полторы минуты. Беременная без сознания.

#### **Задания:**

1. О какой патологии идет речь?

2. Возможные осложнения в данной ситуации.

3. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи .

4. Рассказать о задачах акушерки ЖК по ранней диагностике и профилактике гестозов и осложнений.

5. Выполнить манипуляцию “Выслушивание сердцебиения плода.”

#### **Эталон ответа:**

1. Беременность 32 недели. Эклампсия.

2. Возможные осложнения: повторение припадка; кровоизлияние в мозг; отслойка сетчатки; отслойка плаценты; внутриутробная смерть плода; гибель женщины. Диагноз заподозрен на основании характерного судорожного припадка и со слов мужа - отеки, головная боль у беременной со сроком 34 недели. Каждый новый припадок эклампсии таит в себе угрозу для жизни и здоровья как матери, так и плода. Роды будут преждевременными.

3. Необходимо срочно устранить возможность появления новых судорожных припадков: вызвать дежурного врача и анестезиолога-реаниматора в отсутствие врача; восстановить дыхание (правильное положение головы, использовать языкодержатель, роторасширитель, воздуховод). Отсасывание слизи для восстановления проходимости дыхательных путей; дача наркоза закисно-фторотанового, эфирного - для создания лечебно-охранительного ре-жима, ввести нейролептик дроперидол, седуксен, начать магниезальную терапию; провести измерения АД на обеих руках для оценки данных; поставить постоянный катетер, чтобы следить за выделительной функцией почек; взять мочу на анализ для оценки тяжести позднего токсикоза; ввести гипотензивные, диуретические препараты, провести лечение гипоксии плода; провести общее обследование, наружное и внутреннее акушерское обследование, для оценки акушерской ситуации - все мероприятия под обезболиванием; госпитализировать в палату интенсивной терапии со звуко-и светоизоляцией, где имеется наркозный аппарат, индивидуальный пост. Под руководством врача и анестезиолога, готовить к родоразрешению.

4. Рассказать о задачах акушерки и женской консультации по диагностике и профилактике гестозов и их осложнений.

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 15**

Вы акушерка родильного дома. На роды поступает женщина 35 лет, со сроком гестации 32 недели. Из анамнеза известно, что женщина на учет по беременности встала в 20 недель, всю беременность курила, не замужем, за время беременности 2 раза переболела ОРВИ. Настоящие роды вторые, беременность пятая.

#### **Задания:**

1. Дайте характеристику предстоящим родам.
2. Расскажите, как должна подготовиться акушерка к этим родам.
3. Назовите причины, которые привели к родам.
4. Назовите внешние, морфологические и функциональные признаки недоношенного ребенка.

#### **Эталон ответа**

1. Преждевременные роды со сроком гестации 32 недели.
2. Акушерка должна подготовить все необходимое для оказания неотложной помощи новорожденному ребенку, так как из условий задачи можно сделать вывод, что родится недоношенный ребенок. Обеспечить повышение температуры в родильном зале, подготовить дополнительные средства для согревания новорожденного, подогреть лоток, пеленки, средства для обработки ребенка, предупредить неонатолога.
3. Причины:  
Поздно встала на учет по беременности (20 недель)  
Социально-экономический факторы ( не замужем, курила)  
Клинический фактор ( 2 раза переболела ОРВИ)  
Осложнений акушерский анамнез (3 аборта)
4. Морфологические признаки недоношенного новорожденного:  
Непропорциональное телосложение - большая голова и туловище, короткие конечности, низкое расположение пупка;  
Выраженная гиперемия кожи;  
Распространенная лануго на плечах, лице, спине;  
Зияние половой щели у девочек, яички не опущены в мошонку у мальчиков;  
Недоразвитие ногтевых пластин на руках;  
Мягкие ушные раковины;

Преобладание мозгового черепа над лицевым;  
Открыт малый родничок;  
Маленькая ореола соска (меньше 5мм);  
Антропометрические показатели (Вес менее 2500гр, Рост менее 47см)  
Функциональные признаки недоношенности ребенка:  
Незрелость легких (мало сурфактанта);  
Длительная физиологическая эритема и желтуха;  
Быстрое угасание безусловных физиологических рефлексов;  
Вялая реакция на осмотр, слабый малоэмоциональный крик или его отсутствие;  
низкая скорость клубочковой фильтрации (отеки);  
Склонность к инфекционным заболеваниям, в силу не совершенности иммунной системы;  
Малый объем желудка, снижена ферментативная активность под желудочной железой и кишечника;  
Отсутствие или снижение рефлексов сосания или глотания, особенно до 34 недель гестации;  
Внутриутробные запасы минеральных веществ, кальция, фосфора, белков, витаминов А, С, Е, железа, микроэлементов меньше, чем у доношенных.

### **ЗАДАЧА № 16**

Беременная В., 28 лет, обратилась к акушерке ФАПа с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели. Беременность 3-я: I-я беременность закончилась нормальными родами 4 года назад, II беременность закончилась медицинским абортom в сроке беременности 9-10 недель. Данная беременность протекала с явлениями угрозы в I половине. Неделю назад были мажущие кровянистые выделения после физической нагрузки. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания: эндометрит после аборта. Объективно: рост=165см, вес=75кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД=110/70, 110/75 мм рт.ст., PS=80 уд. в мин., ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ= 90см ВДМ=36см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, пред-лежит головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд. в 1 мин., ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

#### **Задание:**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о причинах данной патологии.
5. Выполнить манипуляцию: приемы наружного акушерского исследования.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: -наличие кровянистых выделений из половых путей; -беспокойство за исход беременности. Потенциальные проблемы: -риск рождения недоношенного ребенка; -риск внутриутробной асфиксии плода; -риск развития острой анемии, геморрагического шока, ДВС-синдрома; -риск инфицирования матери и плода;-риск для жизни матери.
2. Состояние женщины удовлетворительное.
3. Диагноз: беременность 34 недели. Предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез. Обоснование диагноза: наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок ее указан в условии задачи. Акушерский анамнез отягощен перенесенным абортom, осложненным эндометритом. О предлежании плаценты можно думать, исходя из анамнеза заболевания: повторяющиеся кровянистые выделения из половых путей; анамнеза жизни: перенесла эндометрит после медицинского аборта, а также данных



объективного исследования: бледные кожные покровы, понижение АД, высокое расположение предлежащей головки, кровянистые выделения из половых путей. Учитывая то, что кровянистые выделения могут усилиться, акушерке необходимо госпитализировать беременную в родильный дом в сопровождении медицинского работника. При усилении выделений, установить капельницу, проводить инфузии и ввести гемостатические средства – дицинон, токолитические - метацин. Предупредить стационар о направлении женщины с предлежанием плаценты.

4. Рассказать о причинах и видах предлежания плаценты, миграции плаценты. Акушерской тактике в зависимости от клинической картины.

5. Манипуляция.

### **ЗАДАЧА № 17**

В родильное отделение поступила первобеременная А., 20 лет, с доношенной беременностью и начавшейся 6 часов назад родовой деятельностью. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: рост 158 см, вес 60 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД -120/70, 110/60 мм рт.ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ОЖ -95 см, ВДМ -35 см, И.С. -14 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Схватки через 3-4 минуты по 40-45 секунд. Положение плода продольное, головное, I позиция, передний вид, головка большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, открытие близко к полному, края мягкие, податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка большим сегментом в плоском входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Проведена амниотомия, излились околоплодные воды -светлые, в количестве 150 мл. Через 20 минут началась потужная деятельность. При прорезывании головки имеются симптомы выпячивания промежности, цианоз, отек, побеление, кожа в области промежности блестящая.

#### **Задания:**

Выявить проблемы роженицы.

Оценить состояние роженицы.

Поставить диагноз, обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Выполнить манипуляцию «Проведение перинеотомии (на фантоме) и подготовка набора инструментов для перинеорафии».

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: □схваткообразные боли, обусловленные родовой деятельностью; □беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: □риск повышенного травматизма матери (разрыв промежности); □риск развития внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного; □риск возникновения осложнений в послеродовом периоде, обусловленный перинеотомией.

2. Состояние роженицы удовлетворительное.

3. Диагноз: роды первые, срочные, II период, в головном предлежании. Угроза разрыва промежности. Из условий задачи следует, что у роженицы первая доношенная беременность, регулярная родовая деятельность (потуги), головка на тазовом дне, что соответствует симптомам угрожающего разрыва промежности.

4. Учитывая наличие симптомов угрожающего разрыва промежности, необходимо: □успокоить роженицу; □пригласить врача; □приготовить инструменты для перинеотомии; □в асептических условиях на высоте потуги произвести перинеотомию; □после окончания родов подготовить лекарственные препараты для обезболивания при проведении перинеорафии; □подготовить инструменты для осмотра родовых путей и перинеорафии; □ассистировать при осмотре родовых путей и перинеорафии.

5. Алгоритм выполнения манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 18**

Ребенку К., массой 3500г, имеющему А(II) группу крови резус положительный от матери с О(I) группой крови резус-положительный, на 2-е сутки жизни был выставлен диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного по АВО-системе, легкой степени тяжести, желтушная форма. Получал инфузионную терапию и фототерапию. Несмотря на проводимое лечение, на 3-и сутки жизни уровень билирубина в сыворотке крови достиг 360мкмоль/л, гемоглобин 94г/л.

#### **Задания:**

1. Обоснуйте необходимость операции заменного переливания крови.
2. Определите, какие препараты крови, и в каком количестве потребуются для данной операции.
3. Назовите возможные осложнения операции заменного переливания крови.
4. Составьте план беседы с матерью ребенка.

#### **Эталон ответа.**

1. Убедить в необходимости данного лечения. Вселить надежду на благоприятный без осложнений исход. Необходимость операции заменного переливания крови обусловлена отсутствием эффекта от проводимого консервативного лечения и опасностью критического уровня билирубина, при котором может развиваться билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха) - грозное осложнение.

2. Для операции потребуется: эритромаcсы О(I) группы крови резус-положительный

#### **3. Осложнения:**

- острая сердечная недостаточность из-за перегрузки объемом или гипокальцеемии (избыток цитрата в переливаемой крови);
- воздушная эмболия;
- перфорация сосудов пуповины;
- заражение цитомегаловирусом, ВИЧ-инфекцией, гепатитом;
- анемия из-за механической травмы эритроцитов;
- геморрагический синдром из-за избытка гепарина;
- внутрисосудистый гемолиз (острая почечная недостаточность, шок) из-за неправильного подбора крови;
- реакция отторжения;

4. При беседе необходимо успокоить женщину, рассказать о причинах заболевания, о токсическом действии билирубина на центральную нервную систему отрицательной женщины. При осмотре Вы обнаружили, что ребенок стал вялый, хуже сосет, появилось желтушное окрашивание кожи.

### **ЗАДАЧА № 19**

К акушерке обратилась знакомая. Первобеременная 26 лет. Приехала к мужу в город из области с целью получить квалифицированную помощь при родах. Прописки нет, но имеется медицинский страховой полис. Состояла на учете у акушерки ФАПа. Срок беременности 37-38 недель. Менструальная функция без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Беременность протекала без осложнений (со слов). Пациентка тревожится из-за того, что она не наблюдается сейчас в ЖК, а также за исход родов. В детстве перенесла тяжелый рахит, пневмонию, ветряную оспу, часто болела вирусными заболеваниями. АД -110/70, 100/60 мм рт.ст., пульс -78 уд. в минуту, удовлетворительных качеств. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. Акушерка произвела наружное акушерское исследование и обнаружила, что головка плода находится справа по ребру матки, а тазовый конец слева. Над входом в малый таз нет предлежащей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 142 уд. в минуту. Матка в обычном тоне. Наружные размеры таза: 27, 28, 32, 17 см.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы и помочь в их решении.
2. Оценить состояние, поставить диагноз, обосновать.

3. Тактика акушерки.
4. Рассказать о причинах аномалии положения плода и акушерской тактике.
5. Выполнить манипуляцию: “Пельвеометрия”.

**Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы: у женщины аномалия таза и положения плода, она не имеет прописки, не состоит на учете в городе, недостаточно обследована и не знает, где и как будет рожать. Тревога за исход родов.

Потенциальные проблемы: риск преждевременного излития околоплодных вод; риск выпадения пуповины и мелких частей плода; риск травматизма в родах (разрыв матки); риск гипоксии и асфиксии плода. Состояние пациентки удовлетворительное.

Диагноз: беременность 37-38 недель. Поперечное положение плода. Плоскоррахитический таз. II ст. сужения. Диагноз на основании: анамнеза (указание на тяжелый рахит в детстве); наружного акушерского исследования (нет предлежащей части, головка плода справа, а тазовый конец слева по ребру матки), пельвеометрии. Тактика акушерки: успокоить пациентку, вселить уверенность в благополучный исход родов; рассказать ей о её правах. Учитывая высокий риск серьезных осложнений при поперечном положении плода, убедить пациентку в необходимости срочной заблаговременной профилактической госпитализации в роддом, так как женщине предстоит оперативное родоразрешение вследствие сочетания акушерской патологии;

2. Рассказать о причинах аномалии положения плода и акушерской тактике.

5. Выполнить манипуляцию.

**ЗАДАЧА № 20**

Роженица С., 41 год, доставлена в родильное отделение ЦРБ 9 октября в 1 ч. 45 мин. Беременность пятая, роды четвертые. Консультацию не посещала. Роды начались дома 8 октября в 17 часов. В 20 часов отошли воды, и появились сильные потуги. В 22 часа схватки и потуги внезапно прекратились, появились резкие боли внизу живота, по поводу чего была вызвана скорая помощь, и роженица доставлена в ЦРБ. При поступлении: состояние тяжелое. Роженица заторможена. АД –90/60; 80/50 мм рт. ст., пульс 110 в мин, удовлетворительных качеств, кожные покровы бледные, холодный липкий пот, температура тела 37 °С. Родовой деятельности нет, движения плода не ощущаются. Размеры таза: 23-26-29-19 см. Индекс Соловьева –16 см. Живот вздут, резко болезнен. Контуры матки не ясны. Под брюшной стенкой определяются спинка и мелкие части плода. Головка плода м/сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Выделения кровянистые, умеренные. Влагалищное исследование: влагалище емкое. Открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Головка малым сегментом во входе в малый таз. На головке большая родовая опухоль. Мыс не достижим. Выделения кровянистые.

**Задания:**

О какой патологии идет речь, возможные осложнения в данной ситуации.

Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.

Рассказать о возможных осложнениях при данной патологии и методах лечения.

Составить план реабилитации женщины после родов.

Выполнить манипуляцию определения группы крови.

**Эталон ответа:**

1. Роженица нуждается в неотложной помощи в связи с подозрением на внутрибрюшное кровотечение и признаки геморрагического и травматического шока (бледные кожные покровы, гипотония, тахикардия, заторможенность сознания). Данное состояние вызвано свершившимся разрывом матки во II периоде родов, о чем говорит внезапное исчезновение схваток и потуг на фоне активной родовой деятельности у многорожавшей, резкие боли в животе, пальпация частей плода под брюшной стенкой, кровянистые выделения. Разрыв матки произошел из-за перерастяжения стенки матки и, возможно, клинически узкого таза, о чем говорят анатомически узкий таз – общеравномерно суженный I ст. И отсутствие продвижения головки

при полном открытии шейки матки. Отсутствие движения и сердцебиения плода говорят о внутриутробной гибели плода.

2. Состояние роженицы расценивается как тяжелое.

3. Целью действий акушерки в данной ситуации является сохранение жизни женщины. Для этого акушерка должна:-вызвать дежурного врача и операционную бригаду;-проводить инфузионную терапию (физиологическим раствором, раствором Рингера и др.);-проводить контроль за пульсом, АД, дыханием, сознанием;-успокоить роженицу;-определить группу крови и Rh-фактор;-подготовить одногруппную кровь, кровезаменители для переливания;-начать подготовку к лапаротомии.

4. Составить план реабилитации женщины после потери ребенка и удаления матки.

5. Алгоритм манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 21**

Новорожденный ребенок родился на сроке беременности 32 недели с массой тела 1100 гр., длиной 40 см, сосательный и глотательный рефлексы отсутствуют, тепло не удерживает, при крике и беспокойстве синеет, дыхание тяжелое.

#### **Задания:**

1. Охарактеризуйте этого ребенка, обоснуйте ответ.

2. Укажите способ вскармливания.

3. Перечислите все известные Вам методы согревания.

4. Выберите метод согревания данного ребенка.

#### **Эталон ответа.**

1. Недоношенный ребенок, гестация 32 недели, масса тела 1100 гр., длиной 40 см, сосательный и глотательный рефлексы отсутствуют, тепло не удерживает, при крике и беспокойстве синеет, дыхание тяжелое. Частота дыхания у недоношенных детей непостоянная, при движениях доходит до 60—80 в 1 мин., в покое и во сне значительно урежается, могут наблюдаться длительные апноэ (остановки дыхания).

2. Недоношенных детей (дети с выраженной степенью недоношенности), если у них отсутствует сосательный рефлекс, вскармливают сначала парентерально, затем через зонд, число кормлений до 10—12 в сутки, а потом их начинают постепенно кормить через соску и только после этого прикладывают к груди. По достижении веса 2500—3000 гр вскармливание недоношенного ребенка практически такое же, как и детей, родившихся в срок, но прикорм вводят на 2—4 недели раньше, осторожно и постепенно.

3.1 Использование системы «Гнездо»

2 Согревание методом «Матери кенгуру»

3 Лучистое тепло лампы типа «Амеда»

4 Метод согревания недоношенного или больного ребенка в инкубаторе или (кувезе).

4. После отделения от матери их переносят на заранее подготовленный согретый пеленальный стол, под лампу лучистого тепла или реанимационный стол с подогревом. После помещают в кувез (инкубатор), в инкубаторе созданы необходимые условия для поддержания наиболее комфортных для ребенка условий: влажность, температура, стерильность.

### **ЗАДАЧА № 22**

Вечером акушерка отделения патологии беременности вызвана в палату к повторнобеременной женщине 30 лет, которая поступила накануне днем плановом порядке с подозрением на предлежание плаценты в сроке 30 недель. Женщина жалуется на появление темных мажущих выделений из влагалища. Дежурный врач занят в операционной и может освободиться не раньше чем через час, операционная также занята, он поручил акушерке разобраться в ситуации и оказать неотложную помощь.

#### **Задания:**

1. Выделить проблемы пациентки и помочь в их решении.

2. Оценить состояние женщины. Что для этого нужно сделать.
3. Акушерская тактика в случае удовлетворительного состояния женщины.
4. Рассказать о возможных осложнениях и мерах профилактики.
5. Выполнение манипуляции “Определение группы крови”.

**Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема – кровомазанье, вызванное низкой плацентацией. Беспокойство женщины. Занят врач и операционная. Потенциальные проблемы:- кровотечение, страдание плода и ухудшение состояния женщины, ДВС и его осложнения, необходимость операции, рождение недоношенного ребенка и пр.
3. Успокоить женщину, не волновать её организационными проблемами, привлечь на помощь свободную акушерку, младший персонал. Проводить наблюдение, терапию по сохранению беременности, гемостатическую терапию, профилактику гипоксии плода, готовить женщину к переводу в родильное отделение или операционную, готовить к операции, не кормить. Оценка самочувствия, АД, пульса, частоты дыхания, кожных покровов, учет кровопотери. Взять кровь на отстой для определения свертываемости и, возможно, для проб на группу крови и совместимость. Контроль диуреза. Для снятия повышенного тонуса дают токолитики, например метацин, магнезию. Для гемостаза – дицинон или этамзилат натрия. Установить контакт с веной. Начать инфузионную терапию. Женщину перенести на каталку и перевести бережно в родильное отделение или операционный блок. Консультироваться с врачом через помощников.
5. Выполнение манипуляции.

**ЗАДАЧА № 23**

В родильное отделение ЦРБ поступила повторнородящая С. 29 лет, с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью. В анамнезе 2 медицинских аборта. I–II период родов протекали без осложнений. Родоразрешилась живым доношенным плодом женского пола, весом 4000 г. Послед отделился и выделился самостоятельно, со всеми дольками и оболочками. Через 10 минут после рождения последа началось обильное кровотечение. Общее состояние удовлетворительное, АД –120/70, 110/70 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Сократительная способность матки снижена. Матка дряблая, контуры расплывчатые. Кровопотеря 450 г и продолжается.

**Задания:**

О какой патологии идет речь?

Составить алгоритм оказания доврачебной помощи. Рассказать о причинах данной патологии. Методах лечения.

Рассказать о кровезаменителях.

Выполнить манипуляцию: “Определение резус-фактора”.

**Эталон ответа:**

1. В данной ситуации имеются симптомы гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, которое возникло на фоне отягощенного акушерского анамнеза и родов крупным плодом.
2. Состояние родильницы удовлетворительное.
3. Целью действий акушерки в данной ситуации является сохранение жизни родильницы. Для этого она должна начать оказание неотложной помощи, а именно:-успокоить родильницу, вселить уверенность в благоприятный исход;-вызвать врача акушера-гинеколога;-произвести наружный массаж матки через переднюю брюшную стенку;-положить пузырь со льдом;-проводить контроль за общим состоянием, АД, пульсом;-ввести внутривенно утеротонические средства; -подготовить к операции ручного контроля полости матки;-при продолжающемся кровотечении произвести прижатие брюшной аорты и наложить клеммы по Бакшееву.
4. Рассказать о кровезаменителях.
5. Алгоритм выполнения манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 24**

В родильном доме под Вашим наблюдением находится ребенок в возрасте 3 часов, родившийся от III беременности II родов от резус-отрицательной женщины. При осмотре Вы обнаружили, что ребенок стал вялый, хуже сосет, появилось желтушное окрашивание кожи.

#### **Задания:**

1. О чем Вы можете подумать?
2. Чем обусловлено данное состояние? Обоснуйте ответ.
3. Расскажите, в чем особенность проведения I туалета у данного ребенка.
4. Назовите основные принципы диагностики и лечения.

#### **Эталон ответа.**

1. У ребенка имеется синдром патологической желтухи.
    2. Данный синдром обусловлен резус-конфликтом между матерью и ребенком у повторно рожавшей женщины. За патологическую желтуху свидетельствуют следующие данные: желтушное окрашивание кожи, которое появилось в первые часы после рождения, его интенсивное нарастание, изменение состояния ребенка.
    3. Срочно отделить ребенка от матери.  
Окончательно перевязать пуповину лигатурой на расстоянии 2 см от пупочного кольца.  
Не прикладывать к груди до разрешения неонатолога.  
Срочно взять кровь из пуповины.
    4. Необходимо уточнить:
      - группу и резус-фактор крови матери и ребенка.
      - уровень гемоглобина и эритроцитов у ребенка;
      - определить уровень билирубина в крови у ребенка.
      - установить наблюдение за почасовым приростом билирубина;
      - сделать абдоминальное УЗИ.
      - проба Кумбса.
- Лечение:
- внутрь активированный уголь
  - фототерапия
  - желчегонные средства
  - инфузионная терапия
  - витамин E
  - заменное переливание крови

### **ЗАДАЧА № 25**

У женщины 23 лет при сроке беременности 32 недели выявлено тазовое предлежание плода. Настоящая беременность вторая. 2 года назад было прерывание беременности по социальным показаниям, а также в связи с медицинскими показаниями –миопия высокой степени -10 Д. Была выполнена операция –малое кесарево сечение. Беременная обратилась к акушерке с просьбой записать её в группу ЛФК для подготовки к родам и для исправления положения плода, как это сделала её подруга.

