

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА

«Помощник врача акушера-гинеколога»

*Учебно - методическое пособие
для студентов*

Издание второе



Уфа - 2018 г.

УДК 618.2/.7 (07)

ББК 57.16 я 7

Г 15

Рецензенты:

Профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, д.м.н., профессор – **Гречканев Г.О.**

Профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор – **Соколова Т.М.**

учебно-методическое пособие для студентов 4 курса: **Производственная практика «Помощник врача акушера-гинеколога» издание второе/сост.:** Галимов А.И., Зулкарнеева Э.М., Муслимова С.Ю., Таюпова И.М., Хамадьянова С.У., Зиганшина Л.З. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, – 2018. - 60 с.

Учебно-методическое пособие «Производственная практика «Помощник врача акушера-гинеколога» подготовлено в соответствии с рабочей программой производственной практики «помощник врача акушера-гинеколога» (2018г.), ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.01. Лечебное дело, утвержденный приказом Министерством образования и науки РФ № 95 от 09 февраля 2016 года, ООП по специальности 31.05.01. Лечебное дело утвержденной ректором 26.06.2018 г., учебным планом по специальности 31.05.01. Лечебное дело, утвержденным Ученым советом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от «26» июня 2018 г., протокол №6.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов 4 курса обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело и является инструкцией, в которой излагаются основные подходы для реализации плана работы в период практики, оформления материалов и отчетной документации по ее итогам.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета (РИС) ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 618.2/.7 (07)

ББК 57.16 я 7

© А.И.Галимов, Э.М. Зулкарнеева, С.Ю. Муслимова, И.М. Таюпова, С.У. Хамадьянова, Л.З. Зиганшина

© ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение	4
Основные цели производственной практики по акушерству	4
Основные задачи производственной практики по акушерству	5
Организационные вопросы	6
Содержание практики	8
Раздел I. Работа в женской консультации	9
Пример написания дневника в женской консультации	10
Схема № 1. Обследование беременной при первом посещении	11
Схема № 2. Обследование беременной при повторном посещении	12
Раздел II. Работа в отделениях родильного дома	13
II.1. Отделении патологии беременных	13
Пример ведения дневника в отделении патологии беременности	13
II.2. Работа в родовом отделении	14
Пример ведения дневника в родовом отделении	17
II.3. Работа в послеродовом отделении	18
Пример ведения дневника в послеродовом отделении	19
II.4. Работа в отделении новорожденных	18
Раздел III. Ночные дежурства	20
Раздел IV. Санитарно-просветительская работа.	21
Раздел V. Учебно-исследовательская работа	23
Примерная тематика работ	23
Раздел VI. Подведение итогов производственной практики	24
Критерии оценки деятельности студента на производственной практике	24
Рекомендуемая литература	26
Приложение № 1. Отчет по производственной практике по акушерству	29
Приложение № 2. Тренировочные ситуационные задания	31
Приложение № 3. Вопросы к тестовому контролю	40
Приложение № 4. Вопросы для самоконтроля	53
Ответы на тренировочные ситуационные задания	55
Ответы к тестовому контролю	59

ВВЕДЕНИЕ

Современный уровень развития общества предъявляет высокие требования к профессиональным знаниям, умениям и навыкам специалистов. И связи с этим повышаются требования к профессиональной подготовке врачей, способности их правильно ориентироваться в сложных медицинских ситуациях и быстро принимать единственно правильное решение.

Акушерство является одним из основных разделов врачебной специальности, целью которого является подготовка высококвалифицированного врача.

На основании знаний нормальной и патологической анатомии, топографической анатомии, нормальной и патологической физиологии репродуктивной системы женщин, симптоматологии важнейших форм патологических состояний женских половых органов, овладения основными методами обследования беременных, рожениц, родильниц, новорожденных студент должен уметь использовать эти методы для логического обоснования диагноза заболеваний, проводить дифференциальную диагностику, терапию, профилактику и реабилитацию больных, уметь оказать врачебную помощь при неотложных состояниях матери и новорожденного.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов 4 курса, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело, подготовлено в соответствии с рабочей программой производственной практики «помощник врача акушера-гинеколога» (2018г.), ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.01. Лечебное дело, утвержденный приказом Министерством образования и науки РФ № 95 от 09 февраля 2016 года, ООП по специальности 31.05.01. Лечебное дело утвержденной ректором 26.06.2018 г., учебным планом по специальности 31.05.01. Лечебное дело, утвержденным Ученым советом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от «26» июня 2018 г., протокол №6.

Прохождение производственной практики «Помощник врача (акушера-гинеколога)» направлено на формирование у обучающихся следующих общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций: ОК-8, ОПК-6, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-12.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО АКУШЕРСТВУ

1. Проверка и закрепление знаний, полученных студентами по основным разделам физиологического, патологического и оперативного акушерства.

2. Закрепление знаний по оказанию неотложной помощи матери и новорожденному при нормальных и патологических родах, а также в экстремальных ситуациях.
3. Освоение новых методов диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности, родов и послеродового периода.
4. Дальнейшее углубление и совершенствование практических навыков, полученных в процессе обучения на кафедре акушерства и гинекологии.
5. Углубление знаний по принципам организации службы родовспоможения в условиях города и района.
6. Закрепление практических навыков по санитарно - просветительной работе службы родовспоможения.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО АКУШЕРСТВУ

1. Приступая к производственной практике каждый студент должен помнить, что специалист формируется в процессе его собственной деятельности, поэтому общая эффективность практики в конечном итоге зависит от активности каждого студента, его желания научиться работать, познать новое и закрепить ранее приобретенные теоретические знания.
2. Студент обязан помнить и неукоснительно выполнять правила этики и деонтологии в акушерстве и гинекологии:
 - а) показывать пример чуткого и внимательного отношения к беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным и их родственникам;
 - б) внушать пациенткам уверенность в благополучном исходе родов или операции, в выздоровлении и хорошем исходе при заболеваниях;
 - в) соблюдать профессиональную этику во взаимоотношениях с персоналом роддома и женской консультации;

- г) уделять особое внимание сбору анамнеза у пациенток, ведению медицинской документации и сохранению врачебной тайны.
3. Студент должен проверять свои знания принципов санитарно - эпидемиологического и охранительного режима в родовспомогательных учреждениях и гинекологических стационарах и неукоснительно соблюдать их в дальнейшем.
4. Студент должен так же:
- а) Ознакомиться со структурой, принципами организации, условиями работы медицинского персонала и врачей в данном базовом учреждении, изучить основные качественные показатели его работы;
 - б) закрепить навыки и освоить методы обследования беременных, рожениц, родильниц, новорожденных и гинекологических больных;
 - в) научиться правильно оформлять медицинскую документацию;
 - г) закрепить навыки ведения нормальных и патологических родов, первичного туалета новорожденного, обезболивания родов и малых операций;
 - д) освоить и проводить профилактику осложнений беременности, родов и послеродового периода, периода новорожденности, а так же послеоперационного периода;
 - е) овладеть умением проведения групповых и индивидуальных бесед с женщинами в различных отделениях лечебного учреждения;
 - ж) развивать навыки исследовательской работы, научиться анализировать и обобщать полученные данные, делать соответствующие выводы.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Производственная практика для студентов медицинского университета по акушерству производится в летнее время (июнь - июль) после окончания весенней экзаменационной сессии.

Студент обязан прибыть на базу за день до ее начала (начало практики определяется приказом ректора БГМУ). Для прохождения практики студент должен иметь выписку из приказа по университету о направлении на практику в данное лечебное учреждение и санитарную книжку с результатами анализов крови на ВИЧ и RW, бактериологического содержимого зева и носа, данными флюорографии органов грудной клетки, заключение терапевта и зубного врача.

При себе иметь чистый халат, хлопчатобумажное белье, колпак, маску, сменную обувь, дневник практики.

Для работы в акушерском стационаре студент должен ознакомиться с приказом Минздрава России от 12.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», регламентирующим работу акушерско-гинекологической службы Российской Федерации.

На первой странице дневника записывается график работы по отделениям.

Производственная практика по акушерству проходит под контролем руководителей. Непосредственным руководителем практики назначается преподаватель кафедры - представитель Башкирского государственного медицинского университета. Кроме того, на каждой базе клинической практикой руководят высококвалифицированные врачи, чаще всего заведующие отделениями и заместители главного врача по родовспоможению. Руководители практики знакомят студентов с особенностями работы данного базового учреждения, напоминают о необходимости соблюдения деонтологических и этических норм поведения в акушерской клинике. Руководители практики объясняют график работы по отделениям, инструктируют студентов о правилах предстоящей повседневной работы в отделениях и во время ночных дежурств, составляют и утверждают индивидуальные графики работы студентов.

В период клинической практики студенты являются членами коллектива и обязаны соблюдать дисциплину, утвержденные графики работы, установленный порядок обслуживания беременных, рожениц и родильниц. Каждый студент подчиняется в работе прикрепленному врачу, согласует с ним все действия в отношении больных и документации. Студенты проводят под контролем врача санитарно-просветительную работу, занимаются научно-исследовательской работой.

Все результаты практики ежедневно заносятся в дневник, каждый день должен быть подписан врачом, с которым работает студент; необходимо выражать в количественном отношении перечень практических навыков, приобретенных в отделениях. В последний день цикла пишется характеристика руководителем базы, в которой отражается: уровень теоретической и практической подготовки, степень овладения новыми практическими навыками, знание принципов терапии, рецептуры, соблюдение дисциплины, правил деонтологии, интерес к профессии, активность в работе и общая оценка за цикл.

В конце каждого цикла после характеристики должны быть подписи базового и университетского руководителей практики, скрепленные печатью учреждения. Без дневника студент не допускается к зачету и практика не засчитывается.

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

ПРОГРАММА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НЕСКОЛЬКО ВИДОВ РАБОТ :

- I. *Работа в женской консультации* (совместно с участковым акушером - гинекологом) – (10 часов).
- II. *Работа в отделениях родильного дома* (60 часов);
 - 1) отделение патологии беременных (18 часов);
 - 2) родовое отделение (18 часа);
 - 3) послеродовое отделение (18 часов);

4) отделение для новорожденных (6 часов).

III. *Дежурства в родильном доме (12 часа).*

IV. *Санитарно - просветительная работа* (проведение бесед с беременными и родильницами, выпуск санбюллетеней, чтение лекций населению, выступление в местной печати)

V. *Научно - исследовательская работа.*

VI. *Зачет (2 часа)*

Ежедневное время работы (6 часов) рекомендуется распределить следующим образом:

8.00 - 9.00 - утренняя конференция врачей;

9.00 - 9.10 - встреча с руководителем базы, получение задания;

9.10 - 13.30 - работа в отделениях;

13.30 - 14.00 - оформление дневников;

14.00 - 14.40 - отчет руководителю практики;

20.00 - 8.00 - дежурство (1 раз в неделю).

РАЗДЕЛ 1

РАБОТА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ (10 часов)

В первый день работы студент знакомится с паспортом участка, принципами диспансеризации беременных, группами риска и планами ведения, документацией и основными показателями участка.

Совместно с врачом участвует в приеме и обследовании 3- 5 беременных и пациенток (смотри схемы № 1 и № 2). При назначении лечения выписывает рецепты, согласовывая с врачом дозы и правила приема лекарств для данной пациентки.

На 2-3-й день работы в женской консультации студент продолжает работать с участковым врачом по его расписанию. Самостоятельно принимает 6 - 8 беременных, выполняет все доступные методы обследования, отрабатывает методы специального исследования: осмотр влагалища и шейки

матки при помощи зеркал, кольпоскопия, взятие мазков, бимануальное исследование, приемы наружного акушерского обследования. Студент определяет положение, вид и позицию плода, сроки беременности, предполагаемую массу, отмечает отклонения от нормального течения беременности: многоводие, неправильное положение плода, несоответствие размеров таза и плода, признаки гестоза и т.д. Под контролем врача заполняет документацию и дает их на проверку и подпись врачу. У беременных "группы риска" студент должен самостоятельно посчитать факторы риска в баллах и прогнозировать исход беременности и родов для матери и плода.

