

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»**

СОГЛАСОВАНО:
Заместитель главного врача по
работе с сестринским
персоналом БУ ХМАО - Югры
«Сургутский окружной
клинический центр охраны
материнства и детства»
_____ Т.И. Салимова
«15» июня 2022 г.

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по учебно-методической работе
_____ Е.В. Коновалова
«16» июня 2022 г.

Медицинский колледж

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ

**ПМ.04 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНЕ, НОВОРОЖДЕННОМУ,
СЕМЬЕ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

МДК.04.01. Патологическое акушерство
МДК.04.02. Сестринский уход за больным новорожденным
УП.04 Учебная практика
ПП.04 Производственная практика

Специальность	_____ 31.02.02 Акушерское дело _____
Программа подготовки	_____ базовая _____
Форма обучения	_____ очная _____

Сургут, 2022 г.

Фонд оценочных средств на основе Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело, утвержденного Министерством образования и науки Российской Федерации Приказ от 11 августа 2014 г. № 969.

Разработчики:

Семеньков Н.Н., к.м.н., преподаватель

Ф.И.О., ученая степень, звание, должность

Кравченко Т.Э., преподаватель

Ф.И.О., ученая степень, звание, должность

Салимова Т.И., заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом

БУ ХМАО – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства»

Ф.И.О., должность, место работы

Фонд оценочных средств рассмотрен и одобрен на заседании МО «Акушерское дело» «11» апреля 2022 года, протокол № 7

Председатель МО _____

Максутова С.А., преподаватель

Ф.И.О., ученая степень, звание, должность

Фонд оценочных средств рассмотрен и одобрен на заседании учебно-методического совета медицинского колледжа

«12» мая 2022 года, протокол № 6

Директор Медицинского колледжа _____

Бубович Е.В., к.м.н., доцент

Ф.И.О., ученая степень, звание, должность

СОДЕРЖАНИЕ

1. Паспорт фонда оценочных средств
2. Результаты освоения профессионального модуля, подлежащие проверке
3. Оценка освоения междисциплинарных курсов
4. Оценка освоения профессионального модуля
5. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений и навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

1. Паспорт фонда оценочных средств

Результатом освоения профессионального модуля ПМ.04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода», является готовность обучающегося к выполнению вида профессиональной деятельности, владение предусмотренным ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело (базовая подготовка) практическим опытом, умениями, знаниями, которые формируют профессиональные и общие компетенции:

1. Иметь практический опыт:

ПО1. проведения обследования, ухода, наблюдения и ведения беременных, рожениц, родильниц в случае акушерской и экстрагенитальной патологии под руководством врача;

ПО2. оказание доврачебной помощи беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии;

ПО3. оказание лечебно-диагностической, профилактической помощи больным новорожденным под руководством врача;

ПО4. оказание доврачебной помощи новорожденному при неотложных состояниях;

2. Уметь:

У1. проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача;

У2. проводить акушерские пособия на фантомах при патологических родах;

У3. оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной патологии;

У4. осуществлять уход за пациентом в периоперативном периоде;

У5. осуществлять уход за недоношенным новорожденным;

У6. оказывать медицинские услуги в неонатологии;

У7. оказывать доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях;

3. Знать:

31. виды акушерской патологии;

32. особенности течения и ведения беременности, родов, послеродового периода на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии;

33. консервативные методы лечения акушерской и экстрагенитальной патологии;

34. основные виды акушерских операций;

35. уход за пациентом в периоперативном периоде;

36. доврачебную помощь при неотложных состояниях в акушерстве;

37. признаки недоношенности ребенка;

38. заболевания периода новорожденности, их проявления у новорожденных при различной степени зрелости;

39. этапы выхаживания и принципы терапии недоношенных детей;

310. особенности вакцинации БЦЖ недоношенных детей;

311. неотложные состояния у новорожденных;

312. доврачебная помощь при неотложных состояниях у новорожденных

Код	Наименование результата обучения
ПК 4.1.	Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией и новорожденному
ПК 4.2.	Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии
ПК 4.3.	Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии
ПК 4.4.	Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии

ПК 4.5.	Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде
ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
ОК 6.	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями
ОК 7.	Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения задания
ОК 8.	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации
ОК 9.	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности
ОК 10.	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия
ОК 11.	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку
ОК 12.	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности
ОК 13.	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей

Форма аттестации по МДК.04.01 Патологическое акушерство - экзамен, по МДК.04.02 Сестринский уход за больным новорожденным – экзамен.

Форма аттестации по профессиональному модулю: экзамен квалификационный.

2. Результаты освоения профессионального модуля, подлежащие проверке

В результате аттестации по профессиональному модулю осуществляется комплексная проверка следующих умений и знаний, а также динамика формирования общих и профессиональных компетенций, практического опыта:

Результаты обучения	Основные показатели оценки результата	Виды и формы контроля
Практический опыт, приобретаемый в рамках освоения профессионального модуля		Текущий контроль: - устный опрос; - тестирование; - решение ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы Рубежный контроль: - диагностическое тестирование Промежуточная аттестация: Дифференцированный зачет по учебной/производственной практике; Экзамен по МДК.04.01, МДК.04.02; Квалификационный экзамен по профессиональному модулю.
ПО1. Проведения обследования, ухода, наблюдения и ведения беременных, рожениц, родильниц в случае акушерской и экстрагенитальной патологии под руководством врача.	Владение навыками проведения обследования, ухода, наблюдения и ведения беременных, рожениц, родильниц в случае акушерской и экстрагенитальной патологии под руководством врача.	
ПО2. Оказание доврачебной помощи беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.	Владение навыками оказания доврачебной помощи беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.	
ПО3. Оказание лечебно-диагностической, профилактической помощи больным новорожденным под руководством врача.	Владение навыками оказания лечебно-диагностической, профилактической помощи больным новорожденным под руководством врача.	
ПО4. Оказание доврачебной помощи новорожденному при неотложных состояниях.	Владение навыками оказания доврачебной помощи новорожденному при неотложных состояниях.	
Перечень умений, осваиваемых в рамках профессионального модуля		
У1. Проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача.	Умение правильно проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача.	
У2. Проводить акушерские пособия на фантомах при патологических родах.	Умение правильно проводить акушерские пособия на фантомах при патологических родах.	
У3. Оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной патологии.	Умение правильно оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной	

	патологии.
У4. Осуществлять уход за пациентом в периоперативном периоде.	Умение правильно осуществлять уход за пациентом в периоперативном периоде.
У5. Осуществлять уход за недоношенным новорожденным.	Умение правильно осуществлять уход за недоношенным новорожденным.
У6. Оказывать медицинские услуги в неонатологии.	Умение правильно оказывать медицинские услуги в неонатологии.
У7. Оказывать доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях.	Умение правильно оказывать доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях.
Перечень знаний, осваиваемых в рамках профессионального модуля	
31. Виды акушерской патологии.	Знание видов акушерской патологии.
32. Особенности течения и ведения беременности, родов, послеродового периода на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии.	Знание особенностей течения и ведения беременности, родов, послеродового периода на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии.
33. Консервативные методы лечения акушерской и экстрагенитальной патологии.	Знание консервативных методов лечения акушерской и экстрагенитальной патологии.
34. Основные виды акушерских операций.	Знание основных видов акушерских операций.
35. Уход за пациентом в периоперативном периоде.	Знание принципов ухода за пациентом в периоперативном периоде.
36. Доврачебную помощь при неотложных состояниях в акушерстве.	Знание принципов доврачебной помощи при неотложных состояниях в акушерстве.
37. Признаки недоношенности ребенка.	Знание признаков недоношенности ребенка.
38. Заболевания периода новорожденности, их проявления у новорожденных при различной степени зрелости.	Знание заболеваний периода новорожденности, их проявления у новорожденных при различной степени зрелости.
39. Этапы выхаживания и принципы терапии	Знание этапов выхаживания и принципов терапии

недоношенных детей.	недоношенных детей.	
310. Особенности вакцинации БЦЖ недоношенных детей.	Знание особенностей вакцинации БЦЖ недоношенных детей.	
311. Неотложные состояния у новорожденных.	Знание неотложных состояний у новорожденных.	
312. Доврачебная помощь при неотложных состояниях у новорожденных.	Знание основных принципов доврачебной помощи при неотложных состояниях у новорожденных.	

Результаты (освоенные общие и профессиональные компетенции)	Основные показатели оценки результата	Формы и методы контроля и оценки
ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	Уметь демонстрировать интерес к будущей профессии.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - создания компьютерных презентаций, докладов, рефератов; - написание курсовой работы; - диагностическое тестирование
ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.	Уметь выбирать и применять методы и способы решения профессиональных задач при проведении профилактических мероприятий; уметь оценивать эффективность и качество выполнения профессиональных задач.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы; - диагностическое тестирование
ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	Уметь решать стандартные и нестандартные профессиональные задачи при проведении профилактических мероприятий.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы; - диагностическое тестирование

<p>ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.</p>	<p>Уметь находить и использовать информацию для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного роста. Умеет работать с источниками информации (учебная и методическая литература, периодические медицинские издания, сеть Интернет и др.)</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов: - написание курсовой работы с использованием обзора медицинских статей; - написание рефератов с анализом ресурсов сети интернета по изучаемой теме; - создание презентации об использовании информационных технологий в профессиональной деятельности.</p>
<p>ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.</p>	<p>Уметь демонстрировать использование информационно-коммуникационных технологий в процессе обучения и в профессиональной деятельности.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов: - написание докладов, рефератов с анализом ресурсов сети интернета по изучаемой теме; - создание презентации об использовании информационных технологий в профессиональной деятельности; - диагностическое тестирование</p>
<p>ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.</p>	<p>Уметь применять навыки работы в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами и их окружение.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - диагностическое тестирование</p>
<p>ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.</p>	<p>Уметь брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - решения ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - диагностическое тестирование</p>
<p>ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием,</p>	<p>Уметь демонстрировать интерес к инновациям в области профессиональной деятельности; демонстрировать стремление к профессиональному и</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - выполнение практических заданий; - выполнение</p>

осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.	личностному развитию, самообразованию. Владеет методами ораторского искусства.	самостоятельной работы; - диагностическое тестирование
ОК 9 Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.	Уметь ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - тестирования с применением информационных технологий; - диагностическое тестирование
ОК 10 Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.	Уметь бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - выполнение практических заданий - диагностическое тестирование
ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.	Уметь брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку при осуществлении профилактических сестринских мероприятий.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы; - диагностическое тестирование
ОК 12 Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.	Уметь организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - выполнение практических заданий; - диагностическое тестирование
ОК 13 Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.	Уметь вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - выполнение практических заданий; - диагностическое тестирование
ПК.4.1. Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией и	-Постановка диагноза и планирование акушерской тактики, плана ухода и наблюдения за беременной, роженицей, родильницей и новорожденным при патологии беременности, родов, послеродового и	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - выполнение самостоятельной работы;

<p>новорожденному</p>	<p>неонатального периодов -Демонстрация манипуляционной техники по обследованию беременных, рожениц, родильниц с акушерской и экстрагенитальной патологией и больного новорожденного на рабочем месте в условиях медицинских организаций и среде имитирующей рабочее место -Демонстрация акушерских пособий на фантомах по патологическому акушерству в среде имитирующей рабочее место -Выполнение назначений врача по медикаментозной терапии пациентки при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода на рабочем месте в условиях медицинских организаций и среде имитирующей рабочее место -Выполнение назначений врача по медикаментозной терапии больного новорожденного в среде имитирующей рабочее место -Четкое и точное заполнение медицинской документации женской консультации и структурных подразделений родильного дома</p>	<p>- диагностическое тестирование</p>
<p>ПК.4.2. Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии</p>	<p>-Изложение принципов диспансеризации, профилактической и медико-социальной помощи беременным, роженицам, родильницам при акушерской и экстрагенитальной патологии -Составление плана диспансеризации и профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам при акушерской и экстрагенитальной патологии -Выделение проблем пациента, постановка</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы; - диагностическое тестирование</p>

	<p>диагноза, планирование акушерской тактики, плана ухода и наблюдения за беременной, роженицей и родильницей</p> <p>-Демонстрация манипуляционной техники, акушерских пособий по патологическому акушерству на фантомах в среде имитирующей рабочее место</p> <p>-Четкое и точное заполнение медицинской документации</p>	
<p>ПК.4.3. Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии</p>	<p>-Выделение проблем пациента, постановка диагноза, планирование акушерской тактики по оказанию доврачебной неотложной помощи беременным, роженицам, родильницам и плана дальнейшего ухода и наблюдения</p> <p>-Четкое и точное заполнение медицинской документации</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы; - диагностическое тестирование
<p>ПК.4.4. Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии</p>	<p>-Изложение основных принципов интенсивной терапии пациентов при патологическом течении беременности, родов, послеродового и неонатального периодов</p> <p>-Выполнение интенсивного ухода, обследования и наблюдения за беременными, роженицами, родильницами с акушерской патологией и больного новорожденного</p> <p>-Демонстрация манипуляционной техники по интенсивному уходу, обследования, наблюдению за беременными, роженицами, родильницами с акушерской и экстрагенитальной патологией на рабочем месте в условиях медицинских организаций и среде имитирующей рабочее место</p> <p>-Демонстрация манипуляционной техники по интенсивному уходу, обследования, наблюдению за</p>	<p>Экспертное наблюдение и оценка результатов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы; - диагностическое тестирование

	больным новорожденным на фантомах в среде имитирующей рабочее место -Четкое и точное заполнение медицинской документации	
ПК.4.5. Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде	-Изложение принципов и методов периоперативного ухода при малых акушерских операциях, операции кесарево сечение -Демонстрация подготовки медицинского инструментария, материала, медикаментов для проведения малых акушерских операций, кесарево сечения -Демонстрация выполнения малых акушерских операций на фантомах в среде имитирующей рабочее место -Выполнение назначений врача по медикаментозной терапии пациентов в периоперативном периоде -Выделение проблем пациента, постановка диагноза, планирование акушерской тактики, плана ухода и наблюдения за пациентами в периоперативном периоде -Четкое и точное заполнение медицинской документации	Экспертное наблюдение и оценка результатов: - устного опроса; - тестирования; - решения ситуационных задач; - выполнение практических заданий; - выполнение самостоятельной работы; - диагностическое тестирование

3. Оценка освоения междисциплинарных курсов

3.1. Формы и методы оценивания

Предметом оценки освоения МДК являются умения и знания.

Контроль и оценка этих дидактических единиц осуществляются с использованием следующих форм и методов:

Текущий контроль включает:

- устный опрос;
- тестирование;
- решение ситуационных задач;
- выполнение практических заданий;
- выполнение самостоятельной работы

Рубежный контроль:

- диагностическое тестирование

Промежуточная аттестация:

Форма аттестации по МДК.04.01. Патологическое акушерство - экзамен, по МДК.04.02. Сестринский уход за больным новорожденным- экзамен

Оценка освоения МДК предусматривает использование 5-бальной системы оценивания.

4. Оценка освоения профессионального модуля:

Элемент дисциплины	Формы и методы контроля					
	Текущий контроль		Рубежный контроль		Промежуточная аттестация	
	Форма контроля	Проверяемые умения, знания, ОК, ПК	Форма контроля	Проверяемые умения, знания, ОК, ПК	Форма контроля	Проверяемые умения, знания, ОК, ПК
МДК 04.01. Патологическое акушерство			<i>Устный опрос Тестирование</i>	У 1-4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5	<i>Экзамен</i>	У 1-4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5
Раздел 1 Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий беременной с акушерской и экстрагенитальной патологией. Оказание доврачебной помощи.						
Тема 1.1 Ранние токсикозы беременных. Преэклампсия (ОПГ-гестоз).	<i>Устный опрос Практическая работа №1 Тестирование Анализ кейс-стадии Самостоятельная работа №1</i>	У 1,3,4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 1.2. Ведение беременности и родов при экстрагенитальной патологии	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №2 Тестирование Самостоятельная работа №2</i>	У 1,3 З 2,3,6 ОК1-13 ПК4.1-4.5				

<p>Тема 1.3. Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты</p>	<p><i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая работа №3</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная работа №3</i></p>	<p>У 1,3 З 1-3 ОК1-13 ПК4.1-4.5</p>				
<p>Тема 1.4. Преждевременное прерывание беременности</p>	<p><i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая работа №4</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная работа №4</i></p>	<p>У 1-3 З 1-4 ОК1-13 ПК4.1-4.5</p>				
<p>Тема 1.5. Перенашивание беременности.</p>	<p><i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая работа №5</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная работа №5</i></p>	<p>У 1-3 З 1-4 ОК1-13 ПК4.1-4.5</p>				
<p>Раздел 2. Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской патологией. Оказание доврачебной помощи.</p>						
<p>Тема 2.1. Аномалии сократительной деятельности матки</p>	<p><i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая</i></p>	<p>У 1-4 З 1-5</p>				

	<i>работа №6 Тестирование Самостоятельная работа№6</i>	ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 2.2. Узкий таз в современном акушерстве	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №7 Тестирование Самостоятельная работа№7</i>	У 1-4 З 1-5 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 2.3. Неправильные положения плода. Неправильные предлежания головки	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №8 Тестирование Самостоятельная работа№8</i>	У 1-4 З 1-5 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 2.4. Многоплодная беременность.	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №9 Тестирование Самостоятельная работа№9</i>	У 1-4 З 1-5 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 2.5. Родовой травматизм матери.	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №10 Тестирование Самостоятельная работа№10</i>	У 1-4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Раздел 3. Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий беременной,						

роженице, родильнице с акушерскими кровотечениями. Оказание доврачебной помощи.						
Тема 3.1. Акушерские кровотечения.	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №11 Тестирование Самостоятельная работа №11</i>	У 1-4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Раздел 4. Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий родильнице с послеродовыми воспалительными заболеваниями.						
Тема 4.1 Раневая инфекция в акушерстве.	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №12 Тестирование Самостоятельная работа №12</i>	У 1,3,4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 4.2 Акушерский перитонит.	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая работа №12 Тестирование Самостоятельная работа №12</i>	У 1,3,4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 4.3 Сепсис в акушерстве.	<i>Устный опрос Анализ кейс-стадии Практическая</i>	У 1,3,4 З 1-6				

	<i>работа №13</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная</i> <i>работа №13</i>	ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 4.4 Послеродовой лактационный мастит	<i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая</i> <i>работа №14</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная</i> <i>работа №14</i>	У 1,3,4 З 1-6 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Раздел 5. Участие в проведении акушерских операций во время беременности, в родах и послеродовом периоде.						
Тема 5.1 Акушерские операции во время беременности	<i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая</i> <i>работа №15</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная</i> <i>работа №15</i>	У 1,4 З 1,2,4,5 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 5.2 Малые акушерские операции (манипуляции).	<i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая</i> <i>работа №16</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная</i> <i>работа №16</i>	У1,4 З 1,2,4,5 ОК1-13 ПК4.1-4.5				
Тема 5.3 Родоразрешающие акушерские операции.	<i>Устный опрос</i> <i>Анализ кейс-стадии</i> <i>Практическая</i> <i>работа №17</i> <i>Тестирование</i> <i>Самостоятельная</i>	У 2,4 З 1,4,5 ОК1-13 ПК4.1-4.5				

	<i>работа №17</i>					
МДК 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным			<i>тестирование</i>	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 ПК 4.1, 4.5; У 5-7; 3 7-12	<i>Экзамен</i>	<i>ОК1-13 ПК4.1-4.5</i>
Тема 6.1. Особенности неонатальной адаптации детей при отдельных патологических состояниях беременности и родов	Устный опрос Тестирование Самостоятельная работа №1	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 ПК 4.1, 4.5; У 5-7; 3 7-12				
Тема 6.2 Заболевания периода новорожденности. Асфиксия новорождённых	Устный опрос Тестирование Решение ситуационных задач Отработка практических манипуляций Самостоятельная работа №2	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 ПК 4.1, 4.5; У 5-7; 3 7-12				
Тема 6.3 Родовая травма. Перинатальные поражения нервной системы у новорождённого	Устный опрос Тестирование Решение ситуационных задач Отработка практических манипуляций Самостоятельная работа №3	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 ПК 4.1, 4.5; У 5-7; 3 7-12				
Тема 6.4. Желтухи новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденного	Устный опрос Тестирование Решение ситуационных задач Отработка	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 ПК 4.1, 4.5; У 5- 7; 3 7-12				

	практических манипуляций Самостоятельная работа №4					
Тема 6.5. Другие заболевания периода новорожденности	Устный опрос Тестирование Решение ситуационных задач Отработка практических манипуляций Самостоятельная работа №5	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 ПК 4.1, 4.5; У 5-7; 3 7-12				
			<i>Диагностическое тестирование</i>	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 ПК 4.1, 4.5; У 5-7; 3 7-12	<i>Квалификационный экзамен по ПМ</i>	ОК 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 ПК 4.1, 4.5; У 5-7; 3 7-12

5. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений и навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

5.1. Типовые задания для оценки освоения МДК.04.01. Патологическое акушерство

5.1.1. Типовые задания для текущего контроля

Раздел 1

Тема 1.1 Ранние токсикозы беременных. Преэклампсия (ОПГ-гестоз).