#### **Задания:**

1. Выделите проблемы беременной.
2. Постарайтесь решить проблемы беременной и ответить на её вопросы.
3. Дальнейший план ведения беременной и план родоразрешения.
4. Рекомендации для здоровых беременных по коррекции тазового предлежания. Рассказать о плановой подготовке к операции «кесарево сечение».
5. Выполнить манипуляцию “Наружное акушерское исследование”.

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема: беременная не осознает наличия у неё факторов риска по разрыву матки, показаний к оперативному родоразрешению. Потенциальная проблема: при её неосмотрительных действиях по методикам, рекомендованным здоровым беременным, у неё могут быть осложнения.

2. Беременной надо объяснить, что ЛФК ей противопоказана из-за рубца на матке, что исправления положения не требуется, так как оптимальным способом родоразрешения будет кесарево сечение, показанием к которому является, во-первых, рубец на матке 2-х летней давности и сочетание тазового предлежания и высокой миопии, при которой требуется исключение потуг, что сложно при тазовом предлежании. Надо убедить беременную в успехе родоразрешения для неё и ребенка.

3. Беременную должен наблюдать врач-акушер, показан контроль рубца УЗИ для профилактики родового травматизма, консультация окулиста. При благополучном течении – госпитализация в родильный дом для подготовки к плановому кесареву сечению. По показаниям – раньше.

4. Для здоровых беременных с тазовым предлежанием, у которых возможно естественное родоразрешение и нет противопоказаний к повороту плода, показана ЛФК – студентка может рассказать любую методику. Составить план подготовки беременной по подготовке к плановой операции кесарево сечение.

5. Выполнить манипуляцию.

## **ЗАДАЧА № 26**

В родблок из отделения патологии беременности переведена первобеременная А., 25 лет, с начавшейся 2 часа назад родовой деятельностью. Из анамнеза: наследственность не отягощена, перенесенные заболевания: корь, грипп, частые ангины, ревматизм. 7 лет назад диагностирован митральный порок сердца. Нарушений кровообращения не было. Менструальная функция без особенностей. Брак первый, гинекологические заболевания отрицает. Беременность первая, доношенная, протекала без осложнений. За 2 недели до родов была госпитализирована в ОПБ с диагнозом: беременность 38 недель. Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана, направления в стационар для подготовки к родам. Родовая деятельность развивалась хорошо. Проводилось тщательное обезболивание, введение сердечных средств, ингаляции кислорода. В 14 ч. 30 мин. начались потуги. В 15 часов роженица пожаловалась на слабость, появился цианоз губ, отдышка. Число дыханий – 30 в 1 мин., пульс – 96 ударов, в минуту слабого наполнения. Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное.

### **Задания**

1. Оценить состояние женщины. Поставить диагноз и обосновать его.

2. Рассказать об особенностях течения и ведения беременности и родов у женщин с сердечно-сосудистой патологией.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

4. Выполнить манипуляцию: Подготовить набор инструментов для осмотра родовых путей.

### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: затрудненное дыхание; сердцебиение; страх; схваткообразные боли, обусловленные потугами; беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: риск развития острой сердечной недостаточности, отека легких и сердечной стенки легких; риск развития гипоксии плода и асфиксии новорожденного; риск обострения ревматического процесса в послеродовом периоде; риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

2. Состояние роженицы средней тяжести.

3. Диагноз: роды первые. Второй период своевременных родов в головном предлежании. Угроза внутриутробной гипоксии плода. Недостаточность митрального клапана III. Обоснование диагноза: Из условий задачи следует, что у женщины первая беременность, доношенная, потуги, головка плода на тазовом дне, что соответствует II периоду родов в головном предлежании. В анамнезе частые ангины, ревматизм, митральный порок сердца, по поводу чего беременная была госпитализирована в ОПБ за 2 недели до родов. Появление

одышки, цианоза губ, тахикардии, слабости в потужном периоде свидетельствует о развитии нарушения кровообращения I I ст. Нарушение кровообращения у матери вызывает угрозу развития внутриутробной гипоксии у плода и рождения ребенка в состоянии асфиксии.

4. Учитывая наличие митрального порока сердца с развитием нарушения кровообращения II ст., во II периоде родов необходимо выключить потужную деятельность и закончить роды операцией наложения акушерских щипцов под пудендальной анестезией, с этой целью необходимо:-вызвать врача-акушера, терапевта-неонатолога;-создать возвышенное положение роженицы на родовой кровати;-дать дышать увлажненный кислород;-успокоить роженицу;-подготовить акушерские щипцы;-подготовить сердечные препараты для внутривенного введения, шприцы;-провести профилактику внутриутробной гипоксии плода;-продолжить наблюдение за роженицей и состоянием плода.

5. Алгоритм выполнения манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 27**

Вы работаете акушеркой в роддоме. Поступает женщина 28 лет, 1 беременность в сроке 36 недель, схватки начались 6 часов назад, воды отошли в машине скорой помощи. В настоящее время схватки потужного характера.

**Задания:**

1. Дайте характеристику данным родам.
2. Назовите признаки недоношенного ребенка..
3. Назовите этапы выхаживания недоношенного ребенка.
4. Назовите критерии выписки недоношенного новорожденного.

**Эталон ответа.**

1. Преждевременные роды в 36 недель беременности.

**2. Морфологические признаки недоношенного новорожденного:**

Срок гестации 36 недель, антропометрические показатели : масса меньше 2500гр., длина тела меньше 47 см.

Непропорциональное телосложение - большая голова и туловище, короткие конечности, низкое расположение пупка;

Выраженная гиперемия кожи;

Распространенная лануго на плечах, лице, спине;

Зияние половой щели у девочек, яички не опущены в мошонку у мальчиков;

Недоразвитие ногтей на руках;

Мягкие ушные раковины;

Преобладание мозгового черепа над лицевым;

Открыт малый родничок;

Маленькая ореола соска ( меньше 5 мм);

**Функциональные признаки недоношенности ребенка:**

Незрелость легких (мало сурфактанта);

Длительная физиологическая эритема и желтуха;

Быстрое угасание безусловных физиологических рефлексов;

Вялая реакция на осмотр, слабый мало эмоциональный крик или его отсутствие;

низкая скорость клубочковой фильтрации (отеки);

Склонность к инфекционным заболеваниям, в силу не совершенности иммунной системы;

Малый объем желудка, снижена ферментативная активность под желудочковой железой и кишечника;

Отсутствие или снижение рефлексов сосания или глотания, особенно до 34 недель гестации;

Внутриутробные запасы минеральных веществ, кальция, фосфора, белков, витаминов А, С, Е, железа, микроэлементов меньше, чем у доношенных.

**3.1 этап - специализированный роддом или перинатальный центр.**

2 этап - специализированное отделение по выхаживанию недоношенных детей при перинатальном центре или при детской больнице.

3 этап - наблюдение недоношенных детей в детских поликлиниках.



4. Критерии выписки недоношенного ребенка масса – 2500гр, хорошая эпителизация пупочной ранки, самостоятельно сосет грудь или из соски, сохраняет температуру тела 36,5 гр без дополнительного обогрева, здоров и имеет нормальные показатели крови.

### **ЗАДАЧА № 28**

Первобеременная 23 лет в 15 недель беременности явилась для очередного осмотра в ЖК. В прошлый раз в 12 недель акушерка сказала, что тошнота и рвота должны прекратиться после трех месяцев. Однако у неё продолжается тошнота временами бывает рвота. Прибавки в весе нет, зато объем живота заметно увеличился. Вчера было кровомазанье. Болей в животе нет. Объективно матка безболезненная, в нормальном тоне, дно её на 2 поперечных пальца ниже пупка. С большим трудом уговорили женщину согласиться на УЗИ, был обнаружен пузырный занос. Врач поручил акушерке госпитализировать женщину для прерывания беременности и ушел в стационар, где будет дежурить. Женщина не хочет в стационар и настаивает на сохранении беременности. Плачет.

#### **Задания:**

1. Выделите проблемы беременной.
2. Выделите признаки, характерные для пузырного заноса.
3. Выполните назначение врача и уговорите женщину на госпитализацию. Составьте план, по которому нужно наблюдать женщину после прерывания беременности.
4. Расскажите о значении ультразвукового исследования во время беременности.
5. Выполните манипуляцию: “Измерение окружности живота у беременной.”

#### **Эталон ответа:**

1. Беременная очень расстроена потерей ребенка, не верит в это, не хочет следовать совету доктора. Страх за свое здоровье, перед оперативными вмешательствами. Это настоящие проблемы, потенциальными могут быть осложнения, которые часто бывают при пузырном заносе - кровотечение. Необходимость длительного обследования и лечения, особенно при злокачественной форме заноса. Женщина нуждается в поддержке и сострадании. Очень редкое осложнение – хориоэпителиома.
2. Быстрый рост матки, затянувшийся токсикоз, кровомазанье, на УЗИ –выявляется перерождение плодного яйца в пузырный занос. Прерывание беременности проводится врачом.
3. Нужно убедить женщину в необходимости госпитализации, в том, что иного способа нет, что в будущем после лечения и реабилитации у неё будут дети. После прерывания беременности женщина должна быть на учете в ЖК, на учете у онколога: обычно контролируют уровень ХГ и проводят лечение гормональное и даже цитостатиками. Лечение и реабилитация в течение до 3-х лет. Каждый случай индивидуален. При тяжелых формах прогноз хуже.
4. Рассказать о значении ультразвукового исследования во время беременности: контроль за развитием плода, состоянием матки, плаценты, вод и т.д.
5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 29**

В родильное отделение ЦРБ 10 ноября доставлена первородящая А., 20 лет, с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность началась 4 часа назад. В машине скорой помощи отошли околоплодные воды. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 17 марта. Брак первый. Настоящая беременность вторая. Первая закончилась 1,5 года назад медицинским абортom при сроке беременности 10 –17 недель. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания беременности, по поводу чего лечилась в стационаре при сроке 10–12 недель, 15–16 недель и 27–28 недель беременности. Первое шевеление плода 4 августа. Объективно: со стороны внутренних органов без патологии. АД 110/70, 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту ритмичный, кожные покровы обычной окраски, ОЖ –85 см, ВДМ –30 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка плода прижата во входу в малый таз. Сердцебиение плода 136

ударов в минуту. Схватки через 3-4 минуты по 40-50 сек., хорошей силы. Роженицу потуживает. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка малым сегментом на входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Малый родничок слева. Таз емкий, без экзостозов. Мыс не достижим.

**Задания:**

1. Выявить проблемы роженицы.
2. Оценить состояние. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации, особенности ведения родов.
4. Выполнить манипуляцию “Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей”.

**Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: -схваткообразные боли, обусловленные родовой деятельностью; - беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: - риск родового травматизма у плода;-риск рождения плода в асфиксии;-риск респираторного дистресс-синдрома;-риск кровотечения в III и раннем послеродовом периоде.
2. Состояние роженицы удовлетворительное.
3. Диагноз: беременность 34 нед. Начало второго периода преждевременных родов в головном предлежании. Отягощенный акушерский анамнез (медаборт) Обоснование диагноза: исходя из условий задачи, срок беременности по данным последней менструации, дате первого шевеления плода (у первородящей в 20 недель) 34 недели. Роды при таком сроке беременности считаются преждевременными. Указанному сроку беременности соответствуют размеры ОЖ –85 см, ВДМ –30 см при отошедших водах. Наличие регулярных родовых схваток через 3-4 минуты, желание тужиться, полное раскрытие маточного зева соответствуют началу II периода преждевременных родов. Излитие околоплодных вод в конце первого периода считается своевременным. Наличие в анамнезе прерывания первой беременности медабортом является отягощающим акушерский анамнез.
4. Учитывая, что роды преждевременные при сроке 34 нед., начало периода изгнания, необходимо: □срочно вызвать врача-акушера, врача-неонатолога; □успокоить роженицу; □провести частичную санитарную обработку роженицы, после чего сразу перевезти ее в родзал; □подготовить стерильный стол для приема родов с учетом необходимости проведения перинеотомии, профилактики кровотечения; □обучить роженицу поведению во втором периоде родов; □после стандартной подготовки к приему родов оказать акушерское пособие. Прием родов вести без защиты промежности с перинеотомией и профилактикой кровотечения; □оценить новорожденного по шкале Сильвермана.
5. Алгоритм выполнения манипуляции

**ЗАДАЧА №30**

В палате новорожденных находится ребенок , которому выставлен диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного по АВО-системе, легкой степени тяжести, желтушная форма. Получал инфузионную терапию и фототерапию. Несмотря на проводимое лечение, на 3-и сутки жизни у ребенка усилилась желтуха, он стал вялый, отказывается от груди.

**Задания:**

1. Что случилось с ребенком, Ваш предварительный диагноз, ваша тактика
2. Расскажите об особенностях билирубинового обмена у новорожденных. .
3. Назовите основные принципы лечения данного состояния.
4. Расскажите мероприятия по профилактике гемолитической болезни новорожденного.

**Эталон ответа.**

1. В связи с ухудшением состояния ребенка можно предположить развитие у него ядерной желтухи. Для подтверждения диагноза необходимо у ребенка определить уровень билирубина в крови.
  - 2.1. У новорожденного содержание гемоглобина повышено – 180 – 200г/л. Преобладают эритроциты, содержащие фетальный гемоглобин (срок его жизни составляет 30 – 75).

В результате гемолиза образуется большое количество билирубина. 2. Функциональная способность клеток печени к метаболизму билирубина снижена – накапливается билирубин.

3. Повышенное поступление непрямого билирубина из кишечника в кровь, обусловленное ацидозом, переохлаждением, гипопроотеинемией, гипогликемией.

3. Необходимость операции заменного переливания крови обусловлена отсутствием эффекта от проводимого консервативного лечения и опасностью развития билирубиновой энцефалопатии (ядерной желтухи) грозного осложнения.

4. Объяснять женщинам вред аборта в плане сенсбилизации организма.

Всем женщинам переливание крови проводить строго по жизненным показаниям. Всем женщинам, имеющим резус-отрицательную кровь, в течение 24 – 72 часов после родов или медаборта следует ввести анти-D-глобулин (200 – 250 мкг)

### **ЗАДАЧА № 31**

Роженица М., 29 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, при сроке беременности 39-40 недель. Анамнез не отягощен. Менструальная функция без особенностей. Беременность 4-ая. Были срочные роды, вес ребенка 3900 г, два медаборта без осложнений. Женщина обеспокоена длительным течением родов. Объективно: кожные покровы обычной окраски, температура 36,6°С, пульс 68 в мин, ритмичный. АД-120/70, 115/70 мм рт.ст., рост 168 см, вес 78 кг, на коже живота рубцы беременности. окружность живота 105 см, высота дна матки 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Спинка плода пальпируется слева, между спинкой и головкой плода - отчетливая выемка. Сердцебиение плода выслушивается справа, ниже пупка, 132 в мин, ритмичное. Схватки через 4-5 минут, по 35-40 секунд, средней силы, болезненные. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка сглажена, открытие 6-7 см, края тонкие. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Справа спереди определяется подбородок и ротик плода. Слева сзади - лобик и надбровные дуги. Мыс не достигается.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины.
3. Определить диагноз и обосновать его.
4. Рассказать об особенностях родов при разгибательных предлежаниях.
5. Выполнить манипуляцию “Определение предполагаемой массы плода”.

#### **Эталон ответа .**

1. Действительные проблемы: боли, вызванные регулярной родовой деятельностью, беспокойство за исход родов; Потенциальные проблемы: -риск повышенного травматизма матери (разрыв мягких родовых путей, шейки матки, тела матки);-риск травматизма, развития гипоксии и даже гибели плода.

2. Состояние женщины удовлетворительное, что подтверждает состояние кожных покровов, АД-120/70, 115/70 мм. рт.ст., пульс 68 в мин, температура 36,6°С. Диагноз: роды 2-ые срочные, первый период родов, лицевое вставление. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез. Из условий задачи известно, что женщина повторнобеременная, у нее регулярные схватки, открытие маточного зева 6-7см. Данные наружного исследования (отчетливая выемка между спинкой и головкой плода, сердцебиение плода выслушивается со стороны грудки плода) и данные влагалищного исследования (определяется подбородок и ротик плода, лобик и надбровные дуги плода) свидетельствуют о лицевом вставлении. Размеры плода высчитаны по формуле Жордания: ВДМ x ОЖ = 105x38=4100 г.

3. Тактика акушерки в предотвращении травматизма матери и плода, для этого необходимо: - вызвать врача-акушера; -успокоить женщину, убедить ее в благополучном исходе родов; - приготовить к ведению 40% р-р глюкозы с 5% аскорбиновой кислотой, сигетин; -ввести

спазмолитики и токолитики для ослабления родовой деятельности; -дать увлажненный кислород; -по назначению врача начать подготовку к операции кесарева сечения;

4. Рассказать об особенностях родов при разгибательных вставлениях.

5. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом действия.

### **ЗАДАЧА № 32**

Повторнобеременная В., 21 год, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов. Анамнез: соматически здорова. Месячные нерегулярные. Беременность 2-ая, 2 года назад были срочные роды, слабость родовой деятельности. Объективно: женщина обеспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ –108 см, ВДМ –38см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд. в мин. Схватки через 6-7 минут, по 15-20 секунд, слабые, умеренно болезненные. Влагалищные исследования: влагалище емкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы женщины.

2. Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

4. Рассказать о причинах, методах диагностики, профилактики и лечения данной патологии.

5. Выполнить манипуляцию “ Влагалищное исследование в родах”.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы женщины: слабые схватки, обусловленные нарушением сократительной способности матки, возможно этому способствуют гормональные нарушения (у женщины нарушение менструального цикла, в прошлом была слабость родовой деятельности), перерастяжение матки крупным плодом, малый промежуток между родами. Беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: риск развития затяжных родов, инфицирования, гипоксии плода и кро-вотечения.

2. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: роды 2-ые, срочные, в головном предлежании, первый период родов. Первичная слабость родовых сил. Отягощенный гинекологический анамнез. Схватки слабые, редкие и короткие, малая динамика раскрытия маточного зева, функционально неполноценный плодный пузырь. Предполагаемая масса плода высчитана по формуле Жордания  $ВДМ \times ОЖ = 108 \times 38 = 4100$  г.

3. Учитывая наличие аномалии родовой деятельности, акушерка должна: вызвать врача акушера; уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода; подготовить браншу пулевых щипцов для амниотомии; приготовиться к выполнению назначений врача. Возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится. Если этого не произойдет, то возможно, понадобится родостимуляция, восполнение энергетических затрат. На фоне родостимуляции более строгий контроль за всеми показателями роженицы и уход.

4. Рассказать о слабости родовой деятельности: причины, виды, профилактика, диагностика, методы коррекции.

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 33.**

Новорожденный ребенок в возрасте 10 дней. Родился от I беременности, протекавшей с явлениями токсикоза 1-ой половины.

У женщины плоскорихитический таз. В родах – поперечное положение плода, поворот на ножку и экстракция плода за тазовый конец.

Продолжительность родов 18 часов. Масса тела при рождении 3150 г, рост 50 см. оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При осмотре: ребенок беспокоен. Левая ручка разогнута во всех суставах, лежит вдоль туловища, кисть пассивно свисает, рефлексы хватательный и ладонно- ротовой слева не вызываются.

#### **Задания.**

- 1.Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2.Назовите причины, приведшие к его развитию.
- 3.Выявите проблемы пациента в настоящее время.
- 4.Назовите особенности ухода и лечения данного ребенка.

#### **Эталон ответа**

- 1.ППНС, острый период, синдром гипервозбудимости. Родовая травма плечевого сплетения слева. Диагноз поставлен на основании осложненного акушерского анамнеза и данных осмотра.
- 2.Основная причина – это, что у женщины плоскорихитический таз и поперечное положение плода, патологическое течение родов и акушерское вмешательство.
- 3.Беспокойство, плохой сон, нарушение движения в левой руке.
- 4.Создание спокойной обстановки, покой левой руке. Медикаментозное лечение по назначению врача.

### **ЗАДАЧА № 34**

В родильное отделение ЦРБ поступила первобеременная А., 30 лет., беременность в сроке 36-37 недель. Голова не болит, зрение ясное, болей в эпигастральной области нет. Анамнез: из соматических заболеваний –хронический пиелонефрит. Менструальная функция без особенностей. Гинекологически здорова. С 30 недель у беременной отмечается патологическая прибавка веса, за это время прибавила 6 кг. 2 недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт.ст. Принимала таблетки валерьяны и папазола. Объективно: пульс 80 уд. в мин, ритмичный. АД-170/100, 170/110 мм рт.ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное. Срочно определен белок в анализе мочи -2,32 г/л, в моче единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

#### **Задания:**

- 1.Диагноз данной патологии и его обоснование.
- 2.Выделить главные проблемы и пути их решения. Выделить потенциальные проблемы
- 3.Замечания по ведению беременной в ЖК, какой должна быть тактика.
4. Акушерская тактика, обязанности акушерки по наблюдению за этой беременной.
5. Выполнить манипуляцию -исследование мочи на белок экспресс-методом.

#### **Эталон ответа:**

- 1.Беременность 36/37 недель. Нефропатия III степени, что подтверждается типичной триадой симптомов выраженной степени.
- 2.Настоящая проблема –наличие тяжелого гестоза, потенциальная -переход гестоза в более тяжелую стадию с осложнениями (перечислить), рождение недоношенного ребенка. Для профилактики осложнений необходимо под контролем акушера и анестезиолога проводить наблюдение и подготовку к досрочному родоразрешению в условиях ПИТ родильного отделения.
- 3.В ЖК поздно диагностирован гестоз, не проведена госпитализация и лечение.
- 4.Индивидуальный пост: постоянный контроль за АД, пульсом, частотой дыхания, почасовым диурезом, болезненностью матки, сердцебиением плода, выявлением характерных для преэклампсии жалоб (перечислить). Обеспечение лечебно-охранительного режима. Выполнение на-значений (возможные назначения: магниальная терапия, терапия для нормализации микро-циркуляции, улучшения почечного обмена, седативные,

противосудорожные средства и т.п.). Одновременно идет обследование, возможны назначения по подготовке к родам, профилактике гипоксии плода. 5. Выполнить манипуляцию

### **ЗАДАЧА № 35**

В родильное отделение районной больницы доставлена повторнородящая женщина 30 лет. Родовая деятельность началась 2 часа назад, воды не изливались. Схватки по 25-30 сек. через 4-5 минут, умеренной силы. В анамнезе 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Женщина наблюдалась акушеркой ФАПа, на консультации врача в районную больницу не ездила, ультразвуковое исследование не проводилось. В остальном беременность протекала без осложнений. АД 120/80, мм рт.ст., пульс -80 уд. в минуту удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При наружном акушерском исследовании: над входом в малый таз обнаружена крупная мягкая часть плода, а в дне матки ballotирующая, плотная, округлой формы крупная часть (головка). Сердцебиение ясное ритмичное слева выше пупка 142 уд. в минуту. Окружность 96 см, высота стояния дна матки 35 см. Для уточнения диагноза акушерка в асептических условиях произвела влагалищное исследование и установила, что ко входу в малый таз предлежат ягодички, раскрытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь сохранен. Врач дежурит на дому.

#### **Задания:**

1. Сформулировать диагноз. Выделить основные проблемы и их причины.
2. Тактика акушерки в данной ситуации.
3. Рассказать о методах коррекции тазовых предлежаний.
4. Рассказать о течение и ведение родов, особенностях биомеханизма родов при тазовом предлежании.
5. Выполнение манипуляции: "Пособие по Цовьянову I".