Определить срок дородового отпуска для беременной по определенным тестам. Принимать участие в работе КЭК. Присутствовать и затем самостоятельно проводить физиопсихопрофилактическую подготовку беременных к родам. По заданию вузовского руководителя практики может выполнять УИРС (тематика и примерные схемы прилагаются). За 30 минут до окончания работы студент оформляет дневник и дает его на подпись врачу. Пример написания дневника прилагается.

ПРИМЕР НАПИСАНИЯ ДНЕВНИКА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Дата Часы	СОДЕРЖАНИЕ ВЫПОЛНЕННОЙ РАБОТЫ
	<p><i>Ознакомлен с планом прохождения практики. Приступил к работе с врачом (Ф.И. О., Участка).</i></p> <p><i>Познакомился с паспортом участка (радиус обслуживания, наличие промпредприятий, школ и т. д., количество населения, в т.ч. женщин репродуктивного возраста, беременных).</i></p> <p><i>Самостоятельно принял 5 беременных, 5 осматривал вместе с врачом. (Далее подробно описать наиболее интересные случаи).</i></p> <p><u>Пример:</u></p> <p>Беременная В., 2-я беременность, 1-е роды. Беременность в настоящее время 16 недель (по месячным). Первая беременность закончилась самопроизвольным абортом в 15 недель, причину назвать не может. При обследовании выявлена А(II) Rh(-) резус - отрицательная кровь.</p> <p>Подсчитана степень перинатального риска - 5 баллов, акушерского невынашивания - 2 балла. Сегодня ее состояние удовлетворительное. Матка в нормотонусе, шевеление не ощущается, сердцебиение не выслушивается, отеков нет, АД 120/70 мм.рт.ст.</p>

Диагноз: Беременность 16 недель.

Осл.: Угроза прерывания беременности. *Соп.:* ОАА. Резус отрицательная кровь.

Беременной предложена госпитализация в стационар для профилактики резус-конфликта, невынашивания беременности и проведения дополнительного обследования. Проведена беседа о гигиене и рациональном питании.

В дневнике следует отразить в количественном отношении все виды деятельности за день: участие в конференциях, освоение новых методов обследования (указать какие), закрепление имеющихся практических навыков (указать количество манипуляций), проведение санитарно - просветительной работы, заполнение документации.

Пример:

Производил тазоизмерение у трех беременных, определял формы таза. У одной пациентки выявил плоский таз (указать размеры), у другой - общеравномерносуженный таз (размеры). Совместно с врачом определял тактику ведения беременности и прогноз родов у этих женщин. Составил планы ведения. Самостоятельно провел 4 беседы о рациональном питании беременной и о профилактике "крупного плода", о гигиене. Оформлял документацию, заполнял индивидуальные карты беременных, осваивал методику взятия мазков на кольпоцитологию. Самостоятельно взял 3 мазка.

Подпись студента:

Подписи врача:

СХЕМА № 1

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ ПЕРВОМ ПОСЕЩЕНИИ

1. Анамнез.
2. Общий осмотр.
3. Измерение роста.
4. Определение массы тела.
5. АД на обеих руках,
6. Определение состояния внутренних органов.
7. Измерение окружности живота, измерение высоты стояния дна матки.
8. Определение размеров таза.
9. Осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал.
10. Бимануальное исследование,

11. Определение диагональной конъюгаты, величины матки, состояния шейки.
12. Постановка диагноза, определение срока беременности.
13. Назначение анализов (кровь - на реакцию Вассермана, ВИЧ, группу, резус-принадлежность, общий анализ, биохимические показатели, коагулограмму; мочи - на общий анализ, пробы Зимницкого и Нечипоренко; мазки из влагалища на степень чистоты, бак. посев из зева и носа, кал на яйца глист и др.).
14. Консультации специалистов (зубного врача, терапевта, отоларинголога и др.).
15. Беседа о диете, гигиене, правилах наблюдения в женской консультации.
16. Назначение явки через 7 -10 дней.

СХЕМА № 2

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ ПОВТОРНОМ ПОСЕЩЕНИИ

1. Анамнез (жалобы, общее состояние, результаты обследования).
2. Обследование:
 - 1) АД на обеих руках;
 - 2) Масса тела женщины;
 - 3) Изучение лабораторных данных и заключений специалистов;
 - 4) Выявление скрытых и явных отеков;
 - 5) Акушерское исследование:
 - а) приемы Леопольда (во второй половине беременности);
 - б) выслушивание сердцебиения плода;
 - в) определение окружности живота;
 - г) измерение высоты дна матки;
 - д) определение диаметра головки плода;
 - е) измерение длины внутриутробного плода (тазомером).
3. Постановка окончательного диагноза.
4. При патологии госпитализация больной в стационар для окончательного решения вопроса о возможности донашивания беременности.

5. Решение вопросов трудоустройства.

РАЗДЕЛ II

РАБОТА В ОТДЕЛЕНИЯХ РОДИЛЬНОГО ДОМА (60 часов)

II.1. ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ (18 часов)

Работа в отделении антенатальной охраны плода (отделение патологии беременности - ОПБ) начинается после общеврачебной утренней конференции, в которой студенты должны принимать участие на правах помощников врачей. Студенты участвуют в обходе пациентов в отделении совместно с лечащим врачом, производят сбор анамнеза, общее и специальное обследование, тазоизмерение, диагностируют неправильное положение плода, аускультуют сердцебиение плода, отличают норму от патологии, определяют признаки гестоза, анемий и других осложнений. Под руководством врача определяют тактику ведения беременной, составляют план обследования, назначают индивидуальное лечение и профилактические мероприятия, вырабатывают тактику родов, оформляют медицинскую документацию.

ПРИМЕР ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА В ОПБ

Дата Часы	СОДЕРЖАНИЕ ВЫПОЛНЕННОЙ РАБОТЫ
	<p>Принимал участие в утренней конференции. Совместно с врачом делал обход 5 беременных (палата N..), самостоятельно определил срок беременности у 2 женщин по следующим данным (последняя менструация, первое шевеление, объективное обследование). Ознакомился с данными 5 историй болезни, анализами, заключениями специалистов, присутствовал при ультразвуковом исследовании 5 беременных (определение срока гестации, признаком жизни плода, местонахождение плаценты и т.д.). Из обследованных беременных заслуживают особого внимания две беременные.</p> <p><u>Пример:</u> Первобеременная Н., 30 лет, срок беременности 36 недель, тазовое предлежание. Беременность осложнилась в 32 недели</p>

поздним гестозом, АД в пределах 140/90 и 130/80 мм.рт.ст, в моче следы белка. Проводится интенсивная терапия гестоза. Под руководством врача назначил лечение беременной Н. Прочитал лекцию на тему "Гигиена беременных". Подпись студента: Подписи врача:

В ОПБ возможно проведение УИРС на темы: "Анализ работы ОПБ", "Анализ эффективности лечения беременных с гестозами, анемией, невынашиванием", рецензирование индивидуальных карт и т.д.

II. 2. РАБОТА В РОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ (18 часов).

В первый день практики в родовом отделении студент представляется заведующему отделением, присутствует на утренней врачебной конференции. Для практики в родовом отделении обязательно иметь при себе санитарную книжку, сменную обувь, надеть хлопчатобумажную одежду, чистый халат, маску, колпак.

Ознакомившись с методами работы врачей родового отделения, методами обследования рожениц, правилами асептики и антисептики, участвует в обходе рожениц и родильниц. Самостоятельно проводит общеклинические методы обследования рожениц и родильниц, под руководством врача проводит влагалищные исследования, ставит диагноз, прогнозирует роды, составляет планы родов, оформляет документацию (историю родов, историю развития новорожденного, справку о рождении, журнал родов и т.д.).

В предродовой палате студент должен освоить приемы физиопсихопрофилактического и медикаментозного обезболивания родов, используя аутотренинг и точечный массаж. Рекомендовать эти приемы обезболивания, обучая и контролируя правильность их применения:

1) Глубокое и равномерное дыхание. Вдох через нос. Выдох через рот.

2) Равномерное поглаживание кожи низа живота обеими ладонями.

Вначале пальцы рук располагаются у средней линии живота, при вдохе направляются в стороны, кзади и слегка кверху, при выдохе руки возвращаются

в исходное положение. Следует помнить, что продолжительность схватки 40 - 50 секунд. За это время надо выработать такой ритм дыхания и темп поглаживания, чтобы осуществить 5-6 поглаживаний.

3) Ритмичное надавливание большими пальцами рук на область выступающих костей и одновременное ритмичное глубокое дыхание.

4) Поглаживание поясницы, переходящее в легкий массаж, значительно ослабляет болевое ощущение. Следует научить женщин выполнять этот довольно легкий и распространенный прием с одновременным ритмичным глубоким дыханием. Наблюдая в первом периоде родов за характером схваток, студент может проследить и за эффективностью физиопсихопрофилактической подготовки, аутотренинга и самомассажа.

Если болезненность схваток резко выражена, следует так же прибегнуть к медикаментозному обезболиванию. С этой целью используют промедол 2 % - 1 мл в/м, седуксен 5- 10 мг с одновременным применением спазмолитиков: но-шпа 2 - 4 мл, апрофен 1 % - 1 мл, баралгин 5 мл, папаверин 2 % - 1 мл, а также ГОМК, закись азота. Широко может использоваться электроанальгезия, иглорефлексотерапия. Студенты знакомятся с методикой их применения.

Во втором периоде родов студенты могут освоить и проводить пудендальную анестезию. В третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде осваиваются и применяются анестезиологические пособия по показаниям.

В первый день работы в родовом отделении студент проводит наблюдение за роженицами во все периоды родов, следит за характером схваток, продвижением головки, сердцебиением плода, определяет степень раскрытия шейки матки (совместно с врачом), делает записи дневников в истории родов, принимает участие в подготовке рожениц ко второму периоду родов. По согласованию с врачом, соблюдая правила асептики, студент совместно с акушеркой проводит второй и третий периоды родов. Самостоятельно оказывает пособие по защите промежности, предварительно освоив основные приемы:

- 1) препятствие преждевременному разгибанию головки;
- 2) уменьшение напряжения промежности;
- 3) регулирование потуг;
- 4) выведение головки вне потуг;
- 5) осторожное освобождение плечевого пояса и туловища.

После рождения головки плода студент проводит отсасывание слизи изо рта и носа, которое продолжается и после рождения туловища ребенка, накладывает первый зажим на пуповину, отступив от пупочного кольца на 12 - 15 см, а второй - на 2 см кнаружи от него. Участок пуповины, находящийся между зажимами, обрабатывает 5 % спиртовым раствором йода и пересекает; продолжает туалет новорожденного, удаляет меконий, кровь, обращает внимание на общее состояние новорожденного, совместно с врачом оценивает его состояние по шкале Апгар. Проводит профилактику гонобленореи, закапывая в глазки новорожденного по 2 капли 20 % альбуцида (сульфацил - натрия); затем новорожденного необходимо показать матери, отмечая сразу же выявленные аномалии развития. Перенести на пеленальный столик для проведения второго этапа обработки новорожденного и оказания необходимой помощи. Студенту необходимо научиться технике проведения дыхания "рот в рот", аппаратного масочного дыхания, а так же введения в вену пуповины необходимых лекарственных препаратов. Студент должен уметь обрабатывать пуповину, наложить скобку Роговина или перевязывать пуповину и наложить асептическую повязку. Совместно с акушеркой студент проводит антропометрические изменения (рост, масса, окружность головки и плечиков). Все необходимые данные заносятся в историю родов и историю развития новорожденного.