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:
 - 1) Ранние токсикозы беременных. Классификация. Клиническая картина, лечение.
 - 2) Преэклампсия (ОПГ-гестоз). Клинические проявления. Современная классификация. Основные принципы лечения, методы родоразрешения.
 - 3) Эклампсия, профилактика, алгоритм неотложной медицинской помощи.
2. Темы рефератов:
«Акушерская тактика при ведении беременных с преэклампсией (ОПГ-гестозом)»
«Осложнения преэклампсии, профилактика»
3. Задания для аудиторной работы:
 - 1) Ранняя диагностика ОПГ-гестоза.
 - 2) Эклампсия, оказание неотложной медицинской помощи.
4. Задания для самостоятельной работы:
Самостоятельная работа № 1
Работа с дополнительным источником информации, учебно-методическим материалом.
Выбор тем курсовых работ:
 1. Причины, особенности ведения беременности и родов с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.
 2. Причины, особенности течения и ведения беременности и родов с предлежанием плаценты.
 3. Причины, особенности течения беременности и родов при поздних гестозах.
 4. Особенности течения и осложнения, неотложная помощь и особенности ухода при тяжелых поздних гестозах.
 5. Причины, особенности течения и ведения беременности при самопроизвольном прерывании на ранних сроках.
 6. Причины, особенности течения и ведения преждевременных родов.
 7. Особенности течения и ведения запоздалых родов.
 8. Особенности диспансеризации беременных из группы риска.
 9. Причины, особенности течения и ведения патологического третьего периода родов.
 10. Причины, особенности течения и ведения патологического раннего послеродового периода.
 11. Особенности профилактики послеродовых кровотечений.
 12. Причины, осложнения родового травматизма и особенности акушерской тактики.
 13. Причины, особенности течения и ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях.
 14. Особенности течения и ведения беременности и родов у юных и возрастных первородящих.
 15. Особенности течения и ведения беременности и родов с крупным плодом.
 16. Причины, особенности течения и ведения беременности и родов при многоплодии.
 17. Особенности течения и ведения беременности на фоне ожирения.
 18. Особенности течения и ведения беременности на фоне сахарного диабета.
 19. Особенности течения и ведения беременности и родов на фоне почечной патологии.
 20. Особенности течения и ведения беременности и родов на фоне сердечно-сосудистой патологии.
 21. Особенности течения и ведения беременности и родов при Rh-конфликте.

22. Особенности течения и ведения беременности и родов на фоне инфекционных заболеваний.
23. Причины, особенности течения и ведения родов с аномалиями родовой деятельности.
24. Причины, особенности течения и ведения беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности.
25. Особенности течения и ведения беременности и родов с рубцом на матке.
26. Причины, особенности течения и ведения беременности и родов с узким тазом.
27. Причины, особенности течения и ведения беременности и родов с многоводием.
28. Особенности оперативного родоразрешения и ухода за родильницами после операции.
29. Особенности профилактики послеродовых осложнений.
30. Причины, особенности течения и ведения патологического послеродового периода.
31. Причины, неотложная помощь и особенности ухода за новорожденным с асфиксией.
32. Причины и особенности ухода за новорожденным с родовой травмой.
33. Причины и особенности ухода за новорожденным с болезнями кожи и пупочной ранки.
34. Причины и особенности ухода за новорожденным с сепсисом.
35. Причины и особенности ухода за новорожденным с гемолитической болезнью.
36. Особенности инфекционной безопасности в роддоме.

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Ранние гестозы — это:

Ответы:

1. частое осложнение беременности
2. заболевание связанное с нарушением нейроэндокринной системы у беременных
3. осложнение первой половины беременности
4. хронические аллергозы

2. Укажите основные формы ранних гестозов:

1. слюнотечение
2. рвота
3. дерматозы
4. гепатозы

3. При рвоте беременных в крови наблюдается:

1. снижение Нв
2. Повышение Нв и гематокрита
3. Изменение тромбоцитов
4. лейкоцитоз
5. лейкопения

4. Рвота при тяжелой степени бывает:

Ответы:

1. 2-3 раза в сутки
2. 10-12 раз в сутки
3. до 20 раз в сутки
4. 5-6 раз в сутки

5. Лечение ранних гестозов включает:

Ответы:

1. лечебно-охранительный режим
2. обязательную госпитализацию
3. диетотерапию
4. введение спазмолитиков

Эталоны ответов:

1 – 2, 3

2 – 1, 2

3 – 2

4 – 3

5 – 1, 3

1. Патологическая прибавка массы тела, уменьшение диуреза, положительная проба Мак-Клора-Олдрича характерны для:

Ответы:

1. водянки беременных

2. нефропатии

3. гипотонии

4. гипертонии

2. В анализах крови при поздних гестозах наблюдается:

Ответы:

1. лейкоцитоз

2. снижение уровня тромбоцитов

3. снижение альбумин-глобулинового коэффициента меньше 1

4. лейкопения

5. лимфоцитоз

3. Появление симптомов нарушения мозгового кровообращения характерно для:

Ответы:

1. раннего гестоза

2. нефропатии

3. эклампсии

4. преэклампсии

5. водянки беременных

4. Появление вегетативных нарушений: стреляющие, иногда со жгучим оттенком боли в лице, шее, груди, верхних и нижних конечностях свидетельствует о:

Ответы:

1. преэклампсии

2. нефропатии

3. эклампсии

4. водянке беременных

5. раннем гестозе

5. Появление мелких фибиллярных подергиваний мышц, тонические и клонические судорги наблюдаются при:

Ответы:

1. преэклампсии

2. водянке

3. раннем гестозе

4. эклампсии

5. нефропатии

6. Симптомы нарастающего отека и гипоксизма мозга (головная боль, тошнота, рвота) характерны для:

Ответы:

1. водянки

2. нефропатии II степени

3. нефропатии III степени

4. преэклампсии

Эталоны ответов:

- 1 – 1
- 2 – 2
- 3 – 4
- 4 – 1
- 5 – 4
- 6 – 4

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 1

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 1 200 г. АД=120/80, 120/75 мм рт.ст. PS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о классификации гестозов второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени, особенностях ухода и лечения.

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы:

- отеки, боли в конечностях; патологическая прибавка веса;
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

- риск развития тяжелой стадии гестоза;
- риск развития гипоксии плода.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

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

Обоснование диагноза:

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

3. Акушерке необходимо:

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

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

7. Задания для практической работы:

Практическая работа № 1

Измерение АД, РS. Контроль веса и выявление скрытых отеков.

Тема 1.2. Ведение беременности и родов при экстрагенитальной патологии.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
- 2) Ведение беременности и родов при заболеваниях почек и мочевыводящих путей.
- 3) Ведение беременности и родов при заболеваниях эндокринной системы.
- 4) Ведение беременности при заболеваниях крови.
- 5) Ведение беременности и родов при изосерологической несовместимости крови матери и плода по Rh- фактору и системе ABO.

2. Темы рефератов:

«Пороки сердца и беременность»

«Анемия беременной»

3. Задания для аудиторной работы:

- 1) Ведение беременности и родов при изосерологической несовместимости крови матери и плода по Rh- фактору
- 2) Гестационный пиелонефрит, причины, диагностика, лечение.
- 3) Гестационный сахарный диабет, причины, диагностика, лечение.

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа №2

Дополнительные методы обследования беременных с ЭГЗ.

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода возникает при:

Ответы:

1. несовместимости крови по резус-фактору
2. несовместимости переливаемой крови
3. групповой несовместимости

2. Резус-фактор - ЭТО:

Ответ:

1. белковое вещество в строме эритроцитов
2. вещество, которое передается по наследству от родителей
3. антитело, вызывающее гемолитическую болезнь плода

3. Резус - антитела образуются:

Ответы:

1. в крови плода
2. в крови матери
3. в плаценте

4. При резус-конфликте у беременной развиваются:

1. слабость
2. гестозы
3. анемия
4. гемолитическая болезнь
5. гипертония

5. Лечение резус-конфликта проводится:

Ответы:

1. амбулаторно

2. не менее трех курсов

3. только в стационарах

Эталоны ответов:

1 – 1, 3

2 – 1, 2

3 – 2

4 – 1, 2, 3

5 – 1, 2

6. Анализ кейс-стадии

Задача № 2

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

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.

2. Дать рекомендации для данной беременной.

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

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

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема: снижение гемоглобина.

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

2. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилуции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобится госпитализация.

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

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

7. Задания для практической работы:

Практическая работа № 2

Наружные приемы обследования. Приемы Леопольда Левицкого. Аускультация плода.

Тема 1.3. Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Аномалии развития плода, виды, лечение.
- 2) Маловодие, причины, акушерская тактика.
- 3) Многоводие, причины, акушерская тактика, лечение.
- 4) Плацентарная недостаточность, классификация, причины, диагностика, лечение.

2. Темы рефератов:

«Острое многоводие»

«Диагностика плацентарной недостаточности»

«Пузырный занос»

3. Задания для аудиторной работы:

1) Решение ситуационных задач

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа №3

Составление глоссария по теме: «Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты».

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Многоводие – это симптом:

Ответы:

1. диабета беременных
2. резус-конфликта
3. фето-плацентарной недостаточности
4. нормально протекающей беременности

2. Многоводие определяется при:

Ответы:

1. ультразвуковом обследовании
2. рентгенографии плода в любом случае
3. наружных приемах акушерского обследования
4. влагалищном исследовании

3. Многоводие развивается при :

Ответы:

1. гестозах
2. токсоплазмозе
3. многоплодии
4. тазовом предлежании плода
5. фибромиомах

4. Для лечения многоводия применяют:

Ответы:

1. комплексную терапию
2. гипохлоридную диету
3. медикаментозное лечение основного заболевания
4. прерывание беременности

5. Тактика акушера при многоводии:

Ответы:

1. детальное обследование
2. кесарево сечение
3. амниотомия при открытии зева на 2 см
4. профилактика кровотечения в родах

5. профилактика аномалий родовых сил

Эталоны ответов:

1 – 1, 2, 3

2 – 1, 3

3 – 1, 2, 3

4 – 1, 2, 3

5 – 1, 5

6. Анализ кейс-стадии

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

Задания:

1. Выделите проблемы беременной, их причины.

2. План по контролю над создавшимися проблемами.

3. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.

4. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.

Эталон ответа:

1. Потенциальная проблема: возникновение резус-конflikта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортом в прошлом. Ошибочным было не определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конflikта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет

2. Акушерка должна объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.

3. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отпавлений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.

4. Рассказать о причинах резус-конflikта, методах профилактики, диагностики, лечения.

7.Задания для практической работы:

Практическая работа №3

Заполнение медицинской документации отделения патологии беременных

Тема 1.4. Преждевременное прерывание беременности.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

1) Самопроизвольный выкидыш, классификация, причины, лечение.

2) Преждевременные роды, причины, основные принципы ведения родов.

2. Темы рефератов:

«Преждевременный разрыв плодных оболочек»

3. Задания для аудиторной работы:

Дискуссия по проблеме: медико-социальные аспекты невынашивания беременности, преждевременных родов.

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 4

Реферат-презентация «Профилактика невынашивания беременности»

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Привычный аборт – это:

Ответ:

1. прерывание беременности более 5 раз
2. прерывание беременности 1 раз
3. самопроизвольное прерывание беременности более 2 раз

2. Укажите симптомы угрожающего аборта:

Ответы:

1. боли внизу живота
2. кровянистые выделения из половых путей
3. повышение тонуса брюшной стенки
4. повышение температуры тела

3. Укажите симптомы начинающегося аборта:

Ответ:

1. кровотечение
2. скудные кровянистые выделения
3. выделение частей плода
4. боли внизу живота

4. Признаками аборта в ходу являются:

Ответы:

1. обильное кровотечение
5. выделение частей плода
6. непрекращающиеся схватки
7. инфекция
8. анемия

5. Укажите осложнения при неполном аборте:

Ответы:

1. повышение температуры тела
2. продолжающееся кровотечение
3. схваткообразные боли внизу живота
4. анемия, инфекция
5. гипо-афибриногенемия

6. При длительной задержке мертвого плода в матке возникает:

Ответы:

1. анемия
2. инфекция
3. гипо-афибриногенемия
4. кровотечение

7. Укажите меры профилактики самопроизвольных абортот:

Ответы:

1. антенатальная охрана плода
2. раннее взятие беременных на учет
3. санитарно-просветительная работа
4. комплекс ЛФК

5. экстренная госпитализация

Эталоны ответов:

1 – 3

2 – 1

3 – 2, 4

4 – 1, 2, 3

5 – 2, 3, 4

6 – 3

7 – 1, 2, 3, 5

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 4

К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

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

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

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

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.

Эталон ответа:

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

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

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

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

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;
- госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

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

7. Задания для практической работы:
Практическая работа №4
Определение срока беременности.
Осмотр шейки матки в зеркалах на фантоме.

Тема 1.5. Перенашивание беременности.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:
 - 1) Перенашивание беременности, причины, акушерская тактика.
 - 2) Подготовка шейки матки к родам, методы и средства.
 - 3) Программированные роды.
2. Темы рефератов:
«Запоздалые роды»
3. Задания для аудиторной работы:
 - 1) Определение срока беременности.
 - 2) Решение ситуационных задач
4. Задания для самостоятельной работы:
Самостоятельная работа №5:

Дополнительные методы обследования: КТГ. УЗИ, доплерометрия.

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Роды при перенашивании:

Ответы:

1. называются запоздалыми
2. осложняются
3. всегда сопровождаются кровотечением

2. Переношенной считается беременность при сроке:

Ответы:

1. более 40 недель
2. 280 дней
3. более 42 недель

3. Осложнения при запоздалых родах:

Ответы:

1. слабость родовых сил
2. родовые травмы
3. могут быть только у юных первородящих
4. возникают в третьем периоде

4. Окончательный диагноз переношенной беременности ставится:

Ответы:

1. до родов на основании анамнеза
2. по ультразвуковому исследованию
3. после родов по признакам переношенности плода

5. При перенашивании беременности:

Ответы:

1. снижается количество эстрогенов
2. повышается прогестерон
3. снижается прогестерон
4. низкий кариопикнотический индекс
5. нет точек окостенения в плечевых костях у плодов

Эталонные ответы:

- 1 – 1
- 2 – 3
- 3 – 1, 2
- 4 – 3
- 5 – 1, 2, 4

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 5

Акушеркой ФАПа вызвана на прием беременная А., 24 года. 2 недели назад был срок родов, но беременная в род.дом не поступила. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тя-

нущие боли в пояснице. Беременность I, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности, была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели.

Менструальная функция: месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней.

Соматически

здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80,115/80 мм рт.ст., PS=72 уд. в 1 мин., ритмич-

ный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы.

Физиологические

отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды,

кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы: беременная не захотела госпитализироваться, вследствие этого перенашивание беременности, гипоксия плода. Причины в недостаточной работе с беременной, не назначалась подготовка к родам.

Потенциальные проблемы: акушерский травматизм; асфиксия новорожденного; кровотечение в родах; осложненный послеродовой период; оперативные вмешательства.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

3. Диагноз: беременность 42 недели. Переношенная беременность. Гипоксия плода.

Обоснование диагноза: из условия задачи выявлено, что срок родов был 2 недели назад.

Кости го-

ловки плода плотные. Это указывает на переношенную беременность. Ослабление шевеления

плода, урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о гипоксии плода.

4. Тактика акушерки:

-направить беременную в родильный дом для родоразрешения;

-объяснить важность госпитализации, проконтролировать, выполнить триаду Николаева.

5. Рассказать о причинах перенашивания, методах диагностики, профилактике (определение срока беременности, патронаж, физиопрофилактика, оценка готовности женщины к родам, подготовка шейки и т.д.) Рассказать об особенностях течения родов и осложнениях для матери и плода.

7. Задания для практической работы:

Практическая работа №5

Методы определения готовности беременной к родам

Амниотомия, технология выполнения на фантоме

Раздел 2

Тема 2.1. Аномалии сократительной деятельности матки

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Патологический прелиминарный период.
- 2) Слабость родовой деятельности, причины, лечение.
- 3) Дискоординация родовой деятельности, причины, лечение.
- 4) Чрезмерно сильная родовая деятельность, причины, лечение.