#### **Эталон ответа:**

1. Диагноз: роды 3, в ягодичном предлежании, I период. Отягощенный акушерский анамнез. Роды в тазовом предлежании сопровождаются факторами риска для матери и плода (выпадение пуповины и мелких частей, гипоксия и травмы плода в связи с затруднением выведения ручек и другие). Роды сопровождаются выполнением различных оперативных пособий. Требуется врачебная помощь. Женщина не внимательно наблюдалась акушеркой ФАПа, не осмотрена врачом, не проводилось УЗИ, поэтому своевременно не выявлено тазовое предлежание, не назначена коррекция, досрочная госпитализация.
2. Тактика акушерки: вызвать дежурного акушера-гинеколога; успокоить роженицу, вселить уверенность в благополучный исход родов; учитывая высокий риск осложнений как для матери, так и для плода, необходимо уложить роженицу на правый бок и не разрешать вставать для профилактики раннего излития вод и выпадения мелких частей плода. Следить за динамикой родовой деятельности и сердцебиением плода; в случае отсутствия врача оказать пособие по Цовьянову 1; приготовить спазмолитики, сокращающие средства, одноразовую систему, физиологический раствор, препараты для профилактики гипоксии плода.
3. Рассказать о методах коррекции тазовых предлежаний, например о методе Диканя или др.
4. Рассказать о течении и ведении родов, особенностях биомеханизма.
5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА №36**

В наблюдательном отделении, в общей палате, находится «отказной» ребенок. Малыш беспокоен, плачет, пеленки мокрые, после кормления ребенка из бутылочки его положили в кроватку на спину, не поменяв пеленки. Вдруг ребенок поперхнулся, и у него появилась рвота.

#### **Задания:**

1. Выявите допущенные ошибки. Чем можно объяснить состояние ребенка.
2. Назовите анатомо-физиологические особенности, с которыми связано возникновение данного состояния.
3. Определите потенциальные проблемы, которые могут возникнуть у данного малыша.

#### 4. Расскажите классификацию синдрома срыгивания и рвоты.

##### Эталон ответа

---

1. Ошибки: 1) медицинский работник не проявила главных этических качеств - доброты и сострадания. «Отказной» ребенок, прежде всего, страдает от недостатка внимания. Его нужно взять на руки, поговорить с ним, перепеленать в сухие чистые пеленки. 2) после кормления из бутылочки ребенка следует поддержать 3-5 минут вертикально (столбиком), дожидаясь отрыжки воздухом, а затем уложить в кроватку на бок.

2. Анатомическая и функциональная недостаточность кардиального сфинктера желудка, более высокое расположение пилорического отдела по отношению ко дну желудка. Эти особенности способствуют попаданию содержимого желудка в пищевод. Раздражение слизистой пищевода кислым содержимым желудка вызывает рвоту.

3. Потенциальные проблемы:

-аспирация рвотными массами;

-опрелости;

-инфицирование кожных покровов;

-метеоризм, запоры;

-эмоциональный невроз (голодный, мокрый, недостаток внимания);

4. Классификация срыгиваний и рвот:

Первичные: причина находится в ЖКТ.

А) Функциональные:

- Ахалазия,

- Халазия,

- Пилороспазм,

- В сочетании с функциональной диареей - погрешности в диете,

- При метеоризме - повышение давления в брюшной полости.

Б) Органические (за счет пороков развития ЖКТ):

- Атрезия пищевода,

- Пилоростеноз,

- Врожденная кишечная непроходимость.

Вторичные (симптоматические) рвоты – причина вне пищеварительного тракта.

- Инфекционные заболевания,

- Церебральная патология,

- Нарушение обмена веществ.

#### ЗАДАЧА № 37

Дежурная акушерка в ЦРБ приняла роды у повторнородящей, 28 лет, живым доношенным мальчиком. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Дольки и оболочки целы. При осмотре родовых путей акушерка обнаружила разрыв тканей промежности (повреждена задняя спайка, кожа промежности, мышцы и слизистая влагалища). Из раны промежности - небольшое кровоотделение. Общая кровопотеря в родах составила -250,0 мл. Из дополнительного сбора анамнеза выяснено, что женщина страдает повышенной кровоточивостью после порезов, обильными месячными.

**Задания:**

1. Выявить проблемы пациентки.

2. Оценить состояние. Поставить диагноз и обосновать его.

3. Тактика акушерки.

4. Рассказать о строении тазового дна.

5. Выполнить манипуляцию “Подготовка инструментария к ушиванию разрыва промежности”.

**Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема – травма промежности, кровоотделение из раны, небольшая болезненность. Потенциальные проблемы: риск кровотечения у женщины с повышенной кровоточивостью. Ошибкой ведения является то, что не учтена эта особенность, не проведена консультация гематолога, контроль факторов свертывания, не вводились гемостатические средства.
2. Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды II живым доношенным мальчиком. Разрыв промежности II степени. Диагноз поставлен на основании осмотра родовых путей после родов.
3. Тактика акушерки: [вызвать дежурного врача]; [приготовить гемостатические средства (дицинон или аналоги)]; [приготовить стерильный стол с инструментарием для ушивания разрыва промежности]; [приготовить стерильный шприц и 0,5% р-р новокаина для обезболивания]; [успокоить родильницу, информировать ее о предстоящей манипуляции и способе обезболивания]; [ассистировать врачу при ушивании разрыва промежности].
4. Рассказать о строении тазового дна, профилактике разрывов в родах, зашивании промежности.
5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 38**

В родильном отделении ЦРБ акушерка ведет роды первородящей, 20 лет, с доношенной беременностью. Женщина в родах 6 часов. Воды не отходили. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: женщина правильного телосложения. АД -120/80; 110/70 мм рт.ст.; PS-78 в мин. Кожные покровы обычной окраски. ОЖ -96 см, ВДМ -35 см. Размеры таза -26-29-32-18 см. И.С. -15 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 удара в мин. Схватки через 4-5 мин., по 30-35 сек., хорошей силы, болезненные, роженица ведет себя беспокойно. Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, края мягкие, умеренно растяжимые, открытие 4-5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс не достижим. Диагональная конъюгата 11 см.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы роженицы.
2. Оценить состояние роженицы. Сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать об особенностях течения родов при данной форме таза.
5. Выполнить манипуляцию: «Пельвеометрия».

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы: болезненные схватки; беспокойство за исход родов. У женщины – узкий таз. Потенциальные проблемы: [риск развития аномалии сократительной деятельности матки]; [риск развития гипоксии плода]; [риск клинического несоответствия]; 2. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: I период первых срочных родов в головном предлежании. Активная фаза. Простой плоский таз 1 степени сужения. Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у женщины первые роды. У нее регулярные родовые схватки, раскрытие шейки матки соответствует I периоду родов. Предполагаемый вес плода высчитывается по формуле Жордания, ребенок некрупный, истинная конъюгата рассчитывается на основании диагональной и наружной.
3. Учитывая наличие болезненных схваток, акушерка должна: [успокоить женщину, убедить в благополучном исходе родов]; [научить ее приемам самообезболивания, правильно дышать во время схваток с целью обезболивания, ввести спазмолитики]; [с целью профилактики осложнений вести наблюдение за роженицей в соответствии со стандартной схемой; знать признаки клинического несоответствия. [при нарастании родовых болей вызвать врача для решения вопроса об обезболивании наркотическими анальгетиками.
4. Рассказать об особенностях течения и ведения родов при простом плоском тазе.



## 5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 39.**

Акушерка ФАПа принимает роды на дому.

У женщины I беременность, протекавшая с угрозой прерывания в 16 и 24 недели. С 28 недель беременности была выявлена железодефицитная анемия, по поводу которой назначались препараты железа.

Роды I, срочные, при сроке 40 недель беременности. Продолжительность 1-ого периода 3 часа 45 минут, 2-ого периода – 20 минут, безводный период – 25 минут, воды окрашены меконием.

Родился мальчик с массой тела 3550 г, ростом 51 см. оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Закричала сразу, но слабо. В течение 1-ой минуты – дыхание нерегулярное, периоральный цианоз

#### **Задания :**

1.Оцените акушерский анамнез.

2.Оцените состояние ребенка при рождении, поставьте диагноз.

3.Назовите все возможные причины, которые могут привести к данному состоянию.

4.Какова ваша тактика, окажите неотложную помощь.

#### **Эталон ответа.**

---

1.Акушерский анамнез отягощенный. Угроза прерывания беременности, железодефицитная анемия – факторы риска по гипоксии плода, что подтверждается окрашиванием околоплодных вод меконием.

2.Асфиксия новорожденного легкой степени тяжести.

3. Затяжные роды;

патология пуповины;

отслойка плаценты, аспирация.

4.Алгоритм оказания неотложной помощи и тактика:

Сразу после рождения ребенка отвечаем на вопросы:

• Беременность доношена?

• Чистые околоплодные воды?

• Дышит или кричит?

• Мышечный тонус удовлетворительный? , если хотя бы на один вопрос есть ответ нет, то ребенок нуждается в проведении неотложной помощи.

- сразу после рождения отсосать содержимое из полости рта;

- ребенка отделить от матери, перерезав пуповину между двумя зажимами Кохера;

- ребенка принять в подогретые стерильные пеленки, поместить под лучистый источник тепла, опустив головной конец на 15<sup>0</sup>, при этом голова слегка запрокинута («поза для чихания»);

- околоплодные воды, слизь, материнскую кровь с кожи ребенка обтереть теплой стерильной пеленкой и сразу же удалить (для предупреждения переохлаждения),

- если ребенок не дышит – провести тактильную стимуляцию: щелчок по подошве или энергично обтереть спину;

- ребенка запеленать;

- следить за цветом кожи, частотой дыхания, частотой сердечных сокращений;

- ребенка и мать срочно госпитализировать в родильный дом.

### **ЗАДАЧА № 40**

К., 25 лет, доставлена 12 ноября в 10 часов в родильный дом в связи с подтеканием околоплодных вод. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 12 марта. Настоящая беременность третья. Первая закончилась срочными родами без осложнений, масса ребенка 3200 г. Вторая прервана в 10 недель

искусственным абортом, осложнившимся задержкой в матке остатков плодного яйца, повторным выскабливанием полости матки и развитием эндометрита. Течение настоящей беременности осложнилось угрозой самопроизвольного выкидыша при сроке 8-9 недель. В течение последних 2 недель беременная стала ощущать нерегулярные боли внизу живота и напряжение матки. 12 ноября в 5 часов утра стали подтекать светлые околоплодные воды, в связи с чем беременная доставлена в роддом. Объективно: масса тела 78 кг, рост 165 см, отеков нет. АД -120/80, 120/70 мм рт.ст., пульс 70 уда-ров в минуту, ритмичный.. Со стороны внутренних органов без патологии. ОЖ -90 см, ВДМ -33 см. Матка в тонусе, регулярной родовой деятельности нет. Положение плода продольное, головное пред-лежание. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка ясное, ритмичное, 140 в минуту. Размеры таза: 25-29-32-20 см. Влагалищное исследование: влагалище емкое. Шейка матки по оси таза, длиной 2,5 см, плотноватой консистенции, цервикальный канал плотный, проходим для 1 пальца. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Плодного пузыря нет. Таз емкий, мыс не достигается. Подтекают светлые околоплодные воды.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы роженицы.
2. Оценить состояние. Сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о причинах преждевременных родов, особенностях течения и ведения.
5. Выполнить манипуляцию “Акушерское пособие в родах”.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: □схваткообразные боли; □беспокойство за исход родов, здоровье ребенка. Потенциальные проблемы: □затяжные роды; □рождение недоношенного ребенка □риск повышенного травматизма матери и плода (разрыв шейки матки, разрыв матки); □риск внутриматочной инфекции; □риск кровотечения в III и раннем послеродовом периоде; □риск развития внутриутробной асфиксии плода и асфиксии новорожденного.

2. Состояние роженицы удовлетворительное. Диагноз: беременность 35 недель, преждевременное излитие околоплодных вод, ОАА.

Обоснование диагноза: исходя из условий задачи, беременность недоношенная, так как срок родов по менструации 19 декабря. Отхождение околоплодных вод до начала родовой деятельности является преждевременным. Безводный период 5 часов. При недостаточно “зрелой шейке” матки, длительном прелиминарном периоде, эндометрите в анамнезе ситуация приведет к развитию дискоординированной родовой деятельности.

3. Учитывая наличие дискоординированной родовой деятельности, начавшейся внутриутробной гипоксии плода, отсутствия условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, необходимо: □успокоить роженицу; □рассказать о хороших адаптационных возможностях ребенка при таком сроке беременности; □поставить врача в известность об акушерской ситуации и выполнять его назначения; □в случае отсутствия врача, – действовать самостоятельно; □создать гормонально-витаминно-глюкозо-кальциевый фон; □своевременно начать родостимуляцию с введением простагландинов или окситоцина; □ввести спазмолитики; □провести терапию профилактики внутриутробной гипоксии плода; □при затягивании безводного периода своевременно начать антибактериальную терапию. □Заранее вызвать педиатра, подготовить средства неотложной помощи для недоношенного ребенка.

5. Алгоритм выполнения манипуляции.

#### **ЗАДАЧА № 41**

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью. Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД -120/65, 120/60 мм рт.ст. В моче белка нет, ОЖ -100 см, ВДМ -38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту.

Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие мало-податливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в минуту. АД 120/ 80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена. В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности 1 степени

**Задания:**

1. Выявить проблемы родильницы, их причины.
2. Оценить динамику родов, состояние женщины. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения.
5. Выполнить манипуляцию: «Собрать набор для осмотра родовых путей и зашивания разрывов».

**Эталон ответа:**

1. Разрывы шейки и промежности связаны с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой.

Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики. Роды произошли в момент смены бригады и профилактические мероприятия были недостаточными. Очевидно и в женской консультации недостаточно оценили факторы риска и не подготовили женщину к родам в условиях родового отделения. Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства).

2. Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.
3. Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности и т.д.
4. Рассказать о разрывах шейки и промежности, причинах, акушерской тактике, профилактике.
5. Выполнение манипуляции.

**ЗАДАЧА № 42.**

На ФАП обратилась мама ребенка 3 месяца (девочка), с жалобами на замедленный рост ребенка, запоры, аппетит снижен, грубый голос.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, пастозная, сухая, язык большой, конечности короткие толстые, живот увеличен, гипотония мышц брюшной стенки, тоны сердца приглушены, девочка отстаёт в НПР, голову не держит.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте ответ.
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести ребенку?
3. Назовите основные принципы лечения.
4. Расскажите о методах диагностики на это и др. заболевания в раннем неонатальном периоде.

**Эталон ответа.**

1. Врожденный гипотиреоз, диагноз поставлен на основании жалоб и клинической картины

2. На данное заболевание ребенок должен быть обследован еще в родильном доме, при проведении неонатального скрининга. Дополнительно ребенку рекомендуется провести УЗИ щитовидной железы и исследование крови на гормоны щитовидной железы.

3. Ребенок будет наблюдаться у эндокринолога и получать постоянно заместительную терапию.

4. На данное заболевание диагностика проводится всем детям в родильном доме. На 4 день жизни берется кровь из пяточки на специальный тест – бланк на пять заболеваний.

### **ЗАДАЧА № 43**

1 марта 2000 г. в акушерское отделение районной больницы поступает повторнобеременная с родовыми схватками, которые начались 3 часа назад. Данная беременность 4-ая. В анамнезе нормальные роды. Два медаборта по желанию без осложнений. Диатермокоагуляция шейки по поводу псевдоэрозии. Менструальная функция, без патологии. Последняя менструация с 26 мая по 30 мая 1999 г. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Во время данной беременности осложнений не наблюдалось, посещала женскую консультацию. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Прошла подготовку к родам. Объективные данные: рост 164 см, вес 71 кг, АД –120/70 –120/75 мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков на голенях нет. Таз: 25-28-31-21 см. Матка соответствует доношенной беременности (ОЖ-95 см, ВДМ-32 см). Положение плода про-дольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин., схватки через 4 –5 мин по 30 –35 сек хорошей силы, болезненные. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, края зева ригидные, малоподатливые, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достижим.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины. Определить диагноз и обосновать его.
3. Определить тактику акушерки.
4. Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данном виде предлежания.
5. Выполнить манипуляцию «Акушерское пособие».

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: [схваткообразные боли, связанные с родами]; [беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: [риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, риск разрыва шейки и дискоординации родовой деятельности, травма плода.

2. Состояние роженицы удовлетворительное. Диагноз: I период срочных родов, передний вид затылочного вставления. Отягощенный акушерский анамнез. Исходя из условий задачи, по данным последней менструации можно вычислить предполагаемый срок родов: последние месячные с 26 мая по 30 мая 1999 г. (три месяца назад, плюс неделя), предполагаемый срок родов 4 марта 2000 г., следовательно, беременность доношенная. Регулярные схватки в течение 3-х часов и динамика открытия шейки матки свидетельствуют о нормальном течении родов в первом периоде. Таз нормальных размеров, предполагаемая масса плода 3000 –3100 г (ОЖхВДМ), что говорит о соответствии размеров плода и таза матери.

3. На данном этапе: [убедить роженицу в благополучном исходе родов]; [проводить наблюдение в соответствии со стандартной схемой]; [обучить роженицу поведению в I периоде родов и приемам самообезболивания]; [ввести спазмолитики для профилактики разрыва шейки]; [провести профилактику кровотечения в родах, учитывая аборт]; [учесть вероятность травмы шейки травмы.

4. Рассказать о биомеханизме родов при переднем виде затылочного предлежания.

5. Выполнить манипуляцию.

### **ЗАДАЧА № 44**

Акушерка приняла по дежурству в родильном отделении повторнородящую женщину 30 лет, которая поступила в родильный дом по поводу регулярных схваток и отхождения вод в течение 4-х часов. Других жалоб нет. Соматически женщина здорова. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь в браке. Роды I осложнились разрывом шейки. 2 аборта без осложнений. Диатермокоагуляция шейки матки по поводу эрозии. Для подготовки к родам в ЖК были назначены лекарства, но женщина их не покупала из-за высокой стоимости. Настоящая беременность протекала с угрозой, лечение в стационаре в 12 нед. При поступлении АД 110/70 мм рт.ст., пульс 72 уд/мин, температура 36,7°C. Кожные покровы нормальной окраски. Схватки через 5-6 минут продолжительностью 25-30 сек., очень болезненные. Головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. При внутреннем исследовании: влагалище рожавшей, шейка сглажена, края ригидные, открытие 2 см. Головка прижата ко входу в малый таз. Плодного пузыря нет, воды светлые. Мыс не достижим. Наружные размеры таза 25-28-31-20 см, предполагаемый вес плода 3400 г.

#### **Задания:**

1. Выделить проблемы женщины и их причины.
  2. Оценить состояние и сформулировать диагноз.
  3. Акушерская тактика по ведению данных родов и наблюдению за роженицей.
- Оцените подготовку женщины к родам.
4. Перечислите методы оценки готовности шейки к родам и средства для её подготовки.
  5. Выполнить манипуляцию “Подготовка инструментов для осмотра родовых путей”.

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы – сильные родовые боли, обусловленные ригидностью шейки, которая, в свою очередь, явилась следствием разрыва шейки в предыдущих родах и коагуляции шейки по поводу эрозии. Потенциальными проблемами могут стать разрыв шейки, кровотечение, дискоординация родовой деятельности.

2. Состояние, несмотря на сильные боли, остается удовлетворительным.

Диагноз: роды 2 срочные, период раскрытия, латентная фаза. Раннее отхождение вод. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

3. Для ведения родов через естественные родовые пути и с целью профилактики разрыва шейки нужно применить спазмолитики, учитывая сильную болезненность – применить анальгетики. Следить за характером родовой деятельности, чтобы не было дискоординации, просить женщину не тужиться раньше времени.

Роды ведутся врачом, но наблюдение проводит акушерка, которая должна своевременно выявить нарушения, не допустить больших осложнений и вовремя информировать врача. В ЖК не подготавливали шейку у матери к родам. Причина не только в материальном недостатке женщины. Нужно было учесть факторы риска, оценить степень подготовленности. Использовать индекс Бишопа.

4. Предложить способы подготовки более дешевые, направить на родовое отделение, убедить в целесообразности подготовки. Можно было использовать гормональные средства – эстрогены, простагландины, спазмолитики, средства для улучшения микроциркуляции, физиотерапию (фонофорез шейки и т.д.)

5. Выполнение манипуляции.

#### **ЗАДАЧА № 45**

Ребенку 3 дня, родился от I беременности, протекавшей с 32 недель с явлениями гестоза (протеинурия, повышение АД до 140/85 мм рт. ст.).

Роды срочные, при сроке беременности 39 недель. Дородовое излитие околоплодных вод, воды окрашены меконием. Продолжительность 1-ого периода родов 12 часов 15 минут, 2-ого периода – 40 минут, слабость родовой деятельности, медикаментозное родовозбуждение.

Родился мальчик, с массой тела 3000 г, ростом 49 см. В родах – тугое однократное обвитие пуповиной вокруг шеи.

При рождении состояние ребенка средней тяжести, брадикардия в течение 1-ой минуты, дыхание нерегулярное, разлитой цианоз. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. В настоящее

время у ребенка физиологические рефлексы угнетены, тремор подбородка, мышечная гипотония.

**Задания:**

1. Оцените акушерский анамнез.
2. Оцените состояние ребенка при рождении, поставьте диагноз.
3. Оцените состояние ребенка в настоящее время, поставьте диагноз.
4. Выявите проблемы пациента в настоящее время. Назовите особенности ухода и лечения данного ребенка.

**Эталон ответа**

1. Акушерский анамнез отягощенный (поздний гестоз, воды окрашены меконием, слабость родовой деятельности) факторы риска по гипоксии плода, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи привели к асфиксии
2. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести (оценка по шкале Апгар на 1 минуте 5 баллов и клинические проявления)
3. ППНС, острый период, синдром угнетения.
4. Из-за угнетения физиологических рефлексов возможны проблемы со вскармливанием. Максимальный покой, подбор способа кормления, если рефлексы сосания и глотания ослаблены, то возможно кормление из бутылочки или чашечки, если они отсутствуют то кормить надо через зонд. Лечение начинают с базисной терапии ноотропами.

**ЗАДАЧА № 46**

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

**Задания:**

1. Выделите проблемы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Составьте план доврачебных действий.
4. Объясните женщине, как будут происходить роды. Оцените подготовку женщины в ЖК. Расскажите об особенностях течения и ведения родов при ножном предлежании.
5. Выполните манипуляцию “Акушерское пособие при ножном предлежании”.

**Эталон ответа:**

2. Роды 2 срочные. Конец периода раскрытия. Ножное предлежание плода.
3. Женщина должна находиться в горизонтальном положении с возвышенным тазовым концом во избежание выпадения ножки и пуповины. Через стерильную пеленку оказывать пособие по Цовьянову.
4. Объяснить женщине, что роды для неё будут проходить, как и в прошлый раз. Но из-за ножного предлежания она не должна ходить, роды будет принимать врач, ребенка сразу же осмотрит педиатр, предпримут все меры для успешного родоразрешения. Характер родовой деятельности и сердцебиение нормальные. Остальное ей расскажет врач после осмотра. В женской консультации своевременно не диагностировали тазовое предлежание, не назначили его коррекцию, не назначили госпитализацию в родовое отделение. Рассказать об особенностях течения и ведения беременности и родов при ножном предлежании. Рассказать о диагностике, возможной коррекции, консервативной и оперативной тактике, возможных осложнениях.
5. Выполнить манипуляции.