Во время ежедневной работы в родовом отделении, студент под руководством акушерки осваивает и затем ведет самостоятельно роды, преимущественно у повторнородящих, обучается внутреннему акушерскому исследованию, определению готовности шейки матки к родам, осмотру шейки матки в зеркалах, зашиванию разрывов и разрезов промежности, методам

борьбы с кровотечениями, аномалиями родовой деятельности. Совместно с врачом оказывает ручное пособие при тазовых предлежаниях, участвует в оперативных пособиях, руководствуясь прилагаемым перечнем практических навыков.

В конце каждого дня оформляется дневник с указаниями проделанной работы.

В родовом отделении студенты могут провести УИРС по следующим темам: «Анализ особенностей течения родов при поздних гестозах», «Тактика ведения родов при тазовых предлежаниях» и другие.

ПРИМЕР ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА В РОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ

Дата Часы	СОДЕРЖАНИЕ ВЫПОЛНЕННОЙ РАБОТЫ
	<p>Присутствовал на утренней конференции. Прослушал отчет о дежурстве. За сутки было 10 родов, доложено об их особенностях.</p> <p>Совместно с врачом родового отделения сделал обход рожениц - 7 пациенток. Самостоятельно определял приемами Леопольда положение, вид и позицию плодов, выслушивал сердцебиение, наблюдал за динамикой родов, следил за схватками, их регулярностью.</p> <p>Обучил двух женщин приемам обезболивания. Знакомился с правилами асептики в родовом отделении.</p> <p>Подпись:</p> <p>Участвовал в утренней конференции, прослушал отчет о дежурстве. Выступил с обзором литературы по гестозам. Совместно с врачом сделал обход в предродовой палате. Осмотрел 6 рожениц в первом периоде родов. Самостоятельно всем пациенткам измерил АД на обеих руках, определил пульс и температуру. Измерил окружность живота, высоту дна матки. Определил сердцебиение плода и местонахождение головки.</p> <p>Произвел тазоизмерение у роженицы (Ф.И.О.), определил размеры головки плода, степень соответствия размеров головки и таза, признак Вастена, который оказался положительным (после отхождения околоплодных вод). В связи с этим пересмотрена тактика ведения родов в пользу абдоминального родоразрешения.</p> <p>Роды закончены операцией кесарева сечения. В данной операции участвовал в качестве второго ассистента. Оформлял под руководством врача историю родов, описывал операцию. Участвовал</p>

в переводе родильницы в послеродовое отделение.

Подпись:

Участвовал в утренней конференции, докладывал о дежурстве. Совместно с врачом осмотрел послеоперационных больных. Участвовал во втором периоде родов у 3 рожениц. Самостоятельно вел роды у повторнородящей (Ф.И.О.), описать особенности. Участвовал в ушивании промежности, наложил 3 шва по Шуте, проводил туалет двух новорожденных. Сделал 5 внутривенных инъекций, в том числе 2 инъекции метилэргометрина 1 % - 1 мл с глюкозой в момент прорезывания теменных бугров с целью профилактики кровотечения.

Подпись студента:

Подпись врача:

II. 3. РАБОТА В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ (18 часов)

Студент знакомится с порядком работы послеродового отделения. Получает палату родильниц (4-5 человек). Изучает их истории родов, анализы, характер осложнений. Совместно с врачом делает обход в палате, наблюдает за общим состоянием, течением послеродового периода, обращает внимание на состояние молочных желез и характер лактации, инволюцию матки, лохии. Проводит профилактические мероприятия, например, при угрозе трещин сосков. Назначает лечение совместно с врачом. Проводит беседы, назначает комплексы ЛФК. Оформляет документацию. При общении с беременными, родильницами и гинекологическими больными следует особое внимание уделять деонтологическим и этическим аспектам, уметь хранить врачебную тайну.

Работая в отделении, студент усваивает принцип цикличности заполнения палат. Знакомится с работой отделения совместного пребывания родильниц и новорожденных. Изучает показания и противопоказания для госпитализации в наблюдательное послеродовое отделение. Заполняет документацию.

ПРИМЕР ВЕДЕНИЯ ДНЕВНИКА

Дата Часы	СОДЕРЖАНИЕ ВЫПОЛНЕННОЙ РАБОТЫ
	<p>Присутствовал (участвовал) на утренней конференции. Сделал обход 15 родильниц. Измерил у них температуру тела, АД, пульс. Контролировал характер лохий.</p> <p>Обучил трех женщин уходу за грудными железами, правилам сцеживания молока. Обработал у 4 родильниц швы на промежности, снял швы у двух. Заполнил 3 обменные карты, выписки из роддома для женской консультации, детской поликлиники, справки в ЗАГС.</p> <p>Провел 3 беседы о контрацепции.</p> <p>Подпись студента: Подпись врача:</p>

II. 4. РАБОТА В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ (6 часов)

Перед началом работы в отделении новорожденных студенты должны ознакомиться со структурой отделения, особенностями работы, санитарными нормами, принципами профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных, с правилами ухода за новорожденными. Под контролем врача, студенты проводят туалет новорожденного, взвешивание, измерение роста, температуры, следят за состоянием остатка пуповины, наблюдают за вскармливанием, проводят лечебные манипуляции. Осваивают навыки ухода за недоношенными детьми, в палате интенсивной терапии - ухода за травмированными, овладевают техникой искусственного вскармливания, подготовкой донорского молока.

Знакомятся с подготовкой и выпиской детей. Заполняют документацию. Вся проделанная работа должна быть отражена в дневнике.

В отделении новорожденных возможно проведение УИРС по темам: Влияние кесарева сечения на период адаптации новорожденных; анализ состояния недоношенных новорожденных; анализ перинатальной патологии за определенный период; влияние экстрагенитальной патологии матери на новорожденных и т.д.

РАЗДЕЛ III.

НОЧНЫЕ ДЕЖУРСТВА (12 часов)

1. Приходя на дежурство, студент должен представиться ответственному дежурному врачу и работать под его руководством.

2. Участвовать в обходе больных, заслуживающих внимания дежурного врача.

3. Участвовать в приеме вновь поступающих беременных, рожениц и родильниц, обследовать их и заполнять необходимую документацию под контролем дежурного врача.

4. Принимать роды и производить туалет новорожденного совместно с акушеркой и дежурным врачом.

5. Принимать участие в оказании экстренной помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и гинекологическим больным.

6. Под руководством ответственного дежурного врача студент готовит отчет с подробным анализом наиболее сложных случаев по дежурству и докладывает на утренней врачебной конференции или перед руководителем практики.

Студенту разрешается нести дежурства в роддоме по собственному желанию, свыше необходимых 12 часов.

РАЗДЕЛ IV

САНИТАРНО - ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Во время практики студенты должны заниматься санитарно-просветительной работой. Для этого они знакомятся с планом работы отделения, готовят беседы и лекции на медицинские темы и проводят их в женской консультации или в отделениях роддома. Каждый студент за время прохождения производственной практики должен провести не менее двух бесед на медицинские и санитарно - просветительные темы, а так же 1-2 лекции.

Рекомендуемые темы лекций для санитарно - просветительной работы:

- 1 . Гигиена и здоровье.
2. Алкоголь и потомство.
3. Гигиена питания.
4. СПИД и его профилактика.
5. Питание беременных.
6. Гигиена брака.
7. Предупреждение беременности.
8. Профилактика пищевых отравлений.
9. Половое воспитание молодежи.
10. Профилактика простудных заболеваний.
11. Первая помощь при травмах и несчастных случаях.
12. Венерические заболевания и их профилактика.
13. Планирование семьи.
14. Профилактика гинекологических заболеваний.
15. Вред аборта.
16. Влияние внешних факторов на здоровье женщины во время беременности.
17. Уход за новорожденным.
18. Использование природных факторов для предупреждения и лечения воспалительных заболеваний.

Кроме того, студенты принимают участие в оформлении наглядной агитации (выпуск тематических санбюллетеней и т.д.). После лекции студенты заполняют отчетную форму, заверяют у руководителя учреждения и сдают руководителю практики.

РАЗДЕЛ V

УЧЕБНО - ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

В период клинической практики студентам необходимо заниматься учебно-исследовательской работой. Тематика работы и методы исследования рекомендуются руководителем практики медицинского университета или заранее определяется в научно - исследовательских кружках. Контроль за работой студентов по УИРС в целом осуществляется руководителем практики медицинского университета и непосредственным руководителем клинической базы (врачом акушером-гинекологом). Результаты работы обобщаются и представляются на научно-практическую конференцию, которая должна проводиться в конце практики.

При положительной оценке данная работа представляется на общую конференцию медицинского университета, которую организует и проводит студенческое научное общество университета.

ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА РАБОТ

1. Анализ причин перинатальной заболеваемости и смертности.
2. Анализ случаев невынашивания беременности.
3. Предупреждение акушерских кровотечений.
4. Диагностика и лечение гестозов по данным работы базового учреждения.
5. Кесарево сечение в современном акушерстве.
6. Частота и причины осложнений в родах и в послеродовом периоде.
7. Диспансеризация беременных (по данным работы женской консультации).
8. Диспансеризация гинекологических больных (по данным работы женской консультации).
9. Анемия и беременность.
10. Современные методы контрацепции.
11. Бесплодный брак.
12. Профилактика аномалий родовой деятельности.
13. Невынашивание беременности.
14. Антибиотики в акушерстве и гинекологии.

15. Асептика и антисептика в акушерстве и перинатологии.
16. Заболевания сердца и беременность.
17. О вреде аборта.
18. Профилактика родового травматизма.
19. Эндоскопические методы оперативного лечения в гинекологии.
20. Миома матки в современной гинекологической клинике.

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

На основании работы, проделанной студентом на практике, отраженной в соответствующих разделах дневника, даются характеристика с оценкой по 5-балльной системе на каждого студента базовым руководителем практики, заверенная печатью. Студент заполняет сводный отчет (см. «Приложения») о проведенной работе и вместе с дневником представляет вузовскому руководителю практики. При положительных характеристиках и выполненном объеме работы студент допускается к зачету. Сдача зачета по пятибалльной системе производится на базе практики комиссии в составе вузовского руководителя практики, главного врача лечебного учреждения или его заместителя по лечебной работе и заведующих отделениями.

Общая оценка за клиническую практику вносится в зачетную книжку и в зачетную ведомость для деканата за подписью вузовского руководителя.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТА НА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

1. Полный, развернутый ответ на вопросы, изложенные в программе.
2. Правильное заполнение и представление необходимой документации (дневник, отчет, протоколы УИРС и т.д.).
3. Не простая констатация фактов, а их критическое осмысление, содержащее собственное мнение и выводы студента.
4. Правильное использование медицинской терминологии.

5. Грамотное (орфографическое и стилистическое) изложение материала.
6. Количественная характеристика полученных навыков и умений.

Трем первым критериям придается решающее значение. Принимается во внимание степень активности студента, прилежность в выполнении заданий по дисциплине. "Отлично" - заслуживает студент, который имеет отчет, соответствующий всем требованиям. При отсутствии одного из указанных критериев (четвертого или пятого) работа может претендовать на оценку "хорошо". Если же в отчете имеются нарушения первых трех критериев, работа студентов не может быть признана хорошей. Студент, недобросовестно относящийся к практике, составлению отчета или плохо подготовивший отчет, направляется на повторное прохождение практики.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО АКУШЕРСТВУ

Основная литература

1. Акушерство / Г. М. Савельева [и др.]. - Электрон. текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432952.html>
2. Акушерство: учебник, рек. Мин. обр. и науки РФ, рек. ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. С. Сеченова" для студ. вузов, обуч. по спец. "Лечебное дело" / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2016. - 1034,[6] с. : ил.