2. Темы рефератов:

«Эмболия околоплодными водами»

3. Задания для аудиторной работы:

1) Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Аномалии сократительной деятельности матки»

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 6

Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Аномалии сократительной деятельности матки»

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Основными причинами слабости родовой деятельности являются

- а) гипоестрогения
- б) снижение уровня эндогенных простагландинов
- в) перерастяжение матки
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

2. При слабости родовой деятельности имеет место

- а) увеличение содержания окситоцина у матери
- б) повышенное выделение окситоцина гипофизом плода
- в) сниженное содержание окситоциназы
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

3. Сократительная функция матки при слабости родовой деятельности обычно характеризуется

- а) снижением амплитуды сокращения матки
- б) сохранением ритма
- в) уменьшением частоты схваток
- г) снижением внутриматочного давления
- д) всем перечисленным

4. При слабости родовой деятельности имеет место

- а) повышение базального тонуса матки

- б) уменьшение венозного наполнения матки
- в) резкая болезненность схваток
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

5. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах

может свидетельствовать

- а) о слабости родовой деятельности
- б) о дискоординации родовой деятельности
- в) о дистонии шейки матки
- г) о ригидности шейки матки
- д) о всем перечисленном

Эталоны ответов:

1-г, 2-д, 3-д, 4-д, 5-д

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 6

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

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о причинах, методах диагностики, профилактики и лечения данной патологии.

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы женщины: слабые схватки, обусловленные нарушением сократ

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

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

3. Учитывая наличие аномалии родовой деятельности, акушерка должна:

- вызвать врача акушера;
- уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода;
- подготовить браншу пулевых щипцов для амниотомии;
- приготовиться к выполнению назначений врача.

Возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится. Если этого не произойдет, то

возможно, понадобится родостимуляция, восполнение энергетических затрат
. На фоне родости-муляции более строгий контроль за всеми показателями роженицы и уход.
4. Рассказать о слабости родовой деятельности: причины, виды, профилактика, диагностика, методы коррекции.

7. Задания для практической работы:

Практическая работа №6

Влагалищное исследование в родах (на фантоме)

Тема 2.2. Узкий таз в современном акушерстве.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Узкий таз. Классификация. Роды при узком тазе.
- 2) Диагностика узкого таза. Биомеханизм родов при узком тазе.
- 3) Ведение родов при узком тазе.

2. Темы рефератов:

«Клинически узкий таз»

3. Задания для аудиторной работы:

Изучение признаков (симптомов) клинически узкого таза.

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 7

Реферат-презентация на тему: «Узкий таз в современном акушерстве»

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Примерные размеры общеравномерносуженного таза:

Ответы:

1. 25-26-31-19
2. 23-26-29-19
3. 26-29-32-20
4. 23-27-30-18,5
5. 24-27-30-19

2. Примерные размеры поперечно-суженного таза:

Ответы:

1. 25-26-31-20
2. 23-27-30-18
3. 23-25-29-20
4. 25-25-33-16
5. 26-29-33-21

3. Укажите причины образования узкого таза:

Ответы:

1. Разгибательные предлежания
2. неправильные вставления головки
3. травмы костей таза
4. опухоли придатков матки

4. Возможные причины образования клинически узкого таза:

Ответы:

1. анатомическое сужение таза
2. большие размеры головки
3. поперечное положение плода
4. неправильные вставления головки

5. Тактика при клинически узком тазе и мертвом плоде:

Ответы:

1. срочная госпитализация
2. плодоразрушающая операция
3. акушерские щипцы
4. вакуум экстракция
5. щипцы по Уилт -Иванову

Эталоны ответов:

- 1 – 2
- 2 – 3
- 3 – 2, 3
- 4 – 1, 2, 4
- 5 – 1, 2

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА №7

К акушерке ФАПа обратилась беременная пациентка 22 лет. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Замужем. Беременность желанная. Пациентка очень волнуется за течение беременности и родов, так как она считает, что у нее очень узкий таз.

Объективно: правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД - 110/70, 120/80 мм рт.ст., пульс 74 ударов ритмичный, удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Рост - 152 см, масса тела - 50 кг, Наружные размеры таза: 23, 26, 29, 18 см.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки коническая, зев закрыт. Матка кпереди, подвижная, безболезненная, мягковатой консистенции, увеличена до 7 недель беременности. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Мыс достижим, диагональная конъюгата равна 11 см.

Задания:

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

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы:

- дефицит информации о течении беременности и родов;
- тревога за исход родов. Потенциальные проблемы – осложнения в родах.

Состояние пациентки удовлетворительное. Необходимо успокоить женщину: так как ей будут помогать в родах опытные специалисты, то и ей и ребенку ничего не грозит

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

Тактика акушерки:

- необходимо в первую очередь успокоить беременную, вселить уверенность в благоприятном течении беременности и родов в случае соблюдения пациенткой всех советов и рекомендаций;
- убедить пациентку в необходимости как можно раньше стать на учет по беременности и дать на руки направление к врачу акушеру-гинекологу;
- дать совет о режиме питания в связи с имеющимися место симптомам раннего гестоза беременной;

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

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

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

7. Задания для практической работы:

Практическая работа №7

Пельвиометрия. Измерение окружности живота, высоты дна матки. Расчет предполагаемой массы плода. Определение признака Вастена, Цангемейстера. Влагилищное исследование в родах. Диагональная конъюгата, измерение. Расчет истинной конъюгаты по наружной и диагональной конъюгате. Прием Пискачека на фантоме.

Тема 2.3. Неправильные положения плода. Неправильные предлежания головки.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Роды при аномалиях вставления головки плода.
- 2) Тазовое предлежание плода. Ведение беременности и родов.
- 3) Неправильные положения плода. Ведение беременности и родов

2. Темы рефератов:

«Роды при неправильных вставлениях, предлежаниях и положениях плода».

3. Задания для аудиторной работы:

- 1) Акушерская тактика в родах при тазовых предлежаниях плода»,

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 8:

Подготовка презентаций по темам: «Диагностика тазовых предлежаний плода», «Диагностика неправильных предлежаний плода»

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. К неправильным положениям плода относят:

Ответы:

1. косые
2. поперечные
3. продольные

2. Поперечные положения плода развиваются при:

Ответы:

1. предлежание плаценты
2. двойнях
3. многоводии
4. излитии вод
5. наружном повороте

3. Частые осложнения поперечного положения плода:

Ответы:

1. развитие хориоамнионита
2. запущенное поперечное положение плода
3. гипоксия плода
4. кровотечение

4. Возможные осложнения поперечного положения плода:

Ответы:

1. дородовое излитие околоплодных вод
2. выпадение петель пуповины
3. гипоксия плода

5. Тактика акушерки при выявлении поперечного положения плода в 35 недельном сроке беременности:

Ответы:

1. срочная госпитализация в роддом
2. назначение коррегирующей гимнастики
3. наружный поворот плода
4. наблюдение до 39-40 недель беременности

Эталоны ответов:

- 1 – 1, 2
- 2 – 1, 2, 3
- 3 – 2, 3
- 4 – 1, 2
- 5 – 1

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 8

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

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Отметить ошибки по ведению данной беременной.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы пациентки: аномалия положения плода.

- тревога за исход данных родов.

Потенциальные:

- осложнения родов в тазовом предлежании.

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

3. Тактика акушерки:

- прежде всего, нужно успокоить пациентку, разъяснить ей, что, хотя и имеется тазовое предлежание плода при данной беременности

-роды должны пройти благополучно, если пациентка будет выполнять все советы и рекомендации;

- учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежани

ем, нужно убедить беременную в необходимости немедленной профилактической госпитализации;

- дать направление к врачу акушеру-гинекологу и проконтролировать явку в ЦРБ.
- 4. Диагноз тазового предлежания поставлен с опозданием, этого можно было бы избежать, если бы акушерка своевременно проконсультировала беременную с врачом, направила на УЗИ, не использованы возможности ЛФК для коррекции предлежания, теперь это поздно.
- 7. Задания для практической работы:
Практическая работа № 8:
Пособие по Цовьянову I, II, прием Левре-Морисо-Лашапель нафантоме.

Тема 2.4. Многоплодная беременность.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:
 - 1) Многоплодная беременность. Диагностика. Ведение беременности и родов.
2. Темы рефератов:
«Фето-фетальный трансфузионный синдром»
3. Задания для аудиторной работы:
Дискуссия по теме: Многоплодная беременность: норма или патология?
4. Задания для самостоятельной работы:
Самостоятельная работа №9
Презентация на тему: «Ведение беременности и родов при многоплодной беременности»
5. Задания в тестовой форме (пример):
 1. Беременные с многоплодной беременностью:

Ответы:

1. относятся к группе риска осложнений беременности
2. обследуются дополнительно
3. госпитализируются на роды в 37-38 недель
4. донашивают беременность в стационаре с 35 недельного срока
5. родоразрешаются операцией кесарева сечения

2. Многоплодная беременность:

Ответы:

1. не осложняется
2. осложняется гестозами
3. осложняется не вынашиванием
4. вызывает кровотечение

3. При многоплодной беременности в родах возникают:

Ответы:

1. аномалии родовых сил
2. гипотонические кровотечения
3. раннее излитие вод
4. многоводие
5. анемия

4. Особенности родов при многоплодии:

Ответы:

1. поочередное рождение плодов
2. всегда применяются оперативные пособия для извлечения второго плода
3. проводится профилактика аномалии родовых сил
4. период изгнания второго плода ведется выжидательно

5. Осложнение родов при многоплодии:

Ответы:

1. слабость родовых сил
2. выпадение мелких частей плода
3. послеродовые кровотечения
4. поперечное положение второго плода

Эталоны ответов:

- 1 – 1, 2, 3
- 2 – 2, 3
- 3 – 1, 2, 3
- 4 – 1, 3, 4
- 5 – 1, 3

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 9

1 марта 2000 г. в акушерское отделение районной больницы поступает повторнобеременная с

родовыми схватками, которые начались 3 часа назад. Данная беременность 4-ая. В анамнезе нор-

мальные роды. Два медаборта по желанию без осложнений. Диатермокоагуляция шейки по

поводу псевдоэрозии. Менструальная функция, без патологии. Последняя менструация с 26 мая по

30 мая 1999 г. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Во время данной беременности осложне-

ний не наблюдалось, посещала женскую консультацию. Заболеваний внутренних органов не вы-

явлено. Прошла подготовку к родам. Объективные данные: рост 164 см, вес 71 кг, АД –120/70 –120/75

мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков не голенях нет. Таз: 25-28-31-21 см.

Матка соответствует доношенной беременности (ОЖ-95 см, ВДМ-32 см). Положения плода про-дольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмич-ное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин., схватки через 4 –5 мин по 30–35 сек хорошей силы, болезненные.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, края зева ригидные, малоподатливые, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достижим.

Задания:

Выявить проблемы женщины.

Оценить состояние женщины.

Определить диагноз и обосновать его.

Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данном виде предлежания..

Эталон ответа:

Действительные проблемы:

- схваткообразные боли, связанные с родами;
- беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, риск разрыва шейки и дискоординации родовой деятельности, травма плода.

Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз:

I период срочных родов, передний вид затылочного вставления. Отягощенный акушерский анамнез.

Исходя из условий задачи, по данным последней менструации можно вычислить предполагаемый срок родов: последние месячные с 26 мая по 30 мая 1999 г. (три месяца назад, плюс нед

еля), предполагаемый срок родов 4 марта 2000 г., следовательно, беременность доношенная.

Регулярные схватки в течение 3-х часов и динамика открытия шейки матки свидетельствуют о нормальном течении родов в первом периоде.

Таз нормальных размеров, предполагаемая масса плода 3000 –3100 г (ОЖхВДМ), что говорит о соответствии размеров плода и таза матери.

3. На данном этапе:

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

7. Задания для практической работы:

Практическая работа № 9

Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания на фантоме

Тема 2.5. Родовой травматизм матери

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Разрыв матки. Выворот матки.
- 2) Разрывы мягких тканей родовых путей.
- 3) Расхождение и разрыв лонного сочленения.

2. Темы рефератов:

«Биомеханизм разрыва матки»

3. Задания для аудиторной работы:

- 1) Профилактика материнского травматизма в родах

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 10

Рецензирование рефератов

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Основным клиническим симптомом при угрожающем разрыве матки по рубцу является:

Ответы:

1. высокое косо стояние контракционного кольца
2. положительный признак Вастена
3. болезненность по рубцу
4. затруднение самопроизвольного мочеиспускания
5. изменение формы матки (в виде “песочных” часов)

2. Тактика при начавшемся и совершившемся разрыве матки:

Ответы:

1. немедленное чревосечение
2. интубационный наркоз
3. интубационный наркоз и чревосечение
4. переливание крови, кровезаменителей
5. ручное обследование полости матки

3. Укажите причины разрыва матки:

Ответы:

1. введение окситотических препаратов
2. рациональное ведение родов
3. клиническое несоответствие размеров таза и предлежащей части плода
4. дистрофические изменения матки
5. рубцовые изменения матки

4. Причиной гистопатического разрыва матки является:

Ответы:

1. узкий таз
2. крупный плод
3. поперечное положение плода
4. рубец на матке
5. рубцовые сужения различных отделов родовых путей

5. Основным признаком несостоятельности рубца на матке:

Ответы:

1. положительный признак Вастена
2. в анамнезе - лихорадка в послеоперационном периоде после кесарева сечения
3. наступление беременности в течение 1-го года после операции на матке
4. болезненность "ниши" по ходу рубца при пальпации

Эталоны ответов:

1 – 3

2 – 3, 4

3 – 3, 4, 5

4 – 4

5 – 4

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 10

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.

Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД -120/65, 120/60 мм рт ст. В моче белка нет, ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие мало-податливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в минуту. АД 120/ 80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена. В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности 1 степени.

Задания:

Выявить проблемы родильницы, их причины.

Оценить динамику родов, состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки данной ситуации.

Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения.

Эталон ответа:

Разрывы шейки и промежности связаны с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой. Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры

таза, применить меры профилактики. Роды произошли в момент смены бригады и профилактические мероприятия были недостаточными. Очевидно и в женской консультации недостаточно оценили факторы риска и не подготовили женщину к родам в условиях родового отделения.

Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например, глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства).

Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.

Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности.

7. Задания для практической работы:

Практическая работа № 10

Собрать набор инструментов для осмотра родовых путей и зашивания разрывов

Срединно-латеральная эпизиотомия. Техника выполнения.

Ушивание раны (разрыва) промежности. Техника выполнения.

Раздел 3.

Тема 3.1. Акушерские кровотечения.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Причины акушерских кровотечений.
- 2) Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- 3) Гипо- атонические кровотечения.
- 4) Геморрагический шок. ДВС-синдром в акушерстве.

2. Темы рефератов:

- «Кровотечения в раннем послеродовом периоде»
- «Кровотечения в III периоде родов»

3. Задания для аудиторной работы:

- 1) Самопроизвольный выкидыш. Классификация. Клиника, лечение.
- 2) Методы оценки кровопотери в родах.
- 3) Алгоритм неотложной помощи при акушерских кровотечениях

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 11

Составление профессиональных задач с эталонами ответов по темам: «Самопроизвольный выкидыш», «Предлежание плаценты», «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», «Кровотечения в III периоде родов», «Кровотечения в раннем послеродовом периоде», «Кровотечения в позднем послеродовом периоде».

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Характер кровотечения при гипотонии матки:

Ответы:

1. выделения крови отдельными порциями
2. струйное кровотечение

3. кровотечение при сократившейся матки

2. Гипотония матки – это:

Ответы:

1. понижение сократительной способности маточной мускулатуры
2. полное отсутствие сокращений матки
3. сохранение способности отвечать на действия различных раздражителей

3. Атония матки – это:

Ответы:

1. полное отсутствие сократительной способности матки
2. отсутствие ответных реакций на окситоцин
3. отсутствие ответных реакций на любые сокращающие средства

4. При гипотонии матки применяются:

Ответы:

1. питуитрин
2. окситоцин
3. эргометрин
4. лидокаин

5. Укажите методы лечения гипо- и атонии матки:

Ответы:

1. прижатие брюшной аорты
2. перевязка магистральных сосудов
3. холод на низ живота
4. массаж матки
5. тампон с эфиром в задний свод влагалища
6. ампутация матки

Эталоны ответов:

- 1 – 1
- 2 – 1
- 3 – 1
- 4 – 1, 2, 3
- 5 – 1, 2, 3, 4, 6

5. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА №11

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

Задания:

Выделите проблемы и их причины.

Сформулируйте диагноз и оцените состояние женщины.

Выберите акушерскую тактику, расскажите о необходимых действиях вплоть до перевода в послеродовое отделение.

Рассказать о причинах подобного осложнения, других возможных осложнениях, мерах профилактики.

Эталон ответа:

1. Дефект плаценты. Доля плаценты задержалась в матке, вероятнее всего, в связи с патологией матки, которая возникла из-за осложненных аборт и выкидышей. Профилактика осложнений (введение сокращающих средств во втором периоде родов) не проводилась. Потенциальные осложнения – кровотечение, воспаление матки.

2. Диагноз: Роды 2 срочные, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Задержка доли последа. Состояние женщины удовлетворительное.

3. Необходимо вызвать врача акушера, анестезиолога, анестезистку, подготовить женщину, врачей и инструменты. Необходима операция ручного обследования полости матки, удаление задержавшейся доли в асептических условиях под наркозом. Операцию делает врач, в его отсутствие – акушерка. Контроль за температурой, пульсом, АД, кровопотерей, кожными покровами, маткой. Назначаются антибиотики и сокращающие средства, выписка после контроля УЗИ.

4. Задержка последа бывает в связи с частичным приращением плаценты (рассказать о видах данной патологии и её причинах), неправильным ведением третьего периода, отсутствием должной профилактики (рассказать о правильной тактике).

6. Задания для практической работы:

Практическая работа № 11:

Ручное отделение плаценты и выделение последа на фантоме

Контрольное ручное обследование матки на фантоме

Баллонная тампонада полости матки на фантоме

Раздел 4

Тема 4.1 Раневая инфекция в акушерстве.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

1) Послеродовая язва. Послеродовый эндомиометрит.

2) Диагностика. Основные принципы лечение раневой инфекции, послеродового эндомиометрита.

2. Темы рефератов:

«Послеродовый эндомиометрит, как проявление раневой инфекции»

3. Задания для аудиторной работы:

Мероприятия по профилактике послеродового эндомиометрита,

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 12

Мультимедийная презентация на тему: «Послеродовый эндомиометрит»,

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Послеродовая инфекция - это:

Ответы:

1. динамический процесс взаимодействия микробов и микроорганизма

2. заболевание, вызванное эндогенной микрофлорой

3. одна из причин материнской смертности

2. Первый этап инфекции характеризуется:

Ответ:

1. инфекционными процессами в области родовой раны

2. резким ухудшением общего состояния

3. выявлениями перитонита

3. Послеродовый сепсис является:

Ответы:

1. инфекционным процессом первого этапа

2. экстрагенитальным послеродовым заболеванием
3. признаком IV этапа инфекции
4. признаком II этапа инфекции

4. При гнойном эндометрите необходимо:

Ответы:

1. перевести в наблюдательное отделение
2. провести антибиотикотерапию
3. перевести в хирургический стационар
4. подавление лактации

5. Септический шок возникает при:

Ответы:

1. массовом лизисе грамотрицательных бактерий
2. в третьем этапе развития послеродовых септических заболеваний
3. любой инфекции в послеродовом периоде

Эталонные ответы:

- 1 – 1, 3
- 2 – 1
- 3 – 3
- 4 – 3
- 5 – 1, 2

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 12

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

Задания:

Выделите проблемы родильницы – настоящие и потенциальные, причины их возникновения. Наметьте пути решения проблем.