### ЗАДАЧА № 47

Роженица 30 лет поступила в родильное отделение в связи с отхождением вод и регулярными схватками. Беременность 39 –40 недель. Из анамнеза выяснено, что в детстве жила в Заполярье, ходить начала около двух лет, росла болезненным ребенком, перенесла все детские болезни. Роды вторые. Первые роды, со слов женщины, были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой. Вес его был 3200 при рождении. Рост женщины 152 см. Небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза 27-26-30-17 см. Диагональная конъюгата 10 см. Индекс Соловьева 16. Предполагаемый вес плода 3500 г. Посещала женскую консультацию.

#### Задания:

1. Оцените форму таза и его размеры.
2. Обоснуйте наиболее рациональный метод родоразрешения, отметьте ошибки при ведении беременности.
3. Перечислите особенности строения таза и биомеханизма родов.
4. Причины формирования таких тазов и методы профилактики.
5. Выполните манипуляцию “Пельвеометрия”.

#### Эталон ответа:

1. Плоскорихитический таз 2-3 степени сужения, так как истинная конъюгата равна 7-8 см. Рассказать о вычислении размера.
2. Роды нужно вести оперативно –кесарево сечение, в связи с патологией таза, тем более что в прошлый раз уже была травма плода меньшего веса. Необходима была досрочная госпитализация в родовое отделение для подготовки к родоразрешению.
3. Таз имеет массивные кости, уплощенный крестец, выдвинутый вглубь таза мыс, ложный мыс в поясничном отделе, отставленный копчик. Затруднено вставление головки, в первый момент родов –разгибание, часто возникает патологический асинклитизм, выраженная конфигурация костей черепа. При опускании головки в полость таза могут быть штурмовые роды. Роды травматичны для плода и матери.
4. Рассказать о причинах формирования такого таза и профилактических методах: профилактика рахита во время беременности, в детском возрасте (УФО, витамины А, Е, Д). Хорошее питание, занятия физкультурой, отдых на природе, на юге, хорошие жилищные условия.
5. Выполнение манипуляции.

### ЗАДАЧА № 48

К Вам обратилась женщина 37 лет с просьбой проконсультировать её: может ли она родить здорового ребенка, если у мужа от первого брака родился ребенок с синдромом Дауна.

#### Задания:

- 1.Ваша тактика? К какому специалисту надо направить женщину.
- 2.Расскажите, как проявляется синдром Дауна и почему он развивается.
3. Проводится ли диагностика на это заболевание, если да, то в какие сроки.

#### Эталон ответа.

- 1.Женщину необходимо отправить в медико-генетическую консультацию, собрать генеалогический анамнез, объяснить, что отягощающим моментом для рождения ребенка являются возраст женщины.
2. Для заболевания характерна **портретная диагностика**: плоский профиль лица с уплощенной спинкой носа, монголоидный разрез глаз, микробрахицефалия, дисплазия ушных раковин, эпикант, высокое небо; **аномалия дерматоглифики**: поперечная складка на ладони и одна сгибательная складка на ладони («обезьянья лапа»); общая **гипотония мускулатуры** (резкая задержка развития двигательных функций); **умственная отсталость**; часто **врожденные пороки сердца**. Вместо 46 хромосом имеется 47 за счет трисомии по 21 паре; встречается чаще у женщин старше 35 лет, а также в экологически неблагоприятных местностях:

3. На данное заболевание проводится пренатальная диагностика – берется кровь из вены у беременной женщины в сроке беременности 10 недель и 16-18 недель на альфетопротеин, эстриол и хориогонин.

#### **ЗАДАЧА № 49**

Акушерка родильного отделения оказала акушерское пособие повторнородящей женщине 27 лет. Роды 2-е срочные. После рождения ребенка послед выделился самостоятельно через 5 минут с явным дефектом, кровопотеря -150 мл. В анамнезе 2 искусственных аборта, после последнего бы-ли выявлены остатки плодного яйца, проводилось повторное выскабливание. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания и стационарным лечением при сроке 8 и 20 недель. Роды продолжались 7 часов. Масса плода 3500. Лекарственные средства в родах не вводились.

#### **Задания:**

1. Выделите проблемы и их причины.
2. Сформулируйте диагноз и оцените состояние женщины.
3. Выберите акушерскую тактику, расскажите о необходимых действиях –вплоть до перевода в послеродовое отделение.
4. Рассказать о причинах подобного осложнения, других возможных осложнениях, мерах профилактики.
5. Выполните манипуляцию «Ручное обследование полости матки».

#### **Эталон ответа:**

1. Дефект плаценты. Доля плаценты задержалась в матке, вероятнее всего, в связи с патологией матки, которая возникла из-за осложненных абортoв и выкидышей. Профилактика осложнений (введение сокращающих средств во втором периоде родов) не проводилась. Потенциальные осложнения –кровоtечение, воспаление матки.
2. Диагноз: Роды 2 срочные, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Задержка доли послeда. Состояние женщины удовлетворительное.
3. Необходимо вызвать врача акушера, анестезиолога, анестезистку, подготовить женщину, врачей и инструменты. Необходима операция ручного обследования полости матки, удаление задержавшейся доли в асептических условиях под наркозом. Операцию делает врач, в его отсутствие –акушерка. Контроль за температурой, пульсом, АД, кровопотерей, кожными покровами, маткой. Назначаются антибиотики и сокращающие средства, выписка после контроля УЗИ.
4. Задержка послeда бывает в связи с частичным приращением плаценты (рассказать о видах данной патологии и её причинах), неправильным ведением третьего периода, отсутствием должной профилактики ( рассказать о правильной тактике).
5. Выполнить манипуляцию.

#### **ЗАДАЧА № 50**

Акушерка послеродового отделения наблюдает родильницу на 2 сутки после родов. Роды 1 срочные, продолжительностью 8 часов, безводный период 3 часа, кровопотеря 350 мл. В родах проводилась перинеотомия, ручное обследование полости матки и перинеорафия. Ребенок родился массой 4100 с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Родильница позвала акушерку, жалуется на слабость, головокружение при ходьбе, сложности при уходе за ребенком, не понимает, почему ей нельзя сидеть. Лекарственные средства не назначены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура 36,5° С. Пульс 88 ударов в минуту. АД 100/ 60 ударов в минуту. Молочные железы мягкие и безболезненные. Соски без трещин. Живот мягкий безболезненный. Матка без-болезненная, плотная, дно её на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые умеренные без запаха. Мочится самостоятельно. Стула не было. Швы лежат хорошо. Сегодня выходной день. Обхода врача нет. Дежурная бригада в родильном блоке.

#### **Задания:**



1. Выделите проблемы родильницы –настоящие и потенциальные, причины их возникновения.
2. Наметьте пути решения проблем.
3. Перечислите, какие лекарственные средства и рекомендации рационально назначать для лечения и профилактики в такой акушерской ситуации.
4. Рассказать об изменениях в женских половых органах после родов.
5. Выполнить манипуляцию “ Утренний туалет новорожденного”.

**Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы, которые отмечает женщина –слабость, сложности при уходе за ребенком. Акушерка должна отметить умеренную тахикардию, гипотонию, бледность, что указывает на анемию, субинволюцию матки. Женщина недостаточно информирована о послеродовом периоде и поведении. В дальнейшем эти проблемы станут более выраженными и могут привести к кровотечению, эндометриту, расхождению швов, гипогалактии, недостаточному уходу за ребенком и недостаточному вскармливанию. У женщины, хотя и допустимая, но повышенная кровопотеря, которая привела к анемии и слабости. Субинволюция часто возникает вследствие перерастяжения матки крупным плодом. Проводились оперативные вмешательства, не назначено лечение и врачебное наблюдение.
2. Необходимо успокоить женщину, уложить в постель, помочь в уходе за ребенком, вызвать дежурного врача, выполнить его назначения. Необходимо рассказать женщине о послеродовом периоде, о профилактике осложнений с учетом швов на промежности. В такой ситуации показано назначение антибиотиков, сокращающих средств, гемостимулирующих средств (мотивировать). Рассказать о режиме, диете, уходе за промежностью. Особенно отметить изменения в матке, молочных железах.
5. Выполнение манипуляции.

**ЗАДАЧА № 51**

Вы акушерка роддома. Идут I-е роды у 30-летней женщины. Во время беременности отмечалась неоднократная угроза прерывания беременности, гипоксия плода, срок беременности 39 недель. Продолжительность I периода 8 часов, было произведено вскрытие околоплодного пузыря, воды зеленоватые, при рождении головки и отсасывании слизи крика нет. При рождении всего ребенка кожные покровы цианотичные, при отсасывании слизи, легкая гримаса, поза «лягушки», ЧСС – 90 ударов в минуту.

**Задания:**

1. О каком состоянии Вы можете подумать?
2. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар.
3. Составьте алгоритм неотложной помощи
4. Назовите возможные исходы

**Эталоны ответа.**

1. Асфиксия новорожденного, средней степени тяжести.

2. Дыхание - 0

Мышечный тонус - 1

4 балла

Цвет кожных покровов - 1

ЧСС - 1

Рефлексы - 1

3. Алгоритм неотложной помощи:

- через посредника вызвать неонатолога
- срочно отделить ребенка от матери
- Согреть ребенка

Придайте его голове правильное положение, чтобы обеспечить анатомическую проходимость дыхательных путей; при необходимости, освободите их от содержимого.

Обсушите ребенка, стимулируйте дыхание и снова обеспечьте правильное положение головы для открытия дыхательных путей.

Заметьте, как быстро Вы оцениваете состояние ребенка и проводите начальные шаги реанимации. В соответствии с временной шкалой диаграммы Вам следует выполнить все мероприятия этих 2 блоков в течение, примерно, 30 секунд.

Оценка эффективности мероприятий блока А. Вы оцениваете состояние новорожденного приблизительно через 30 секунд. Вам следует одновременно оценить дыхание, ЧСС, цвет кожных покровов и слизистых оболочек ребенка. Если он не дышит адекватно (апноэ или судорожное дыхание по типу гаспинг), имеет ЧСС меньше 100 в минуту или выглядит цианотичным, Вы приступаете к выполнению мероприятий одного из 2 Блоков В.

4. При легких формах проходит бесследно, при средне-тяжелых и тяжелых формирование патологии ЦНС.

### **ЗАДАЧА № 52**

На 2 сутки послеродового периода, в воскресенье, родильница жалуется акушерке на боли в лобке с иррадиацией внизу живота. Женщине 23 года, во время беременности бывали боли в костях, портились зубы, лекарственные средства не назначались. Женщина проживает в северной области. Роды были через естественные родовые пути, продолжительность 8 часов, кровопотеря 250 мл. Таз нормальный, ребенок массой 3100 г. В родах оперативных вмешательств и осложнений не было. В первые сутки после родов вставала, к вечеру появились сильные боли, сегодня боли нестерпимые, родильница не может вставать и ухаживать за ребенком, плачет. Дежурный врач вызван, но может прийти в отделение только через 30-40 минут.

#### **Задания:**

1. Выделите проблемы родильницы, объясните, в связи с какой патологией, какими причинами возникли проблемы.
2. Расскажите о доврачебной помощи.
3. Перечислите мероприятия по уходу и лечению данного осложнения.
4. Дифференциальный диагноз в данном случае.
5. Выполнить манипуляцию “Пеленание новорожденного”.

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы - боли, страдания, опасение серьезных осложнений за свою жизнь, невозможность проведения самоухода и ухода за ребенком. Следует заподозрить симфизит, который возник на фоне остеопороза, о чем свидетельствуют боли в костях до и после родов. Развитию осложнения способствовало проживание на севере и отсутствие соответствующей профилактики (препараты кальция, жирорастворимые витамины А, Е, D, соответствующее питание, ультрафиолет).
2. До прихода врача успокоить женщину и начать организацию ухода и лечения, как следует при данной патологии.
3. Организовать уход за родильницей с 1 режимом –строгий постельный режим, функциональная жесткая кровать, пеленание таза, создать необходимые удобства для длительного пребывания. Обеспечить уход за ребенком. Назначаются обезболивающие средства, препараты кальция, витамины А,Е,Д, местное УФО.
4. Следует отличать симфизит от травмы таза, разрыва матки, пельвеоперитонита и др.
5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 53**

На 5 сутки после родов при снятии швов обнаружено полное расхождение швов промежности. Плотный инфильтрат с гнойным отделяемым вокруг раны.

Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель нерегулярно, во время беременности выявлен кольпит, подробное обследование и санация не проведены. В родах разрыв промежности 2 степени, зашивание разрыва. Обработка швов не проводилась.

Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

**Задания:**

1. Выделить проблемы родильницы.
2. Перечислите причины, способствующие расхождению швов.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Общие принципы реабилитации при полном расхождении швов с нагноением.
5. Выполнить манипуляцию “Обработка гнойной раны”.

**Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема - полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями. При этом осложнении требуется продолжение стационарного лечения, обработка раны и повторное наложение швов. В то же время женщина от лечения отказывается. Потенциальные проблемы при неправильном лечении –сепсис, нарушение топографии промежности, опущение матки, влагиалища.
2. Причинами расхождения швов являются: инфекция, особенно кольпит, нарушение трофики тканей, неправильный уход, нарушение режима, гигиены, питания, нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, проблемы с шовным материалом.
3. Успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача. Лечение гнойной раны с орошением антибактериальными растворами, дренаж с гипертоническим р-ром. Общая терапия: антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей. При очищении раны –наложение вторичных швов.
5. Выполнение манипуляции.

**ЗАДАЧА № 54**

В отделение поступил ребенок в возрасте 14 дней. Мать предъявляет жалобы на появление рвоты «фонтаном», вялость, потерю веса. Из анамнеза: I беременность, I роды, протекали без особенностей. Закричал сразу, масса тела 3800г, рост-50см. При первом осмотре было отмечено неправильное строение наружных половых органов, что было расценено как гипоспадия у мальчика. При осмотре выявлены: цианоз, «мраморность» и повышенная пигментация кожных покровов, тахикардия, глухость сердечных тонов, снижение артериального давления. Гипотония, гипорефлексия. Вес при поступлении 3030,0г.

**Задания:**

1. Определите и обоснуйте, о каком синдроме можно думать в данном случае.
2. Перечислите, какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Назовите известные вам формы адреногенитального синдрома и их основные клинические проявления.
4. Назовите наиболее ранний метод выявления данного заболевания.

**Эталон ответа**

---

1. Адреногенитальный синдром сольтеряющая форма. Диагноз поставлен на основании данных клиники-первые проявления признаков эксикоза и токсикоза, макрогенитосомии и гиперпигментации кожи, данных биохимического исследования крови - метаболический ацидоз, гиперкалиемия, гипонатриемия, высоких цифр кетостероидов в моче.

2. Методы исследования:

- уровень АКТГ в крови;
- уровень кортизола в крови
- уровень 17-кетостероидов с мочой;
- показатели КОС;
- электролиты в крови;
- гематокрит;
- ЭКГ;

-определение полового хроматина;

-определение кариотипа;

3. По особенностям клинической картины и времени появления признаков заболевания выделяют:

**явные формы:** а) простую вирилизующую форму. Клинически проявляется внутриутробно начавшейся гиперандрогенией и гиперпигментацией, ускоренным физическим развитием, преждевременным половым созреванием.

б) сольтерную форму. Клинически проявляется так же как предыдущая форма, плюс надпочечниковая недостаточность (потеря массы тела, диарея, рвота «фонтаном», нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы)

**стертую:** а) поздно проявляющуюся форму. Клинически проявляется в препубертатном и пубертатном возрасте.

У девочек – нарушение менструального цикла, бесплодие. У мальчиков – бессимптомно.

4. В родильном доме для выявления данной патологии всем новорожденным проводят неонатальный скрининг-тест (доношенным на 4 сутки, недоношенным на 7 сутки)

### ЗАДАЧА № 55

Акушерке отделения послеродовых заболеваний вечером на обходе родильница 23 лет пожаловалась на чувство жара, озноб, головную боль и боли внизу живота. В анамнезе половая жизнь с 16 лет, 2 искусственных аборта, хронический аднексит, трихомониаз. Брак не зарегистрирован. Женскую консультацию посетила несколько раз, не полностью обследована. 3 дня назад произошли первые срочные роды живым доношенным мальчиком массой 3600. В родах -преждевременное излитие околоплодных вод. Безводный период 20 часов. Первичная и вторичная родовая слабость. Родостимуляция окситоцином. От назначения антибиотиков отказалась. Акушерка измерила температура тела -38,6 °С, пульс -96 уд. в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Матка на 2 см ниже пупка, болезненная, мягковатой консистенции. Лохии -бурые с неприятным запахом.

#### Задания:

Выявить проблемы пациентки, их причины.

Оценить состояние. Сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Рассказать о причине данного осложнения, методах профилактики, лечения.

Выполнить манипуляцию “Измерение температуры”.

#### Эталон ответа:

Настоящие проблемы: лихорадка; головная боль; боль внизу живота. Потенциальные проблемы: риск развития более тяжелой степени инфекционно-септического процесса.

Причина –в изначальном инфицировании женщины, недостаточном обследовании и санации перед родами, осложнении в родах (слабость родовой деятельности и длительный без-водный период), субинволюция матки, отказ от лечения.

Состояние родильницы средней тяжести. Диагноз: послеродовой эндометрит. Диагноз поставлен на основании симптомов: повышение температуры, озноб, головная боль, боль внизу живота; болезненность матки, выделения, характерные для эндометрита. Возможная причина – затянувшиеся роды и безводный период.

Тактика акушерки: сообщить дежурному врачу акушеру-гинекологу; положить пузырь со льдом на низ живота; приготовить родильницу и новорожденного к переводу в отдельную наблюдательную палату для дальнейшего лечения; успокоить родильницу и вселить уверенность в благополучный исход при её сотрудничестве. С диагностической целью во время озноба необходимо взять кровь на посев. До введения антибиотиков необходимо взять мазки на гонококки и на посев из влагалища. Измерение температуры каждые 2-3 часа. Дальнейшие назначения акушерка выполняет под руководством врача (антибактериальная терапия, сокращающие средства, и т.д.)

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 56**

К акушерке женской консультации обратилась молодая женщина 20 лет, студентка: жалуется на распирающие боли в области молочных желез. Роды были 2 недели назад, протекали без осложнений. Родила мальчика массой 3600 г. Объективно: АД –120/80 мм рт.ст., пульс 68 в мин., температура тела–37,2°C, кожные покровы обычной окраски. Молочные железы – равномерное умеренное нагрубание, потертости вокруг соска, при пальпации умеренно болезненные. Соски с трещинами. Живот мягкий, безболезненный. Матка за лобком, выделения серозные, скудные, физиологические отправления в норме. Женщина учится, днем ребенка кормят сцеженным молоком.

#### **Задания:**

Выявить проблемы роженицы.

Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Рассказать о причинах и стадиях мастита и мерах профилактики и лечения.

Выполнить манипуляцию “Пальпация молочных желез”.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы:-боли в молочной железе, трещины сосков; лактостаз, - затруднение кормления ребенка вследствие трещин, Потенциальные проблемы: риск развития мастита. Причины – неправильный режим кормления.
2. Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: послеродовый период. Лактостаз. Трещины сосков. О наличии лактостаза свидетельствуют равномерное нагрубание и болезненность молочных желез, затруднение сцеживания, может быть повышена температура. Имеются трещины, и боли могут быть вызваны трещинами.
3. Акушерка должна: Объяснить родильнице причины её состояния; объяснить родильнице, как правильно кормить ребенка и ухаживать за молочными железами, научить уходу за сосками и дать рекомендации по лечению трещин ( УФО, дарсонвализация, мази);дать рекомендации по борьбе с лактостазом: кормление, сцеживание, ультразвук, но-шпа и окситоцин для облегчения сцеживания, напомнить родильнице о преимуществах грудного вскармливания; рекомендовать взять академический отпуск. Поставить врача в известность.4. Рассказать о причинах и стадиях мастита, мерах профилактики.
5. Алгоритм выполнения манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 57**

Ребенок родился с массой тела 3000 г., с обвитием пуповины вокруг шеи, с оценкой по шкале Апгар 5 баллов. После отсасывания слизи и тактильной стимуляции у ребенка ЧДД 30, ЧСС 90, цвет кожных покровов цианотичный, ребенок вялый.

#### **Задания:**

- 1.Определите неотложное состояние, развившееся у ребенка. Чем его можно объяснить?
2. Назовите, какие еще причины могут вызвать данное состояние.
- 3.Назовите этапы реанимации новорожденных.
- 4.Составьте алгоритм неотложной помощи I этапа.

#### **Эталон ответа**

1.Асфиксия новорожденного средней тяжести. Асфиксия вызвана обвитием пуповины вокруг шеи.

2.К асфиксии в родах могут привести:

- затяжные роды;
- патология пуповины;
- отслойка плаценты, аспирация.

3.**Блок исходной оценки.** Во время рождения ребенка Вы должны задать себе 4 вопроса. Эти вопросы представлены в оценочном блоке диаграммы. Если хоть один из ответов будет «нет», Вам необходимо перейти к выполнению начальных шагов реанимации.

**Блок А (Дыхательные пути).** Эти начальные шаги нужно выполнить для обеспечения проходимости дыхательных путей и начала реанимации новорожденного.

- Согреть ребенка
- Придайте его голове правильное положение, чтобы обеспечить анатомическую проходимость дыхательных путей; при необходимости, освободите их от содержимого.
- Обсушите ребенка, стимулируйте дыхание и снова обеспечьте правильное положение головы для открытия дыхательных путей.

Заметьте, как быстро Вы оцениваете состояние ребенка и проводите начальные шаги реанимации. В соответствии с временной шкалой диаграммы Вам следует выполнить все мероприятия этих 2 блоков в течение, примерно, 30 секунд.

Оценка эффективности мероприятий блока А. Вы оцениваете состояние новорожденного приблизительно через 30 секунд. Вам следует одновременно оценить дыхание, ЧСС, цвет кожных покровов и слизистых оболочек ребенка. Если он не дышит адекватно (апноэ или судорожное дыхание по типу гаспинг), имеет ЧСС меньше 100 в минуту или выглядит цианотичным, Вы приступаете к выполнению мероприятий одного из 2 Блоков В.

**Блок В (Дыхание).** Если ребенок находится в состоянии апноэ или его ЧСС меньше 100 в минуту, Вы помогаете ему дышать, обеспечивая вентиляцию легких под положительным давлением. Если у новорожденного выявляется цианоз, Вы можете дать ему дополнительный кислород.

Оценка эффективности мероприятий блока В. После примерно 30 секунд искусственной вентиляции легких или проведения кислородной терапии Вы снова оцениваете состояние новорожденного. Если ЧСС меньше 60 в минуту, то Вы переходите к выполнению мероприятий Блока С.

**Блок С (Циркуляция).** Вы поддерживаете циркуляцию (кровообращение) за счет непрямого массажа сердца, продолжая вентиляцию под положительным давлением. Оценка эффективности мероприятий блока С. После примерно 30 секунд непрямого массажа сердца и вентиляции легких под положительным давлением Вы снова оцениваете состояние новорожденного. Если ЧСС остается меньше 60 в минуту, то Вы переходите к выполнению мероприятий Блока D.

**Блок D (Лекарственные средства).** Вы вводите адреналин, продолжая искусственную вентиляцию легких под положительным давлением и непрямой массаж сердца.

Оценка эффективности мероприятий блока D. Если частота сердечных сокращений остается меньше 60 в минуту, то продолжают и повторяются мероприятия блоков С

**4. Алгоритм оказания неотложной помощи.** Сразу после рождения ребенка отвечаем на вопросы:

- Беременность доношена?
  - Чистые околоплодные воды?
  - Дышит или кричит?
  - Мышечный тонус удовлетворительный?, если хотя бы на один вопрос есть ответ нет, то ребенок нуждается в проведении неотложной помощи.
- отсосать слизь из дыхательных путей;
- быстро отделить ребенка от матери; согреть,
  - провести тактильную стимуляцию дыхания;
  - осушить кожу, сменить пленку, придать положение со слегка разогнутой головой;
  - отсосать повторно слизь из дыхательных путей;
  - провести оценку состояния за 6 секунд, ЧСС за 6<sup>н</sup> x 10 (цвет кожи, дыхание).