Дополнительная литература

1. Акушерский перитонит: учеб. пособие по спец. - акушерство и гинекология / А. У. Хамадьянова [и др.] ; МЗ РБ, Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа), Каф. акушерства и гинекологии № 1. - Уфа : БГМУ, 2010. - 47 с.
2. Зулкарнеева, Э. М. Атлас акушерско-гинекологического инструментария: учебное пособие по овладению практическими навыками модуля "Акушерство и гинекология" в рамках реализации профессиональных компетенций специальности 31.05.01 - "Лечебное дело" / Э. М. Зулкарнеева, И. В. Сахаутдинова, И. М. Таюпова; ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" МЗ РФ. - Электрон. текстовые дан. - Уфа : Издательство БашНИПИнефть, 2015. - on-line. - Режим доступа: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib642.pdf>.
3. Кесарево сечение в современном акушерстве. Возможные осложнения и их профилактика : учебное пособие по специальности - акушерство и гинекология / А. У. Хамадьянова, С. У. Хамадьянова, А. И. Галимов ; МЗ РБ, Башкирский гос. мед. ун-т, Кафедра акушерства и гинекологии № 1. - Уфа : БГМУ, 2010. - 94 с.
4. Партограмма как интегральный метод контроля за клиническим течением родов [Электронный ресурс] : [учебно-метод. пособие по спец. 31.05.01-

- Лечебное дело для студ. 4 курса для самост. внеаудиторной работы] / ФГБОУ ВО «Башкирский гос. мед. ун-т» МЗ РФ ; сост.: И. В. Сахаутдинова, Э. М. Зулкарнеева, Т. П. Кулешова. - Электрон. текстовые дан. - Уфа : БашНИПИнефть, 2016. - on-line. - Режим доступа: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib657.pdf>.
5. Пишем историю родов [Электронный ресурс] : учебно-метод. пособие по спец. 31.05.01-Лечебное дело [для самостоят. внеаудитор. работы студ. 4 курса] / ФГБОУ ВО «Башкирский гос. мед. ун-т» МЗ РФ ; сост. И. В. Сахаутдинова [и др.]. - Электрон. текстовые дан. - Уфа : ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2016. - on-line. - Режим доступа: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib656.pdf>.
Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970404416.html>
6. Руководство к практическим занятиям по акушерству [Электронный ресурс] : учебное пособие для студ. мед. вузов / В. Е. Радзинский [и др.] ; под ред. В. Е. Радзинского. - Электрон. текстовые дан. - М. : Гэотар Медиа, 2007. - on-line.
7. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии: учеб. пособие для студ. медвузов / Ю. В. Цвелев [и др.] ; под ред. Ю. В. Цвелева, В. Г. Абашина. - СПб. : Фолиант, 2007. - 632 с.
8. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие для студ. мед. вузов / В. Е. Радзинский [и др.] ; под ред. В. Е. Радзинского. - М. : МИА, 2004. - 574 с.
9. Сахарный диабет и беременность [Электронный ресурс] : [учебно-метод. пособие по спец. 31.05.01-Лечебное дело для студ. 4 курса для самост. внеаудиторной работы] / ФГБОУ ВО «Башкирский гос. мед. ун-т» МЗ РФ ; сост. И. В. Сахаутдинова [и др.]. - Электрон. текстовые дан. - Уфа : Изд-во БашНИПИнефть, 2016. - on-line. - Режим доступа: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib659.pdf>.
10. Современные возможности диагностики, лечения и профилактики внутри-утробного инфицирования плода : учеб. пособ. для студентов / ГБОУ ВПО

"БГМУ" МЗ РФ ; сост. У. Р. Хамадиянов [и др.]. - Уфа : Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2013. - 76 с.

11. Физиология и патология послеродового периода [Электронный ресурс] : учебное пособие [для самостоятельной внеаудиторной работы студентов] / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" МЗ РФ ; сост. И. М. Таюпова [и др.]. - Электрон. текстовые дан. - Уфа : БашНИПИнефть, 2014. - on-line. - Режим доступа: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib622.pdf>.

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

**Сводный отчет по производственной практике
«Помощник врача (акушера-гинеколога)»**

Студента (Ф.И.О.) _____
группы _____ **4 курса лечебного факультета**, проходившего производственную
практику с _____ по _____ 20__ г. на базе _____

№	Манипуляция (умение, навык)	Компетенции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
1	Обследование беременных в условиях женской консультации, стационара	ПК-5	10	
2	Проведение влагалищного исследования	ПК-5	8	
3	Оценка зрелости шейки матки	ПК-12	3	
4	Ведение I-ого периода родов	ПК-12	5	
5	Ведение II-ого периода родов	ПК-12	5	
6	Ведение III-ого периода родов	ПК-12	5	
7	Осмотр мягких родовых путей	ПК-5	5	
8	Ушивание разрывов мягких тканей после родов	ПК-10	3	
9	Выполнение перинеотомии, эпизиотомии	ПК-10	3	
10	Провести первый туалет новорожденных	ПК-12	5	
11	Провести катетеризацию мочевого пузыря	ПК-12	5	
12	Взятие мазков с шейки матки, цервикального канала	ПК-5	8	
13	Провести туалет родильницы	ПК-12	4	
14	Обработка швов на промежности	ПК-10	5	

ТРЕНИРОВОЧНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

Задача № 1.

Беременная К, 20 лет; предъявляет жалобы на ноющие боли внизу живота и в поясничной области в течении суток. Из анамнеза: в 10 лет стационарное лечение по поводу острого пиелонефрита, обострения один раз в год в осенне-зимний период. Состоит на диспансерном учете у терапевта по поводу хронического пиелонефрита. Настоящая беременность вторая, первая беременность год назад закончилась медицинским абортom, который осложнился правосторонним сальпингоофоритом. Течение настоящей беременности без осложнений. 2 недели назад выдан декретный отпуск. Неделю назад болела гриппом с повышением температуры тела до 38,5 С в течении двух суток.

Объективно: таз: 26-28-32-22, ВДМ - 31 см, ОЖ-80 см, вес 70 кг, рост 170 см. Матка легко возбудима при осмотре, безболезненная, положение плода продольное. Спинка плода определяется слева и спереди, предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушивается слева ниже пупка, 116 ударов в минуту. Симптом Пастернацкого положительный справа. Отеков нет.

Данные влагалищного исследования, влагалище нерожавшей женщины, узкое, шейка матки цилиндрической формы, отклонена кзади, длиной до 3,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев. Плодный пузырь цел, предлежит головка. Мыс недостижим. Выделения слизистые.

ОАК: Нв=105 г/л,

Эг=3,0,

ЦП=0,80,

L=14,0,

СОЭ=42.

ОАМ: желтая, прозрачная, удельный вес=1030, белок-0,033, L=10-15 в поле зрения, бактерии "+++".

УЗИ: плод соответствует 32 неделям беременности, плацента расположена по задней стенке до дна III степени зрелости, околоплодных вод меньше нормы.

КТГ: 6-7 баллов по Фишеру, СДМ повышена.

Допплерометрия: снижение маточно-плацентарного кровотока 1 степени.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы обследования.
3. Лечение, тактика.
4. Прогноз.
5. Роль и задачи перинатального центра в предупреждении патологии беременности, плода и преждевременных родов. (Приказ МЗ РФ №572 от 01.11.2012г)

Задача № 2.

Беременная К., 24 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, снижение работоспособности в течении месяца. При обследовании в тот период патологических изменений общих анализов крови и мочи не выявлено. В течении последней недели беспокоит кожный зуд, появление уртикарных высыпаний на верхних конечностях и передней брюшной стенке, потемнение мочи, вышеуказанные симптомы связала с приемом поливитаминов.

Объективно: Кожные покровы желтушные, иктеричность склер. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации, в области правого подреберья, край печени на 1,5 см ниже реберной дуги. Матка в повышенном тонусе при осмотре, безболезненная, положение плода продольное, предлежит головка плода, ограничено подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритмичное 156 ударов в минуту. ОЖ=90, ВДМ=35.

Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 2,5 см, мягкая, центрирована, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев. Плодный пузырь цел.

Данные обследования:

ОАК: Нв-100г/л,

Эр.- $3,0 \times 10^{12}$ л,

Л- $6,4 \times 10^9$ л,

СОЭ-26мм/ч ;

Эозинофилы -2%,

Палочкоядерные -4%,

Сегментоядерные -67%,

Лимфоциты -21%,

Моноциты -6%.

Биохимический анализ крови: общ.белок =50 г/л, общий билирубин=100 мкмоль/л, прямая фракция= 63мкмоль/л; непрямая фракция = 37мкмоль/л; АЛТ =2500,8ед/ л.; АСТ =1800 ед/л.

ОАМ: цвет насыщено-желтый, уд.вес =1018, белка нет; уробилин +++.

Данные ИФА: Обнаружен HBs Ag .

УЗИ: плод соответствует 35 неделям беременности, плацента расположена по передней стенке до дна П-Ш степени зрелости. Количество околоплодных вод в норме.

КТГ: 7 баллов по Фишеру(комп. гипоксия плода). СДМ повышена.

Допплерометрия: маточно-плацентарный кровоток соответствует сроку беременности.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Лечение, акушерская тактика.
4. Прогноз.
5. Роль и задачи перинатального центра в предупреждении патологии беременности, плода и преждевременных родов. (Приказ МЗ РФ №572 от 01.11.2012г)

Задача № 3.

Беременная Д., 25 лет, в 32 недели беременности обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в поясничной области справа в течении суток, повышение температуры тела до 37,5 учащенное мочеиспускание, жажду, общую слабость.

Анамнез. Беременность вторая, первая беременность закончилась 2 года назад самопроизвольным выкидышем в 18 нед. беременности. Семейный анамнез не отягощен. Во время профилактических осмотров патологических изменений не со стороны внутренних органов не обнаруживалось.

Объективно: Рост 160 см; вес=87 кг; t=37,5; Ps=98уд. в мин.; АД=120/90; 125/80 мм рт ст. Кожные покровы бледные, гиперемия лица, лимфатические узлы, щитовидная железа не увеличены. Симптом Пастернацкого "+" справа. Таз: 25-28-31-21см; ОЖ=92см, ВДМ=36см. Матка в нормальном тонусе, головка плода пальпируется в правой подвздошной области; сердцебиение плода ясное, ритмичное 152уд.в мин. Отеков нет.

Данные влагалищного исследования: Шейка матки плотная, до 3 см, отклонена кзади, наружный зев сомкнут. Предлежащая часть не определяется.

Данные лабораторных исследований:

ОАК: Нв=100 г/л; Эг=3,0; ЦП=0,9; L=15; СОЭ=40 мм/ч

ОАМ: желтая, прозрачная, удельный вес = 1030; белок = 0,033; сахар =2%; L=15-20 в поле зрения, кетоновые тела "+".

Моча по Нечипоренко: L=15x10⁶, Эг =3,2x10⁶

Сахар крови натощак: 8,8 ммоль/л;

ГТТ - через 1 час уровень сахара крови 13,4 ммоль/л; через 2 часа 11,0 ммоль/л.

УЗИ: Плод соответствует 35 неделям беременности, плацента расположена по передней стенке до дна, II степени зрелости, толщина плаценты 50 мм. Околоплодных вод больше нормы.

КТГ: 8 баллов по Фишеру(нормограмма), СДМ соответствует сроку беременности.

Допплерометрия: кровоток в маточных артериях и в сосудах пуповины не изменен.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Лечение, акушерская тактика.
4. Организация медицинской помощи беременным. Родовой сертификат.

Задача № 4.

Беременная С, 28 лет; беременность 33 недели, предъявляет жалобы на кожный зуд, слабость, головокружение в течении 2-х недель, уменьшение двигательной активности плода в течении недели.

Анамнез: Беременность третья, I беременность закончилась 4 года назад преждевременными родами на 36 неделе беременности, вес ребенка при рождении 3.800, рост 55 см; II беременность закончилась самопроизвольным выкидышем 2 года назад в 16 недель беременности, осложнившимся эндометритом. С 15 лет страдает сахарным диабетом I типа легкой степени тяжести.

Течение настоящей беременности: В женской консультации наблюдается с 5 недель беременности, профилактическая госпитализация в эндокринологическое отделение в 6 недель беременности. I триместр беременности протекал без осложнений, доза инсулина значительно уменьшена. С 22 недель беременности в связи со сменой места жительства женскую консультацию посещала нерегулярно, коррекции дозы инсулина не проводилось.