Перечислите, какие лекарственные средства и рекомендации рационально назначать для лечения и профилактики в такой акушерской ситуации. Рассказать об изменениях в женских половых органах после родов.

Эталон ответа:

Настоящие проблемы, которые отмечает женщина – слабость, сложности при уходе за ребенком.

Акушерка должна отметить умеренную тахикардию, гипотонию, бледность, что указывает на анемию, субинволюцию матки. Женщина недостаточно информирована о послеродовом периоде и поведении. В дальнейшем эти проблемы станут более выраженными и могут привести к кровотечению, эндометриту, расхождению швов, гипогалактии, недостаточному уходу за ребенком и недостаточному вскармливанию. У женщины, хотя и допустимая, но повышенная кровопотеря, которая привела к анемии и слабости. Субинволюция часто

возникает вследствие перерастяжения матки крупным плодом. Проводились оперативные вмешательства, не назначено лечение и врачебное наблюдение.

Необходимо успокоить женщину, уложить в постель, помочь в уходе за ребенком, вызвать дежурного врача, выполнить его назначения. Необходимо рассказать женщине о послеродовом периоде, о профилактике осложнений с учетом швов на промежности.

В такой ситуации показано назначение антибиотиков, сокращающих средств, гемостимулирующих средств (мотивировать). Рассказать о режиме, диете, уходе за промежностью. Особенно отметить изменения в матке, молочных железах

7. Задания для практической работы:

Практическая работа № 12

Обработка швов на промежности

Тема 4.2 Акушерский перитонит

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Акушерский перитонит. Причины.
- 2) Диагностика, основные принципы лечения перитонита.

2. Темы рефератов:

«Профилактика акушерского перитонита»

3. Задания для аудиторной работы:

Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Акушерский перитонит»

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 13

Мультимедийная презентация: «Акушерский перитонит»

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Послеродовая инфекция - это:

Ответы:

1. динамический процесс взаимодействия микробов и микроорганизма
2. заболевание, вызванное эндогенной микрофлорой
3. одна из причин материнской смертности

2. Первый этап инфекции характеризуется:

Ответ:

1. инфекционными процессами в области родовой раны
2. резким ухудшением общего состояния
3. выявляемыми перитонита

3. Послеродовый сепсис является:

Ответы:

1. инфекционным процессом первого этапа
2. экстрагенитальным послеродовым заболеванием
3. признаком IV этапа инфекции
4. признаком II этапа инфекции

4. При гнойном эндометрите необходимо:

Ответы:

1. перевести в наблюдательное отделение
2. провести антибиотикотерапию
3. перевести в хирургический стационар
4. подавление лактации

5. Септический шок возникает при:

Ответы:

1. массовом лизисе грамотрицательных бактерий
2. в третьем этапе развития послеродовых септических заболеваний
3. любой инфекции в послеродовом периоде

Эталоны ответов:

- 1 – 1, 3
- 2 – 1
- 3 – 3
- 4 – 3
- 5 – 1, 2

б. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 13

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

Задания:

Выделите проблемы родильницы, объясните, в связи с какой патологией, какими причинами возникли проблемы.

Расскажите о доврачебной помощи.

Перечислите мероприятия по уходу и лечению данного осложнения.

Дифференциальный диагноз

Эталон ответа:

Настоящие проблемы - боли, страдания, опасение серьезных осложнений за свою жизнь, невозможность проведения самоухода и ухода за ребенком. Следует заподозрить симфизит, который возник на фоне остеопороза, о чем свидетельствуют боли в костях до и после родов.

Развитию осложнения способствовало проживание на севере и отсутствие соответствующей профилактики (препараты кальция, жирорастворимые витамины А, Е, Д, соответствующее питание, ультрафиолет).

До прихода врача успокоить женщину и начать организацию ухода и лечения, как следует при данной патологии.

Организовать уход за родильницей с 1 режимом – строгий постельный режим, функциональная жесткая кровать, пеленание таза, создать необходимые удобства для длительного пребывания.

Обеспечить уход за ребенком. Назначаются обезболивающие средства, препараты кальция, витамины А,Е,Д, местное УФО.

Следует отличать симфизит от травмы таза, разрыва матки, пельвеоперитонита и др.

7. Задания для практической работы:

Практическая работа № 13:

Оценка инволюции матки, характера лохий.

Тема 4.3 Сепсис в акушерстве

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Сепсис в акушерской практике. Причины.
- 2) Диагностика. Основные принципы лечения сепсиса в акушерстве.

2. Темы рефератов:

«Сепсис в акушерской практике»

3. Задания для аудиторной работы:

Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Сепсис в акушерской практике».

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 14

Заполнение таблиц по темам: «Клиническая картина – диагностика – лечебная тактика при сепсисе»

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Послеродовая инфекция - это:

Ответы:

1. динамический процесс взаимодействия микробов и микроорганизма
2. заболевание, вызванное эндогенной микрофлорой
3. одна из причин материнской смертности

2. Первый этап инфекции характеризуется:

Ответ:

1. инфекционными процессами в области родовой раны
2. резким ухудшением общего состояния
3. выявлением перитонита

3. Послеродовый сепсис является:

Ответы:

1. инфекционным процессом первого этапа
2. экстрагенитальным послеродовым заболеванием
3. признаком IV этапа инфекции
4. признаком II этапа инфекции

4. При гнойном эндометрите необходимо:

Ответы:

1. перевести в наблюдательное отделение
2. провести антибиотикотерапию
3. перевести в хирургический стационар
4. подавление лактации

5. Септический шок возникает при:

Ответы:

1. массовом лизисе грамотрицательных бактерий
2. в третьем этапе развития послеродовых септических заболеваний
3. любой инфекции в послеродовом периоде

Эталонные ответы:

1 – 1, 3

2 – 1

3 – 3

4 – 3

5 – 1, 2

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 14

На 5 сутки после родов при снятии швов обнаружено полное расхождение швов промежности. Плотный инфильтрат с гнойным отделяемым вокруг раны. Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель нерегулярно, во время беременности выявлен

кольпит, подробное обследование и санация не проведены. В родах разрыв промежности 2 степени, зашивание разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Задания:

Выделить проблемы родильницы.

Перечислите причины, способствующие расхождению швов.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Общие принципы реабилитации при полном расхождении швов с нагноением.

Эталон ответа:

Настоящая проблема

-полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями. При этом осложнении требуется продолжение стационарного лечения, обработка раны и повторное наложение швов. В то же время женщина от лечения отказывается.

Потенциальные проблемы при неправильном лечении - сепсис, нарушение топографии промежности, опущение матки, влагиалища.

Причинами расхождения швов являются: инфекция, особенно кольпит, нарушение трофики тканей, неправильный уход, нарушение режима, гигиены, питания, нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, проблемы с шовным материалом.

Успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.

Лечение гнойной раны с орошением антибактериальными растворами, дренаж с гипертоническим р-ром. Общая терапия: антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей. При очищении раны – наложение вторичных швов.

7. Практическая работа № 14:

Выполнить манипуляцию “Обработка гнойной раны”.

Тема 4.4 Послеродовой лактационный мастит

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

1) Послеродовой лактационный мастит. Причины.

2) Послеродовой лактационный мастит. Классификация. Диагностика. Лечение.

2. Темы рефератов:

«Профилактика лактационного мастита»

3. Задания для аудиторной работы:

Составление памятки для родильницы по теме: «Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний».

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 15

Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Послеродовой лактационный мастит».

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Укажите симптомы начинающегося мастита:

Ответы:

1. озноб

2. боли в молочной железе

3. высокая температура

4. инфильтраты

5. гиперемия кожи

2. Лечение трещин сосков включает:

Ответы:

1. мазевые прокладки

2. витаминотерапию
3. УФО молочных желез
4. нет правильного ответа
5. дегидротационную терапию

3. Лечение начинающего мастита начинается с:

Ответы:

1. опорожнения молочной железы
2. приподнятого положения молочной железы
3. оперативных методов
4. тепловых процедур

4. Лечение начинающегося мастита включает:

Ответы:

1. антибиотикотерапию
2. дегидротационную терапию
3. тепловые процедуры
4. УВЧ

5. Гипогалактия связана с:

Ответы:

1. рациональной диетой
2. недостаточной подготовкой молочных желез
3. маститом
4. эндокринными заболеваниями

Эталоны ответов:

- 1 – 2
- 2 – 1, 2, 3
- 3 – 1, 2
- 4 – 1, 4
- 5 – 2, 3, 4

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА №15

Акушерка проводит вечерний обход. Родильница Г., 20 лет, находится в послеродовом отделении на 1 сутки после родов в индивидуальной палате. Беременность 1-я, протекала без осложнений. Роды 1, протекали в течение 8 часов, перинеотомия в связи с высокой промежностью, 3 шелковых шва на промежности. Кровопотеря 200 мл.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,8°C, PS=78 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=120/80, 120/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молозиво. Матка плотная, дно ее находится на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стула не было.

Ребенок к груди прикладывался один раз. Находится вместе с матерью. Женщина не посещала занятий по подготовке к родам, плачет, не знает, что делать с ребенком, просит унести его в детское отделение и кормить из рожка.

Задания:

Выявить проблемы женщины, их причины.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз.

Тактика акушерки.

Рассказать о формах и методах подготовки женщины к послеродовому периоду, естественному вскармливанию. Рассказать о пользе естественного вскармливания.

7. Задания для практической работы:
Практическая работа №15
Техника сцеживания грудного молока.

Раздел 5

Тема 5.1 Акушерские операции во время беременности

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Акушерские операции во время беременности.
- 2) Операции по сохранению беременности.
- 3) Операции искусственного прерывания беременности.

2. Темы рефератов:

«Истмико-цервикальная недостаточность»

3. Задания для аудиторной работы:

Методы искусственного прерывания беременности.

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа №16

Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Акушерские операции во время беременности»,

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Аборт – это:

Ответы:

1. прерывание беременности в любые сроки
2. медицинская операция
3. прерывание беременности до 27 недельного срока
4. метод регулирования семьи

2. Виды абортов:

Ответы:

1. угрожающий
2. самопроизводительный
3. мини-аборт
4. начавшийся

3. Стадии аборта:

Ответы:

1. полный
2. неполный
3. в ходу
4. мини-аборт
5. аборт после 12 недельного срока

4. Методы прерывания беременности в ранние сроки:

Ответы:

1. мини-аборт
2. кюретаж
3. вакуум-аспирации
4. введение эстрогенов
5. тепловые процедуры

5. Укажите осложнения абортов:

Ответы:

1. травма шейки матки

2. травма полости матки
3. воспаление матки
4. травма промежности

6. Аборт может вызвать:

Ответы:

1. аменорею
2. нейро-эндокринные заболевания
3. воспалительные процессы
4. ожирение

7. Медицинскими показаниями к прерыванию беременности являются:0

Ответы:

1. злокачественные заболевания любой локализации
2. активная форма туберкулеза
3. воспалительные заболевания в острой форме
5. ожирение
6. гипертония I степени

Эталоны ответов:

- 1 – 2, 3
- 2 – 2, 3
- 3 – 1, 2, 3
- 4 – 2, 3
- 5 – 1, 2, 3
- 6 – 2, 3
- 7 – 1, 2, 3

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 16

В послеродовом отделении акушерка осматривает родильницу.

Вторые роды прошли три дня назад, крупным плодом (4200 г) без осложнений. Жалоб не предъявляет.

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

Задания:

Выявить проблемы родильницы.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

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

Выполнить манипуляцию “Осмотр молочных желез”.

7. Задания для практической работы:

Практическая работа №16

Выполнить манипуляцию “Осмотр молочных желез”

Тема 5.2 Малые акушерские операции (манипуляции)

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Ручное отделение плаценты и выделение последа.
- 2) Контрольное ручное обследование полости матки.

- 3) Амниотомия.
- 4) Срединно-латеральная эпизиотомия.
- 5) Ушивание разрывов мягких родовых путей..

2. Темы рефератов:

«Малые акушерские операции»

3. Задания для аудиторной работы:

Показания для малых акушерских операций

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 17

Амниотомия, техника выполнения на фантоме

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Укажите операции подготавливающие родовые пути к родам:

Ответы:

1. пальцевое расширение шейки матки
2. кожно-головные щипцы
3. акушерские щипцы
4. перинеотомия
5. кольпайриз

2. Показаниями к производству эпизиотомии являются:

Ответы:

1. гипоксия плода II стадии
2. угроза разрыва промежности
3. ранняя амниотомия
4. высокая промежность
5. недонашивание

3. Укажите виды обезболивания при эпизиотомии:

Ответы:

1. перидуральная анестезия
2. местная инфильтрационная анестезия
3. наркоз
4. премедикация

4. Показания для амниотомии – это:

Ответы:

1. многоводие
2. “плоский” плодный пузырь
3. открытие шейки матки на 7-8 см
4. предлежание тазового конца плода
5. низкое прикрепление плаценты при отсутствии кровотечения

5. Перинеотомия проводится:

Ответы:

1. в родах
2. путем рассечения промежности от задней спайки к анусу
3. в редких случаях
4. при всех преждевременных родах
5. при перенашивании

Эталоны ответов:

1 – 1, 4

2 – 1, 2, 4, 5

- 3 – 2, 4
- 4 – 1, 2, 3
- 5 – 1, 2

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 17

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

Задания:

Выделить проблемы родильницы.

Обозначить пути решения этих проблем.

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

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

Эталон ответа:

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

Объективно оценить состояние родильницы. Убедившись в нормальном течении послеоперационного периода, успокоить женщину, объяснить ей причину её жалоб, помочь в уходе и объяснить пользу совместного пребывания и активного поведения.

Наблюдение за родильницей и профилактика осложнений: введение обезболивающих, общеукрепляющих, антибактериальных, утеротонических средств, обработка раны.

7. Задания для практической работы:

Практическая работа №17

Выполнить манипуляцию “Обработка послеоперационной раны”.

Тема 5.3 Родоразрешающие акушерские операции.

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Акушерские щипцы.
- 2) Вакуум-экстракция плода.
- 3) Кесарево сечение.
- 4) Вакуум-экстракция плода.
- 5) Плодоразрушающие операции.

2. Темы рефератов:

«Кесарево сечение в современном акушерстве»

3. Задания для аудиторной работы:

Дискуссия на тему: кесарево сечение или роды через естественные родовые пути.

4. Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа № 18

Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Родоразрешающие операции».

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. Укажите родоразрешающие операции:

Ответы:

1. кесарево сечение
2. поворот плода на ножку
3. извлечение плода за ножку

4. пособие по Цовьянову при смешанном предлежании

2. Основными показаниями к кесареу сечению являются:

Ответы:

1. центральное предлежание плаценты
2. клинически узкий таз
3. узкий таз, сужение III – IV степени
4. угрожающая гипоксия плода
5. начавшаяся обслойка плаценты

3. Условия для кесарева сечения:

Ответы:

1. отсутствие явной инфекции
2. безводный период менее 6 часов
3. живой плод
4. наличие целостности плодного пузыря

4. Методы абдоминального кесарева сечения:

Ответы:

1. классическое
2. в нижнем сегменте матки
3. кесарево сечение с ампутацией матки
4. кесарево сечение по рубцу

5. Осложнения родоразрешающих операций:

Ответы:

1. перитонит
2. сепсис
3. образование спаек
4. анемия
5. цистит

Эталоны ответов:

- 1 – 1, 3
- 2 – 1, 2, 3
- 3 – 1, 2
- 4 – 1, 2, 3
- 5 – 1, 2, 3

6. Анализ кейс-стадии

ЗАДАЧА № 18

18-летняя женщина находится совместно с ребенком в индивидуальной палате физиологического послеродового отделения на 5 сутки послесрочных родов. В родах была выполнена перинеотомия и перинеорафия. Ребенок готов к выписке. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 78 ударов в минуту. Молочные железы умеренно нагрубают. Соски без трещин. Лактация достаточная. Дно матки на 3 поперечных пальца выше лобка. Лохии сукровичные, умеренные. Швы сняты, заживление первичным натяжением. Физиологические отправления в норме. Температура нормальная. Анализы в норме. Врач назначил родильницу вместе с ребенком к выписке на завтра.

Женщина удивлена, что ей, несмотря на перинеотомию, назначили только 70 дней послеродового декретного отпуска, а не 86, как женщинам с другими оперативными вмешательствами.

Задание:

Оцените состояние родильницы и выделите проблемы родильницы, пути их решения.

Составьте план беседы с родильницей, рекомендации перед выпиской.

Расскажите об уборке палаты после её освобождения.

Рассказать об обязанностях акушерки послеродового отделения. Рассказать о патронаже.

Эталон ответа:

Речь идет о совершенно здоровой родильнице. Родильница уходит домой и больше не сможет обращаться за консультацией к специалистам в любое время. Необходимо дать ей последние рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и педиатр. Женщина не удовлетворена продолжительностью ДО.

При выписке дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, планированию семьи, уходу за ребенком, о здоровом образе жизни. Отдельно рассказать, как продолжить уход за промежностью. Рассказать о правилах предоставления ДО.

Уборка палаты после выписки родильницы и ребенка по типу заключительной.

Передать патронаж в детскую поликлинику и в женскую консультацию.

7. Задания для практической работы:

Практическая работа №18

Подготовить набор инструментов для вакуум-экстракции плода. Ассистенция врачу на операции.