## ЗАДАЧА № 58

В послеродовом отделении акушерка осматривает родильницу. Вторые роды прошли три дня назад, крупным плодом (4200 г) без осложнений. Жалоб не предъявляет. Объективно:

кожные покровы нормальной окраски. АД –110/70 мм рт.ст., пульс –76 в мин., температура тела –36,8°C. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания, безболезненные. Соски чистые, живот мягкий, безболезненный. Матка плотная, безболезненная, дно её на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии скудные, кровянистые. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было. Отеков нет.

**Задания:**

Выявить проблемы родильницы.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Рассказать о причине данного осложнения, методах лечения, диагностики, профилактике, возможных осложнениях.

Выполнить манипуляцию «Осмотр молочных желез»

**Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: субинволюция матки. Потенциальные проблемы: -риск развития эндометрита;-риск возникновения позднего послеродового кровотечения. Состояние родильницы удовлетворительное.

2. Диагноз: третьи сутки послеродового периода. Субинволюция матки. Обоснование диагноза: из условия задачи следует, что 3 дня назад у женщины прошли роды, значит, в настоящее время у нее третьи сутки послеродового периода. ВДМ на 3 сутки в норме должна быть на 3 поперечных пальца ниже пупка, значит у родильницы замедлено сокращение матки, чему способствует перерастяжение матки во время беременности крупным плодом.

3. Акушерка должна: -сообщить дежурному врачу;-положить холод на низ живота и объяснить родильнице, как с ним обращаться дальше.-приготовить лекарственные средства, сокращающие матку, и ввести их, по назначению врача; для профилактики осложнений проводить наблюдение за состоянием родильницы по обще-принятой схеме.

4. Рассказать о причине данного осложнения, методах лечения, диагностики, профилактике, возможных осложнениях.

5. Алгоритм выполнения манипуляции.

**ЗАДАЧА № 59**

Под наблюдением в послеродовом отделении находится родильница на третьи сутки после операции кесарева сечения. Операция была выполнена по поводу крупного плода при срочных родах. Других осложнений во время беременности, родах и послеродовом периоде не было. Женщина жалуется на слабость, ноющие боли в области послеоперационной раны и трудности в уходе за новорожденным. Хочет, чтобы ребенка унесли в детское отделение и настаивает на раздельном с ним пребывании.

**Задания:**

Выделить проблемы родильницы.

Обозначить пути решения этих проблем.

Перечислить, за чем должна наблюдать акушерка и какую информацию она должна сообщить при обходе дежурному врачу.

Перечислить назначения, стандартные для родильницы на третьи сутки после родов.

Выполнить манипуляцию «Обработка послеоперационной раны».

**Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы: боли в области послеоперационной раны, небольшая слабость, сложности при уходе за ребенком, из-за этого нежелание ухаживать за ним.

2. Объективно оценить состояние родильницы ( пункт No 3). Убедившись в нормальном течении послеоперационного периода, успокоить женщину, объяснить ей причину её жалоб, помочь в уходе и объяснить пользу совместного пребывания и активного поведения.

Наблюдение за родильницей и профилактика осложнений: введение обезболивающих, общеукрепляющих, антибактериальных, утеротонических средств, обработка раны. Составить схему наблюдения за родильницей на 3 сутки после операции.

Перечислить препараты, назначаемые на 3 сутки после операции кесарева сечения, и смысл назначений анальгетиков, антибиотиков, сокращающих, прозерина и т.п.

Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 60**

Ребенок от I беременности, I родов. Во время беременности многоводие. Ребенок родился в удовлетворительном состоянии. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 9-10 баллов. Слизь изо рта при рождении была удалена при помощи грушевидного баллона, зондирование пищевода и желудка в родильном зале не проводилось. В течение первых 30 минут был приложен к груди, но ребенок уснул и не сосал. Через 2 часа переведен в палату совместного пребывания. Через некоторое время при попытке приложить ребенка к груди выявлено, что ребенок лежит на боку, изо рта обильное пенистое отделяемое, положенная женщиной ко рту салфетка вся мокрая. При попытке приложить ребенка к груди, он посинел, и у него изо рта и носа обильно выделилась слюна.

#### **Задания:**

1. Определите и обоснуйте, о каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае, назовите нарушенные потребности.
2. Расскажите, что необходимо сделать для уточнения диагноза.
3. Назовите известные вам формы данной врожденной патологии. Определите потенциальные проблемы.
4. Ваша тактика в данной ситуации.

#### **Эталон ответа**

1. Атрезия пищевода. Обоснование диагноза: 1) анамнез – многоводие часто приводит к данной врожденной патологии. 2) клинические данные – гиперсаливация, отказ от груди, симптом «мокрой пеленки», цианоз.

2. Для уточнения диагноза необходимо:

- проверить проходимость пищевода мягким зондом. При атрезии он не будет проходить

3. Существует две формы атрезии пищевода:

1) бессвищевая форма

2) свищевая форма

Потенциальные проблемы: аспирационная пневмония, дыхательная недостаточность.

4. Тактика:

- срочно поставить в известность врача;

- придать возвышенное положение;

- постоянно проводить аспирацию слюны и слизи изо рта и глотки;

- консультация хирурга;

- обеспечить условия для экстренной транспортировки в детское хирургическое отделение;

### **ЗАДАЧА № 61**

Акушерку ФАПа вызвала родильница Б., 23 года, с жалобами на повышение температуры тела до 38,9°C, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота. Роды 2, своевременные, 10 дней назад, осложнились дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Выписана из роддома на 5-тые сутки после родов в удовлетворительном состоянии. 21 января дома у родильницы к вечеру поднялась температура тела до 38,3°C, был озноб, обильное потоотделение, беспокоит слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища, их отличает неприятный запах. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина. При осмотре: температура 38,8°C. Кожные покровы бледные. Зев не гиперемирован. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца – без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочиспускание безболезненное. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки



пальпируется на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровянисто-гнойные с неприятным запахом.

**Задания:**

О какой помощи идет речь, возможные осложнения в данной ситуации.

Тактика акушерки.

Рассказать о возможных причинах данной патологии, методах лечения и профилактики.

Выполнить манипуляцию “Орошение матки”.

**Эталон ответа:**

На основании анамнеза, истории настоящего заболевания и данных объективного исследования, можно предположить наличие у роженицы послеродового осложнения, а именно: послеродового метроэндометрита, о чем говорит начало заболевания на 8-9 сутки послеродового периода с характерными симптомами: повышение температуры, озноб, обильное потоотделение, боли внизу живота, лохии кровянистые с неприятным запахом, симптомы интоксикации – слабость, головная боль, плохой сон, наличие субинволюции матки и болезненность ее при пальпации. Осложненное течение родов дородовым излитием вод и первичной слабостью подтверждает вторичность развития в послеродовом периоде метроэндометрита. Послеродовой метроэндометрит –тяжелое послеродовое осложнение, вызвано попаданием инфекции в родовые пути, которое без интенсивной своевременной клинической терапии может привести к дальнейшему распространению инфекции, довести до развития сепсиса. Целью действий акушерки в данной ситуации является не допустить ухудшения состояния роженицы и предупредить дальнейшее распространение инфекции. Для этого она должна как можно быстрее госпитализировать роженицу в гинекологическое отделение, где ей будет проведена комплексная интенсивная терапия. До госпитализации акушерка должна:-успокоить роженицу и ее родственников;-помочь решить вопрос о вскармливании ребенка;-с целью снятия болевого симптома и предупреждения распространения инфекции, положить на низ живота пузырь со льдом;-бережно транспортировать роженицу в гинекологическое отделение ЦРБ;-при возможности начать дезинтоксикационную терапию, при взятии мазков из влагалища на гонококки и посев можно начинать антибактериальную терапию, например, цефалоспорины-ми третьего поколения. Это особенно актуально при длительной транспортировке. Применить литическую смесь.3. Рассказать о причинах патологии, мерах профилактики и лечения.4. Алгоритм выполнения манипуляции.

**ЗАДАЧА № 62**

Акушерка ФАПа вызвана на дом к роженице, у которой на 7 сутки после родов внезапно началось маточное кровотечение. Кровопотеря достигла приблизительно 400 мл. Со слов женщины-ны, роды протекали без осложнений. При осмотре: кожные покровы обычной окраски. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс ритмичный 88 ударов в минуту, со стороны внутренних органов без особенностей, температура 36,7°C. Матка плотная, безболезненная, дно ее на 4 см выше лона. Из половых путей обильные кровянистые выделения.

**Задания:**

О какой патологии идет речь?

Какими данными это подтверждается?

Тактика акушерки в данной ситуации.

Рассказать о причинах поздних послеродовых кровотечений и методах профилактики и лечения.

Выполнить манипуляцию “Подготовка капельницы к инфузии”.

**Эталон ответа:**

Роженица нуждается в неотложной помощи в связи с поздним послеродовым кровотечением. Данное состояние может быть вызвано остатками послеродовой ткани в полости матки. Данное состояние подтверждается тем, что у женщины на 7 сутки после родов –внезапное начало кровотечения, наличие тахикардии. Состояние женщины следует расценить как относительно удовлетворительное.

Тактика акушерки. Целью ее действий является сохранение жизни женщины. Для этого она должна быть доставлена как можно быстрее в стационар: на низ живота положить пузырь со льдом; ввести в/м окситоцин, питуитрин, маммодин; установить капельницу с раствором Рингера, физиологическим раствором; успокоить женщину и ее родственников, убедить их в благополучном исходе; родильница транспортирована в стационар, где ей может быть оказана специализированная помощь. 3. Рассказать о причинах поздних послеродовых кровотечений и методах профилактики и лечения. 4. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом действия.

### **ЗАДАЧА №63.**

Вы акушерка род.зала, при осмотре ребенка обратили внимание, что движение левой руки несколько ограничены, при пеленании, отмечается крик, беспокойство. При пальпации левой ключицы определяется крепитация и болезненность, в области ключицы небольшая гематома. Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, 2-х родов, с массой 4100гр., крик громкий, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

#### **Задания:**

1. Определите о каком заболевании можно думать обоснуйте ответ.
2. Назовите возможные причины.
3. Выявите основную проблему у ребенка, поставьте цели и составьте план ухода.
4. Дайте основные рекомендации матери по уходу.

#### **Эталон ответа.**

1. Родовая травма (возможен перелом ключицы) нарушение движения в левой руке, беспокойство, болезненность, крепитация и гематома слева..
2. Причины : крупный плод, акушерские вмешательства, патологические роды.
3. Проблема пациента – беспокойство, крепитация и болезненность в области ключицы.

#### **Цели ухода:**

Краткосрочная цель – уменьшение болезненности и гематомы.

Долгосрочная цель – нормализация состояния.

#### **План вмешательств.**

1. Консультация неонатолога.
2. Организация правильного ухода и вскармливания.

#### **4. Основные рекомендации по уходу:**

Бережный уход и пеленание с использованием ортопедической укладки,

Помощь при кормлении грудью подбор удобного положения

Выполнения назначений врача.

Бережная транспортировка ребенка (на руках) на физиотерапевтические процедуры и обследование,

Раздача лекарственных препаратов,

Обучение матери навыкам ухода за новорожденным ребенком с данной патологией, уходу за кожей и слизистыми.

### **ЗАДАЧА № 64**

В родильный дом доставлена первобеременная 25 лет. У женщины жалобы на резкие локальные боли в животе, была однократно рвота. В анамнезе ангина, скарлатина, хронический пиелонефрит. Менструальная функция без особенностей. Работает художником. Беременность протекала с патологической прибавкой веса. Повышение АД до 140/90, 150/100 и следы белка с 28 недель. При ультразвуковой диагностике выявлена фето-плацентарная недостаточность. Сейчас 36 недель беременности. От предложенной неделю назад госпитализации отказалась из-за срочной работы. Дома принимала папазол и гипотиазид. При осмотре кожные покровы бледные, пульс 94 удара в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм. рт. ст. Матка напряжена,

болезненная в области передней стенки. Части плода определяются с трудом. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, 150 ударов в минуту, ритмичное. **Задание:**

1. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Тактика акушерки приемного отделения.
3. Сделать замечания по ведению беременной. Причины данного осложнения в конкретном случае и в целом.

Выполнить манипуляцию «Измерение АД».

**Эталон ответа:**

Состояние средней тяжести. Беременность 36 недель. Поздний гестоз. Внутриутробная гипоксия плода. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. На гестоз указывает типичная триада Цангенмейстера, на отслойку – внезапные постоянные локальные боли в животе, гипотония, тахикардия, страдание плода.

1. Срочно вызвать врача, сообщив диагноз, готовить женщину к срочной операции.
2. Необходимо было уговорить женщину к лечению в условиях стационара. Скорая помощь должна была предупредить родильный дом о поступлении больной.
3. Преждевременная отслойка плаценты возникает на фоне фетоплацентарной недостаточности, обычно в связи с гестозом, экстрагенитальной патологией. Часто бывает на фоне многоводия, травмы. В родах риск повышен в связи с родовой деятельностью, короткой пуповиной.
4. Выполнение манипуляции.

**ЗАДАЧА № 65**

К акушерке родильного дома обратились знакомые с просьбой проконсультировать их дочь 25-ти лет. У молодой женщины диабет 1 типа, 1 искусственный аборт по медицинским показаниям год назад. Месячные обычно регулярные, но сейчас произошла задержка на 5 дней, подозрение на беременность. Женщина хочет рожать, боится обращаться в ЖК, опасаясь, что ее заставят опять сделать аборт, чувствует себя в настоящее время хорошо.

**Задание:**

1. Выделить проблемы данной семьи и помочь в их решении.
2. Объяснить женщине, какие осложнения могут возникнуть у ее дочери в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом, если она откажется от квалифицированной специализированной помощи.
3. Дать организационные советы: где и какую помощь может получить ее дочь в связи с данной ситуацией.
4. Рассказать, по каким симптомам можно заподозрить диабет.
5. Выполнить манипуляцию

**Эталон ответа:**

1. Женщина и её семья идут на большой риск в желании иметь потомство, необходимо рассказать об осложнениях, которые возникнут, если женщина откажется от медицинского наблюдения. Рассказать женщине, что аборт не могут сделать без ее согласия
2. Осложнения: гестозы, кома, ангиопатия, многоводие, макросомия плода, фетопатия (нефропатия, гипогликемия, кардиопатия).
3. Необходимо систематически посещать женскую консультацию, эндокринолога, дородовая госпитализация и родоразрешение в условиях специализированного родильного рода. Контроль сахара 4 раза в день, уточнение дозировки инсулина.
4. Жажда, склонность к гнойничковым заболеваниям, рождение крупных детей, нарушение обмена веществ.
5. Выполнить манипуляцию.

**ЗАДАЧА №66**

---

Мальчик родился на 30-ой неделе беременности. Масса тела 1500г, рост 38см. Во время беременности у женщины была выявлена цитомегаловирусная инфекция, у плода были

проявления гипоксии. Роды быстрые с искусственным вскрытием околоплодного пузыря. Ребенок родился в асфиксии. Задышал через 60 секунд после оживления. Через 2 часа после рождения появилось раздувание крыльев носа, опускание подбородка на вдохе рот закрыт, заметное западение мечевидного отростка грудины на вдохе, заметное западение верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе, при перкуссии отмечается умеренное укорочение перкуторного звука, при аскультации слышны экспираторные шумы, дыхание ослаблено, сердечные тоны приглушены. На рентгенограмме на всем протяжении обоих легких надозноретикулярная сетка.

**Задания:**

1. О каком заболевании Вы можете подумать? Обоснуйте ответ.
2. Оцените степень тяжести по шкале Сильвермана.
3. Назовите особенности ухода и лечения этого ребенка.
4. Назовите методы профилактики синдрома дыхательных расстройств.

**Эталон ответа**

1. Синдром дыхательных расстройств (гиалиновые мембраны). Данный диагноз поставлен на основании данных анамнеза (т.е. ребенок родился недоношенный, с маленькой массой тела, беременность протекала на фоне цитомегаловирусной инфекции, внутриутробно плод испытывал гипоксию, все выше перечисленные факторы приводят к дефициту сурфактанта и развитию синдрома гиалиновых мембран). Также подтверждает данное заболевание и клиника, т.е. появление признаков дыхательной недостаточности через 2 часа после рождения.

2. Сумма баллов 9 – что соответствует тяжелой степени СДР.

3. Ребенку необходимо обеспечить температурный комфорт, выбрать способ кормления, дать кислород, ввести сурфактант в первые часы.

4. Профилактика угрозы преждевременных родов, метод затягивания родов.

Стимуляция процессов морфологического и функционального созревания легких.

Все женщины с угрозой прерывания беременности на 28-34 неделе получают в течение 3 суток:

- дексаметазон- на курс 8-12 мг в/м или в таблетках (18мг);
- бетаметазон по 1,5 мг через 6 часов-2 дня;
- солукортеф( гидрокортизон+янтарная кислота ) – 100мг в/м в сутки: на 3 раза через 3 часа,
- амброксол( мукозолван ) – 3-5 дней по 1000 в сутки;
- эуфиллин 10 мл в/в на глюкозе – 3 дня.

**ЗАДАЧА № 67**

К акушерке родильного дома обратились знакомые с просьбой проконсультировать их дочь 26-ти лет. У молодой женщины недостаточность митрального клапана. 1 искусственный аборт по медицинским показаниям год назад. Месячные обычно регулярные, но сейчас произошла задержка на 6 дней, подозрение на беременность. Женщина хочет рожать, боится обращаться в ЖК, опасаясь, что ее пять заставят о сделать аборт, чувствует в настоящее время себя хорошо.

**Задание:**

1. Выделить проблемы данной семьи и помочь в их решении.
2. Объяснить женщине, какие осложнения могут возникнуть у ее дочери в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом, если она откажется от квалифицированной специализированной помощи.
3. Дать организационные советы: где и какую помощь может получить ее дочь в связи с данной ситуацией.
4. Особенности ведения женщины с сердечно-сосудистой патологией
5. Выполнить манипуляцию «Взятие крови на биохимию».

**Эталон ответа:**

- 1.Женщина и ее семья не понимают значение факторов риска во время беременности и родов.
- 2.Объяснить женщине добровольность прерывания беременности. Рассказать о признаках недостаточности кровообращения, которые могут быть в связи с большой нагрузкой во время беременности и родов.
- 3.Рекомендовать женщине регулярно посещать женскую консультацию, кроме стандартных обследований, проконсультироваться у кардиолога, сделать ЭКГ и биохимические исследования. Выполнять все рекомендации по профилактике осложнений, согласиться на госпитализацию и родоразрешение в специализированном роддоме.
- 4.Особенности ведения женщины с сердечно-сосудистой патологией.
- 5.Выполнить манипуляцию.

### **ЗАДАЧА № 68**

К акушерке родильного дома обратились знакомые с просьбой проконсультировать их дочь 28-и лет. У молодой женщины было 2 самопроизвольных выкидыша при сроке 18-20 недель, в связи с чем, заподозрили истмико-цервикальную недостаточность. До этого было 2 аборта. Менструации обычно регулярные, но сейчас произошла задержка на 7 дней, подозрение на беременность. Женщина боится потерять ребенка в 3-й раз, не хочет обращаться в ЖК, так как там ей советуют накладывать шов на шейку матки, чувствует себя в настоящее время хорошо.

#### **Задание:**

Выделить проблемы данной семьи и помочь в их решении. Объяснить женщине принципы ведения беременности при истмико-цервикальной недостаточности. Дать организационные советы: где и какую помощь может получить ее дочь в связи с данной ситуацией. Причины истмико-цервикальной недостаточности. Выполнить манипуляцию «тест на беременность».

#### **Эталон ответа**

- 1.Женщина отказывается от эффективного метода лечения, необходимо дать ей правильные рекомендации.
- 2.Шов на шейку матки в области внутреннего зева накладывается при сроке беременности 11-14 недель в стационарных условиях. До этого необходимо провести обследование, санацию и начать сохраняющую терапию. После операции проводится поддерживающая, сохраняющая терапия и обработка шейки. Для лучшего кровообращения в области шва и профилактики пролежней рекомендуются актовегин и средства, улучшающие микроциркуляцию. Шов снимается в 36-37 недель.
- 3.Порекомендуйте женщине встать на учет в женскую консультацию, посетить кабинет или центр по невынашиванию.
- 4.Повреждения шейки матки во время расширения и выскабливания, гормональные нарушения, аномалии.
- 5.Выполнить манипуляцию.

### **ЗАДАЧА №69**

---

Акушерка ФАПа при проведении патронажа к новорожденному ребенку 12-дневного возраста обнаружила у него гнойные выделения из обоих глаз, веки гиперемированы и несколько отечны.

Со слов мамы, эти явления появились 2 дня назад. При осмотре: состояние удовлетворительное, Т тела 36,8 °С, сосет активно, со стороны внутренних органов – без особенностей.

#### **Задания:**

- 1.О каком заболевании Вы можете подумать? Обоснуйте ответ.
- 2.Назовите возможные сроки и источники инфицирования новорожденного ребенка.
- 3.Какова ваша тактика, принципы лечения.

4. Назовите возможное осложнение, которое может развиваться у ребенка.

**Эталон ответа**

1. Гнойный конъюнктивит. Диагноз поставлен на основании появления у ребенка гиперемии, отека век и гнойных выделений из обоих глаз.

2. Антенатально-перенесенное острое инфекционное заболевание бактериальной этиологии во время беременности

наличие у беременной хронической экстрагенитальной патологии воспалительного характера

наличие у беременной хронических гинекологических заболеваний воспалительного характера, источник инфекции-мать.

• Интранатально: длительный безводный период (более 6-8 часов);

нарушение асептики и антисептики ведения родов (например, нарушение санитарно-эпидемиологического режима в родильном зале, «домашние» роды); источники инфекции – мед персонал, мать.

Постнатально -

Источники инфекции:

• медицинский персонал (транзиторные носители);

• мать (матери) — больные, носители;

• больные новорожденные;

• после выписки из р/д - члены семьи, контактирующие с ребенком (больные, носители).

3. Ребенка лечить на дому под ежедневным наблюдением акушерки ФАПа, в ФГУЗ ЦГ и Э подать экстренное извещение, о ребенке сообщить педиатру в ЦРБ.

Лечение заключается в промывании глаз раствором фурацилина (1:5000) или

свежесваренным чаем с последующим закапыванием в каждый глаз по 1 капле 20%

раствора альбуцида или закладыванием в глаза 1% глазной тетрациклиновой мази 3 – 4

раза в день. Если через 3 – 4 дня эффекта от лечения не будет, ребенок должен быть госпитализирован в ЦРБ

**ЗАДАЧА № 70**

К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки. В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД -110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые

**Задания:**

1. Выявить проблемы женщины и их причины.

2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.

5. Выполнить манипуляцию “Осмотр шейки на зеркалах”.

**Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры; беспокойство за исход беременности; дефицит знаний о своем состоянии, о гигиене беременной, правильной нагрузке. Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного

выкидыша и его осложнений. Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.

2. Состояние беременной можно расценить, как удовлетворительное (кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный, АД-110/70, 115/70 мм.рт.ст. Диагноз: беременность 15-16 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо: -успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности; госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

4. Рассказать о причине выкидышей, профилактике, классификации, клинике, диагностике, методах сохраняющей терапии, перечислить лекарственные средства, указать дозировки, побочные действия.

5. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмами действия.

### **ЗАДАЧА № 71**

Первобеременная К., 22 лет, во II-ом периоде родов. Беременность доношенная, протекала без осложнений. Поступила в родильный дом в активной фазе родов. Предполагаемая масса плода 3800 г. Размеры таза 23-25-28-18. Объективно: кожные покровы обычной окраски, пульс 80 уд. в мин., ритмичный. АД -120/80, 120/80 мм рт.ст., потуги достаточной силы. Сердцебиение плода 146 ударов в мин., ритмичное. При осмотре промежности обнаружено, что расстояние от сфинктера прямой кишки до задней спайки 5-6 см. При прорезывании головки на высоте потуги кожа промежности цианотичная, отечная. В последующую потугу появилось побледнение кожи промежности.

#### **Задания:**

1. Определить диагноз и обосновать его.
2. Тактика акушерки в данной ситуации.
3. Рассказать о разрывах мягких тканей родовых путей, причинах, методах профилактики и лечения.
4. Сделать замечания по ведению женщины.
5. Выполнить манипуляцию “Подготовка инструментов для осмотра родовых путей”.

#### **Эталон ответа:**

1. Диагноз: роды I-ые, срочные, в головном предлежании, II период родов. Общеравномерное сужение таза 1 степени. Угрожающий разрыв промежности. Из условий задачи известно, что женщина первобеременная, во II периоде родов, что подтверждается наличием потуг при прорезывающейся головке плода. У женщины высокая промежность; симптомы цианоза, отека и побледнения кожи промежности свидетельствуют об угрозе разрыва. Причина угрожающего разрыва –высокая промежность и довольно крупный плод, форма таза, при которой затруднено разгибание головки на выходе из таза.
2. С целью профилактики разрыва промежности произвести перинеотомию, до этого обработать линию разреза 5% р-ром йода. Рассказать о видах и методике рассечения промежности.
3. Рассказать о видах разрывов промежности, причинах разрыва промежности, методах профилактики разрывов промежности: профилактическое рассечение промежности, правильное ведение родов, дородовая подготовка.
4. Женщина должна быть госпитализирована заранее. В родах необходимо было планировать перинеотомию или эпизиотомию.
5. Выполнить манипуляцию.

### **ЗАДАЧА № 72.**

---

У новорожденного ребенка с гипоксическим поражением ЦНС в детской палате роддома с момента рождения отмечаются частые срыгивания и рвота. Рвота повторяется ежедневно, чаще ближе к следующему кормлению, кислым, створоженным содержимым, была значительная убыль в массе тела. В настоящее время есть тенденция к медленному восстановлению.

**Задания:**

1. Какой синдром имеется у ребенка?
2. Расскажите классификацию данного синдрома.
3. Перечислите основные методы диагностики.
4. Назовите признаки обезвоживания у новорожденного.

**Эталон ответа.**

1. Синдром рвоты.

2. Выделяют:

I. Первичные рвоты – патология в желудочно-кишечном тракте:

а) функциональные (халазия, пищевода, пилороспазм, острый гастрит);

б) органические (атрезия пищевода, врожденная кишечная непроходимость, пилоростеноз).

II. Вторичные – причина вне пищеварительного тракта. Сюда относятся: инфекционные заболевания, церебральная патология, нарушение обмена веществ.

III. Клинические проявления (сроки появления, характер рвоты, оценка общего состояния).

3. Вспомогательные методы диагностики:

- Рентгенография

- Абдоминальное УЗИ

- ФГДС

4. Снижение тургора мягких тканей, западение большого родничка, потеря в массе тела, редкое мочеиспускание.

### **ЗАДАЧА № 73**

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18 мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

**Задания:**

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.

2. Дать рекомендации для данной беременной.

3. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.

4. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

5. Манипуляция “Определение гемоглобина крови”.

**Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема: снижение гемоглобина. Для беременных это можно считать умеренной анемией, остальные показатели допустимы во время беременности. Потенциальной проблемой может стать более выраженная анемия, гипоксия плода, повышенная кровопотеря в родах и т.д. Женщина – против госпитализации.

2. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилуции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить



наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобиться госпитализация.

3. Рассказать о причинах анемии у беременных. Главные – это дефицит железа и белковой пищи, большая потребность в железе у матери и плода. Белковая диета - перечислить продукты. Продукты с повышенным содержанием железа - перечислить. Дать рекомендации по приготовлению и приему пищи. Методы обследования.

4. Примерный вариант: ферроплекс, сорбифер дурулес, фенюльс, фолиевая кислота для приема внутрь, при необходимости, для парентерального применения феррум-лек, витамин В12. Убедить женщину в безопасности для плода при применении этих средств.

5. Выполнение манипуляции.

#### **ЗАДАЧА № 74**

В родильное отделение районной больницы скорой помощью доставлена первобеременная женщина 20 лет с доношенной беременностью и схватками через 2-3 минуты, по 35-40 секунд. Фельдшером скорой помощи перед транспортировкой введена магnezия, так как АД - 170/100, 170/110 мм рт.ст., пульс 92 в мин., ритмичный. Положение плода продольное, предлежа-ние головное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 160 в мин., ритмичное, приглушено. В приемном отделении врач-интерн осмотрел женщину. Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, края мягкие, податливые, открытие 6-7 см. Плодный пузырь цел, вскрыт, отошли светлые воды. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Во время влагалищного исследования у женщины появились фибриллярные подергивания мышц лица, затем развились судороги с остановкой дыхания. Приступ длился 1,5 мин

#### **Задания:**

1. О какой патологии идет речь. Какими данными подтверждается?
2. Какие ошибки были при ведении беременности и родов?
3. Тактика акушерки родильного отделения.
4. Рассказать об особенностях ухода и лечения при данной патологии.
5. Выполнить манипуляцию “Экспресс-анализ мочи на белок

#### **Эталон ответа:**

1. Женщина нуждается в неотложной помощи в связи с состоянием, угрожающим жизни женщины. Это состояние обусловлено гестозом II половины беременности тяжелой степени – на догоспитальном этапе преэклампсией (данное состояние подтверждается наличием пастозности, гипертензии АД 170/110 мм рт.ст., наличием головной боли, нарушением зрения). В приемном отделении произошел приступ эклампсии - приступ судорог с потерей сознания. Состояние женщины следует расценить как тяжелое. Потенциальные проблемы: возможна смерть от удушья, кровоизлияние, тромбоз, почечная недостаточность, отслойка плаценты, сетчатки, гибель плода и другие тяжелые осложнения.

2. Поздняя диагностика гестоза, отсутствие лечения. Поздняя госпитализация. Сульфат магния применяется при поздних токсикозах, но в данном случае нужно было применить лечебно-охранительную терапию -масочный наркоз, дропидол, седуксен, более эффективные гипотензивные средства. Осмотр в приемном отделении без предварительного обезболивания спровоцировал приступ эклампсии.

3. Целью действия акушерки является предупреждение и прекращения приступа судорог, профилактика тяжелых осложнений: -срочно вызвать врача-анестезиолога и ответственного дежурного врача-акушера;-обезопасить женщину, обеспечить проходимость дыхательных путей. Необходимо ИВЛ, интенсивные средства по назначению врача. Привести примеры лекарственных средств.-женщину подготавливают к родоразрешению оперативными методами с применением обезболивания, для исключения потуг применяют акушерские щипцы. Риск при отсутствии анестезиолога и акушера очень велик.

4. Составить план ухода.

## 5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 75**

24-летняя женщина поступает в родильный дом с активной родовой деятельностью, начавшейся в срок. Околоплодные воды отошли за 1 час до поступления и были чистыми. Шейка матки прогрессивно раскрывается, и через несколько часов рождается мальчик в головном предлежании, с оценкой по шкале Апгар 6 баллов. Пуповина пережимается и перерезается. Прозрачный секрет удаляется изо рта и носа новорожденного. Он начинает кричать во время вытирания теплым полотенцем. Мальчик быстро розовеет, у него отмечается хороший мышечный тонус.

#### **Задания:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у ребенка.
2. Расскажите клиническую картину в зависимости от степени тяжести.
3. Назовите возможные причины развития этого состояния.
4. Нуждается ли ребенок в дальнейшей реанимационной помощи и каковы Ваши дальнейшие действия.

#### **.Эталоны ответа.**

1. При рождении отмечалась асфиксия легкой степени.
2. Легкая степень асфиксии характеризуется нерезко выраженным цианозом кожных покровов, четкими, но замедленными ЧСС, кратковременной задержкой дыхания, удовлетворительным мышечным тонусом, с сохраненной реакцией на тактильную стимуляцию.

Асфиксия средней степени тяжести: общее состояние тяжелое, кожные покровы резко цианотичны, тоны сердца глухие, сердцебиение ритмичное, замедленное, дыхание отсутствует, мышечный тонус резко снижен, ответ на тактильную стимуляцию резко ослаблен.

Тяжелая степень асфиксии: кожные покровы бледные, слизистые цианотичные, дыхание отсутствует, тоны сердца глухие, резко замедлены, аритмичные, тонус мышц отсутствует или резко ослаблен.

3. Гипоксия плода, соматическая патология матери во время беременности, затяжные роды; патология пуповины; отслойка плаценты, аспирация.
4. Данный ребенок в дальнейшей реанимационной помощи не нуждается, его следует положить на живот к матери и наблюдать.

### **ЗАДАЧА № 76**

К акушерке ФАПа 5 мая обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту до 10 раз в день, нарушение аппетита, сна, повышение температуры до 37,5° С. Соматически здорова. Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта. Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9 недель, беременность протекала аналогичным образом. Объективно: рост 160 см, вес 56 кг. АД -100/60; 90/50 мм рт.ст., PS-96 в мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Шейка матки и слизистая влагалища цианотична. Влагалище нерожавшей. Шейка сформирована. Матка соответствует 7–8 неделям беременности. Выделения скудные, слизистые.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки.
4. Рассказать о причинах данной патологии, методах диагностики, лечения, профилактики
5. Манипуляция “Измерение АД”.

### **Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы: тошнота и рвота по утрам; изменения аппетита. Потенциальные проблемы: обезвоживание, нарушение обмена, риск невынашивания или необходимость прервать беременность по медицинским показаниям.
2. Состояние беременной средней тяжести. Диагноз: беременность 7-8 недель Рвота беременной (токсическая стадия). Обоснование диагноза. Из условия задачи следует, что у женщины имеются предположительные (тошнота и рвота) изменения аппетита и вероятные признаки (задержка менструации, увеличение, размягчение матки, цианоз влагилица. По последним месячным и по величине матки можно определить, что срок беременности 7-8 недель. На рвоту средней степени тяжести указывает гипотония, тахикардия, температура, потеря веса, нарушение аппетита и сна. Так как у нее предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9-10 недель, то и эта беременность может протекать с угрозой прерывания, при тяжелом течении токсикоза может потребоваться искусственное прерывание беременности.
3. Срочная госпитализация женщины. При невозможности обеспечить быструю доставку в стационар, в качестве неотложной помощи применить инфузионную терапию (глюкоза, физраствор), противорвотные средства (церукал).
4. Рассказать о причинах раннего токсикоза, классификации, методах диагностики, клинических проявлениях, акушерской тактике и дифференциальном диагнозе.
5. Выполнить манипуляцию.

### **ЗАДАЧА № 77**

Повторнобеременная К., 30 лет, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью через 1 час после отхождения вод. Соматически и гинекологически здорова. Менструальная функция без особенностей. Данная беременность третья, две первые закончилась срочными родами без осложнений. В связи с отхождением вод было назначено родовозбуждение. Через час от начала введения окситоцина женщина позвала акушерку и пожаловалась на сильные боли в животе, тошноту, рвоту. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ -33 см, ОЖ -100 см. Членорасположение плода определить не удалось из-за повышенного тонуса маточной мускулатуры. Сердцебиение плода 156 в минуту, ритмичный. Схватки сильные, болезненные, носят судорожный характер, матка не расслабляется. Размеры таза 26-29-31-21 см. Влагилицное исследование: влагилице емкое, рожавшей, шейка сглажена, края тонкие, открытие 7-8 см. Во время исследования излились светлые околоплодные воды, головка большим сегментом в полости таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достигается.

### **Задания:**

1. О какой патологии идет речь? Какими данными это подтверждается?
2. Тактика акушерки в данной ситуации.
3. Рассказать о видах аномалии родовой деятельности, причинах возникновения, диагностике, методах коррекции.
4. Выделить ошибки при ведении женщины.
5. Выполнить манипуляцию "Подготовка раствора для родостимуляции".

### **Эталон ответа:**

1. Женщина нуждается в неотложной помощи в связи с чрезмерной родовой деятельностью, титанией матки, которая может вызвать преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, внутриутробную гипоксию плода, травматизм матери. Данное состояние подтверждает повышенный тонус маточной мускулатуры, судорожный характер родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода.
2. Целью действий акушерки является предотвращение осложнений. Для этого она должна: прекратить введение окситоцина, ввести спазмолитики, уложить женщину на сторону, противоположную позиции плода (на левый бок) для ослабления родовой деятельности; вызвать врача акушера; приготовить для в/в капельного введения физиологический раствор, приступить к вы-полнению назначений врача.

3. Рассказать о видах аномалий родовой деятельности, причинах, диагностике, методах коррекции.
4. Ошибочным было назначение родовозбуждения и его неправильное проведение, недостаточное наблюдение за женщиной.
5. Выполнить манипуляцию.

### **ЗАДАЧА №78.**

---

Мальчик родился на 31-й неделе беременности, масса тела 1400 г, рост 38 см. Во время беременности у женщины была выявлена ХФПН, у плода были проявления гипоксии. Роды быстрые с искусственным вскрытием околоплодного пузыря, воды зеленые. Ребенок родился в асфиксии, задышал через 30 секунд после санации дыхательных путей. Явления одышки появились сразу после рождения, проявились раздуванием крыльев носа, заметным западением верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе, заметное западение межреберий на вдохе, небольшое втяжение мечевидного отростка, опускание подбородка на вдохе, рот открыт. При перкуссии отмечается умеренное укорочение перкуторного звука слева, при аускультации дыхание слева ослаблено, сердечные тоны приглушены. На рентгенограмме слева гомогенная тень, справа воздушность повышена .

#### **Задания:**

1. О каком заболевании Вы можете подумать? Обоснуйте ответ.
2. Оцените степень тяжести по шкале Сильвермана.
3. Назовите особенности ухода и лечения.
4. Назовите принципы проведения оксигенотерапии новорожденному ребенку.

#### **Эталон ответа.**

1. Синдром дыхательных расстройств (ателектаз левого легкого). Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (т.е. ребенок родился недоношенный, с маленькой массой тела, беременность протекала на фоне ХФПН, внутриутробно плод испытывал гипоксию, в родах асфиксия все выше перечисленные факторы приводят к развитию РДС). Также подтверждает данное заболевание и клиника, т.е. появление признаков дыхательной недостаточности сразу после рождения умеренное укорочение перкуторного звука слева, при аускультации дыхание слева ослаблено, сердечные тоны приглушены. На рентгенограмме слева гомогенная тень, справа воздушность повышена
2. Сумма баллов 7 – что соответствует тяжелой степени СДР.
3. Ребенку необходимо обеспечить температурный комфорт, выбрать способ кормления, дать кислород в первые часы под повышенным давлением на выдохе.
4. Кислород должен быть подогрет, увлажнен, концентрация 30-40%, подается через носовые канюли, маску, кислородная палатка.

### **ЗАДАЧА № 79**

К акушерке ФАПа обратилась пациентка 23 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками, начавшиеся 1 час назад. Замужем. Задержка менструации на 1,5 месяца, считает себя беременной, беспокоит по утрам тошнота. Кровотечению предшествовали схваткообразные боли внизу живота. Вмешательство с целью прерывания беременности отрицает. В анамнезе -1 роды (без осложнений), искусственный аборт 5 месяцев назад. Объективно: кожные покровы бледноватые, влагилицное исследование: во влагилице сгустки крови, шейка матки синюшная, зев пропускает свободно 1 палец. Матка наклонена кпереди, мягковатой консистенции, слегка болезненная, увеличена до 6-7 недель беременности. Придатки без особенностей.

#### **Задания:**

1. Оценить состояние пациентки. О какой патологии идет речь, на чем основано Ваше предложение, причины осложнения.

2. Тактика акушерки в данной ситуации.
3. Рассказать о клиническом течении и лечении данной патологии.
4. Рассказать о реабилитации женщины.
5. Выполнить манипуляцию “Бимануальное исследование”.

**Эталон ответа:**

1. Состояние удовлетворительное. В данном случае речь идет о начавшемся выкидыше 6-7 недель. Это предположение основано на данных анамнеза (указание на задержку менструации на 1,5 месяца, были предположительные признаки беременности –тошнота), а также влагалищного исследования (синюшность шейки, увеличение матки до 6-7 недель). Это – свидетельства беременности. На выкидыш указывают схваткообразные боли, кровяные сгустки, зияние цервикального канала.

2. Тактика акушерки:

□учитывая обильные кровянистые выделения со сгустками, пациентку необходимо срочно транспортировать в сопровождении в ближайшую больницу для оказания квалифицированной помощи (выскабливание полости матки);

□доврачебная помощь при большой кровопотере –установить капельницу и перелить физиологический раствор;

□успокоить пациентку. Рассказать о причинах, диагностике, акушерской тактике при начавшемся выкидыше.

После выписки женщины из больницы научить её методам планирования семьи, рассказать о вреде привычного невынашивания и его осложнений.

Выполнение манипуляции.

**ЗАДАЧА № 80**

Беременная Ж., 28 лет, поступила с родовой деятельностью при доношенной беременности. Беременность вторая, протекала без осложнений. Первая беременность закончилась мини-абортом без осложнений. Продолжительность родов 11 час 30 мин. Лекарственные средства не вводились. Ребенок родился с оценкой 8/9 баллов. Масса плода 3900 г. Послед родился самостоятельно через 10 минут без дефектов. Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровянистые выделения. Кровопотеря одномоментно достигла 500 мл и продолжается. При осмотре: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Матка дряблая, дно на уровне пупка. При наружном массаже матка сократилась, но через 5 минут вновь расслабилась.

**Задания:**

1. О какой патологии идет речь, какими данными это подтверждается?
2. Тактика акушерки в данной ситуации.
3. Рассказать о причинах кровотечений в раннем послеродовом периоде, осложнениях, методах лечения.
4. Ошибки по ведению женщины.
5. Выполнить манипуляцию «Ручного обследования полостиматки».

**Эталон ответа:**

1. Родильница нуждается в неотложной помощи в связи с кровотечением в раннем послеродовом периоде. Данное состояние вызвано гипотонией матки, что подтверждается наличием обильных кровянистых выделений из половых путей, объемом кровопотери, потерей тонуса маточной мускулатуры. Состояние родильницы следует расценить как состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пульс 100 уд. в минуту, АД 90/60 мм рт.ст., что свидетельствует о развитии геморрагического шока.

2. Целью действий акушерки является сохранение жизни женщины. Для этого необходимо как можно быстрее остановить кровотечение, способствовать восстановлению функций организма: □вызвать врача-акушера и анестезиолога; □произвести катетеризацию мочевого пузыря; □ввести сокращающие матку препараты (окситоцин, метилэргометрин) (вводить сокращающие средства внутримышечно, внутривенно, под язык, в шейку матки); □установить

контакт с веной и начать переливание жидкости с целью восполнения ОЦК; Для закрепления эффекта ввести тампон с эфиром в задний свод; на низ живота уложить пузырь со льдом; периодически проводить легкий наружный массаж матки; проводить подсчет кровопотери; проводить контроль состояния, АД, Рс; одновременно проводить подготовку к операции ручного обследования полости матки, ассистировать врачу при операции и восполнении кровопотери.

4. Отсутствие профилактики у женщины из группы риска.

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА №81**

---

Вы акушерка родильного зала, при приеме новорожденного Вы обратили внимание, что у ребенка в области лба и теменной кости имеется опухолевидное образование плотной консистенции. Ребенок родился от первых родов с массой 4000гр, беременность протекала без особенностей, роды затяжные, отмечалось длительное стояние головки в родовых путях. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

#### **Задания:**

1. О чем можно подумать, обоснуйте ответ.

2. Назовите возможные причины.

3. Проведите дифференциальную диагностику между родовой травмой и кефалогематомой..

4. Дайте основные рекомендации матери по уходу.

#### **Эталон ответа.**

1. Родовая опухоль. Эта родовая опухоль, так как припухлость появилась сразу после рождения ребенка, нет четких границ, нет флюктуации.

2. Причины появления родовой опухоли несоответствие размеров предлежащей части и родовых путей, слабость родовой деятельности и др.

3. Дифференциальная диагностика между родовой опухолью и кефалогематомой( сроки появления – появилась сразу после рождения распространенность – располагается над несколькими костями, а кефалогематома ограничена размерами одной кости, сроки исчезновения – родовая опухоль рассасывается в течение 2-3 дней, т.к. это отек мягких тканей).

4. Консультация неонатолога,

Выполнение назначений врача,

Бережное пеленание и уход, холод к голове,

Кормление из ложечки сцеженным грудным молоком,

Раздача лекарственных препаратов (фенобарбитал, валериана, пустырник, витамин «К», и т.д.)

### **ЗАДАЧА № 82.**

В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, по поводу повышенного артериального давления, патологической прибавки массы тела. Жалоб не предъявляет. Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 3 года назад; 2-я беременность закончилась медицинским абортom в сроке беременности 7-8 недель, без осложнений. 3-я беременность, настоящая, протекала без осложнений. В течение последних двух недель отмечалась патологическая прибавка массы тела. Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Брак 1-й. Объективно: рост = 168 см; вес = 80 кг, за неделю прибавка массы тела составила 700 г. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД=140/90, 145/95 мм рт.ст. PS=78 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. мин. Отмечаются отеки нижних конечностей. Белок в моче -0,033 г/л.

#### **Задание:**

1. Выявить проблемы женщины.

2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и его обоснование.
3. Тактика акушерки по наблюдению и осуществлению ухода в отделении патологии беременности.
4. Рассказать о методах лечения данной патологии. Привести примеры рецептов.
5. Выполнить манипуляции: контроль АД и его оценка.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: самочувствие нормальное, проблемы связаны с вынужденной госпитализацией.

Потенциальные: - риск развития тяжелых форм гестоза; - риск развития гипоксии плода; - риск возникновения отслойки плаценты; - риск возникновения ДВС-синдрома; - риск возникновения кровотечения в родах.

2. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: беременность 36 недель. Гестоз II половины беременности, преэклампсия легкой степени или нефропатия I степени ОАА. Обоснование диагноза: наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок указан в условии задачи. Наличие триады симптомов: гипертензия, отеки, протеинурия, патологическая прибавка массы тела указывают на нефропатию. Цифры АД, количество белка позволяют определить I степень. Акушерский анамнез отягощен медицинским абортom.

3. Акушерке необходимо: - провести беседу с беременной о режиме, назначенном ей (палатный, лечебно-охранительный); - провести беседу с беременной о диете (ограничение соли, жидкости); - контролировать АД через 4 часа, суточный диурез, массу тела, проинструктировать беременную о подготовке к клиническим и биохимическим обследованиям, УЗИ, КТГ; - начать медикаментозную терапию, по назначению врача (седативная, гипотензивная, защитная терапия плода, укрепление сосудистой стенки, улучшение маточно-плацентарного кровообращения, улучшение реологических свойств крови; - вызвать для консультации терапевта, окулиста, по назначению врача.

4. Рассказать о методах лечения данной патологии, привести примеры гипотензивных, мочегонных средств, средств для улучшения микроциркуляции и т.д.