Объективно: рост-162 см, вес-60 кг, температура 37,2 С, PS - 96/мин; АД-110/70; 120/80. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, очаги пиодермии в области расчесов кожи на верхних конечностях и груди Таз: 25-27-29,5-20см; ВДМ-35см, ОЖ-89см. Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка; сердцебиение плода приглушено 115 уд/мин. Отеков нет.

Данные лабораторных методов исследования:

ОАК: Нв-120г/л,

Эр.-3,2x10¹²л,

Л-16,4x10⁹л,

СОЭ-56мм/ч, ;

Эозинофилы -1%,

Базофилы – 4%,

Палочкоядерные -10%,

Сегментоядерные -72%,

Лимфоциты -10%,

Моноциты -3%.

ОАМ: мутная, удельный вес =1032, белок=0,33, L=2-4 в п.зр., сахар=6%, кетоновые тела "++++", гиалиновые цилиндры "++".

Сахар в крови натощак: 16 ммоль/л.

КТГ: 7 баллов по Фишеру(комп. гипоксия плода), СДМ соответствует сроку гестации.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Тактика
4. Прогноз.
5. Целевые программы РФ и РБ. Их значение в охране здоровья населения.

Задача № 5.

Беременная К., 31 года, беременность 38 недель направлена в ОПБ для подготовки к родам. Жалоб нет. Анамнез: Беременность третья, первая и вторая беременности закончились медицинскими абортами, осложнившимися эндометритами. Перенесенные операции: 4 года назад склеропластика по поводу миопии высокой степени.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Таз:25-27-31-22см, ОЖ=96см, ВДМ=36см. Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, ограничено подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 152/мин, определяется слева ниже пупка Отеков нет.

Данные влагалищного исследования: шейка матки мягкая, центрирована, до 2 см, цервикальный канал проходим для 1,5 поперечного пальца за внутренний зев, плодный пузырь цел.

ОАК: Нв=115

Эг=3,4

ЦП=0,9

L=8,2

СОЭ=22мм/ч.

ОАМ: желтая, прозрачная, уд.вес=1028, белка нет.

УЗИ: плод соответствует 38-39 неделям беременности. Плацента расположена по передней стенке, нижний край плаценты расположен на 9,5 см выше внутреннего зева, количество околоплодных вод в норме.

КТГ: 9-10 баллов по Фишеру(нормограмма), СДМ в норме для данного срока гестации, маммарный тест положительный.

Допплерометрия: маточно-плацентарный кровоток соответствует сроку гестации. Заключение окулиста: миопия высокой степени OD, OS. Рекомендовано исключить потужной период.

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. Провести дифференциальный диагноз.
3. Составить план ведения родов.
4. Прогноз
5. Правила оформления временной нетрудоспособности по беременности и родам.

Задача № 6

Больная И., 31 года, обратилась 10.01. к врачу женской консультации с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и пояснице, кожный зуд, понижение аппетита, слабость, желтушное окрашивание кожи.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает корь (в детстве), воспаление легких, хр. холецистит. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28-30 дней, безболезненные, умеренные. Последние менструации были с 17 по 20.5. Половая жизнь с 22 лет, брак второй, мужу 38 лет, здоров. Настоящая беременность 4-я. Первая закончилась срочными родами без осложнений, вторая и третья были прерваны операцией искусственного аборта, без осложнений.

Течение данной беременности. В 1 половине беременности наблюдались явления токсикоза. 2.01. почувствовала недомогание, слабость, боли в подложечной области, повысилась температура до 37,4°C, был жидкий стул, моча стала темной. К врачу не обращалась, так как считала эти симптомы обострением холецистита. 9.01. появились желтуха и зуд, кал был обесцвечен. 10.01. присоединились схваткообразные боли внизу живота.

Общее и акушерское обследование. Состояние больной при поступлении удовлетворительное, температура 37,1°C. Телосложение правильное. Рост 165 см, вес 178,5 кг. Имеется желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек, на коже груди и живота расчесы. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 72 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Аппетит снижен. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот увеличен за счет беременной матки. Край печени выступает на 2 см из-под реберного края (по правой срединно-ключичной линии). При пальпации печень болезненна, точка желчного пузыря чувствительна. Селезенку пальпировать не удалось. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Моча темного цвета. Окружность живота на уровне пупка 90 см. Высота стояния дна матки над лоном 30 см. Матка периодически напрягается, регулярной родовой деятельности нет. Положение плода продольное, спинка обращена влево, предлежит головка, подвижная над входом малого таза. Сердцебиение плода 128 в минуту, ритмичное, приглушенное, слева ниже пупка. Размеры таза: 25-28-31-20 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки укорочена, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел, несколько напряжен. Высоко над входом в таз определяется ballotирующая головка плода. Мыс не достигается, костных деформаций таза нет.

ОАК: Нв-120г/л,
Эр.-5,4x10¹²л,
Л-8,4x10⁹л,
СОЭ-38мм/ч,
Эозинофилы -4%,
Палочкоядерные -4%,
Сегментоядерные -65%,
Лимфоциты -21%,
Моноциты -6%.

ОАМ: т/ж, уд.вес-1012, белок-отр., Л-3-5 в п/зр, Эр.-0-1, желч. пигм.

Б/х анализ крови: общ.бел.- 70 г/л, билирубин общ. - 65,5 мкмоль/л, билирубин связ. 19,0 мкмоль/л, билирубин своб.-25,9 мкмоль/л,

КТГ: 7 баллов по Фишеру(комп. гипоксия плода).СДМ повышена.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы особенности течения беременности и родов при данном заболевании?
3. Какое влияние оно оказывает на развитие плода и новорожденного?
4. Какова терапия и акушерская тактика?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 7.

Повторнобеременная С., 32 лет, поступила в акушерское отделение по направлению врача женской консультации. Срок беременности 28 недель. При поступлении предъявляет жалобы на слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, трещины в углах рта.

Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: корь, пневмония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (обострение 2 года назад).

Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 17 лет. Настоящая беременность седьмая: три из них закончились искусственным абортom, три - своевременными нормальными родами. Последние роды 10 месяцев назад. Данная беременность протекала без осложнений, однако в течение последнего месяца появились вышеуказанные жалобы.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Масса 56 кг, рост 165 см. Пульс 94 в минуту, число дыханий - 20 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. При перкуссии границы сердца и легких в пределах нормы, аускультативно на верхушке сердца определяется дующий систолический шум. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода 134 в минуту, ритмичное. Высота дна матки над лоном 28 см, окружность живота 74 см. Размеры таза: Distantia spinarum – 26 см, Distantia cristarum – 29 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 20 см.

При влагалищном исследовании: шейка матки сформирована, отклонена кзади, цервикальный канал закрыт. Плодный пузырь цел. Головка над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Выделения из половых путей слизистые.

При исследовании крови выявлены следующие показатели: Эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ /л, Гемоглобин 87 г/л, цветовой показатель 0,77, пойкилоцитоз, анизоцитоз, лейкоциты $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 34 мм/ч, гематокрит 31%.

Анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; удельный вес - 1013; белок – не определяется; сахар - не определяется. *Микроскопия осадка мочи:* эпителиальные клетки - 1-2 в п/зр, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр.

Биохимический анализ крови:

	пациентка	норма
Общий белок, г/л	65	65-85
Холестерин, ммоль/л	4,5	3,5-6,5
Креатинин, мкмоль/л	110	44-115
Глюкоза, ммоль/л	5,6	4,2-6,7
Билирубин общий, мкмоль/л	20	9 - 21
Билирубин прямой, мкмоль/л	-	0
сывороточное железо	6,2	12,5-30,0

При УЗИ фетометрические показатели соответствуют гестационным нормам, количество околоплодных вод нормальное; плацента нулевой степени зрелости, расположена на передней стенке матки.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Классификация (для беременных) указанного осложнения по степени тяжести.
3. Этиопатогенез заболевания и его связь с беременностью? Возможные причины развития данного состояния у пациентки С.?
4. Какие осложнения беременности для матери и плода возможны при этом заболевании?
5. Организация медицинской помощи беременным. (Приказ МЗ РФ №572 от 01.11.2012г.) Родовой сертификат.

ЗАДАЧА № 8

Роженица К., 20 лет, переведена в родильный блок из отделения патологии беременных с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, регулярные, через 5-6 минут по 35 секунд, умеренно болезненные, средней силы. Родовая деятельность развилась 3 часа назад.

Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, редкие ангины, респираторные инфекции. Несколько лет назад при профилактическом обследовании был выявлен пролапс митрального клапана, со слов пациентки, подтвержденный при ультразвуковом исследовании сердца. В течение этого времени нарушений кровообращения не было.

Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 19 лет. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений. Два дня назад госпитализирована в отделение патологии беременных.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Масса 68 кг, рост 162 см. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных качеств, число дыханий 20 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. При перкуссии границы сердца не изменены. Аускультативно на верхушке сердца выслушивается мезосистолический щелчок. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 134 в минуту, ритмичное. Высота дна матки над лоном 94 см, окружность живота 37 см. Размеры таза: Distantia spinarum – 25 см, Distantia cristarum – 28 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 20 см.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз, мыс не достигается.

При УЗИ I плод в головном предлежании, фетометрические показатели соответствуют гестационным нормам, количество околоплодных вод нормальное; плацента третьей степени зрелости, расположена на передней стенке матки.

Кардиотокографическое исследование - 8 баллов (нормограмма).

Допплерометрия кровотока в системе мать-плацента-плод: патологических изменений не выявлено.

Эхокардиография: Имеется выбухание створок митрального клапана в полость левого предсердия во вторую половину систолы на 0,5 см. Размеры и сократительная функция миокарда всех камер сердца в пределах нормы.

Задание:

1. Диагноз?
2. Влияние пролапса митрального клапана на течение беременности.
3. Какие дополнительные исследования необходимо было провести пациентке для определения акушерской тактики?
4. Какова тактика ведения родов?
5. Материнская смертность: методика исчисления, уровень, причины, пути снижения.

ЗАДАЧА № 9

Пациентка Ю., 24 лет, при беременности 24-25 недель поступила в родильный дом по направлению женской консультации с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры до 38-39 градусов, периодические ознобы, которые появились 3 дня назад. В течение последних суток отмечает боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, бедро.

Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания корь, ангины, пневмония. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 22 лет. Настоящая беременность

первая, наступила через год после замужества, протекала без осложнений. Состоит на учете в женской консультации с 7-недельного срока беременности.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 140/90-135/90 мм рт ст, пульс 108 в минуту. Масса тела 70 кг, рост 169 см. Кожные покровы обычной окраски, язык сухой, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Окружность живота 80 см, высота дна матки над лоном 24 см., при пальпации матка возбудима. Сердцебиение плода 130-134 в минуту. Размеры таза: Distantia spinarum – 25 см, Distantia cristarum – 28 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 20 см.

При влагалищном исследовании шейка матки сформирована, цервикальный канал закрыт. Предлежит крупная часть плода. Мыс крестца не достигается. Выделения слизистые.

При УЗИ определяется 1 плод в головном предлежании, фетометрические показатели соответствуют гестационным нормам, количество околоплодных вод нормальное; плацента нулевой степени зрелости, расположена на передней стенке матки.

При исследовании крови выявлены следующие показатели: Эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин 97 г/л, цветовой показатель 0,78, лейкоциты $17,2 \times 10^9/л$, базофильные -0%, эозинофильные – 0%, юные – 1%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 63%, лимфоциты – 17%, моноциты – 9%. СОЭ 54 мм/ч, гематокрит 31%.

Биохимический анализ крови:

	пациентка	норма
Общий белок, г/л	63	65-85
Холестерин, ммоль/л	4,5	3,5-6,5
Креатинин, мкмоль/л	110	44-115
Глюкоза, ммоль/л	3,6	4,2-6,7
Билирубин общий, мкмоль/л	16	9 - 21
Билирубин прямой, мкмоль/л	-	0
Железо сывороточное	8,2	12,5-30,0

Анализ мочи: цвет - мутный, удельный вес-1018, белок-0,33 г/л, сахар - отр, ацетон - отр., лейкоциты - сплошь покрывают все поля зр., эритроциты – 1-2 в п/зр., бактерии.