5.1.2. Типовые задания для рубежного контроля

1. Перечень вопросов для опроса:

- 1) Ранние токсикозы беременных. Классификация. Клиническая картина, лечение.
- 2) Преэклампсия (ОПГ-гестоз). Клинические проявления. Современная классификация. Основные принципы лечения, методы родоразрешения.
- 3) Осложнения преэклампсии, профилактика.
- 4) Эклампсия, профилактика, алгоритм неотложной медицинской помощи.
- 5) Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
- 6) Ведение беременности при заболеваниях почек и мочевыводящих путей.
- 7) Ведение беременности и родов при заболеваниях эндокринной системы.
- 8) Ведение беременности при заболеваниях крови.
- 9) Ведение беременности и родов при изосерологической несовместимости крови матери и плода по Rh- факторы и системе АВО.
- 10) Аномалии развития и заболевания плода. Маловодие. Многоводие. Плацентарная недостаточность.
- 11) Невынашивание беременности. Преждевременные роды.
- 12) Перенашивание беременности, подготовка шейки матки к родам. Индукция родов.
- 13) Патологический прелиминарный период. Слабость родовой деятельности.
- 14) Дискоординация родовой деятельности. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
- 15) Эмболия околоплодными водами. Неотложная помощь.
- 16) Узкий таз. Классификация. Роды при узком тазе.
- 17) Диагностика узкого таза. Биомеханизм родов при узком тазе.
- 18) Клинически узкий таз.
- 19) Роды при аномалиях вставления головки плода.
- 20) Тазовое предлежание плода. Ведение беременности и родов.
- 21) Неправильные положения плода. Ведение беременности и родов.
- 22) Многоплодная беременность. Диагностика. Ведение беременности и родов.
- 23) Родовой травматизм матери. Разрыв матки. Выворот матки.
- 24) Разрывы мягких тканей родовых путей. Расхождение и разрыв лонного сочленения.
- 25) Акушерские кровотечения. Причины.
- 26) Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

- 27) Самопроизвольный выкидыш. Классификация. Клиника, лечение.
- 28) Кровотечения в III периоде родов. Плотное прикрепление, приращение плаценты.
- 29) Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Гипо- атонические кровотечения.
- 30) Геморрагический шок. ДВС-синдром в акушерстве.
- 31) Алгоритм неотложной помощи при акушерских кровотечениях.
- 32) Послеродовая язва. Послеродовый эндометрит. Диагностика. Основные принципы лечения.
- 33) Акушерский перитонит. Причины. Лечение.
- 34) Сепсис в акушерской практике. Причины. Лечение.
- 35) Послеродовый лактационный мастит. Диагностика. Лечение.
- 36) Малые акушерские операции (манипуляции). Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование полости матки. Амниотомия. Срединно-латеральная эпизиотомия.
- 37) Родоразрешающие операции в акушерстве. Кесарево сечение. Акушерские щипцы. Вакуум-экстракция плода. Плодоразрушающие операции.

2. Тестовые задания:

1. Укажите признаки тазовых предлежаний плода:

Ответы:

1. высокое состояние головки
2. головка плода у дна матки
3. сердцебиение плода у дна матки
4. раннее излитие вод

2. В план ведения беременной с тазовым предлежанием плода в женской консультации следует включить:

Ответы:

1. пассивное наблюдение
2. наружный акушерский поворот
3. госпитализация в роддом в 40 недель
4. комплекс коррегирующих упражнений в 29-34 недели (при отсутствии противопоказаний) под наблюдением врача

3. Возможные осложнения тазовых предлежаний плода:

Ответы:

1. родовое излитие околоплодных вод
2. выпадение петель пуповины
3. запрокидывание ручек, головки
4. кровотечение

4. Причины тазовых предлежаний:

Ответы:

1. чрезмерная подвижность плода
2. многоводие
3. многоплодие
4. узкий таз
5. излитие вод

5. В родах при тазовых предлежаниях применяют:

Ответы:

1. ручное пособие по Цовьянову
2. классическое ручное пособие
3. Поворот плода на головку

4 Эпизиотомию

6. Примерные размеры общеравномерносуженного таза:

Ответы:

1. 25-26-31-19
2. 23-26-29-19
3. 26-29-32-20
4. 23-27-30-18,5
5. 24-27-30-19

7. Примерные размеры поперечно-суженного таза:

Ответы:

1. 25-26-31-20
2. 23-27-30-18
3. 23-25-29-20
4. 25-25-33-16
5. 26-29-33-21

8. Укажите причины образования узкого таза:

Ответы:

1. Разгибательные предлежания
2. неправильные вставления головки
3. травмы костей таза
4. опухоли придатков матки

9. Возможные причины образования клинически узкого таза:

Ответы:

1. анатомическое сужение таза
2. большие размеры головки
3. поперечное положение плода
4. неправильные вставления головки

10. Тактика при клинически узком тазе и мертвом плоде:

Ответы:

1. срочная госпитализация
2. плодоразрушающая операция
3. акушерские шипцы
4. вакуум экстракция
5. щипцы по Уилт -Иванову

11. Беременные с многоплодной беременностью:

Ответы:

1. относятся к группе риска осложнений беременности
8. обследуются дополнительно
9. госпитализируются на роды в 37-38 недель
10. донашивают беременность в стационаре с 35 недельного срока
11. родоразрешаются операцией кесарева сечения

12. Многоплодная беременность:

Ответы:

1. не осложняется
2. осложняется гестозами
3. осложняется не вынашиванием

4. вызывает кровотечение

13. При многоплодной беременности в родах возникают:

Ответы:

1. аномалии родовых сил
2. гипотонические кровотечения
3. раннее излитие вод
4. многоводие
5. анемия

14. Особенности родов при многоплодии:

Ответы:

1. поочередное рождение плодов
2. всегда применяются оперативные пособия для извлечения второго плода
3. проводится профилактика аномалии родовых сил
4. период изгнания второго плода ведется выжидательно

15. Осложнение родов при многоплодии:

Ответы:

1. слабость родовых сил
2. выпадение мелких частей плода
3. послеродовые кровотечения
4. поперечное положение второго плода

16. Многоводие – это симптом:

Ответы:

1. диабета беременных
2. резус-конфликта
3. фето-плацентарной недостаточности
4. нормально протекающей беременности

17. Многоводие определяется при:

Ответы:

1. ультразвуковом обследовании
2. рентгенографии плода в любом случае
3. наружных приемах акушерского обследования
4. влагалищном исследовании

18. Многоводие развивается при :

Ответы:

1. гестозах
2. токсоплазмозе
3. многоплодии
4. тазовом предлежании плода
5. фибромиомах

19. Для лечения многоводия применяют:

Ответы:

1. комплексную терапию
2. гипохлоридную диету
3. медикаментозное лечение основного заболевания
4. прерывание беременности

20. Тактика акушера при многоводии:

Ответы:

1. детальное обследование
2. кесарево сечение
3. амниотомия при открытии зева на 2 см
4. профилактика кровотечения в родах
5. профилактика аномалий родовых сил

21. К неправильным положениям плода относят:

Ответы:

1. косые
2. поперечные
3. продольные

22. Поперечные положения плода развиваются при:

Ответы:

1. предлежание плаценты
2. двойнях
3. многоводии
4. излитии вод
5. наружном повороте

23. Частые осложнения поперечного положения плода:

Ответы:

1. развитие хориоамнионита
2. запущенное поперечное положение плода
3. гипоксия плода
4. кровотечение

24. Возможные осложнения поперечного положения плода:

Ответы:

1. родовое излитие околоплодных вод
2. выпадение петель пуповины
3. гипоксия плода

25. Тактика акушерки при выявлении поперечного положения плода в 35 недельном сроке беременности:

Ответы:

1. срочная госпитализация в роддом
2. назначение коррегирующей гимнастики
3. наружный поворот плода
4. наблюдение до 39-40 недель беременности

26. При неправильном положении плода в I позиции роженицу укладывают:

Ответы:

1. на правый бок
2. на левый бок
3. на спину

27. Ведение родов при поперечном положении плода:

Ответы:

1. сохранение вод до полного открытия

2. кесарево сечение
3. поворот плода на ножку
4. амниотомия при открытии на 4 см.

28. Укажите условия для кесарева сечения при запущенном поперечном положении плода:

Ответы:

1. живой плод
2. отсутствие инфекции
3. гипоксия плода
4. выпадение петель пуповины

29. Диагноз неправильного положения плода устанавливается на основании:

Ответы:

1. данных УЗИ
2. во время родов
3. 4-х приемов Леопольда
4. при полном открытии зева

30. Тактика акушера при косом положении плода, когда плечико включено во вход в таз, воды отошли 16 часов назад, сердцебиение не прослушивается:

Ответы:

1. плодоразрушающая операция
2. кесарево сечение
3. ампутация матки
4. поворот плода на ножку

31. Преждевременными называют роды при сроке беременности

Ответы:

1. до 36 недель
2. с 28 до 36 недель
3. с 26 до 30 недель
4. после 30 недель

32. Причины преждевременных родов:

Ответы:

1. инфантилизм
2. истмико-цервикальная недостаточность
3. узкие тазы
4. резус-отрицательная кровь матери

33. Осложнениями преждевременных родов могут быть:

Ответы:

1. аномалии родовой деятельности
2. аномалии отхождения вод
3. родовые травмы
4. нарушения свертывающей системы крови

34. Критериями преждевременных родов являются:

Ответы:

1. масса плода менее 1000 г.
2. масса плода от 1000 до 2500 г.
3. длина плода до 35 см.
4. длина плода от 35 до 45 см

5. срок беременности до 30 недель

35. При ведении преждевременных родов необходимо:

Ответы:

1. быть очень осторожными
2. назначать спазмолитика с начала родов
3. проводить профилактику гипоксии плода
4. давать наркоз

36. Роды при перенашивании:

Ответы:

1. называются запоздалыми
2. осложняются
3. всегда сопровождаются кровотечением

37. Переношенной считается беременность при сроке:

Ответы:

1. более 40 недель
2. 280 дней
3. более 42 недель

38. Осложнения при запоздалых родах:

Ответы:

1. слабость родовых сил
2. родовые травмы
3. могут быть только у юных первородящих
4. возникают в третьем периоде

39. Окончательный диагноз переношенной беременности ставится:

Ответы:

1. до родов на основании анамнеза
2. по ультразвуковому исследованию
3. после родов по признакам переношенности плода

40. При перенашивании беременности:

Ответы:

1. снижается количество эстрогенов
2. повышается прогестерон
3. снижается прогестерон
4. низкий кариопикнотический индекс
5. нет точек окостенения в плечевых костях у плодов

41. Ранние гестозы - это:

Ответы:

1. частое осложнение беременности
2. заболевание связанное с нарушением нейро-эндокринной системы у беременных
3. осложнение первой половины беременности
4. хронические аллергозы

42. Укажите основные формы ранних гестозов:

1. слюнотечение
2. рвота
3. дерматозы

4. гепатозы

43. При рвоте беременных в крови наблюдается:

1. снижение Нв
2. Повышение Нв и гематокрита
3. Изменение тромбоцитов
4. лейкоцитоз
5. лейкопения

44. Рвота при тяжелой степени бывает:

Ответы:

1. 2-3 раза в сутки
2. 10-12 раз в сутки
3. до 20 раз в сутки
4. 5-6 раз в сутки

45. Лечение ранних гестозов включает:

Ответы:

1. лечебно-охранительный режим
2. обязательную госпитализацию
3. диетотерапию
4. введение спазмолитиков

46. Патологическая прибавка массы тела, уменьшение диуреза, положительная проба Мак-Клюра-Олдрича характерны для:

Ответы:

1. водянки беременных
2. нефропатии
3. гипотонии
4. гипертонии

47. В анализах крови при поздних гестозах наблюдается:

Ответы:

1. лейкоцитоз
2. снижение уровня тромбоцитов
3. снижение альбумин-глобулинового коэффициента меньше 1
4. лейкопения
5. лимфоцитоз

48. Появление симптомов нарушения мозгового кровообращения характерно для:

Ответы:

1. раннего гестоза
2. нефропатии
3. эклампсии
4. преэклампсии
5. водянки беременных

49. Появление вегетативных нарушений: стреляющие, иногда со жгучим оттенком боли в лице, шее, груди, верхних и нижних конечностях свидетельствует о:

Ответы:

1. преэклампсии
2. нефропатии
3. эклампсии

4. водянке беременных

5. раннем гестозе

50. Появление мелких фибиллярных подергиваний мышц, тонические и клонические судорги наблюдаются при:

Ответы:

1. преэклампсии

2. водянке

3. раннем гестозе

4. эклампсии

5. нефропатии

51. Симптомы нарастающего отека и гипоксим мозга (головная боль, тошнота, рвота) характерны для:

Ответы:

1. водянки

2. нефропатии II степени

3. нефропатии III степени

4. преэклампсии

52. У беременных часто возникают анемии:

Ответы:

1. от недостатка витаминов

2. от недостатка железа

3. от избытка микроэлементов

4. на фоне экстрагенитальных заболеваний

53. Непосредственными причинами железодефицитных анемий являются:

Ответы:

1. нарушение синтеза гемоглобина

2. дефицит железа

3. нерациональное питание

4. частые кровопотери

5. иммунодефицитные состояния

54. Предрасполагающими факторами анемий у беременных могут быть:

Ответы:

1. частые и обильные кровотечения

2. гипацидные гастриты

3. длительное кормление детей грудным молоком

4. длительное бесплодие

5. пожилой возраст

55. Признаки анемии:

Ответы:

1. сухость кожи, ломкость ногтей

2. мышечная слабость

3. гипертония

4. снижение гемоглобина ниже 120 г/л.

5. снижение гемоглобина ниже 90 г/л.

56. Способы лечения анемий:

Ответы:

1. медикаментозное

2. оперативное
3. введение белковых препаратов
4. общеукрепляющее

57. Беременность при сахарном диабете осложняется:

Ответы:

1. многоводием
2. гестозом
3. травматизмом
4. гипоксией плода
5. сердечной недостаточностью

58. При беременности у больных сахарным диабетом:

Ответы:

1. повышается потребность в инсулине
2. снижается потребность в инсулине
3. ухудшается течение болезни
4. повышается сахар в крови
5. развивается ацидоз тканей

59. Беременным с сахарным диабетом:

Ответы:

1. нуждаются в постоянном стационарном лечении
2. нуждаются в наблюдении эндокринолога
3. должны госпитализироваться в первом триместре беременности
4. наблюдаются по индивидуальному плану
5. родоразрешаются только кесаревым сечением

60. Сахарный диабет на плод :

Ответы:

1. не влияет
2. оказывает эмбриотоксическое действие
3. оказывает отрицательное влияние

61. Плод при сахарном диабете:

Ответы:

1. всегда погибает
2. бывает крупным
3. часто погибает
4. бывает функционально незрелым
5. страдает от избытка инсулина

62. Акушерские щипцы – это:

Ответы:

1. инструменты для извлечения плода
2. модели акушерских инструментов
3. щипцы, используемые для наложения на головку по Уилт-Иванову

63. Условия наложения акушерских щипцов:

Ответы:

1. полное открытие маточного зева
2. состояние головки в выходе из малого таза
3. соответствие головки плода и размеров таза
4. мертвый плод

5. открытие шейки матки не менее 6 см

64. Укажите основную модель щипцов, используемую в акушерской практике:

Ответы:

1. Лазаревича
2. Симпсона-Феноменова
3. Гумилевского
4. Чемберлена

65. Показания для наложения щипцов:

Ответы:

1. угроза разрыва матки
2. тяжелые гестозы
3. гипоксия плода в родах
4. мертвый плод

66. Выходные щипцы отличаются от полостных

Ответы:

1. по форме
2. по размерам
3. по технике наложения

67. Укажите родоразрешающие операции:

Ответы:

1. кесарево сечение
2. поворот плода на ножку
3. извлечение плода за ножку
4. пособие по Цовьянову при смешанном предлежании

68. Основными показаниями к кесареву сечению являются:

Ответы:

1. центральное предлежание плаценты
2. клинически узкий таз
3. узкий таз, сужение III – IV степени
4. угрожающая гипоксия плода
5. начавшаяся обслойка плаценты

69. Условия для кесарева сечения:

Ответы:

1. отсутствие явной инфекции
2. безводный период менее 6 часов
3. живой плод
4. наличие целостности плодного пузыря

70. Методы абдоминального кесарева сечения:

Ответы:

1. классическое
2. в нижнем сегменте матки
3. кесарево сечение с ампутацией матки
4. кесарево сечение по рубцу

71. Осложнения родоразрешающих операций:

Ответы:

1. перитонит

2. сепсис
3. образование спаек
4. анемия
5. цистит

72. Эмбриотомия – это:

Ответы:

1. акушерская операция
2. вид плодоразрушающих операций
3. расчленение плода
4. перфорация головки

73. Декапитация – это:

Ответы:

1. плодоразрушающая операция
2. перфорация головки
3. отделение головки от туловища

74. Извлечение плода за ножки относится к:

Ответы:

1. плодоразрушающим операциям
2. методом акушерского пособия
3. родоразрешающим операциям

75. Плодоразрушающие операции имеют цель:

Ответы:

1. уменьшение размеров плода для последующего извлечения
2. расчленение плода при аномалиях развития
3. быстрого родоразрешения

76. Плодоразрушающие операции подразделяются на следующие группы:

Ответы:

1. уменьшение объема размеров плода
2. операции расчленяющее туловище плода
3. операции на живом плоде, наносящие исправимые нарушения
4. щипцы по Уилт-Иванову
5. акушерские щипцы

77. Укажите причины кровотечения во время беременности:

во время беременности:

Ответы:

1. отслойка плаценты
2. повышение АД
3. тяжелый гестоз
4. низкое расположение плаценты

78. Основные симптомы предлежания плаценты:

Ответы:

1. повторные маточные кровотечения
2. боли внизу живота
3. внутриутробная гипоксия плода

79. Основные причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

Ответы:

1. общие заболевания матери

2. гестозы
3. амниотомия
4. дистрофические изменения матки

80. Дифференцировать преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты необходимо с:

Ответы:

1. разрывом органов брюшной полости
2. травмой органов брюшной полости
3. предлежанием плаценты
4. хориоамнионитом

81. Укажите основной клинический симптом предлежания плаценты:

Ответы:

1. болевые ощущения внизу живота
2. нарушение гемодинамики
3. анемия
4. асфиксия плода
5. повторные кровотечения

82. Привычный аборт – это:

Ответ:

1. прерывание беременности более 5 раз
2. прерывание беременности 1 раз
3. самопроизвольное прерывание беременности более 2 раз

83. Укажите симптомы угрожающего аборта:

Ответы:

1. боли внизу живота
2. кровянистые выделения их половых путей
3. повышение тонуса брюшной стенки
4. повышение температуры тела

84. Укажите симптомы начинающегося аборта:

Ответ:

1. кровотечение
2. скудные кровянистые выделения
3. выделение частей плода
4. боли внизу живота

85. Признаками аборта в ходу являются:

Ответы:

1. обильное кровотечение
2. выделение частей плода
3. непрекращающиеся схватки
4. инфекция
5. анемия

86. Укажите осложнения при неполном аборте:

Ответы:

1. повышение температуры тела
2. продолжающееся кровотечение
3. схваткообразные боли внизу живота

4. анемия, инфекция
5. гипо-афибриногенемия

87. При длительной задержке мертвого плода в матке возникает:

Ответы:

1. анемия
2. инфекция
3. гипо-афибриногенемия
4. кровотечение

88. Укажите меры профилактики самопроизвольных абортов:

Ответы:

1. антенатальная охрана плода
2. раннее взятие беременных на учет
3. санитарно-просветительная работа
4. комплекс ЛФК
5. экстренная госпитализация

89. Укажите причины кровотечения в родах

Ответы:

1. преждевременная отслойка плаценты
2. низкое прикрепление плаценты
3. травмы родовых путей
4. злокачественные заболевания
5. пузырьный занос

90. При отслойке плаценты в родах укажите основные признаки:

Ответы:

1. наружное кровотечение
2. болезненная матка
3. ухудшение гемодинамики
4. общее состояние матки не изменяется
5. контракционное кольцо поднимается выше пупка

91. Тактика акушерки при полном предлежании плаценты и начавшемся кровотечении в родах:

Ответы:

1. снятие родовой деятельности
2. срочно кесарево сечение
3. акушерские щипцы
4. кровоостанавливающие средства
5. сокращение матки средствами

92. Амниотомия при незначительном кровотечении в родах проводится:

Ответ:

1. при открытии шейки матки на 2-3 см
2. при частичном предлежании плаценты
3. судорожной родовой деятельности

93. Разрывы промежности – это патология:

Ответы:

1. частая акушерская патология
1. встречаются только у первородящих
2. встречается при высокой промежности

3. возникает при неправильном ведении родов

94. Причины разрыва промежности:

Ответы:

1. ригидность тканей
2. рубцы от предыдущих разрывов
3. узкие тазы
4. неправильное ведение родов

95. При разрыве III степени нарушаются:

Ответы:

1. сфинктер прямой кишки
2. кожа промежности
3. мышцы промежности
4. урогенитальная диафрагма
5. шейка матки

96. При разрыве промежности I степени:

Ответы:

1. разрывается кожа промежности
2. ушивание может проводить акушерка
3. повреждается анус
4. кровотечение обильное

97. Лечение разрывов промежности проводится:

Ответы:

1. непосредственно после родов
2. только врачами
3. строго индивидуально

98. Признаки угрожающего разрыва промежности:

Ответы:

1. синюшность ткани
2. куполовидные выпячивания
3. отечность ткани
4. гиперемия ткани
5. изменение гемодинамики

99. Основным клиническим симптомом при угрожающем разрыве матки по рубцу является:

Ответы:

1. высокое косое стояние контракционного кольца
2. положительный признак Вастена
3. болезненность по рубцу
4. затруднение самопроизвольного мочеиспускания
5. изменение формы матки (в виде “песочных” часов)

100. Тактика при начавшемся и совершившемся разрыве матки:

Ответы:

1. немедленное чревосечение
2. интубационный наркоз
3. интубационный наркоз и чревосечение
4. переливание крови, кровезаменителей
5. ручное обследование полости матки

101. Укажите причины разрыва матки:

Ответы:

1. введение окситотических препаратов
2. рациональное ведение родов
3. клиническое несоответствие размеров таза и предлежащей части плода
4. дистрофические изменения матки
5. рубцовые изменения матки

102. Причиной гистопатического разрыва матки является:

Ответы:

1. узкий таз
2. крупный плод
3. поперечное положение плода
4. рубец на матке
5. рубцовые сужения различных отделов родовых путей

103. Основной признак несостоятельности рубца на матке:

Ответы:

1. положительный признак Вастена
2. в анамнезе - лихорадка в послеоперационном периоде после кесарева сечения
3. наступление беременности в течение 1-го года после операции на матке
4. болезненность "ниши" по ходу рубца при пальпации

104. Тактика акушерки при отделившемся последе и задержке его в полости матки:

Ответы:

1. сокращающие препараты в/венно
2. сокращающие препараты в шейку матки
3. применение наружных методов выделения последа
4. ручное отделение и выделение последа

105. Тактика акушерки при обнаружении истинного приращения плаценты:

Ответы:

1. переливание крови
2. сокращающие средства в матку в/венно и в шейку матки
3. холод на низ живота
4. готовить больную на операцию чревосечения
5. попытаться отделить послед от стенки матки

106. Основной симптом при задержке последа в матке плаценты или его частей:

Ответы:

1. боль внизу живота
2. кровотечение из половых путей
3. падение АД, учащение пульса
4. тошнота, рвота, слабость

107. Последовательность мероприятий акушерки при задержке детского места в полости матки больше чем на 30 минут:

Ответы:

1. катетеризация мочевого пузыря
2. выделение последа наружными способами
3. введение спазмолитиков
4. ручное отделение последа

5. вызов врача

108. Тактика акушерки при задержке детского места, когда не прошло 30 минут после рождения плода, а кровопотеря превысила физиологические границы:

Ответы:

1. метилэргометрин в/венно в системе с 5 % глюкозой
2. промедикация
3. переливание крови
4. ручное отделение и выделение последа

109. Тактика среднего медицинского персонала на ФАП при кровотечении в III периоде родов включает следующие мероприятия:

Ответы:

1. введение обезболивающих средств
2. ручное отделение последа
3. определение признаков отделения последа
4. срочная транспортировка в стационар
6. проведение ИВЛ

110. Укажите основные причины кровотечения в раннем послеродовом периоде:

Ответы:

1. травма родовых путей
2. гипо-атония матки
3. эндометрит
4. опухолевые процессы

111. Тактика акушерки при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде:

Ответы:

1. катетеризации мочевого пузыря
2. наружный массаж матки
3. сокращающее матку средство в/венно
4. кюретаж матки
5. вызов помощи на себя

112. Неотложная помощь при кровотечении в раннем послеродовом периоде для самостоятельно работающей акушерки и фельдшера состоит из следующих мероприятий:

Ответы:

1. осмотр мягких тканей родового канала в зеркалах
2. ушивание при разрывах с обезболиванием
3. введение сокращающих матку средств
4. ручное обследование полости матки по показаниям
5. введение сердечных препаратов
6. кюретаж матки

113. Тактика акушерки, фельдшера на ФАП при кровотечении в послеродовом периоде состоит из следующих мероприятий:

Ответы:

1. ручное обследование полости матки
2. промедикация
3. холод на низ живота
4. введение сокращающих средств
5. гемотрансфузия
6. наркоз

114. Для выделения частей последа применяют:

1. Прием Абуладзе
2. прием Креде-Лазоровича
3. прием Шредера
4. ручное обследование полости матки и удаление частей последа

115. Характер кровотечения при гипотонии матки:

Ответы:

1. выделения крови отдельными порциями
2. струйное кровотечение
3. кровотечение при сократившейся матки

116. Гипотония матки – это:

Ответы:

1. понижение сократительной способности маточной мускулатуры
2. полное отсутствие сокращений матки
3. сохранение способности отвечать на действия различных раздражителей

117. Атония матки – это:

Ответы:

1. полное отсутствие сократительной способности матки
2. отсутствие ответных реакций на окситоцин
3. отсутствие ответных реакций на любые сокращающие средства

118. При гипотонии матки применяются:

Ответы:

1. питуитрин
2. окситоцин
3. эргометрин
4. лидокаин

119. Укажите методы лечения гипо- и атонии матки:

Ответы:

1. прижатие брюшной аорты
2. перевязка магистральных сосудов
3. холод на низ живота
5. массаж матки
6. тампон с эфиром в задний свод влагалища
7. ампутация матки

120. Послеродовая инфекция - это:

Ответы:

1. динамический процесс взаимодействия микробов и микроорганизма
2. заболевание, вызванное эндогенной микрофлорой
3. одна из причин материнской смертности

121. Первый этап инфекции характеризуется:

Ответ:

1. инфекционными процессами в области родовой раны
2. резким ухудшением общего состояния
3. выявлениями перитонита

122. Послеродовой сепсис является:

Ответы:

1. инфекционным процессом первого этапа
2. экстрагенитальным послеродовым заболеванием
3. признаком IV этапа инфекции
4. признаком II этапа инфекции

123. При гнойном эндометрите необходимо:

Ответы:

1. перевести в наблюдательное отделение
2. провести антибиотикотерапию
3. перевести в хирургический стационар
4. подавление лактации

124. Септический шок возникает при:

Ответы:

1. массовом лизисе грамотрицательных бактерий
2. в третьем этапе развития послеродовых септических заболеваний
3. любой инфекции в послеродовом периоде

125. Укажите симптомы начинающегося мастита:

Ответы:

1. озноб
2. боли в молочной железе
3. высокая температура
4. инфильтраты
5. гиперемия кожи

126. Лечение трещин сосков включает:

Ответы:

1. маゼвые прокладки
2. витаминотерапию
3. УФО молочных желез
4. нет правильного ответа
5. дегидротационную терапию

127. Лечение начинающего мастита начинается с:

Ответы:

1. опорожнения молочной железы
2. приподнятого положения молочной железы
3. оперативных методов
4. тепловых процедур

128. Лечение начинающего мастита включает:

Ответы:

1. антибиотикотерапию
2. дегидротационную терапию
3. тепловые процедуры
4. УФЧ

129. Гипогалактия связана с:

Ответы:

1. рациональной диеты

2. недостаточной подготовкой молочных желез
3. маститом
4. эндокринными заболеваниями

Эталоны ответов:

1 – 2	26 – 1	51 – 4	76 – 1,2,3	101 – 3,4,5	126 – 1,2,3
2 – 4	27 – 1,2,3	52 – 2,4	77 – 1	102 – 4	127 – 1,2
3 – 1, 2, 3	28 – 1,2	53 – 1,2	78 – 1	103 – 4	128 – 1,4
4 – 1, 2, 3, 4	29 – 1,3	54 – 1,2,3	79 – 2,4	104 – 3	129 – 2,3,4
5 – 1, 2, 4	30 – 1	55 – 1,2,4,5	80 – 1,2,3	105 - 4	
6 – 2	31 – 2	56 – 1,3,4	81 – 5	106 - 2	
7 – 3	32 – 1,2	57 – 1,2,4	82 – 3	107 – 1,5	
8 – 2, 3	33 – 1,2,3	58 – 1,3,4	83 – 1	108 – 1,2,4	
9 – 1, 2, 4	34 – 2,4	59 – 2,3,4	84 – 2,4	109 – 1,2,3	
10 – 1, 2	35 - 1,3	60 – 3	85 – 1,2,3	110 – 1,2	
11 – 1, 2, 3	36 – 1	61 – 2,3,4	86 – 2,3,4	111 – 1,2,3,5	
12 – 2, 3	37 – 3	62 – 1,2	87 – 3	112 – 1,2,3,4	
13 – 1, 2, 3	38 -1,2	63 – 1,2,3	88 – 1,2,3,5	113 – 1,2,3	
14 – 1, 3, 4	39 – 3	64 – 2	89 – 1,2,3	114 – 2,4	
15 – 1, 3	40 – 1,2,4	65 – 2,3	90 – 1,2,3	115 – 1,2	
16 – 1, 2, 3	41 – 2,3	66 – 3	91 – 2	116 – 1,2,3,5	
17 – 1, 3	42 – 1,2	67 – 1,3	92 – 1,2	117 – 1,2,3,4	
18 – 1, 2, 3	43 – 2	68 – 1,2,3	93 – 1,4	118 – 1,2,3	
19 – 1, 2, 3	44 – 3	69 – 1,2	94 – 1,2,4	119 – 2,4	
20 – 1, 5	45 – 1,3	70 – 1,2,3	95 – 1,2,3	120 – 1,3	
21 – 1, 2	46 – 1	71 – 1,2,3	96 – 1,2	121 - 1	
22 – 1, 2, 3	47 – 2	72 – 1,2,3	97 – 1,3	122 - 3	
23 – 2, 3	48 – 4	73 – 3	98 – 1,2,3	123 - 3	
24 – 1, 2	49 – 1	74 - 3	99 – 3	124 – 1,2	
25 – 1	50 – 4	75 – 1	100 – 3,4	125 – 2	

3. Задачи:

ЗАДАЧА №1

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 1 200 г. АД=120/80, 120/75 мм рт.ст. PS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о классификации гестозов второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени, особенностях ухода и лечения.

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы:

- отеки, боли в конечностях; патологическая прибавка веса;
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

- риск развития тяжелой стадии гестоза;
- риск развития гипоксии плода.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

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

Обоснование диагноза:

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

3. Акушерке необходимо:

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

ЗАДАЧА № 2

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

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
2. Дать рекомендации для данной беременной.
3. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
4. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема: снижение гемоглобина.

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

2. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилуции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобится госпитализация.

3. Рассказать о причинах анемии у беременных. Главные – это дефицит железа и белковой пищи, большая потребность в железе у матери и плода. Белковая диета - перечислить

продукты. Продукты с повышенным содержанием железа - перечислить. Дать рекомендации по приготовлению и приему пищи.

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

ЗАДАЧА №3

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

Задания:

1. Выделите проблемы беременной, их причины.
2. План по контролю над создавшимися проблемами.
3. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.
4. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.

Эталон ответа:

1. Потенциальная проблема: возникновение резус-конflikта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортом в прошлом. Ошибочным было не определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конflikта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет

2. Акушерка должна объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.

3. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отпавлений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.

4. Рассказать о причинах резус-конflikта, методах профилактики, диагностики, лечения.

ЗАДАЧА №4

К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

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

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

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

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.

Эталон ответа:

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

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

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

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

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;
- госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

ЗАДАЧА №5

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

Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80,115/80 мм рт.ст., PS=72 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы: беременная не захотела госпитализироваться, вследствие этого перенашивание беременности, гипоксия плода. Причины в недостаточной работе с беременной, не назначалась подготовка к родам.

Потенциальные проблемы: акушерский травматизм; асфиксия новорожденного; кровотечение в родах; осложненный послеродовой период; оперативные вмешательства.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

3. Диагноз: беременность 42 недели. Переношенная беременность. Гипоксия плода.

Обоснование диагноза: из условия задачи выявлено, что срок родов был 2 недели назад. Кости головки плода плотные. Это указывает на переношенную беременность. Ослабление шевеления плода, урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о гипоксии плода.

4. Тактика акушерки:

-направить беременную в родильный дом для родоразрешения;

-объяснить важность госпитализации, проконтролировать.

ЗАДАЧА №6

Повторнобеременная В., 21 год, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов. Анамнез: соматически здорова. Менstrуальные нерегулярные. Беременность 2-ая, 2 года назад были срочные роды, слабость родовой деятельности.

Объективно: женщина обеспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ –108 см, ВДМ – 38см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд. в мин. Схватки через 6-7 минут, по 15-20 секунд, слабые, умеренно болезненные. Влагалищные исследования: влагалище емкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.

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

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

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

Эталон ответа:

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

2. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: роды 2-ые, срочные, в головном предлежании, первый период родов. Первичная слабость родовых сил. Отягощенный гинекологический анамнез.

Схватки слабые, редкие и короткие, малая динамика раскрытия маточного зева, функционально неполноценный плодный пузырь. Предполагаемая масса плода высчитана по формуле Жордания

$ВДМ \times ОЖ = 108 \times 38 = 4100 \text{ г.}$

3. Учитывая наличие аномалии родовой деятельности, акушерка должна:

- вызвать врача акушера;
- уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода;
- подготовить браншу пулевых щипцов для амниотомии;
- приготовиться к выполнению назначений врача.

Возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится. Если этого не произойдет, то возможно, понадобится родостимуляция, восполнение энергетических затрат

На фоне родостимуляции более строгий контроль за всеми показателями роженицы и уход.

ЗАДАЧА №7

К акушерке ФАПа обратилась беременная пациентка 22 лет. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Замужем. Беременность желанная. Пациентка очень волнуется за течение беременности и родов, так как она считает, что у нее очень узкий таз.

Объективно: правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД - 110/70, 120/80 мм рт.ст., пульс 74 ударов ритмичный, удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Рост - 152 см, масса тела - 50 кг, Наружные размеры таза: 23, 26, 29, 18 см.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки коническая, зев закрыт. Матка спереди, подвижная, безболезненная, мягковатой консистенции, увеличена до 7 недель беременности. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Мыс достижим, диагональная конъюгата равна 11 см.

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки, оценить состояние, помочь в решении проблем.
2. Поставить диагноз и обосновать его.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы:

- дефицит информации о течении беременности и родов;
- тревога за исход родов. Потенциальные проблемы – осложнения в родах.

Состояние пациентки удовлетворительное. Необходимо успокоить женщину: так как ей будут помогать в родах опытные специалисты, то и ей и ребенку ничего не грозит

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

Тактика акушерки:

- необходимо в первую очередь успокоить беременную, вселить уверенность в благоприятном течении беременности и родов в случае соблюдения пациенткой всех советов и рекомендаций;
- убедить пациентку в необходимости как можно раньше стать на учет по беременности и дать на руки направление к врачу акушеру-гинекологу;
- дать совет о режиме питания в связи с имеющимися место симптомам раннего гестоза беременной;
- объяснить беременной, что при I степени сужения и некрупном плоде возможны роды через естественные пути без осложнений, но для этого необходимо следить за диетой, в 38 недель полагается госпитализация.

ЗАДАЧА №8

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

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Отметить ошибки по ведению данной беременной.

Эталон ответа:

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

Потенциальные:

- осложнения родов в тазовом предлежании.

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

3. Тактика акушерки:

- прежде всего, нужно успокоить пациентку, разъяснить ей, что, хотя и имеется тазовое предлежание плода при данной беременности - роды должны пройти благополучно, если пациентка будет выполнять все советы и рекомендации;

- учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежанием, нужно убедить беременную в необходимости немедленной профилактической госпитализации;

- дать направление к врачу акушеру-гинекологу и проконтролировать явку в ЦРБ.

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

ЗАДАЧА №9

1 марта 2000 г. в акушерское отделение районной больницы поступает повторнобеременная с родовыми схватками, которые начались 3 часа назад. Данная беременность 4-ая. В анамнезе нормальные роды. Два медаборта по желанию без осложнений. Диатермокоагуляция шейки по поводу псевдоэрозии. Менструальная функция, без патологии. Последняя менструация с 26 мая по 30 мая

1999 г. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Во время данной беременности осложнений не наблюдалось, посещала женскую консультацию. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Прошла подготовку к родам. Объективные данные: рост 164 см, вес 71 кг, АД –120/70 –120/75

мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков не голенях нет. Таз: 25-28-31-21 см.

Матка соответствует доношенной беременности (ОЖ-95 см, ВДМ-32 см). Положения плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин., схватки через 4 –5 мин по 30–35 сек хорошей силы, болезненные.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, края зева ригидные, малоподатливые, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достижим.

Задания:

Выявить проблемы женщины.

Оценить состояние женщины.

Определить диагноз и обосновать его.

Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данном виде предлежания..

Эталон ответа:

Действительные проблемы:

- схваткообразные боли, связанные с родами;

- беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, риск разрыва шейки и дискоординации родовой деятельности, травма плода.

Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз:

I период срочных родов, передний вид затылочного вставления. Отягощенный акушерский анамнез.

Исходя из условий задачи, по данным последней менструации можно вычислить предполагаемый срок родов: последние месячные с 26 мая по 30 мая 1999 г. (три месяца назад, плюс нед

еля), предполагаемый срок родов 4 марта 2000 г., следовательно, беременность доношенная.