5. Выполнение манипуляции.

#### **ЗАДАЧА № 83**

Беременная С., 23 года. Беременность первая, соматически здорова, наблюдается в женской консультации. Срок беременности 36 недель. В течение последней недели отмечала отеки голеней и лица. АД повышалось до 130/90. В моче следы белка. Женщина с трудом согласилась на госпитализацию. Дано направление в отделение патологии роддома. В приемном отделении акушерка отказала женщине в приеме в связи с отсутствием мест, предложила приходить завтра. Женщина поступила в родильный дом через 2 дня, узнав о наличии свободного места в дородовом отделении.

55 При поступлении жалуется на сильную головную боль, тошноту и боли в подложечной области, мелькание «мушек» в глазах. На голенях отеки, лицо одутловатое. АД -180/110; 200/120 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный. Матка увеличена соответственно доношенной беременности. Положение плода продольное. Головка фиксирована малым сегментом на входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 132 удара в минуту. Родовой деятельности нет.

#### **Задания:**

1. О какой патологии идет речь; возможные осложнения в данной ситуации.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Рассказать о лекарственной терапии при данной патологии, выписать рецепты.
4. Отметить ошибки при ведении женщины.
5. Выполнить манипуляцию «Анализ мочи на белок».

#### **Эталон ответа:**

1. У беременной при сроке 36 недель беременности имеется триада симптомов, характерных для нефропатии (гипертония, протеинурия, отеки). Однако позже возникла сильная головная боль,

тошнота, боли в подложечной области и нарушение зрения. Эти признаки характерны для преэклампсии. Возможны осложнения -приступ эклампсии, отслойка плаценты, отслойка сетчатки, гипоксия и асфиксия плода и др.

2.Беременная нуждается в оказании срочной помощи. Целью действий акушерки приемного отделения в данной ситуации является предотвращение приступа эклампсии: [срочно вызвать дежурного акушера и анестезиолога-реаниматолога;]уложить беременную, исключить звуковые, световые, тактильные раздражители, успокоить; выполнять назначения врача;[если нет врача, дать наркоз (закисно-фторотановый) для создания лечебно-охранительного режима;]подготовить медикаменты (дроперидол, седуксен, пипольфен, эуфиллин, пенталгин, сернокислую магнезию, 40% глюкозу, кокарбоксилазу и др.) для снятия повышенного АД, улучшения мозгового кровообращения;]приготовить набор для оказания помощи в случае приступа эклампсии;]после оказания неотложной помощи на месте перевести в палату интенсивной терапии для проведения комплексной терапии. Женщина должна быть родоразрешена в течение ближайшего времени оперативным путем с обезболиванием

3.Перечислить лекарственные средства: гипотензивные, мочегонные, для улучшения микроциркуляции. Непременно рассказать о магниальной терапии, эуфиллине, клофиллине и т.п.

4.Поздно были выявлены признаки позднего гестоза, неправильно осуществлялась госпитализация и патронаж. Акушерка приемного отделения не имела права отказать женщине без осмотра врача.

5.Выполнить манипуляцию.

#### **ЗАДАЧА № 84**

Вы акушерка женской консультации. На прием к гинекологу пришла беременная женщина, которую по сроку беременности Вы берете на учет:

##### **Задания:**

1.Объясните женщине, какие методы пренатальной диагностики ей необходимо пройти (цель проведения, особенности подготовки, сроки).

2.В чем заключается постнатальный скрининг.

3.Расскажите методику забора анализа для этого исследования и назовите на какие заболевания обследуются новорожденные.

##### **Эталон ответа.**

---

1.Пренатальная диагностика врожденных пороков развития:

В 10-11 недель проводится РАРС тест на врожденную патологию

Определение альфафетопротеина, хориогонина, эстриола во 2 триместре беременности (в 16-18 недель) после прохождения УЗИ.

УЗИ плода I – в 10- 13 недель, II- 18-23 недели, III – 32-35 недель. Подготовку и технику проведения см. «Методы лабораторно-инструментальных исследований» стр. 10

2.Неонатальный скрининг проводится в родильном доме на 4 сутки. А также аудиологический скрининг, осмотр узких специалистов, проведение УЗИ диагностики и ЭКГ

3.Кровь берется из пяточки на специальный тест –бланк , на 4день у доношенного ребенка натошак, на 5 заболеваний( ФКУ, врожденный гипотиреоз, галактоземию, адрено-генитальный синдром, муковисцидоз)

#### **ЗАДАЧА № 85**

Акушеркой ФАПа вызвана на прием беременная А., 24 года. 2 недели назад был срок родов, но беременная в род. дом не поступила. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице. Беременность I, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности, была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели. Менструальная функция: месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически



здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80,115/80 мм рт.ст., PS=72 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

#### **Задание:**

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины.
3. Поставить диагноз и дать его обоснование.
4. Тактика акушерки.
5. Рассказать о причинах перенашивания, методах диагностики, профилактики, осложнениях.
6. Выполнить манипуляцию “Влагалищное исследование”.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: - беременная не захотела госпитализироваться, вследствие этого перенашивание беременности, гипоксия плода. Причины в недостаточной работе с беременной, не назначалась подготовка к родам. Потенциальные проблемы:- акушерский травматизм;-асфиксия новорожденного;-кровотечение в родах;-осложненный послеродовой период;-оперативные вмешательства.
2. Состояние женщины удовлетворительное.
3. Диагноз: беременность 42 недели. Переношенная беременность. Гипоксия плода. Обоснование диагноза: из условия задачи выявлено, что срок родов был 2 недели назад. Кости головки плода плотные. Это указывает на переношенную беременность. Ослабление шевеления плода, урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о гипоксии плода.
4. Тактика акушерки: -направить беременную в родильный дом для родоразрешения; - объяснить важность госпитализации, проконтролировать, выполнить триаду Николаева.
5. Рассказать о причинах перенашивания, методах диагностики, профилактике (определение срока беременности, патронаж, физиопрофилактика, оценка готовности женщины к родам, подготовка шейки и т.д.) Рассказать об особенностях течения родов и осложнениях для матери и ребенка.
6. Выполнить манипуляцию.

#### **ЗАДАЧА № 86**

В родильное отделение ЦРБ поступила повторнородящая В. 30 лет, с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью. Беременность многоплодная, протекала без осложнений. Соматически здорова. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Размеры таза 25-28-30-20 см. Через 6 часов от момента поступления в родильное отделение произошли роды -родился 1 плод в переднем виде головного предлежания, женского пола с оценкой по шкале Апгар 8 баллов, массой 2500 г. После рождения первого плода при наружном акушерском обследовании: головка 2 плода определяется слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода -слева на уровне пупка, ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

#### **Задания:**

- 1.Выявить проблемы роженицы.
- 2.Оценить состояние роженицы. Поставить диагноз и обосновать его.
- 3.Тактика акушерки в данной ситуации.
- 4.Рассказать об особенностях течения и ведения родов при многоплодии.
- 5.Выполнить манипуляцию классического наружно-внутреннего поворота плода на ножку с экстракцией плода за тазовый конец.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: риск развития внутриутробной гипоксии 2-го плода и асфиксии новорожденного; риск развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты; риск повышенного травматизма матери и плода (разрыв матки и т.д.); риск кровотечения в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде; риск инфицирования матки в связи с оперативным родоразрешением.

2. Состояние роженицы удовлетворительное.

3. Диагноз: многоплодие. Второй период срочных родов двойней. Поперечное положение 2-го плода. Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у роженицы многоплодная беременность, II период срочных родов двойней, так как произошло рождение 1-го плода в головном предлежании, переднем виде; по данным наружного акушерского исследования, второй плод располагается поперечно, I позиция, так как головка располагается слева, сердцебиение 2-го плода выслушивается слева на уровне пупка, 140 ударов в минуту. Учитывая наличие данной ситуации необходимо: успокоить роженицу; подготовить для дачи наркоза; подготовить к влагалищному исследованию и провести влагалищное исследование с целью уточнения диагноза и проведения классического наружно-внутреннего поворота плода на ножку с экстракцией плода за тазовый конец; с целью подготовки к оперативному родоразрешению и профилактики осложнений вести наблюдение за роженицей по плану ведения родов.

Алгоритм выполнения манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 87**

Акушерка ФАПа проводит патронаж к ребенку 3-недельного возраста. Жалоб мама не предъявляет. Вскармливание грудное, молока достаточно, сосет активно.

Объективно: состояние удовлетворительное, T тела 36,6<sup>0</sup>С. На коже в области паховых складок и вокруг ануса умеренно выраженная гиперемия кожи без четких границ.

При беседе с мамой выяснилось, что ребенок часто и подолгу лежит в мокрых пеленках (т.к. с ее слов, «его это не беспокоит»).

#### **Задания:**

1. О чем Вы можете подумать? Обоснуйте ответ.

2. Назовите возможные причины заболевания. Что привело к его развитию в данном конкретном случае?

3. Какова ваша тактика, принципы лечения.

4. Назовите клинические проявления других форм данного заболевания.

#### **Эталон ответа.**

1. У ребенка опрелости I степени. Диагноз поставлен на основании появления дефекта кожи в виде гиперемии в естественных складках кожи при отсутствии симптомов интоксикации

2. Данное заболевание обусловлено дефектами ухода, в данном случае тем, что ребенок длительно лежит в мокрых пеленках.

3. Ребенок лечится дома. Ежедневно наблюдать за ребенком до полного исчезновения опрелостей, научить мать моментам ухода за ребенком.

После каждого акта мочеиспускания и дефекации ребенка необходимо подмывать, после того как осушили кожу, кожные складки обрабатываются стерильным растительным маслом, детским кремом или присыпкой. Ребенку показано свободное пеленание, проведение воздушных ванн, не допускать, чтобы он лежал в мокрых пеленках.

Проветривать помещение, t воздуха должна быть в пределах + 22,0 – 24,0<sup>0</sup>С.

4. Выделяют 3 степени опрелостей. **I степень** – гиперемия без резких границ, переходящая в здоровую кожу;

**II степень** – гиперемия более яркая, нарушается целостность кожи в виде появления эрозий;

**III степень** – роговой слой эпидермиса мацерируется и отторгается с образованием эрозивной мокнущей поверхности с нечеткими очертаниями.

### **ЗАДАЧА № 88**

К акушерке ФАПа на очередной прием пришла беременная 30 лет. Срок беременности 37-38 недель. Первые роды были 5 лет назад в тазовом предлежании. Ребенок, со слов пациентки, родился в асфиксии, но был оживлен. Настоящая беременность протекает без осложнений, но беременная волнуется, как расположен плод в матке. Размеры таза: 26, 29, 33, 21. АД -120/80, 110/75 мм рт.ст. Прибавка массы тела за 10 дней (+500,0 г), отеков нет. Тонус матки обычный, над входом в малый таз пальпируется широкая мягкая часть плода, а в дне матки - округлая баллоритующая крупная часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева выше пупка, 138 уд. в мин. Окружность живота 90 см, ВДМ -32 см.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы пациентки.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Отметить ошибки по ведению данной беременной.
5. Выполнить манипуляцию: “Пособие по Цовьянову 1”.

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы пациентки: аномалия положения плода. Тревога за исход данных родов.

Потенциальные: осложнения родов в тазовом предлежании.

2. Диагноз: беременность 37-38 недель. Тазовое предлежание плода. Диагноз поставлен на основании наружного акушерского исследования (над входом в малый таз - широкая мягкая часть - тазовый конец, а в дне матки баллотирующая округлая часть - головка). Сердцебиение плода выслушивается со стороны позиции выше пупка, что характерно для тазовых предлежаний.

3. Тактика акушерки: прежде всего, нужно успокоить пациентку, разъяснить ей, что, хотя и имеется тазовое предлежание плода при данной беременности - роды должны пройти благополучно, если пациентка будет выполнять все советы и рекомендации; учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежанием, нужно убедить беременную в необходимости немедленной профилактической госпитализации; дать направление к врачу акушеру-гинекологу и проконтролировать явку в ЦРБ.

4. Диагноз тазового предлежания поставлен с опозданием, этого можно было бы избежать, если бы акушерка своевременно проконсультировала беременную с врачом, направила на УЗИ, не использованы возможности ЛФК для коррекции предлежания, теперь это поздно.

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 89**

В родильное отделение районной больницы поступила роженица 32 лет, с доношенной беременностью, начавшейся 6 часов тому назад родовой деятельностью и отошедшими водами. Беременность восьмая. Роды предстоят пятые. Последние роды 4 года назад, крупным плодом. Было 3 мед. аборта в сроках 8-10 недель. Последний мед. аборт год назад осложнился острым эндометритом, по поводу чего лечилась в гинекологическом стационаре. Настоящая беременность прошла без осложнений. При поступлении поведение роженицы беспокойное, кричит, мечется. АД -130/90; 120/80 мм рт.ст., пульс-100 в мин., кожные покровы гиперемированы, схватки через 1,5-2 мин. по 50-60 сек., резко болезненные. Вне схватки отмечается гипертонус нижнего сегмента, пальпация его болезненна. Контракционное кольцо резко выражено, расположено высоко, косо. ОЖ -104 см, ВДМ -42 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата по входу в малый таз. Сердцебиение плода 110 в мин., приглушено, ритмичное. Размеры таза 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева -16 см. Признак Вастена вровень. Влагалищное исследование: влагалище емкое, рожавшей, шейка сглажена,

края отечны, плотные, открытие маточного зева 9 –10 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс не достижим. Подтекают зеленоватые воды.

**Задания:**

1. Определить диагноз и обосновать его, отметить возможные осложнения.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Рассказать о причинах данной патологии, ее видах, методах родоразрешения.
4. Рассказать о задачах акушерки родильного отделения в периоперативной практике при операции кесарева сечения.
5. Выполнить манипуляции “Определение симптомов Вастена и Цангенмейстера”.

**Эталон ответа:**

1. Можно предположить, что у роженицы: Диагноз: конец I периода родов в головном предлежании. Угроза разрыва матки. Крупный плод. Клинически узкий таз. Раннее излитие околоплодных вод. Угроза внутриутробной асфиксии плода ОАГА. Обоснование диагноза: из условия задачи следует, что женщина – много рожавшая, в анамнезе 3 мед. аборта, эндометрит, т.е. имеются морфологические изменения в стенке матки, поэтому она относится к группе риска по акушерскому травматизму. У нее активная родовая деятельность, почти полное открытие, что соответствует концу I периода родов. Размеры ОЖ и ВДМ больше, чем должны быть при доношенной беременности, что свидетельствует о крупном плоде. Массу плода можно определить по формуле:  $ОЖ \times ВДМ = 104 \times 42 = 4368$  г. Имеются симптомы угрозы разрыва матки: резко болезненные схватки, гипертонус и болезненность нижнего сегмента вне схватки, высокое стояние контракционного кольца. Отсутствие продвижения головки, признак Вастена вровень являются симптомами клинически узкого таза. Урежение сердцебиения плода, приглушенность токов, изменение цвета околоплодных вод свидетельствуют об угрозе внутриутробной асфиксии плода. В данной ситуации возможны осложнения: разрыв матки, кровотечение, развитие травматического и геморрагического шока, внутриутробная гибель плода.

2. Женщина нуждается в неотложной помощи в связи с угрозой разрыва матки. Целью действий акушерки в данной ситуации –не допустить разрыва матки. Акушерка должна: вызвать врача и операционную бригаду для оперативного родоразрешения; успокоить роженицу, создать строгий постельный режим; для предотвращения разрыва матки необходимо снять родовую деятельность путем подачи масочного наркоза; приготовить все необходимое для инфузионной терапии; провести лечение внутриутробной гипоксии плода; следить за общим состоянием роженицы: контроль АД, пульса, дыхания, сознания.

3. Рассказать о видах и причинах данной патологии.

4. Рассказать об обязанностях акушерки. 5. Выполнение манипуляции.

**ЗАДАЧА № 90**

Ребенок родился от 7 беременности, 3 родов. Маме 38 лет, отцу 42 года, мать страдает алкоголизмом. Ребенок родился в срок, с массой 2400 гр, рост 50 см.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Расскажите, что вы можете обнаружить у этого ребенка при осмотре.
3. Какие состояния могут возникнуть у этого ребенка в ранний неонатальный период.
4. Наметьте план наблюдения за новорожденным.

**Эталон ответа.**

1. У ребенка может быть алкогольный синдром, который характеризуется развитием ЗВУР, т.к. мать страдает алкоголизмом

2. Нарушение развития лицевой части черепа, с множественными стигмами дисэмбриогенеза, задержка НПР и физического развития.

3. В ранний неонатальный период у ребенка могут быть проявления ППНС, синдром угнетения.

4. Ребенок будет наблюдаться в группе здоровья Д – 2 , риск развития врожденной патологии и социально-неблагополучная семья.

### **ЗАДАЧА № 91**

В отделение патологии родильного дома 14 ноября поступила первобеременная С., 20 лет, по направлению ЖК с диагнозом: анемия беременных. Последняя менструация 4 апреля. Первое шевеление плода 22 августа. Беременность в первой половине протекала без осложнений. Во второй половине беременности в сроке 24 недели находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременности с диагнозом: анемия беременной. Проводилось лечение, выписана с улучшением. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Женщина обеспокоена состоянием плода. Проживает в промышленном районе.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД -100/70, 100/60 мм рт. ст. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Нв -90 г/л. ОЖ -85 см, ВДМ -32 см, И.С. -14 см. Размеры таза 25-27-30-20. Положение плода продольное, II позиция, передний вид, головное предлежание. Головка над входом в малый таз баллотирует. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту приглушено, слева ниже пупка. Матка в норма тонусе.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы беременной.
2. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о методах антенатальной охраны плода.
5. Выполнить манипуляцию “ Выслушивание сердцебиения плода”.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы

□анемия; тревога за ребенка. Проживание в промышленном районе усугубляет проблему.

Потенциальные проблемы: □риск развития асфиксии плода и новорожденного; □риск более выраженной анемии; □риск возникновения кровотечения.

2. Состояние беременной удовлетворительное. Диагноз: беременность 31 -32 недели, анемия беременности II степени. Угрожающая гипоксия плода. Обоснование диагноза: из условий задачи даты, последней менструации 4 апреля, первого шевеления плода 22 августа, объективных данных, ОЖ -85 см, ВДМ - 32 см у пациентки беременность соответствует 31 -32 неделям. У беременной в анамнезе с 24 недель беременности анемия, по поводу которой лечилась в стационаре. При поступлении Нв -90 г/л, приглушенное сердцебиение плода характерны для симптомов внутриутробной гипоксии плода, которая развилась на фоне анемии беременной.

3. Учитывая данную ситуацию, необходимо: □успокоить пациентку, вселить надежду в благоприятное течение беременности; □в родовом отделении наблюдение и лечение под руководством врача (выполнение гемо-стимулирующих средств, средств для лечения гипоксии плода –примеры); □с целью профилактики осложнений дежурная акушерка должна вести наблюдения за беременной –контроль за сердцебиением, шевелением;

□контроль за гемоглобином (клинический анализ крови), УЗИ и КТГ в динамике.

4. Рассказать о методах антенатальной охраны плода: выявление и устранение вредного воздействия, методы оценки состояния плода, методы профилактики и лечения патологии развития плода, плацентарной недостаточности.

5. Выполнение манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 92**

В роддом поступила повторнородящая с регулярной родовой деятельностью, доношенной беременностью. Из анамнеза выяснено: первая беременность 7 лет назад закончилась в 7 недель без осложнений, вторая беременность 4 года назад – срочными родами без осложнений, родила девочку с массой 4000 г. Схватки носили нарастающий характер. Продолжительность I периода родов 8 часов, после отхождения околоплодных вод начались потуги, через 30 мин родоразрешилась живой доношенной девочкой, массой 3800 г. Через 10 мин началось кровотечение из влагалища в умеренном количестве. Признаков отделения плаценты нет. Общее состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт.ст. пульс 88 в минуту, ритмичный. Кровопотеря 250 г, продолжается кровотечение.

**Задания:**

1. О какой патологии идет речь.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи с обоснованием каждого этапа.
3. Рассказать о причинах данной патологии и методах профилактики и лечения.
4. Рассказать о средствах и методах обработки рук перед экстренной операцией.
5. Выполнить манипуляцию “Ручное отделение и выделение последа”.

**Эталон ответа:**

1. В данной ситуации имеется кровотечение в последовом периоде. Гипотоническое кровотечение возможно на фоне отягощенного акушерского анамнеза (мед. аборт, первые роды крупным плодом).
2. Состояние женщины удовлетворительное.
3. Целью действий акушерки в данной ситуации является сохранение жизни роженицы и борьба с начавшимся кровотечением, а именно: -успокоить роженицу, вселить уверенность в благополучный исход родов; -вызвать врача акушера-гинеколога, анестезиолога; -подготовить женщину к операции “Ручное отделение и выделение последа”; -выполнить операцию “Ручное отделение и выделение последа”; -проводить контроль за общим состоянием, пульсом, АД, дыханием; -следить за кровопотерей.
4. Рассказать о методах и средствах экстренной обработки рук перед операцией.
5. Алгоритм выполнения операции.

**Задача № 93.**

---

Акушерка ФАПа при проведении патронажа обнаружила у 10-дневного ребенка выделения из пупочной ранки гнойного характера. Края ранки уплотнены, кожа вокруг гиперемирована. Ребенок вялый, при проведении термометрии – Т тела 37,3 °С. Сосет неохотно, срыгивает.

**Задания:**

1. О каком заболевании Вы можете подумать? Обоснуйте ответ.
2. Назовите клинические формы данного заболевания.
3. Какова ваша тактика, принципы лечения.
4. Назовите сроки заживления пупочной ранки в норме.

**Эталон ответа.**

1. У ребенка гнойный омфалит, т.к. имеются признаки воспаления пупочной ранки (выделения гнойного характера, уплотнение краев, гиперемия кожи вокруг ранки) на фоне появления симптомов интоксикации.
  2. Омфалит может быть: катаральный, гнойный, флегмонозный.
  3. Ребенок лечится в стационаре, поэтому тактика акушерки заключается в организации экстренной госпитализации ребенка в течение 3-х часов от момента постановки диагноза в детское отделение ЦРБ в сопровождении медицинского работника и подачи экстренного извещения в ФГУЗ ЦГиЭ.
- Лечение местное – проводить туалет пупочной ранки 3-4 раза в день, заключающийся в обработке ее 3% раствором перекиси водорода с последующим прижиганием одним из растворов; 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, 1% спиртовым раствором фукарцина, 70° этиловым спиртом, физиолечение (УВЧ, кварц, лазер, УФО и др.).

Лечение общее – антибактериальная терапия (используются антибиотики с учетом чувствительности возбудителя или широкого спектра действия).

4. Пупочная ранка должна полностью эпителизироваться через 7-10 дней от момента отпадения пуповинного остатка

#### **ЗАДАЧА № 94**

В дородовом отделении наблюдается беременная, получающая лечение и обследование по поводу беременности сроком 32 недели. Пиелонефрит беременных. Выраженное многоводие. Беспокоит тяжесть в животе, боли в пояснице, учащенное мочеиспускание, Назначено лечение: ампициллин, фурадонин, отвар толокнянки, триада профессора Николаева, витамин Е. Беременная отказывается от введения и приема лекарственных средств, опасается осложнения для плода (возникновения уродства и т.п.). Отказывается от обследования (исследование мочи, исследование на выявление ИППП, УЗИ). Считает, что это может явиться причиной новых лекарственных назначений и повредить ребенку.