Задание:

1. Диагноз?
2. Этиопатогенез данного заболевания при беременности.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для его подтверждения?
4. Особенности течения беременности при данном осложнении.
5. План ведения пациентки Ю.
6. Роддом: структура, задачи, показатели работы.

ЗАДАЧА № 10

Повторнобеременная Е., 27 лет, переведена из кардиологического в гинекологическое отделение.

Наследственность неотягощена. В детстве болела корью и скарлатиной, в 13-летнем возрасте перенесла острую ревматическую лихорадку, лечилась стационарно. В связи с перенесенным заболеванием в школе освобождалась от занятий по физкультуре. Менструальная функция не нарушена. Последние менструации 2,5 месяца назад. Половая жизнь с 21 года. Первая беременность наступила через год после замужества, закончилась своевременными родами, в послеродовом периоде беспокоили одышка, сердцебиение, чувство давления в области сердца.

Настоящая беременность вторая. С ранних сроков состояние пациентки стало ухудшаться: появились одышка, кашель с кровохарканьем, отеки на ногах, участилось

сердцебиение, по утрам тошнота и рвота. Беременная обратилась в женскую консультацию, откуда и была направлена в кардиологическое отделение, где находилась в течение недели.

Состояние средней тяжести, кожа бледная, губы цианотичны, на голенях, стопах и поясничной области умеренные отеки. Температура тела 37,4 градуса, АД 100/75-105/75 мм рт. ст, пульс 100 в минуту, удовлетворительного наполнения. При осмотре выявляется разлитая прекардиальная пульсация в 3-4 межреберье слева от грудины, там же пальпируется разлитой и усиленный сердечный толчок. Определяется пульсация в эпигастрии. Перкуторно правая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя граница – по нижнему краю II ребра слева. Аускультация сердца – I тон усилен («хлопающий»), акцент II тона над легочной артерией, шелчок открытия митрального клапана; на верхушке - диастолический шум. В легких при перкуссии - легочный звук, при аускультации - влажные хрипы в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, болезненная при пальпации.

При влагалищном исследовании определяется синюшность слизистой влагалища, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в антефлексии, соответствует 9 неделям беременности, несколько размягчена, подвижна. Придатки не определяются.

При исследовании крови выявлены следующие показатели: Эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин 97 г/л, цветовой показатель 0,8, лейкоциты $13,2 \times 10^9/л$, СОЭ 45 мм/ч.

Анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; удельный вес - 1013; белок – не определяется; сахар - не определяется. *Микроскопия осадка мочи:* эпителиальные клетки - 1-2 в п/зр, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр.

При УЗИ малого таза: матка увеличена соответственно 9 неделям беременности, в полости матки визуализируется плодное яйцо, определяется 1 эмбрион, размеры которого соответствуют гестационным нормам. Хорион расположен на передней стенке матки. Длина шейки матки 40 мм, внутренний зев закрыт.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 100 в мин., электрическая ось сердца отклонена вправо, расширение и расщепление зубца Р в отведениях I, II, avl, V₅, V₆, увеличение амплитуды зубца R в V₁ и зубца S в отведениях V₅, V₆.

Задание:

1. Диагноз.
2. Физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе у женщины при беременности.
3. Противопоказания для пролонгирования беременности при сердечных пороках.
4. Дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения данной пациентки.
5. План ведения пациентки Е. на данном этапе?
6. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи.

Если Вы успешно решили предложенные задания, тогда можете приступить к клинической практике по акушерству. Правильность ответов можно проверить по эталонам в конце пособия.

ВОПРОСЫ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ

Указание: выберите один правильный ответ.

1. ОТНОШЕНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ И ГОЛОВКИ К ТУЛОВИЩУ ПЛОДА — ЭТО:
 - 1) положение плода
 - 2) позиция плода
 - 3) вид плода
 - 4) членорасположение плода
 - 5) вставление головки
2. НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, РАЗОГНУТЫ В КОЛЕННЫХ И ПРИЖИМАЮТ РУЧКИ, СПИНКА ОБРАЩЕНА К ПЕРЕДИ — ЭТО:
 - 1) 1-я позиция, передний вид
 - 2) чисто-ягодичное предлежание, передний вид
 - 3) 1-я позиция, задний вид
 - 4) тазовое предлежание, 1-я позиция
 - 5) тазовое предлежание, 2-я позиция
3. ПРАВЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ РАВЕН:
 - 1) 11 см
 - 2) 12 см
 - 3) 13 см
 - 4) 11,5 см
 - 5) 10,5 см
4. ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ:
 - 1) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева
 - 2) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа
 - 3) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди
 - 4) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади
 - 5) сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади
5. ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА РАВЕН:
 - 1) 8,5 см
 - 2) 9,5 см
 - 3) 10,5 см
 - 4) 11 см
 - 5) 12 см
6. РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПРИ БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ В ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ – ЭТО:
 - 1) I момент
 - 2) II момент
 - 3) III момент

- 4) IV момент
- 5) V момент
7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ – ЭТО:
 - 1) многоводие
 - 2) гестоз
 - 3) досрочное прерывание беременности
 - 4) пороки развития плода
 - 5) крупные размеры плода
8. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ – ЭТО:
 - 1) диагностика нарушений сердечного ритма плода
 - 2) выявление и определение степени тяжести гипоксии плода по частоте сердечных сокращений
 - 3) определение сократительной активности миометрия
 - 4) оценка биофизического профиля плода
 - 5) определение пороков развития сердца плода
9. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, КРОМЕ:
 - 1) излития околоплодных вод
 - 2) появления кровянистых выделений из половых путей
 - 3) изменения сердцебиения плода
 - 4) хронической фетоплацентарной недостаточности
 - 5) выпадения петель пуповины
10. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ (250 МЛ) В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ В ОТСУТСТВИЕ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ:
 - 1) ввести средства, вызывающие сокращение матки
 - 2) применить метод Креде—Лазаревича
 - 3) применить прием Абуладзе
 - 4) произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
 - 5) ввести спазмолитические средства
11. ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ:
 - 1) сердцебиение
 - 2) дыхание
 - 3) состояние зрачков
 - 4) мышечный тонус
 - 5) цвет кожи
12. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ТРЕБУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:
 - 1) прижать аорту
 - 2) ввести сокращающие матку средства
 - 3) клеммировать параметрий
 - 4) произвести ручное обследование стенок полости матки
 - 5) ампутации матки
13. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ:
 - 1) поперечное положение плода
 - 2) родовое излитие вод
 - 3) низкое поперечное стояние стреловидного шва

- 4) безводный промежуток 12 часов
- 5) повышение температуры в родах более 37,6 С
14. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА:
 - 1) потеря аппетита
 - 2) желтуха
 - 3) кожный зуд
 - 4) диспепсические расстройства
 - 5) боли в правом подреберье
15. МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В КРОВИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В СРОКЕ:
 - 1) 5 – 6 недель
 - 2) 8-10 недель
 - 3) 14-16 недель
 - 4) 35-37 недель
 - 5) концентрация хорионического гонадотропина постоянна на протяжении всей беременности
16. С ПОМОЩЬЮ ПЕРВОГО ПРИЕМА ПАЛЬПАЦИИ ПЛОДА В МАТКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ:
 - 1) предлежание плода
 - 2) положение, позицию плода
 - 3) отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз
 - 4) уровень стояния дна матки
 - 5) отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза
17. ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА РАВЕН:
 - 1) 11 см
 - 2) 12 см
 - 3) 13 см
 - 4) 12,5 см
 - 5) 10,5 см
18. ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:
 - 1) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева
 - 2) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа
 - 3) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди
 - 4) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади
 - 5) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди
19. ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ:
 - 1) вертикальным размером
 - 2) средним косым размером
 - 3) малым косым размером
 - 4) бипариетальным размером
 - 5) прямым размером
20. ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ПРИ НАРАСТАНИИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ:
 - 1) продолжение ведения родов под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода
 - 2) лечение гипоксии плода, продолжение консервативного ведения родов
 - 3) наложение акушерских щипцов
 - 4) выполнение кесарева сечения в экстренном порядке
 - 5) стимуляция родовой деятельности окситоцином
21. РАННЮЮ АМНИОТОМИЮ ПРОИЗВОДЯТ ПРИ:

- 1) преждевременных родах
 - 2) анатомически узком тазе
 - 3) тазовом предлежании плода
 - 4) плоском плодном пузыре
 - 5) многоплодной беременности
22. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ РОДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ПРОИЗВЕСТИ ОПЕРАЦИЮ:
- 1) наложение акушерских щипцов
 - 2) краниотомия
 - 3) кесарево сечение
 - 4) классический акушерский поворот
 - 5) экстракция плода за тазовый конец
23. ОБЪЕМ «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ» КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ СОСТАВЛЯЕТ :
- 1) 0,2 % массы тела
 - 2) 0,5 % массы тела
 - 3) 0,7 % массы тела
 - 4) 1 % массы тела
 - 5) 2 % массы тела
24. В СЛУЧАЕ ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА ПРИКРЕПЛЯЮТСЯ В ПРЕДЕЛАХ:
- 1) функционального слоя эндометрия
 - 2) миометрия
 - 3) базального слоя эндометрия
 - 4) периметрия
 - 5) параметрия
25. ПРАВИЛЬНОЕ ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ - ЭТО:
- 1) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
 - 2) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
 - 3) головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
 - 4) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах
 - 5) головка разогнута, предлежит тазовый конец
26. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В СРОКИ ДО 8 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:
- 1) краснуха
 - 2) туберкулез
 - 3) ветряная оспа
 - 4) инфекционный гепатит
 - 5) хламидиоз
27. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫЙ СИМПТОМОМ НЕФРОПАТИИ - ЭТО:
- 1) альбуминурия 1 г/л
 - 2) значительная прибавка в весе
 - 3) боли в эпигастральной области
 - 4) заторможенность
 - 5) повышенная возбудимость
28. ПЕРВОРОДЯЩАЯ 23 ЛЕТ ДОСТАВЛЕНА В РОДДОМ ПОСЛЕ ПРИПАДКА ЭКЛАМПСИИ, КОТОРЫЙ ПРОИЗОШЕЛ ДОМА. БЕРЕМЕННОСТЬ — 37-38

- НЕДЕЛЬ, СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, АД - 150/100 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС – 98 УД./МИН. ВЫРАЖЕННЫЕ ОТЕКИ НА НОГАХ, СОЗНАНИЕ ЗАТОРМОЖЕННОЕ. ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ:
- 1) пролонгирование беременности на фоне лечения
 - 2) проведение комплексной интенсивной терапии в течение 2-3 дней
 - 3) срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения на фоне комплексной интенсивной терапии
 - 4) родовозбуждение с последующим наложением акушерских щипцов
 - 5) наложение акушерских щипцов
29. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРЕЩИН СОСКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ, КРОМЕ:
- 1) мазевых аппликаций
 - 2) физических методов воздействия
 - 3) воздушных ванн
 - 4) гормональных средств
 - 5) антисептических препаратов (бриллиантовый зеленый)
30. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖНО ПРОВОДИТЬ:
- 1) в женской консультации
 - 2) в приемном покое родильного дома
 - 3) в родильном отделении и только при развернутой операционной
 - 4) в любых условиях
 - 5) не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения
31. НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, ПРЕДЛЕЖАТ ЯГОДИЦЫ И СТОПЫ ПЛОДА, СПИНКА СПРАВА – ЭТО:
- 1) чисто-ягодичное предлежание, 1 позиция
 - 2) чисто-ягодичное предлежание, 2 позиция
 - 3) смешанное ягодичное предлежание, 1 позиция
 - 4) смешанное ягодичное предлежание, 2 позиция
 - 5) полное ножное предлежание
32. ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЪЮГАТА РАВНА:
- 1) 20-21 см
 - 2) 13,5 см
 - 3) 11 см
 - 4) 9,5 см
 - 5) 12,5-13 см
33. МАЛЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА:
- 1) 9,5 см
 - 2) 10,5 см
 - 3) 11 см
 - 4) 12 см
 - 5) 13,5 см
34. ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ ГОЛОВКА СОВЕРШАЕТ:
- 1) разгибание
 - 2) сгибание
 - 3) опускание
 - 4) максимальное разгибание
 - 5) максимальное сгибание
35. ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РАННЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННЫХ НЕ ХАРАКТЕРНО:
- 1) рвота до 10 раз в сутки