Регулярные схватки в течение 3-х часов и динамика открытия шейки матки свидетельствуют о нормальном течении родов в первом периоде.

Таз нормальных размеров, предполагаемая масса плода 3000 –3100 г (ОЖхВДМ), что говорит о соответствии размеров плода и таза матери.

3. На данном этапе:

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

ЗАДАЧА №10

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.

Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД -120/65, 120/60 мм рт ст. В моче белка нет, ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие малооподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в минуту. АД 120/ 80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена. В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности 1 степени.

Задания:

Выявить проблемы родильницы, их причины.

Оценить динамику родов, состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения.

Эталон ответа:

Разрывы шейки и промежности связаны с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой. Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики. Роды произошли в момент смены бригады и профилактические мероприятия были недостаточными. Очевидно и в женской консультации недостаточно оценили факторы риска и не подготовили женщину к родам в условиях родового отделения.

Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства).

Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.

Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности.

ЗАДАЧА №11

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

Задания:

Выделите проблемы и их причины.

Сформулируйте диагноз и оцените состояние женщины.

Выберите акушерскую тактику, расскажите о необходимых действиях вплоть до перевода в послеродовое отделение.

Рассказать о причинах подобного осложнения, других возможных осложнениях, мерах профилактики.

Эталон ответа:

1. Дефект плаценты. Доля плаценты задержалась в матке, вероятнее всего, в связи с патологией матки, которая возникла из-за осложненных аборт и выкидышей. Профилактика осложнений

(введение сокращающих средств во втором периоде родов) не проводилась. Потенциальные осложнения

– кровотечение, воспаление матки.

2. Диагноз: Роды 2 срочные, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Задержка доли

последа. Состояние женщины удовлетворительное.

3. Необходимо вызвать врача акушера, анестезиолога, анестезистку, подготовить женщину, врачей

и инструменты. Необходима операция ручного обследования полости матки, удаление задержавшейся доли в асептических условиях под наркозом. Операцию делает врач, в его отсутствие –

акушерка. Контроль за температурой, пульсом, АД, кровопотерей, кожными покровами, маткой. Назначаются антибиотики и сокращающие средства, выписка после контроля УЗИ.

4. Задержка последа бывает в связи с частичным приращением плаценты (рассказать о видах данной патологии и её причинах), неправильным ведением третьего периода, отсутствием должной профилактики (рассказать о правильной тактике).

ЗАДАЧА №12

Акушерка послеродового отделения наблюдает родильницу на 2 сутки после родов. Роды 1 срочные, продолжительностью 8 часов, безводный период 3 часа, кровопотеря 350 мл. В родах проводилась перинеотомия, ручное обследование полости матки и перинеорафия. Ребенок родился массой 4100 с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Родильница позвала акушерку, жалуется на слабость, головокружение при ходьбе, сложности при уходе за

ребенком, не понимает, почему ей нельзя сидеть. Лекарственные средства не назначены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура 36,5° С. Пульс 88 ударов в минуту. АД 100/ 60 ударов в минуту. Молочные железы мягкие и безболезненные. Соски без трещин. Живот мягкий безболезненный. Матка безболезненная, плотная, дно её на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые умеренные без запаха. Мочится самостоятельно. Стула не было. Швы лежат хорошо.

Сегодня выходной день. Обхода врача нет. Дежурная бригада в родильном блоке.

Задания:

Выделите проблемы родильницы - настоящие и потенциальные, причины их возникновения.

Наметить пути решения проблем.

Перечислить, какие лекарственные средства и рекомендации рационально назначать для лечения и профилактики в такой акушерской ситуации.

Рассказать об изменениях в женских половых органах после родов.

Эталон ответа:

Настоящие проблемы, которые отмечает женщина – слабость, сложности при уходе за ребенком.

Акушерка должна отметить умеренную тахикардию, гипотонию, бледность, что указывает на анемию, субинволюцию матки. Женщина недостаточно информирована о послеродовом периоде и поведении. В дальнейшем эти проблемы станут более выраженными и могут привести к кровотечению, эндометриту, расхождению швов, гипогалактии, недостаточному уходу за ребенком и недостаточному вскармливанию. У женщины, хотя и допустимая, но повышенная кровопотеря, которая привела к анемии и слабости. Субинволюция часто возникает вследствие перерастяжения матки крупным плодом. Проводились оперативные вмешательства, не назначено лечение и врачебное наблюдение.

Необходимо успокоить женщину, уложить в постель, помочь в уходе за ребенком, вызвать дежурного врача, выполнить его назначения. Необходимо рассказать женщине о послеродовом периоде, о профилактике осложнений с учетом швов на промежности.

В такой ситуации показано назначение антибиотиков, сокращающих средств, гемостимулирующих средств (мотивировать). Рассказать о режиме, диете, уходе за промежностью.

ЗАДАЧА №13

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

Задания:

Выделите проблемы родильницы, объясните, в связи с какой патологией, какими причинами возникли проблемы.

Расскажите о доврачебной помощи.

Перечислить мероприятия по уходу и лечению данного осложнения.

Дифференциальный диагноз

Эталон ответа:

Настоящие проблемы

-боли, страдания, опасение серьезных осложнений за свою жизнь, невозможность проведения самоухода и ухода за ребенком. Следует заподозрить симфизит, который возник на фоне остеопороза, о чем свидетельствуют боли в костях до и после родов.

Расвитию осложнения способствовало проживание на севере и отсутствие соответствующей

профилактики (препараты кальция, жирорастворимые витамины А, Е, D, соответствующее питание, ультрафиолет).

До прихода врача успокоить женщину и начать организацию ухода и лечения, как следует при данной патологии.

Организовать уход за родильницей с 1 режимом – строгий постельный режим, функциональная жесткая кровать, пеленание таза, создать необходимые удобства для длительного пребывания.

Обеспечить уход за ребенком. Назначаются обезболивающие средства, препараты кальция, витамины А,Е,Д, местное УФО.

Следует отличать симфизит от травмы таза, разрыва матки, пельвеоперитонита и др.

ЗАДАЧА №14

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

Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель нерегулярно, во время беременности выявлен кольпит, подробное обследование и санация не проведены. В родах разрыв промежности 2 степени, зашивание разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Задания:

Выделить проблемы родильницы.

Перечислите причины, способствующие расхождению швов.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Общие принципы реабилитации при полном расхождении швов с нагноением.

Эталон ответа:

Настоящая проблема

-полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями. При этом осложнении требуется продолжение стационарного лечения, обработка раны и повторное наложение швов. В то же время женщина от лечения отказывается.

Потенциальные проблемы при неправильном лечении

–сепсис, нарушение топографии промежности, опущение матки, влагалища.

Причинами расхождения швов являются: инфекция, особенно кольпит, нарушение трофики тканей, неправильный уход, нарушение режима, гигиены, питания, нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, проблемы с шовным материалом.

Успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.

Лечение гнойной раны с орошением антибактериальными растворами, дренаж с гипертоническим р-ром. Общая терапия: антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей. При очищении раны – наложение вторичных швов.

ЗАДАЧА №15

Акушерка проводит вечерний обход. Родильница Г., 20 лет, находится в послеродовом отделении на 1 сутки после родов в индивидуальной палате. Беременность 1-я, протекала без осложнений. Роды 1, протекали в течение 8 часов, перинеотомия в связи с высокой промежностью, 3 шелковых шва на промежности. Кровопотеря 200 мл.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,8°C, PS=78 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=120/80, 120/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молозиво. Матка плотная, дно ее находится на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стула не было. Ребенок к груди прикладывался один раз. Находится вместе с матерью.

Женщина не посещала занятий по подготовке к родам, плачет, не знает, что делать с ребенком, просит унести его в детское отделение и кормить из рожка.

Задания:

Выявить проблемы женщины, их причины.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз.

Тактика акушерки.

Рассказать о формах и методах подготовки женщины к послеродовому периоду, естественному вскармливанию. Рассказать о пользе естественного вскармливания.

ЗАДАЧА №16

В послеродовом отделении акушерка осматривает родильницу.

Вторые роды прошли три дня назад, крупным плодом (4200 г) без осложнений. Жалоб не предъявляет.

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

Задания:

Выявить проблемы родильницы.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

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

ЗАДАЧА №17

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

Задания:

Выделить проблемы родильницы.

Обозначить пути решения этих проблем.

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

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

Эталон ответа:

Настоящие проблемы: боли в области послеоперационной раны, небольшая слабость, сложности

при уходе за ребенком, из-за этого нежелание ухаживать за ним.

Объективно оценить состояние родильницы Убедившись в нормальном течении послеоперационного периода, успокоить женщину, объяснить ей причину её жалоб, помочь в уходе и объяснить пользу совместного пребывания и активного поведения.

Наблюдение за родильницей и профилактика осложнений: введение обезболивающих, общеукрепляющих, антибактериальных, утеротонических средств, обработка раны.

ЗАДАЧА №18

18-летняя женщина находится совместно с ребенком в индивидуальной палате физиологического послеродового отделения на 5 сутки послесрочных родов. В родах была выполнена перинеотомия и перинеорафия. Ребенок готов к выписке. Жалоб нет. Состояние

удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 78 ударов в минуту. Молочные железы умеренно нагрубают. Соски без трещин. Лактация достаточная. Дно матки на 3 поперечных пальца выше лобка. Лохии сукровичные, умеренные. Швы сняты, заживление первичным натяжением. Физиологические отправления в норме. Температура нормальная. Анализы в норме. Врач назначил родильницу вместе с ребенком к выписке на завтра. Женщина удивлена, что ей, несмотря на перинеотомию, назначили только 70 дней послеродового декретного отпуска, а не 86, как женщинам с другими оперативными вмешательствами.

Задание:

Оцените состояние родильницы и выделите проблемы родильницы, пути их решения.

Составьте план беседы с родильницей, рекомендации перед выпиской.

Расскажите об уборке палаты после её освобождения.

Рассказать об обязанностях акушерки послеродового отделения. Рассказать о патронаже.

Эталон ответа:

Речь идет о совершенно здоровой родильнице. Родильница уходит домой и больше не сможет обращаться за консультацией к специалистам в любое время. Необходимо дать ей последние рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и педиатр. Женщина не удовлетворена продолжительностью ДО.

При выписке дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, планированию семьи, уходу за ребенком, о здоровом образе жизни. Отдельно рассказать, как продолжить уход за промежностью. Рассказать о правилах предоставления ДО.

Уборка палаты после выписки родильницы и ребенка по типу заключительной.

Передать патронаж в детскую поликлинику и в женскую консультацию.

5.1.3. Типовые задания для промежуточной аттестации по МДК.04.01. Патологическое акушерство - экзамен

1. Перечень теоретических вопросов

- 1) Ранние токсикозы беременных. Классификация. Клиническая картина, лечение.
- 2) Преэклампсия (ОПГ-гестоз). Клинические проявления. Современная классификация. Основные принципы лечения, методы родоразрешения.
- 3) Осложнения преэклампсии, профилактика.
- 4) Эклампсия, профилактика, алгоритм неотложной медицинской помощи.
- 5) Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
- 6) Ведение беременности при заболеваниях почек и мочевыводящих путей.
- 7) Ведение беременности и родов при заболеваниях эндокринной системы.
- 8) Ведение беременности при заболеваниях крови.
- 9) Ведение беременности и родов при изосерологической несовместимости крови матери и плода по Rh- факторы и системе АВО.
- 10) Аномалии развития и заболевания плода. Маловодие. Многоводие. Плацентарная недостаточность.
- 11) Невынашивание беременности. Преждевременные роды.
- 12) Перенашивание беременности, подготовка шейки матки к родам. Индукция родов.
- 13) Патологический прелиминарный период. Слабость родовой деятельности.
- 14) Дискоординация родовой деятельности. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
- 15) Эмболия околоплодными водами. Неотложная помощь.
- 16) Узкий таз. Классификация. Роды при узком тазе.
- 17) Диагностика узкого таза. Биомеханизм родов при узком тазе.
- 18) Клинически узкий таз.
- 19) Роды при аномалиях вставления головки плода.

- 20) Тазовое предлежание плода. Ведение беременности и родов.
- 21) Неправильные положения плода. Ведение беременности и родов.
- 22) Многоплодная беременность. Диагностика. Ведение беременности и родов.
- 23) Родовой травматизм матери. Разрыв матки. Выворот матки.
- 24) Разрывы мягких тканей родовых путей. Расхождение и разрыв лонного сочленения.
- 25) Акушерские кровотечения. Причины.
- 26) Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- 27) Самопроизвольный выкидыш. Классификация. Клиника, лечение.
- 28) Кровотечения в III периоде родов. Плотное прикрепление, приращение плаценты.
- 29) Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Гипо- атонические кровотечения.
- 30) Геморрагический шок. ДВС-синдром в акушерстве.
- 31) Алгоритм неотложной помощи при акушерских кровотечениях.
- 32) Послеродовая язва. Послеродовый эндометрит. Диагностика. Основные принципы лечения.
- 33) Акушерский перитонит. Причины. Лечение.
- 34) Сепсис в акушерской практике. Причины. Лечение.
- 35) Послеродовый лактационный мастит. Диагностика. Лечение.
- 36) Малые акушерские операции (манипуляции). Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование полости матки. Амниотомия. Срединно-латеральная эпизиотомия.
- 37) Родоразрешающие операции в акушерстве. Кесарево сечение. Акушерские щипцы. Вакуум-экстракция плода. Плодоразрушающие операции.

2. Перечень ситуационных задач для подготовки к экзамену

Задача №1

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 1 200 г. АД=120/80, 120/75 мм рт.ст. PS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о классификации гестозов второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени, особенностях ухода и лечения.

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы:

- отеки, боли в конечностях; патологическая прибавка веса;
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

- риск развития тяжелой стадии гестоза;
- риск развития гипоксии плода.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

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

Обоснование диагноза:

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

3. Акушерке необходимо:

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

Задача № 2

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

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
2. Дать рекомендации для данной беременной.
3. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
4. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема: снижение гемоглобина.

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

2. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилуции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобится госпитализация.

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

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

Задача №3

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

Задания:

1. Выделите проблемы беременной, их причины.
2. План по контролю над создавшимися проблемами.
3. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.
4. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.

Эталон ответа:

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

Задача №4

К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

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

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

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

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.

Эталон ответа:

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

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

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

2. Состояние беременной можно расценить, как удовлетворительное (кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный, АД-110/70,115/70 мм.рт.ст. Диагноз:

беременность 15-16 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;
- госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

Задача №5

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

Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80,115/80 мм рт.ст., PS=72 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы.

Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы: беременная не захотела госпитализироваться, вследствие этого перенашивание беременности, гипоксия плода. Причины в недостаточной работе с беременной, не назначалась подготовка к родам.

Потенциальные проблемы: акушерский травматизм; асфиксия новорожденного; кровотечение в родах; осложненный послеродовой период; оперативные вмешательства.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

3. Диагноз: беременность 42 недели. Переношенная беременность. Гипоксия плода.

Обоснование диагноза: из условия задачи выявлено, что срок родов был 2 недели назад. Кости головки плода плотные. Это указывает на переношенную беременность. Ослабление шевеления плода, урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о гипоксии плода.

4. Тактика акушерки:

- направить беременную в родильный дом для родоразрешения;
- объяснить важность госпитализации, проконтролировать.

Задача №6

Повторнобеременная В., 21 год, поступила в родильное отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов. Анамнез: соматически здорова.

Месячные нерегулярные. Беременность 2-ая, 2 года назад были срочные роды, слабость родовой деятельности. Объективно: женщина обеспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ –108 см, ВДМ – 38см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд. в мин. Схватки через 6-7 минут, по 15-20 секунд, слабые, умеренно болезненные.

Влагалищные исследования: влагалище емкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о причинах, методах диагностики, профилактики и лечения данной патологии.

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы женщины: слабые схватки, обусловленные нарушением сократительной способности матки, возможно этому способствуют гормональные нарушения (у женщины нарушение менструального цикла, в прошлом была слабость родовой деятельности), перерастяжение матки крупным плодом, малый промежуток между родами. Беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы: риск развития затяжных родов, инфицирования, гипоксии плода и кровотечения.

2. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: роды 2-ые, срочные, в головном предлежании, первый период родов. Первичная слабость родовых сил. Отягощенный гинекологический анамнез.

Схватки слабые, редкие и короткие, малая динамика раскрытия маточного зева, функционально неполноценный плодный пузырь. Предполагаемая масса плода высчитана по формуле Жордания

$ВДМ \times ОЖ = 108 \times 38 = 4100 \text{ г.}$

3. Учитывая наличие аномалии родовой деятельности, акушерка должна:

- вызвать врача акушера;
- уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода;
- подготовить браншу пулевых щипцов для амниотомии;
- приготовиться к выполнению назначений врача.

Возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится. Если этого не произойдет, то возможно, понадобится родостимуляция, восполнение энергетических затрат.

На фоне родостимуляции более строгий контроль за всеми показателями роженицы и уход.

Задача №7

К акушерке ФАПа обратилась беременная пациентка 22 лет. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Замужем. Беременность желанная. Пациентка очень волнуется за течение беременности и родов, так как она считает, что у нее очень узкий таз.

Объективно: правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД - 110/70, 120/80 мм рт.ст., пульс 74 ударов ритмичный, удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Рост - 152 см, масса тела - 50 кг, Наружные размеры таза: 23, 26, 29, 18 см.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки коническая, зев закрыт. Матка кпереди, подвижная, безболезненная, мягковатой консистенции, увеличена до 7 недель беременности. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Мыс достижим, диагональная конъюгата равна 11см.

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки, оценить состояние, помочь в решении проблем.
2. Поставить диагноз и обосновать его.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы:

- дефицит информации о течении беременности и родов;
- тревога за исход родов. Потенциальные проблемы – осложнения в родах.

Состояние пациентки удовлетворительное. Необходимо успокоить женщину: так как ей будут помогать в родах опытные специалисты, то и ей и ребенку ничего не грозит

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

Тактика акушерки:

- необходимо в первую очередь успокоить беременную, вселить уверенность в благоприятном течении беременности и родов в случае соблюдения пациенткой всех советов и рекомендаций;
- убедить пациентку в необходимости как можно раньше стать на учет по беременности и дать на руки направление к врачу акушеру-гинекологу;
- дать совет о режиме питания в связи с имеющимися место симптомам раннего гестоза беременной;
- объяснить беременной, что при I степени сужения и некрупном плоде возможны роды через естественные пути без осложнений, но для этого необходимо следить за диетой, в 38 недель полагается госпитализация.

Задача №8

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

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Отметить ошибки по ведению данной беременной.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы пациентки: аномалия положения плода.

- тревога за исход данных родов.

Потенциальные:

- осложнения родов в тазовом предлежании.