#### **Задания:**

1. Выделите проблемы беременной.
2. Постарайтесь решить проблемы, а также выполнить назначения врача
3. Расскажите об особенностях течения и ведения беременности и родов у женщин с заболеваниями почек.
4. Перечислите методы, которыми можно проконтролировать лечение многоводия.
5. Выполнение манипуляции «Взятие анализа мочи на посев».

#### **Эталон ответа:**

1. У беременной имеются осложнения беременных, вследствие которых её может беспокоить тяжесть в животе (вследствие многоводия), дизурические явления и боли в пояснице вследствие инфекции мочевыводящих путей. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода. Потенциальные проблемы – прерывание беременности, гипоксия плода, распространение инфекции и септические осложнения, отслойка плаценты, в родах – выпадение пуповины. Все это может быть при отказе от лечения.
2. Женщину не надо излишне тревожить. Но нужно заверить её, что в данном сроке назначенная антибактериальная терапия не может повредить плоду, а наоборот улучшит обмен вод и обмен веществ у плода. Объяснить необходимость и безвредность назначенных обследований.
3. Рассказать об особенностях течения и ведения беременности и родов при патологии почек. Рассказать о методах исследования функции почек: УЗИ, суточный и почасовой диурез, общий анализ мочи, посев мочи, проба Зимницкого, Нечипоренко и другие.
4. Приемы наружного акушерского исследования, аускультация, измерение окружности и высоты стояния дна матки, УЗИ, другие методы.
5. Выполнение манипуляции.

#### **ЗАДАЧА № 95**

В родильное отделение ЦРБ 5 мая доставлена беременная Б. 28 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, без родовой деятельности. Менструации с 13 лет, по 4–5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. В течение последнего года, после аборта, стали обильными, болезненными. Последняя менструация 10 августа. Брак 1-й, данная беременность четвертая, последняя беременность закончилась 6 месяцев на-зад срочными родами без осложнений, 1-я и 2-я беременности –мед. аборт, последний 1,5 года назад, с повторным выскабливанием полости матки. Настоящая беременность протекала без осложнений, 1-е шевеление плода –14 декабря. 5 мая в 6 часов внезапно появились кровянистые выделения из половых путей, кровопотеря составила около 100 мл, по поводу чего беременная была доставлена в роддом. При поступлении кожные покровы и видимые слизистые несколько

бледные, пульс 84 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД –120/70, 110/60 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка легко возбудима, безболезненная, ОЖ –94 см, ВДМ –36 см. Положение плода продольное, спинка слева, предлежит головка, высоко, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, слева ниже пупка, ритмичное, несколько приглушено. Выслушиванию сердцебиения плода мешает интенсивный шум маточных сосудов в нижнем отделении матки, больше слева. В момент осмотра кровянистых выделений нет. При осмотре в зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка сформирована, цианотична, чистая, из цервикального канала незначительные кровянистые выделения.

#### **Задание**

1. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Тактика акушерки в данной ситуации. Прогноз на роды.
3. Перечислить причины возникновения данной патологии, методы диагностики, акушерская тактика
4. Выполнить манипуляцию «Обработка операционного поля перед полостной операцией».

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: -появление кровянистых выделений из половых путей; -беспокойство за состояние плода; -беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: -риск усиления кровотечения из половых путей; -риск развития геморрагического шока; -риск развития гипоксии плода.
2. Состояние женщины удовлетворительное.
3. Диагноз: беременность 37–38 недель. Подозрение на предлежание плаценты. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Обоснование диагноза: исходя из условий задачи, срок беременности по последней менструации –38 недель, по 1-му шевелению плода – 37 недель, чему соответствует ОЖ и ВДМ. Появление кровянистых выделений из половых путей во второй половине беременности на фоне полного здоровья, отсутствие болей в животе, высокое стояние предлежащей части плода, выслушивание шума маточных сосудов в нижних отделах матки, отягощенный акушерский анамнез абортми с повторным выскабливанием позволяют предположить наличие предлежания плаценты. При осмотре половых органов с помощью зеркал исключены другие кровотечения.
4. Учитывая подозрение на предлежание плаценты, имеющуюся кровопотерю около 100 мл, необходимо: -срочно вызвать врача-акушера; -до прихода врача успокоить беременную; -создать строгий постельный режим; -положить контрольную подкладную; -установить контакт с веной и начать инфузионную терапию; -перевести женщину в операционную, где может быть решен вопрос об операции кесарева сечения; -готовиться к операции; вести наблюдение за состоянием беременной.
5. Алгоритм выполнения манипуляции.

#### **ЗАДАЧА № 96**

Вы акушерка ФАПа. Под ваше наблюдение выписан новорожденный ребенок. Из анамнеза выявлено, что ребенок от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 20 и 26 недель, в родах слабость родовой деятельности. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3150 г, рост 50 см.

#### **Задания:**

1. Определите перинатальные факторы риска и группу Д- наблюдения, обоснуйте ответ.
2. Наметьте план Д- наблюдения.
3. Расскажите профилактические мероприятия в антенатальном и постнатальном периодах.

#### **Эталон ответа:**

1. Группа здоровья Д 2, группа риска по развитию патологии ЦНС, перинатальные факторы риска .угроза прерывания беременности в 20 и 26 недель, в родах слабость родовой деятельности. Оценка по шкале Апгар 7 баллов, позволяют думать о том, что у плода возможно была гипоксия.



2.Срок наблюдения 1 год. Лабораторные и инструментальные обследования в соответствии со стандартом профилактического наблюдения и по показаниям. Частота осмотров специалистами в соответствии со стандартом профилактического наблюдения, невролог обязательно осматривает ребенка в 6 месяцев.

Иммунопрофилактика – после консультации невролога.

3.Профилактические мероприятия в антенатальном периоде.

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии
2. Прогнозирование риска развития патологии
3. Санитарно – просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка.
4. Рациональное питание беременной.
5. Наблюдение у акушера – гинеколога и терапевта.
6. Выполнение назначений врача по медикаментозной профилактике гипоксии плода.

Профилактические мероприятия в постнатальном периоде.

1. Массаж.
2. Охранительный режим.
3. Психотерапия кормящей матери.
4. Борьба с аэрофагией (заглатыванием воздуха при кормлении).
5. При заболеваниях борьба с гипертермией.
6. Выполнение назначений педиатра (успокоительные сборы), невролога (по медикаментозному лечению).

#### **ЗАДАЧА № 97**

Акушерка ФАПа вызвана на домашние роды к повторнوبرеменной Г., 28 лет. Роды 4-ые, в сроке 37 недель, начались 1, 5 часа назад. Через 10 минут родился ребенок мужского пола весом 2700 г, 48 см без признаков асфиксии. Объективно: в момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 120/80 мм. рт.ст., пульс 84 уд. в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Кровопотеря 100 мл.

#### **Задания:**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины, характер родовой деятельности. Сформулировать диагноз и обосновать его.
- 3.Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать об особенностях оказания акушерской помощи в сельской местности.
5. Выполнить манипуляцию “Первичный туалет новорожденного”.

#### **Эталон ответа:**

1.Проблемой женщины в данной ситуации является риск развития кровопотери, превышающий физиологическую. Роды произошли дома, так как они начались раньше времени и протекали стремительно. Проблемой являются роды дома: при тяжелых осложнениях в домашних условиях невозможно гарантировать безопасность матери и ребенка.

2.Состояние женщины оценивается, как удовлетворительное, что подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения.

Диагноз: роды 4-ые в домашних условиях, стремительные, в сроке 37 недель беременности, III период родов. Из условий задачи следует, что женщина повторнوبرеменная, что у нее произошли 4-ые роды в сроке 37 недель беременности. Состояние матки (плотное, шаровидной формы, дно ее на уровне пупка, из влагалища свисает пуповинный остаток) подтверждает III период родов.

3.Тактика акушерки состоит в своевременном определении признаков отделения последа, выведении последа и предупреждении развития осложнений (кровопотери, задержки последа или его частей в полости матки).Для этого необходимо:-вывести мочу катетером;-установить

капельницу;-следить за состоянием женщины (цвет кожных покровов, наличие жалоб, АД, пульс);-контролировать появление признаков отделения последа ( рассказать о признаках отделения последа и методах его выделения);-положить холод, груз на живот после рождения, ввести 1,0 мл окситоцина;-произвести осмотр и оценку последа; оценить кровопотерю;-провести первичный туалет и антропометрию плода;-подготовить женщину и новорожденного к транспортировке в стационар. Если нет возможности перевода в стационар, провести осмотр родовых путей и наблюдать родильницу и новорожденного после родов.

4. Рассказать об особенностях оказания акушерской помощи в сельской местности.

5. Манипуляции выполняются, в соответствии с алгоритмом.

### **ЗАДАЧА № 98**

В роддом 10 сентября доставлена беременная Р. 32 лет с жалобами на резкие локальные боли в животе, мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые появились за час до поступления в родильный дом, была однократно рвота. В анамнезе перенесенные заболевания: корь, ангина, грипп, гипертоническая болезнь первой степени. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 17 декабря. Брак второй. Данная беременность пятая, первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, следующие три беременности закончились искусственными абортами, последний с повторным выскабливанием полости матки. Настоящая беременность протекала с периодическим повышением АД. Наблюдалась терапевтом, принимала гипотензивные препараты. От предложенной неделю назад госпитализации в ОПБ отказалась из-за тяжелой болезни ребенка. При поступлении кожные покровы бледные, пульс 94 удара в минуту, ритмичный, АД 130/90, 140/90 мм рт. ст. Моча при кипячении прозрачная. ОЖ –96 см, ВДМ –38 см. Матка напряжена, болезненная в области передней стенки. Части плода определяются с трудом. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, 150 ударов в минуту, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка укорочена до 2 см, мягкая, наружный зев пропускает кончик пальца. Головка плода над входом в малый таз, тестоватости в сводах не отмечается, мыс не достигается.

#### **Задания:**

1.Выделить проблемы.

2.Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.

3.Тактика акушерки в данной ситуации.

4.Рассказать о причинах данной патологии, видах, методах профилактики и акушерской тактике.

5.Выполнить манипуляцию “Подготовка рук к операции”.

#### **Эталон ответа:**

1. Действительные проблемы: -резкие локальные боли в животе, внезапно возникшие;- кровянистые выделения из половых путей;-чувство страха;-беспокойство за состояние плода;- беспокойство за исход родов. Потенциальные проблемы: риск внутриутробной гибели плода; риск развития геморрагического и болевого шока; риск возникновения матки Кувелера; риск развития эмболии околоплодными водами и ДВС-синдрома.

2. Состояние беременной средней тяжести. Диагноз: беременность 38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода. Гипертоническая болезнь I и IIА ст., отягощенный акушерский анамнез (ОАА). Обоснование диагноза: исходя из условий задачи, на 10 сентября срок беременности по последней менструации, окружности живота –96 см, ВДМ –38 см соответствует 38 неделям беременности. Появление внезапных локальных болей в животе на фоне гипертонической болезни, отягощенного акушерского анамнеза, несоответствия величины наружного кровотечения тяжести общего состояния, напряжение матки и болезненность ее при пальпации, затруднение определения частей плода из-за повышенного тонуса матки, нарушение сердцебиение плода – тахикардия до 150 ударов в минуту и глухость тонов, свидетельствуют о преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, начавшейся внутриутробной гипоксии плода.

3. Учитывая состояние беременной, обусловленное преждевременной отслойкой нормально рас-положенной плаценты, необходимо:-срочно вызвать врача-акушера, операционную

бригаду, неонатолога;-до прибытия врача успокоить беременную; создать постельный режим;- подготовить вену и начать инфузионную терапию;-готовить к операции.

4. Рассказать о преждевременной отслойке и методах профилактики и лечения.

5. Алгоритм выполнения манипуляции.

### **ЗАДАЧА № 99**

Вы акушерка родильного зала. Вы заметили, что на пеленальном столе лежит развернутый ребенок, а акушерка, принимавшая роды, отошла за пеленками и отсутствует. При осмотре ребенка Вы выявили, что кожа у него мраморная с синюшным оттенком, холодная на ощупь, частое дыхание. Температура в родильном зале 20 градусов.

#### **Задания:**

1.Оцените качество ведения родов.

2.Чем обусловлено такое состояние ребенка.

3.Назовите основные механизмы потери тепла новорожденным ребенком.

4.Какова Ваша тактика, составьте план ухода за этим ребенком..

#### **Эталон ответа.**

1.Допущена грубая ошибка ведения родов. Во-первых ребенок оставлен без присмотра, а во вторых произошло переохлаждение ребенка- гипотермия.

2. Низкая температура в родильном зале.

длительное пребывание ребенка без пеленок.

3. К основным механизмам потери тепла новорожденным ребенком относится:

- испарение,

- конвекция,

- теплопроводность.

4. Повысить температуру в родильном зале до 22 – 24 градусов, используя дополнительный обогреватель.

- ребенка завернуть в теплые пеленки, укрыть одеялом, или если позволяет состояние ребенка положить на живот к матери и укрыть.

- контролировать температуру тела каждые 30 минут до нормализации т.е (от 36,5 до 37 градусов).

### **Задача № 100**

Первобеременная, 22 года, по профессии преподаватель литературы педагогического колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. До этого месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 –11недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы.

#### **Задания:**

1. Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.

2. Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.

3. Перечислить методы обследования при взятии на учет.

4. Перечислить признаки беременности.

5. Выполнить манипуляцию “Тест на беременность”.

### **Эталон ответа:**

1. Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию.
2. Акушерка должна выяснить наследственные факторы, профессиональные вредности (в данном случае это не актуально), вредные привычки, перенесенные заболевания, отдельно выявить инфекционные заболевания и контакты (особенно гепатит и туберкулез), оперативные вмешательства. Выяснить особенности менструальной функции, половой анамнез, гинекологические и венерические заболевания. Предыдущие беременности и их исход, течения данной беременности.
3. Оценка телосложения, питания (кроме того, взвешивание и измерение роста). Осмотр кожных покровов, видимых слизистых, оценка состояния клетчатки, лимфоузлов. Осмотр молочных желез. Измерение АД. Пульса. Выслушивание сердечных тонов и легких. Пальпация живота, поколачивание по пояснице. Выяснение характера физиологических отравлений. Осмотр наружных половых органов, на зеркалах, бимануальное исследование, пельвеометрия. При маленьких сроках остальные методы исследования не проводятся.
4. Перечислить признаки беременности, разделив их на достоверные, вероятные и сомнительные.
5. Выполнение манипуляции.

### **Задача № 101**

К акушерке родильного дома обратилась 20-летняя первобеременная женщина. Считает, что срок беременности 7-8 недель, просит наблюдать её во время беременности и принять роды на дому. По рассказам матери женщина знает, что в женской консультации большие очереди и слишком много обследований. В родильном доме, по воспоминаниям матери о её собственных родах, 20 лет назад были плохие условия, многоместные палаты, позднее прикладывание ребенка к груди, большая опасность больничной инфекции.

### **Задания:**

1. Выделите проблемы женщины.
2. Составьте план по решению проблем.
3. Объясните женщине о преобразованиях в системе родовспоможения за последние 20 лет, структуре современного акушерского стационара, профилактике внутрибольничной инфекции.
4. Объясните женщине о необходимости дородовой подготовки в условиях женской консультации, целесообразности обследования.
5. Выполните манипуляцию “Взятие крови на RW”.

### **Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема в том, что у молодой женщины искаженное представление о системе родовспоможения, назначении ЖК и родильного дома, страх осложнений. Потенциальная проблема: в том, что женщина не будет соответствующим образом обследована во время беременности и может получить осложнение в родах.

2. Объяснить женщине организационную структуру родовспоможения, возможности женской консультации и родильного дома по оказанию помощи беременной, роженице и родильнице.
3. Рассказать о современных прогрессивных преобразованиях. Рассказать, что домашние роды не защищают роженицу и ребенка, а являются наиболее рискованными. Рассказать об методах подготовке к родам, возможности выбора, об индивидуальных родильных залах, послеродовых палатах, совместном пребывании матери и ребенка, раннем прикладывании к груди, профилактике ВБИ.
4. Рассказать о необходимости дородовой диспансеризации и подготовки к родам в интересах самой женщины, её методах. Рассказать, что без полной системы обследования женщина может поступить только в наблюдательное отделение.
5. Выполнение манипуляции.

### **Задача № 102.**

Вы акушерка родильного зала, идут роды у женщины со сроком гестации 26 недель. Родился мальчик, кожные покровы синюшные, не кричит.

#### **Задания:**

1. Дайте характеристику данным родам.
2. Назовите критерии живорождения, каким приказом определяются эти критерии.
3. Расскажите классификацию маловесных детей.
4. Перечислите возможные риски развития патологических состояний.

#### **Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Преждевременные роды в сроке 26 недель
2. Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный. Приказ № 318

#### **3. Классификация по массе тела:**

1. 2500г – 1500г – низкая масса тела
2. 1500г – 1000г – очень низкая масса
3. Менее 1000г – экстремально низкая масса тела

#### **Классификация по соотношению массы тела и гестационного возраста – 3 группы:**

1. БГВ – большие для гестационного возраста
2. СГВ – соответствие гестационному возрасту
3. МГВ – малые для гестационного возраста (ЗВУР)
4. Перинатальная смертность этих детей в 16 – 20 раз выше, чем доношенных.

У них велик риск развития:

перинатальных поражений нервной системы – внутри желудочковые кровоизлияния и гипоксически – ишемические повреждения ЦНС, которые приводят к летальности или инвалидности

синдрома дыхательных расстройств

общего отека

гипербилирубинемии и «ядерной желтухи»

некротизирующего энтероколита

железодефицитной анемии

пневмонии, сепсиса, менингита

### **Задача № 103**

Первобеременная, 19 лет, впервые обратилась в ЖК. По профессии маляр. Жалобы на задержку месячных, тошноту, особенно на работе, повышенную сонливость и повышенный аппетит. Половая жизнь вне брака, но собирается зарегистрировать брак с отцом ребенка. Будет рожать. После осмотра врача акушера-гинеколога женщина взята на учет с диагнозом “Беременность 6 –7 недель”. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. По данным внутреннего исследования патологических изменений не выявлено. Врач поручил акушерке выделить и помочь решить беременной её проблемы. Назначить обследования и консультации специалистов.

#### **Задания:**

1. Выделить проблемы беременной и дать рекомендации по решению данных проблем.
2. Перечислить анализы, которые женщина должна выполнить к следующему разу. Объяснить, где их можно сдать.
3. Перечислить, каких специалистов надо посетить и объяснить, с какой целью эти консультации проводятся.
4. Рассказать о гигиене беременной.
5. Выполнить манипуляцию “Произвести пельвеометрию и оценить результаты»

#### **Эталон ответа:**

1. Настоящие проблемы, связанные с ухудшением самочувствия, объясняются беременностью и являются её предполагаемыми признаками. У беременной работа связана с профессиональными вредностями. Брак не зарегистрирован. Незнание структуры ЖК и правил сдачи анализов. Дать беременной справку для ЗАГСа для ускорения регистрации брака, справку об освобождения от вредных работ и устные рекомендации по этим вопросам. Объяснить общие принципы обследования беременной.

2. Перечислить анализы и кратность их сдачи. Объяснить женщине, где и в какое время сдаются анализы (в поликлинике или женской консультации, в лаборатории или процедурном кабинете, с какой целью и откуда берутся, как следует подготовиться и т.п.) 3. Беременная должна посетить терапевта ЖК, офтальмолога и отоларинголога и стоматолога ЖК, объяснить, где можно получить консультацию, с какой целью проводится обследование.

4. Рассказать о гигиене беременной (чистоте тела, одежде, обуви, половой гигиене, режиме дня, рациональной психической и физической нагрузке, гигиене питания).

5. Выполнить манипуляцию.

### **Задача № 104**

К акушерке смотрового кабинета поликлиники обратилась за советом 22-летняя женщина, у которой было два самопроизвольных выкидыша при сроке беременности 5-6 недель. В женскую консультацию не успевала обратиться. В связи с болями в животе и обильными кровянистыми выделениями вызывала скорую помощь. Оба раза женщину доставляли в гинекологическое отделение, где производили выскабливание полости матки по поводу неполного выкидыша. В данных ей рекомендациях не разобралась. В анамнезе: месячные с 14

лет, через 30-35 дней, по 5-7 дней, обильные и умеренно болезненные. В зарегистрированном браке второй год. Вес женщины 47 кг. В женскую консультацию обращалась 2 раза, но данные рекомендации по обследованию не выполнила, так как училась в институте и подрабатывала, убирая помещение офиса. Боится, что доктор ЖК будет ею недоволен. Скоро заканчивает институт, хочет иметь детей. Просит помочь советом.

Задание:

5. Выделить проблемы женщины. Какими методами они могут быть решены?
6. Рассказать о причинах привычного невынашивания.
7. Рассказать о профилактике и лечении привычного невынашивания
8. Выполнить манипуляцию “Взятие мазка на угрозу невынашивания

**Эталон ответа:**

1. Настоящая проблема заключена в привычном невынашивании. Женщина не обследована и неинформирована, недостаточно коммуникабельна. Потенциальная проблема: вновь невынашивание и более тяжелые осложнения: кровотечения, воспалительные заболевания, бесплодие и др.

2. Женщине нужно дать совет быть более настойчивой и последовательной в обследовании и лечении. Дать рекомендации в плане обследования и лечения, а также организационного плана. Уверить в благополучном исходе.

3. Причинами невынашивания могут быть гормональные нарушения, последствия выскабливаний, физические нагрузки (все эти факторы имели место у данной пациентки), а также инфекции, аномалии половых органов, соматические заболевания, генетические заболевания, профессиональные, экологические причины, нарушения питания и обмена (у женщины очень маленький вес) и другие факторы, всё это необходимо уточнить при обследовании.

4. Рассказать об учреждениях, где женщина может обследоваться: женская консультация, кабинеты по лечению невынашивания, перинатальные центры, генетические консультации и т.п. Рассказать о планировании беременности, исключении вредных факторов, обследовании на выявление скрытых инфекций, гормональных нарушений, необходимости профилактического лечения до беременности.

5. Выполнение манипуляции.

### **Задача № 105**

Новорожденный в возрасте 3 дней находится в родильном доме. Из анамнеза известно: матери 18 лет, беременность II (I закончилась медицинским абортom без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. Женскую консультацию посещала нерегулярно, кровь на реакцию Вассермана за беременность сдавала однократно. Результат был отрицательный. Роды произошли на 38 неделе гестации, в головном предлежании. Безводный период 6 часов, околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела-2900г, длина-48см, окружность головы-32см, грудной клетки-30см. Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражено лануго. Гипотония, гипорефлексия, тепло удерживает плохо. Кожа бледная, сухая, на туловище, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром 1см. Пальпируются множественные лимфоузлы. Тоны сердца приглушены. На 2 день жизни появились признаки ринита.

**Задания:**

1. Определите о каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае.
  2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза, определите возможные результаты.
  3. Назовите изменения, которые будут выявлены в трубчатых костях при рентгенологическом исследовании.
  4. Назовите препарат, который будет использоваться для специфического лечения при подтверждении диагноза.
- 

**Эталон ответа:**

1. Врожденный сифилис, задержка внутриутробного развития.
2. Необходимо провести:
  - серологическое исследование венозной крови ребенка-реакцию иммунофлюоресценции (РИФ);
  - реакцию иммобилизации бледной трепонемы (РИБТ);
  - обязательно консультация венеролога;
3. На рентгенографии длинных трубчатых костей будут выявлены остеохондрит и периостит.
4. Для специфического лечения новорожденного, при подтверждении диагноза, необходимо использовать натриевую соль пенициллина в дозе 100 мг/кг/сут, разделенной на 6 инъекций, каждые 4 часа в течение 14 дней.