- 2) наличие ацетона в моче
 - 3) уменьшение массы тела
 - 4) рвота до 20 – 25 раз в сутки
 - 5) саливация густая, вязкая
36. К ОСЛОЖНЕНИЯМ АМНИОЦЕНТЕЗА НЕ ОТНОСЯТСЯ:
- 1) преждевременные роды
 - 2) ранения сосудов плода и пуповины
 - 3) хориоамнионит
 - 4) формирование врожденных пороков развития плода
 - 5) преждевременное излитие околоплодных вод
37. КО ВТОРОМУ ПЕРИОДУ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ НЕ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:
- 1) вторичная слабость родовой деятельности
 - 2) клинически узкий таз
 - 3) острая гипоксия плода
 - 4) травмы мягких тканей родовых путей
 - 5) раннее излитие околоплодных вод
38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ - ЭТО РАЗРЫВ:
- 1) стенок влагалища
 - 2) промежности
 - 3) тела матки
 - 4) шейки матки
 - 5) больших и малых половых губ
39. ОСНОВНОЕ УСЛОВИЕ ПРИ НАЛОЖЕНИИ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ - ЭТО:
- 1) отсутствие плодного пузыря
 - 2) полное открытие маточного зева
 - 3) нахождение головки в полости таза или на тазовом дне
 - 4) соответствие размеров головки плода и таза женщины
 - 5) живой плод
40. РАЗВИТИЕ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ СВЯЗАНО С ПОВЫШЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ:
- 1) прямого билирубина
 - 2) непрямого билирубина
 - 3) АсАТ
 - 4) АлАТ
 - 5) щелочной фосфатазы
41. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ:
- 1) отсутствие менструаций у здоровой молодой женщины
 - 2) изменение формы, величины и консистенции матки
 - 3) повышенный уровень хорионического гонадотропина в моче
 - 4) увеличение молочных желез и выделение молозива
 - 5) шевеление плода
42. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ТОТАЛЬНОГО ПЛОТНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ - ЭТО:
- 1) боль в животе
 - 2) кровотечение
 - 3) высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
 - 4) отсутствие признаков отделения плаценты
 - 5) форма матки в виде «песочных часов»
43. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРЕЭКЛАМПСИИ:
- 1) отеки голеней

- 2) альбуминурия
 - 3) субъективные жалобы
 - 4) развитие во второй половине беременности
 - 5) рвота
44. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ МОДИФИКАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В НИЖНЕМ МАТОЧНОМ СЕГМЕНТЕ – ЭТО:
- 1) по В.И. Ельцову-Стрелкову
 - 2) по Гусакову
 - 3) по Дерфлеру
 - 4) по Штарку
 - 5) по Сельхайму
45. ОСНОВНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАЦИИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ:
- 1) инфекция у матери
 - 2) безводный промежуток до 6 часов
 - 3) крупный плод
 - 4) маленький плод
 - 5) разгибание головки
46. ОТНОШЕНИЕ ОСИ ПЛОДА К ОСИ МАТКИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ:
- 1) членорасположение плода
 - 2) положение плода
 - 3) позиция плода
 - 4) вид плода
 - 5) предлежание плода
47. РАЗМЕР ТАЗА, РАВНЫЙ 20—21 СМ:
- 1) истинная конъюгата
 - 2) диагональная конъюгата
 - 3) наружная конъюгата
 - 4) боковая конъюгата
 - 5) косая конъюгата
48. ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, 1-ОЙ ПОЗИЦИИ, ЗАДНЕМ ВИДЕ:
- 1) межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа
 - 2) межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади
 - 3) межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади
 - 4) межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди
 - 5) межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди
49. ПРЯМОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА РАВЕН:
- 1) 9,5 см
 - 2) 10,5 см
 - 3) 11 см
 - 4) 12 см
 - 5) 13,5 см
50. РАССТОЯНИЕ ОТ ПЕРЕНОСЬЯ ДО ЗАТЫЛОЧНОГО БУГРА ГОЛОВКИ ПЛОДА - ЭТО:
- 1) малый косой размер
 - 2) средний косой размер
 - 3) большой косой размер
 - 4) вертикальный размер
 - 5) прямой размер
51. В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ЭКЛАМПСИЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПРИНЦИПЫ, РАЗРАБОТАННЫЕ В.В.СТРОГАНОВЫМ, КРОМЕ:

- 1) исключения внешних раздражителей
 - 2) регуляции функций жизненно важных органов
 - 3) кровопускания
 - 4) ранней амниотомии
 - 5) быстрого и бережного родоразрешения
52. ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ ЗАВИСИТ ОТ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ФАКТОРОВ, КРОМЕ:
- 1) состояния глазного дна
 - 2) степени близорукости
 - 3) доброкачественного или злокачественного течения близорукости
 - 4) динамики изменения зрения в процессе наблюдения за беременной
 - 5) желаний женщины иметь ребенка
53. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СИНТЕЗ ПРОГЕСТЕРОНА И ЕГО ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ПРОИСХОДИТ ВО ВСЕХ ОРГАНАХ, КРОМЕ:
- 1) надпочечников плода
 - 2) яичников
 - 3) плаценты
 - 4) эпифиза плода
 - 5) надпочечников женщины
54. ДЛЯ ПЕРЕНОШЕННОГО ПЛОДА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:
- 1) отсутствия сыровидной смазки
 - 2) плотных костей черепа
 - 3) обильного лануго
 - 4) «баннх» стоп и ладоней
 - 5) узких швов и родничков
55. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА В УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ:
- 1) нижняя треть лобкового симфиза
 - 2) нижняя треть крестца
 - 3) седалищные бугры
 - 4) копчик
 - 5) нижний край лобкового симфиза
56. НАРУЖНОВНУТРЕННИЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРОТИВОПОКАЗАН ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ:
- 1) угрожающего разрыва матки
 - 2) поперечного положения второго плода при двойне
 - 3) рубца на матке
 - 4) запущенного поперечного положения плода
 - 5) клинически узкого таза
57. ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) сразу после рождения
 - 2) в течение первых 12ч
 - 3) в течение 24 ч
 - 4) на 2-й день жизни
 - 5) на 3—4-й или 5—8-й день жизни
58. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ МЕРОПРИЯТИЙ, КРОМЕ:
- 1) выделения группы риска
 - 2) бережного ведения родов
 - 3) обезболивания во втором периоде родов с помощью ингаляционных анестетиков

- 4) внутривенного введения метилэргометрина при прорезывании головки
5) подключения капельной системы в конце второго периода родов
59. ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ:
- 1) эндотоксина грамотрицательных бактерий
 - 2) грамположительных бактерий
 - 3) вирусов
 - 4) простейших
 - 5) экзотоксина грамположительных кокков
60. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ И НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО:
- 1) провести наружный массаж матки
 - 2) ручное отделение плаценты
 - 3) выделить послед наружными приемами
 - 4) ввести сокращающие матку средства
 - 5) положить лед на низ живота
61. ПРИЗНАКАМИ ЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) гипертензия
 - 2) альбуминурия и отеки
 - 3) диарея
 - 4) судороги и кома
 - 5) никтурия
62. РОЖЕНИЦА НАХОДИТСЯ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ, 8 МИНУТ НАЗАД РОДИЛСЯ ПЛОД МАССОЙ 3500 Г. ВНЕЗАПНО УСИЛИЛИСЬ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ, КРОВОПОТЕРЯ ДОСТИГЛА 200 МЛ. ВАША ТАКТИКА:
- 1) ввести сокращающие матку средства
 - 2) произвести ручное отделение и выделение последа
 - 3) определить признаки отделения последа
 - 4) приступить к выделению последа наружными приемами
 - 5) катетеризировать мочевой пузырь
63. ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:
- 1) нижним краем симфиза и мысом
 - 2) седалищными буграми
 - 3) гребнями подвздошных костей
 - 4) большими вертелами бедренных костей
 - 5) пупком и лоном
64. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИВАЕТСЯ:
- 1) по частоте и продолжительности схваток
 - 2) по длительности родов
 - 3) по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
 - 4) по состоянию плода
 - 5) по времени излития околоплодных вод
65. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ МЫСОМ И НИЖНИМ КРАЕМ ЛОБКОВОГО СИМФИЗА РАВНО:
- 1) 11 см
 - 2) 13,5 см
 - 3) 20 – 21 см
 - 4) 12,5-13 см
 - 5) 25-26 см
66. ЛЕВЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ РАВЕН:

- 1) 11 см
 - 2) 12 см
 - 3) 13 см
 - 4) 11,5 см
 - 5) 10,5 см
67. САГИТТАЛЬНЫЙ ШОВ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ, СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА К ПЕРЕДИ - ЭТО:
- 1) первая позиция, передний вид
 - 2) головное предлежание, передний вид
 - 3) вторая позиция, передний вид
 - 4) головное предлежание, задний вид
 - 5) вторая позиция, задний вид
68. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ПЕРЕДНИМ УГЛОМ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ГОЛОВКИ ПЛОДА И ПОДЗАТЫЛОЧНОЙ ЯМКОЙ — ЭТО:
- 1) прямой размер
 - 2) вертикальный размер
 - 3) малый косой размер
 - 4) средний косой размер
 - 5) большой поперечный размер
69. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 3 - 5 ч
 - 2) 6 - 9 ч
 - 3) 10-14 ч
 - 4) 15-18 ч
 - 5) 19-24ч
70. ТАКТИКА ВРАЧА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ:
- 1) ведение родов по методу Цовьянова
 - 2) выполняют кесарево сечение
 - 3) производят плодоразрушающую операцию
 - 4) выполняют экстракцию плода за тазовый конец
 - 5) оказывают классическое ручное пособие
71. ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ НОВОРОЖДЕННЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ НИЖЕ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ:
- 1) кровотечения из влагалища
 - 2) нагрубания молочных желез
 - 3) ядерной желтухи
 - 4) появления угрей
 - 5) десквамативного вульвовагинита
72. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДИТ ПРИ:
- 1) гестозе
 - 2) воспалительных изменениях эндометрия
 - 3) инфекционно-аллергическом васкулите
 - 4) иммунологическом конфликте между матерью и плодом
 - 5) многоплодной беременности
73. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) нарушение в системе гемостаза
 - 2) частичное плотное прикрепление плаценты
 - 3) частичное приращение плаценты

- 4) разрыв шейки матки
 - 5) дефект последа
74. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА:
- 1) эпидермальный стафилококк
 - 2) золотистый стафилококк
 - 3) стрептококки группы В
 - 4) анаэробные кокки
 - 5) протей
75. К СПОСОБАМ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ МАТКИ НЕОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ:
- 1) метод Абуладзе
 - 2) потягивание за пуповину
 - 3) метод Креде-Лазаревича
 - 4) ручное отделение и выделение последа
 - 5) метод Морисо-Левре-Лашапель
76. С ПОМОЩЬЮ ТРЕТЬЕГО ПРИЕМА ПАЛЬПАЦИИ ПЛОДА В МАТКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ:
- 1) массу плода
 - 2) положение, позицию плода
 - 3) предлежащую часть плода
 - 4) предлежащую часть и ее отношение ко входу в малый таз
 - 5) предлежащую часть плода и ее отношение к плоскостям малого таза
77. ПРЯМОЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ ШИРОКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА РАВЕН:
- 1) 11 см
 - 2) 12 см
 - 3) 13 см
 - 4) 12,5 см
 - 5) 10,5 см
78. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА РАВНА:
- 1) 9,5 см
 - 2) 10,5 см
 - 3) 11 см
 - 4) 12 см
 - 5) 13 см
79. ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, 2-ОЙ ПОЗИЦИИ, ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ:
- 1) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади
 - 2) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади
 - 3) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди
 - 4) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди
 - 5) сагиттальный шов в поперечном размере
80. РАССТОЯНИЕ ОТ СЕРЕДИНЫ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ГОЛОВКИ ПЛОДА ДО ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ - ЭТО:
- 1) малый косой размер
 - 2) средний косой размер
 - 3) большой косой размер
 - 4) вертикальный размер
 - 5) прямой размер
81. ИСТИННУЮ КОНЪЮГАТУ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПО ВСЕМ УКАЗАННЫМ НИЖЕ РАЗМЕРАМ, КРОМЕ:
- 1) *conjugata externa*
 - 2) *distantia trochanterica*

- 3) conjugata diagonalis
 4) длинника ромба Михаэлиса
 5) размера Франка
82. ДЛЯ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕ-
 СТОЗА ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ:
 1) белковых трансфузионных сред
 2) одногруппной резус-совместимой крови
 3) низкомолекулярных декстранов
 4) высокомолекулярных декстранов
 5) глюкозо-новокаиновой смеси
83. К ПРЯМЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
 ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ, КРОМЕ:
 1) исследования аспирата хориона
 2) исследования околоплодных вод
 3) исследования крови плода
 4) исследования аспирата из глотки в момент рождения ребенка
 5) идентификации возбудителя в отделяемом из шейки матки и влагалища бере-
 менной
84. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ СО-
 СТАВЛЯЕТ:
 1) 3-4 ч
 2) 5-7 ч
 3) 8-12 ч
 4) 13-18 ч
 5) 19-24 ч
85. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ МЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ –
 ЭТО:
 1) внутренний поворот ягодиц в прямой размер таза
 2) опускание ягодиц на тазовое дно
 3) врезывание и прорезывание ягодиц
 4) опускание ягодиц в полость малого таза
 5) внутренний поворот ягодиц спинкой кзади
86. ПРИ СУБИНВОЛЮЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУ-
 ЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПРЕПАРАТЫ И МЕТОДЫ, КРОМЕ:
 1) препаратов спорыньи
 2) наружного массажа матки
 3) питуитрина или окситоцина
 4) физиотерапии
 5) льда на низ живота
87. К ПОГРАНИЧНЫМ СОСТОЯНИЯМ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕ-
 РЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ, КРОМЕ:
 1) транзиторного уменьшения первоначальной массы тела
 2) транзиторной гипертензии
 3) физиологической эритемы
 4) гормонального криза
 5) физиологической желтухи
88. ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКАЕТ,
 КАК ПРАВИЛО, ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ:
 1) 8-12 нед
 2) 16-20 нед
 3) 22-24 нед
 4) 28-32 нед

- 5) 36-40 нед
89. ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ КЛЕММЫ ПО БАКШЕЕВУ НАКЛАДЫВАЮТ В СЛУЧАЕ:
- 1) отсутствия эффекта от наружного массажа матки и кровопотери более 400мл
 - 2) неэффективности ручного обследования стенок послеродовой матки и ее наружновнутреннего массажа
 - 3) неэффективности повторного ручного обследования матки
 - 4) отсутствия эффекта от введения тампона с эфиром в задний свод влагалища
 - 5) разрыва шейки матки
90. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) мастит
 - 2) эндометрит
 - 3) раневая инфекция
 - 4) пиелонефрит
 - 5) тромбоз

Вопросы для самоконтроля.

1. Каким учреждением является женская консультация и каковы ее основные функции и задачи?
2. Каковы организационные принципы оказания медицинской помощи беременным в женской консультации?
3. Как проводится объективное исследование беременной?
4. Какие группы риска возникновения перинатальной патологии выделяют у беременных?
5. Каковы основные функции и задачи акушерского стационара?
6. Что такое родовой блок родильного дома?
7. Что представляет собой матка?
8. Каковы анатомическое строение и функции яичников?
9. Что представляет собой женский таз а анатомической и акушерской точек зрения?
10. Каковы признаки зрелости плода?
11. Какие размеры головки зрелого плода следует знать акушеру?
12. Что такое положение плода. Перечислите и охарактеризуйте все варианты положения плода в матке ?
13. На основании каких данных ставится диагноз беременности и что такое вероятные признаки беременности?
14. Какова техника влагалищного исследования при малых сроках беременности?
15. Перечислите и охарактеризуйте дополнительные методы исследования.
16. Что такое биомеханизм родов и какие факторы его определяют?
17. Назовите 4 момента биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания и охарактеризуйте их?
18. Как определить «зрелость» шейки матки и на какие периоды делится родовой акт?

19. Как наблюдать за динамикой родовой деятельности и на что нужно обратить внимание при влагалищном исследовании?
20. В каких отношениях к плоскости таза может быть головка плода?

ОТВЕТЫ НА ТРЕНИРОВОЧНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

Задача № 1.

1. Осн. Беременность 32 нед. Головное предлежание.

Осл.: Угроза ранних преждевременных родов. Маловодие. Плацентарные нарушения. Хр. внутриутробная гипоксия плода. Соп.: Хр. пиелонефрит, обострение.

2. Анализ мочи по Нечипоренко, проба Реберга, бак. посев мочи, чувствительность к антибиотикам; УЗИ почек.

3. Антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая, десенсебилизирующая, антигипоксическая терапия; позиционная терапия.

4. Относительно благоприятный.

Задача № 2.

.Диагноз. Осн: Беременность 35 нед. Головное предлежание. Осл.: Угроза поздних преждевременных родов. Анемия I ст. Плацентарные нарушения. Хр. внутриутробная гипоксия плода. Соп.: Острый вирусный гепатит В.

2. Диф.диагностика: Острый жировой гепатоз беременных. Гепатит А.

3. Госпитализация в инфекционное отделение, лечение острого вирусного гепатита В, после излечения родоразрешения через естественные родовые пути. Оперативное родоразрешение только по акушерским показаниям.

4. Прогноз – сомнительный.

Задача № 3.

1.Диагноз. Беременность 32 нед. Неустойчивое положение плода. Осл.: Гестационный сахарный диабет. Плацентарные нарушения.Многоводие. Диабетический пиелонефрит.

2. Диф.диагноз: гестоз с диабетической нефропатией; хр. гломерулонефрит; гипертоническая болезнь, ГЛПС.

3. Коррекция инсулина, антибактериальная терапия, лечение многоводия, гипоксии плода

Задача № 4.

1. Диагноз. Беременность 33 нед. Головное предлежание. Осл.: Сахарный диабет I типа средней тяжести в ст. декомпенсации. Плацентарные нарушения. Хр. внутриутробная гипоксия плода.
2. Диф.диагностика: гестоз с диабетической нефропатией, чесотка.
3. Коррекция инсулина, лечение гипоксии плода. При неэффективности терапии – родоразрешение.
4. Прогноз сомнительный.

Задача № 5.

1. Диагноз. Беременность 38-39 нед. Головное предлежание. Соп.: Миопия высокой степени (склеропластика в анамнезе).
2. План родов: исключить потужной период. Ввиду высокого риска материнской патологии - кесарево сечение в плановом порядке.
3. Прогноз благоприятный.

Задача № 6.

1. Диагноз. Беременность 33-34 нед., головное предлежание. Осл.: Угрожающие поздние преждевременные роды. Хр. гипоксия плода. Соп.: Вирусный гепатит А, легкая форма. 2. Невынашивание, гестоз, аномалии родовой деятельности, кровотечения, послеродовая инфекция.
3. Плацентарные нарушения, гипоксия, перинатальная инфекция.
4. Диета (стол 5), ИТТ, дезагреганты, антиоксиданты, желчегонные средства, спазмолитики, адаптогены. Родоразрешение через естественные родовые пути.

5. Анализ крови на холестерин, билирубин, общий белок, белковые фракции, сахар крови. Сулемовая, тимоловая пробы, трансаминазы. Анализ мочи на желчные пигменты и уробилин.

Задача 7

Диагноз: Беременность 28 нед. Анемия 2 ст. Отягощенный акушерский анамнез. Отягощенный соматический анамнез (язвенная болезнь 12-перстной кишки).

Выделяется три степени тяжести анемии. В патогенезе играют роль «аутогемодиллюция» беременных, повышенная потребность в железе; у данной пациентки – нарушение всасывания железа в желудке. Возможное осложнение беременности – плацентарная недостаточность.

Задача 8

Диагноз: Осн: Срочные роды в головном предлежании. 1 период родов. Соп: Проплапс митрального клапана. Н-о

На данном этапе роды вести через естественные родовые пути

Материнская смертность - смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания независимо от причин, связанных с течением беременности или ее ведением, но не связанных с несчастными случаями. Материнская смертность исчисляется в абсолютных числах смертей беременных, рожениц или родильниц на 100 тыс. родов живыми новорожденными. Причины: 12-15 % - тяжелые экстрагенитальная патология, 25%-ятрогенные причины, 60%- акушерские осложнения на тяжелом преморбидном фоне.

Задача 9

Диагноз. Осн: Беременность 24-25 нед., головное предлежание. Осл: Гестационный правосторонний пиелонефрит. Анемия 1 ст.

Для подтверждения диагноза необходимы пробы Нечипоренко, Зимницкого, бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек.

План ведения – комплексная противовоспалительная терапия (антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная). Лечение анемии. Профилактика плацентарной недостаточности.

Задача 10

Диагноз. Осн: Беременность 9 нед. Соп: Ревматизм неустановленной активности (Ревматический кардит), комбинированный митральный порок с преобладание стеноза. Недостаточность кровообращения II Б ст. Функциональный класс III-IV

Противопоказания для пролонгирования беременности:

- Ревматический эндокардит
- Затяжной или подострый септический эндокардит
- Недостаточность кровообращения любой стадии до беременности или ее возникновение в первые 12 нед.
- Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия, особенно с признаками легочной гипертензии
- Митрально-аортальный порок, особенно в сочетании со стенозом митрального отверстия
- Врожденные пороки сердца синего типа с признаками легочной гипертензии.

План ведения – прерывание беременности на фоне кардиальной и антиревматической терапии.

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ

1.	4	46.	2
2.	2	47.	3
3.	3	48.	2
4.	3	49.	4
5.	5	50.	5
6.	4	51.	5
7.	3	52.	5
8.	2	53.	4
9.	4	54.	3
10.	4	55.	1
11.	3	56.	2
12.	4	57.	4
13.	5	58.	4
14.	3	59.	1
15.	2	60.	3
16.	4	61.	4
17.	5	62.	3
18.	3	63.	1
19.	3	64.	3
20.	4	65.	4
21.	4	66.	2
22.	3	67.	2
23.	2	68.	3
24.	2	69.	3
25.	2	70.	4
26.	1	71.	3
27.	4	72.	1
28.	3	73.	2
29.	4	74.	2
30.	3	75.	4
31.	4	76.	4
32.	5	77.	4
33.	1	78.	3
34.	1	79.	4
35.	1	80.	4
36.	4	81.	2
37.	5	82.	2
38.	4	83.	5
39.	2	84.	3
40.	2	85.	1
41.	5	86.	2
42.	4	87.	2
43.	3	88.	4
44.	2	89.	2
45.	1	90.	2

Артур Ильдарович Галимов
Эльмира Маратовна Зулкарнеева
Софья Юрьевна Муслимова
Ирина Маратовна Таюпова
Светлана Ульфатовна Хамадьянова
Лиана Замировна Зиганшина

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО АКУШЕРСТВУ

«Помощник врача акушера-гинеколога»

Учебно-методическое пособие для студентов