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

3. Тактика акушерки:

- прежде всего, нужно успокоить пациентку, разъяснить ей, что, хотя и имеется тазовое предлежание плода при данной беременности -роды должны пройти благополучно, если пациентка будет выполнять все советы и рекомендации;

- учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежанием, нужно убедить беременную в необходимости немедленной профилактической госпитализации;

- дать направление к врачу акушеру-гинекологу и проконтролировать явку в ЦРБ.

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

Задача №9

1 марта 2000 г. в акушерское отделение районной больницы поступает повторнобеременная с родовыми схватками, которые начались 3 часа назад. Данная беременность 4-ая. В анамнезе нормальные роды. Два медаборта по желанию без осложнений. Диатермокоагуляция шейки по поводу псевдоэрозии. Менструальная функция, без патологии. Последняя менструация с 26 мая по 30 мая 1999 г. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Во время данной беременности осложнений не наблюдалось, посещала женскую консультацию. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Прошла подготовку к родам. Объективные данные: рост 164 см, вес 71 кг, АД – 120/70 – 120/75 мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков на голенях нет. Таз: 25-28-31-21 см.

Матка соответствует доношенной беременности (ОЖ-95 см, ВДМ-32 см). Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин., схватки через 4 – 5 мин по 30–35 сек хорошей силы, болезненные.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, края зева ригидные, малоподатливые, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достижим.

Задания:

Выявить проблемы женщины.

Оценить состояние женщины.

Определить диагноз и обосновать его.

Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данном виде предлежания.

Эталон ответа:

Действительные проблемы:

- схваткообразные боли, связанные с родами;
- беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, риск разрыва шейки и дискоординации родовой деятельности, травма плода.

Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз:

I период срочных родов, передний вид затылочного вставления. Отягощенный акушерский анамнез.

Исходя из условий задачи, по данным последней менструации можно вычислить предполагаемый срок родов: последние месячные с 26 мая по 30 мая 1999 г. (три месяца назад, плюс неделя), предполагаемый срок родов 4 марта 2000 г., следовательно, беременность доношенная.

Регулярные схватки в течение 3-х часов и динамика открытия шейки матки свидетельствуют о нормальном течении родов в первом периоде.

Таз нормальных размеров, предполагаемая масса плода 3000 –3100 г (ОЖхВДМ), что говорит о соответствии размеров плода и таза матери.

3. На данном этапе:

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

Задача №10

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.

Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД -120/65, 120/60 мм рт ст. В моче белка нет, ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие малоподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в минуту. АД 120/ 80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена.

В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности 1 степени.

Задания:

Выявить проблемы родильницы, их причины.

Оценить динамику родов, состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения.

Эталон ответа:

Разрывы шейки и промежности связаны с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой. Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики. Роды произошли в момент смены бригады и профилактические мероприятия были недостаточными. Очевидно и в женской консультации недостаточно оценили факторы риска и не подготовили женщину к родам в условиях родового отделения.

Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства).

Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.

Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности.

Задача №11

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

Задания:

Выделите проблемы и их причины.

Сформулируйте диагноз и оцените состояние женщины.

Выберите акушерскую тактику, расскажите о необходимых действиях вплоть до перевода в послеродовое отделение.

Рассказать о причинах подобного осложнения, других возможных осложнениях, мерах профилактики.

Эталон ответа:

1. Дефект плаценты. Доля плаценты задержалась в матке, вероятнее всего, в связи с патологией матки, которая возникла из-за осложненных абортов и выкидышей. Профилактика осложнений (введение сокращающих средств во втором периоде родов) не проводилась. Потенциальные осложнения – кровотечение, воспаление матки.

2. Диагноз: Роды 2 срочные, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Задержка доли последа. Состояние женщины удовлетворительное.

3. Необходимо вызвать врача акушера, анестезиолога, анестезистку, подготовить женщину, врачей и инструменты. Необходима операция ручного обследования полости матки, удаление задержавшейся доли в асептических условиях под наркозом. Операцию делает врач, в его отсутствие – акушерка. Контроль за температурой, пульсом, АД, кровопотерей, кожными покровами, маткой. Назначаются антибиотики и сокращающие средства, выписка после контроля УЗИ.

4. Задержка последа бывает в связи с частичным приращением плаценты (рассказать о видах данной патологии и её причинах), неправильным ведением третьего периода, отсутствием должной профилактики (рассказать о правильной тактике).

Задача №12

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

Задания:

Выделите проблемы родильницы – настоящие и потенциальные, причины их возникновения. Наметьте пути решения проблем.

Перечислить, какие лекарственные средства и рекомендации рационально назначать для лечения и профилактики в такой акушерской ситуации.

Рассказать об изменениях в женских половых органах после родов.

Эталон ответа:

Настоящие проблемы, которые отмечает женщина – слабость, сложности при уходе за ребенком.

Акушерка должна отметить умеренную тахикардию, гипотонию, бледность, что указывает на анемию, субинволюцию матки. Женщина недостаточно информирована о послеродовом периоде и поведении. В дальнейшем эти проблемы станут более выраженными и могут привести к кровотечению, эндометриту, расхождению швов, гипогалактии, недостаточному уходу за ребенком и недостаточному вскармливанию. У женщины, хотя и допустимая, но повышенная кровопотеря, которая привела к анемии и слабости. Субинволюция часто возникает вследствие перерастяжения матки крупным плодом. Проводились оперативные вмешательства, не назначено лечение и врачебное наблюдение.

Необходимо успокоить женщину, уложить в постель, помочь в уходе за ребенком, вызвать дежурного врача, выполнить его назначения. Необходимо рассказать женщине о послеродовом периоде, о профилактике осложнений с учетом швов на промежности.

В такой ситуации показано назначение антибиотиков, сокращающих средств, гемостимулирующих средств (мотивировать). Рассказать о режиме, диете, уходе за промежностью.

Задача №13

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

Задания:

Выделите проблемы родильницы, объясните, в связи с какой патологией, какими причинами возникли проблемы.

Расскажите о доврачебной помощи.

Перечислите мероприятия по уходу и лечению данного осложнения.

Дифференциальный диагноз

Эталон ответа:

Настоящие проблемы - боли, страдания, опасение серьезных осложнений за свою жизнь, невозможность проведения самоухода и ухода за ребенком. Следует заподозрить симфизит, который возник на фоне остеопороза, о чем свидетельствуют боли в костях до и после родов.

Развитию осложнения способствовало проживание на севере и отсутствие соответствующей профилактики (препараты кальция, жирорастворимые витамины А, Е, Д, соответствующее питание, ультрафиолет).

До прихода врача успокоить женщину и начать организацию ухода и лечения, как следует при данной патологии.

Организовать уход за родильницей с 1 режимом – строгий постельный режим, функциональная жесткая кровать, пеленание таза, создать необходимые удобства для длительного пребывания.

Обеспечить уход за ребенком. Назначаются обезболивающие средства, препараты кальция, витамины А,Е,Д, местное УФО.

Следует отличать симфизит от травмы таза, разрыва матки, пельвеоперитонита и др.

Задача №14

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

Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель нерегулярно, во время беременности выявлен кольпит, подробное обследование и санация не проведены. В родах

разрыв промежности 2 степени, зашивание разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Задания:

Выделить проблемы родильницы.

Перечислите причины, способствующие расхождению швов.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Общие принципы реабилитации при полном расхождении швов с нагноением.

Эталон ответа:

Настоящая проблема

-полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями. При этом осложнении требуется продолжение стационарного лечения, обработка раны и повторное наложение швов. В то же время женщина от лечения отказывается.

Потенциальные проблемы при неправильном лечении - сепсис, нарушение топографии промежности, опущение матки, влагиалища.

Причинами расхождения швов являются: инфекция, особенно кольпит, нарушение трофики тканей, неправильный уход, нарушение режима, гигиены, питания, нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, проблемы с шовным материалом.

Успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.

Лечение гнойной раны с орошением антибактериальными растворами, дренаж с гипертоническим р-ром. Общая терапия: антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей. При очищении раны – наложение вторичных швов.

Задача №15

Акушерка проводит вечерний обход. Родильница Г., 20 лет, находится в послеродовом отделении на 1 сутки после родов в индивидуальной палате. Беременность 1-я, протекала без осложнений. Роды 1, протекали в течение 8 часов, перинеотомия в связи с высокой промежностью, 3 шелковых шва на промежности. Кровопотеря 200 мл.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,8°C, PS=78 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=120/80, 120/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молозиво. Матка плотная, дно ее находится на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стула не было.

Ребенок к груди прикладывался один раз. Находится вместе с матерью. Женщина не посещала занятий по подготовке к родам, плачет, не знает, что делать с ребенком, просит унести его в детское отделение и кормить из рожка.

Задания:

Выявить проблемы женщины, их причины.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз.

Тактика акушерки.

Рассказать о формах и методах подготовки женщины к послеродовому периоду, естественному вскармливанию. Рассказать о пользе естественного вскармливания.

Программа экзамена представлена отдельным документом.

5.2. Типовые задания для оценки освоения МДК.04.02. Сестринский уход за больным новорожденным

5.2.1. Типовые задания для текущего контроля

Тема 6.1 Особенности неонатальной адаптации детей при отдельных патологических состояниях беременности и родов

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- 1) Ежедневный туалет новорожденного.
- 2) Профилактика туберкулеза и гепатита В в родильном доме.
- 3) Показания для отсрочки вакцинации БЦЖ.
- 4) Организация кормления детей в родильном доме.
- 5) Основные требования к помещениям детских отделений родильного дома.
- 6) Санитарно-гигиенический режим роддома.
- 7) Противоэпидемический режим роддома.
- 8) Назовите критерии живорождения (по приказу 318).
- 9) Дайте определение мертворождения (по приказу 318).
- 10) Дайте определение понятия перинатального периода.
- 11) Дайте определение понятия неонатального периода.
- 12) Дайте определение понятия доношенный новорожденный ребенок.
- 13) Дайте определение понятия недоношенный ребенок.
- 14) Дайте определение понятия переношенный ребенок.
- 15) Дайте определение понятия зрелости новорожденного ребенка.
- 16) Дайте определение понятия незрелого новорожденного ребенка.
- 17) Назовите признаки функциональной незрелости у новорожденного ребенка.

2. Задания для аудиторной работы:

№ 1 Осмотрен мальчик в возрасте 16 дней от «пожилой первородящей» матери. Роды произошли на 35 неделе беременности, масса тела 2100, длина 44 см. Крик - после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Убыль массы тела – 8 %. Вес восстановился на 14 день. Во время осмотра ребенок легко охлаждается, крик слабый, поисковый рефлекс ослаблен, сосет медленно. После кормления из рожка обильно срыгивает. Кожа лица и туловища желтушная, на спине и плечах пушковые волосы, Пупочная ранка под кровянистой корочкой, без воспалительной реакции. Пупочные сосуды не пальпируются. Внутренние органы без особенностей. Яички не опущены в мошонку. Резко положительный симптом Грефе. Мышечная гипотония, большой родничок 2,5х3,5 см, слегка выбухает, расхождение сагиттального и венечного швов на 3 мм, малый родничок 0,5х0,5 см – на уровне костных краев. Ушные раковины мягкие.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Оценить признаки функциональной и морфологической зрелости новорожденного.
3. Назовите основной критерий недоношенности.
4. Какой режим и питание необходимо назначить?

№ 2 Осмотрен мальчик в возрасте 8 дней от молодых родителей, от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза II половины, анемии средней степени тяжести. Роды на 35 неделе, длительность 16 часов. Масса тела при рождении 2010 г, длина тела 44 см. Оценка по Апгар 5/8 баллов. При осмотре: кожные покровы желтушные. Двигательная активность снижена. Ребенок плохо удерживает температуру. Отмечается мышечная гипотония и гипорефлексия. В легких дыхание пузырьное, ЧД – 40. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 140. Живот при пальпации мягкий, стул кашицеобразный, непереваренный, желтого цвета. Билирубин крови – 160 мкмоль/л за счет непрямого.

Вопросы:

Поставить предварительный диагноз.

Наметить план обследования.

Назвать основные морфологические признаки недоношенности.

Дать рекомендации по вскармливанию.

№ 3 В родильном доме осмотрена девочка 3 суток. Вес ребенка 1520 г, длина тела 40 см. Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, I родов. Предыдущие

беременности закончились выкидышами. у женщины отмечалась истмико-цервикальная недостаточность. После хирургической коррекции наступила настоящая беременность. Роды на сроке гестации 32 недели. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: кожные покровы желтые. Большой родничок 2х2 см, малый родничок 0,5х0,5 см. Всю кожу покрывает лануго. Мышечный тонус снижен, рефлексы угнетены. Ребенок плохо удерживает температуру тела. Сосательный рефлекс отсутствует.

Вопросы:

Поставить диагноз.

Наметить план обследования.

Назвать основные функциональные особенности недоношенного ребенка.

Дать рекомендации по выхаживанию.

3. Задания для самостоятельной работы №1:

1) Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Уход за недоношенным ребёнком», «Родовая травма. Перинатальные поражения новорождённого ребёнка», «Гнойно-септические заболевания новорождённого». «Гемолитическая болезнь новорождённых»

4. Задания в тестовой форме (пример):

1) Найдите соответствие между термином «недоношенный ребенок» и определениями, представленными ниже:

А) Родившийся при сроке беременности менее 40 недель.

Б) Родившийся при сроке беременности менее 37 недели.

В) Родившийся при сроке беременности 38-40 недели.

Г) Родившийся при сроке беременности менее 40-42 недели.

2) Способы согревания недоношенных новорожденных детей:

А) при помощи грелок Б) в кроватках-грелках

В) в закрытых кувезах Г) все перечисленные

3) Температура воздуха в палате недоношенных детей должна быть:

А) 18 – 20° Б) 20 -22° В) 22-24° Г) 26-28°

4) При согревании недоношенного ребенка грелками, необходимо следить за температурой:

А) окружающей среды

Б) воды в грелках

В) тела ребенка

Г) за всем, перечисленным выше

5) Мышечный тонус у глубоко недоношенного ребенка:

А) повышен Б) в пределах нормы

В) снижен Г) гипертонус мышц сгибателей

6) При 3 степени недоношенности масса новорожденного:

А) 3000 – 2500 г Б) 2500 – 2000 г

В) 2000 – 1500 г Г) 1500 – 1000 г

7) Один из признаков недоношенного ребенка:

А) настойчивый крик

Б) периодически возникающее апноэ

В) эластичная кожа

Г) физиологический мышечный гипертонус.

8) Недоношенного ребенка выписывают домой из детской больницы при условии:

А) Масса тела должна быть не менее 2500 г при постоянной прибавке

Б) он способен удерживать постоянную температуру тела (не нуждается в дополнительном согревании)

В) При наличии выраженных физиологических рефлексов

Г) все перечисленное верно

9) Способ кормления недоношенного ребенка:

- А) прикладывают к груди
- Б) через зонд
- В) зависит от степени недоношенности и его состояния
- Г) из бутылочки с соской сцеженным грудным молоком
- 10) Цель подачи ребенку кислорода перед кормлением через зонд:
 - А) профилактика срыгивания
 - Б) предупреждение инфицирования
 - В) профилактика приступа асфиксии
 - Г) предупреждения повреждения слизистой

Ответы: 1) – Б 2) – Г 3) – В 4) - Г 5) –В 6) – Г 7) – Б 8) – Г 9) – В 10 – В

Тема 6.2 Заболевания периода новорожденности. Асфиксия новорожденных

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:
 - 1) Причины развития асфиксии новорожденного ребенка.
 - 2) Шкала Апгар. Степени асфиксии.
 - 3) Клинические отличия между среднетяжелой и тяжелой формами асфиксии.
 - 4) Неотложная помощь новорожденному с легкой/средней/тяжелой степенью асфиксии.
 - 5) Назвать причины, приводящие к перинатальной энцефалопатии у новорожденного.
 - 6) Клинические проявления перинатальной энцефалопатии.
 - 7) Уход за детьми с перинатальной энцефалопатией.
 - 8) Понятие «родовая травма», причины травм
 - 9) Классификация родовых травм
 - 10) Клинические проявления, диагностика и лечение кефалогематомы.
 - 11) Клинические проявления, диагностика и лечение родовой опухоли.
 - 12) Клинические проявления, диагностика и лечение перелома ключицы.
2. Темы рефератов:
 - 1) Особенности ухода и вскармливания реанимированных новорожденных с асфиксией
 - 2) Осложнения при проведении оксигенотерапии и их предупреждение
 - 3) Психологическая поддержка родителей в формировании привязанности к ребёнку при внутричерепной родовой травме
 - 4) Перинатальное поражение нервной системы: проблемы ребёнка и семьи
 - 5) Врожденный сифилис
 - 6) Особенности работы с ВИЧ-инфицированными детьми и их родителями
3. Задания для аудиторной работы:

Задача 1 В антенатальном периоде: во 2-ой половине беременности у матери отмечались гипертензия, анемия легкой степени, обострение хронического бронхита.

В интранатальном периоде: тугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода.

В постнатальном периоде: на 1-й минуте жизни новорожденного кожные покровы цианотичные; ЧСС более 100 в минуту, тоны сердца глухие, ритмичные; дыхательные движения редкие, нерегулярные; мышечный тонус снижен; реакция на раздражение носового катетера снижена.

ОАК: Нб-116 г/л, Э- $3,8 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,97, Л- $8,2 \times 10^9$ /л, тромб- 230×10^9 /л, п/я-3%, с-56%, э-1%, л-33%, м-7%, СОЭ-2 мм/час.

ОАМ: удельный вес - 1012, белок - 0,01%, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з.

 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Дайте оценку состояния ребенка.
 2. Оцените показатели предложенных анализов.
 3. Составьте алгоритм неотложной помощи.

Задача 2 Родился ребенок в состоянии асфиксии. Ребенку провели санацию верхних дыхательных путей, обсушили, поместили под источник лучистого тепла, провели тактильную стимуляцию. У ребенка отмечаются общий цианоз кожи и слизистых, спонтанное дыхание, пульс - 100 в минуту.

1. Ваша тактика?

Задача 3 Ребенок от 4 беременности, 1 родов в 40 недель. Первые 3 беременности закончились медабортами. Матери 35 лет, страдает гипертонической болезнью. Беременность протекала с гестозом 1 и 2 половины, роды затяжные, проводилась родостимуляция. Околоплодные воды зеленые в виде горохового супа. Масса ребенка после рождения 3000 г, длина тела 50 см, генерализованный цианоз, полностью отсутствует двигательная активность и рефлекторная возбудимость, пульс нитевидный 60 в мин., дыхание отсутствует.

1. Оцените состояние по шкале Апгар .

2. Поставьте диагноз.

3. Меры реанимации.

4. Задания для самостоятельной работы:

1) Самостоятельная работа №1:

1. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЛЕЖАТ:

а) наследственная предрасположенность

б) особенности белково-углеводного обмена

в) инфекция

г) иммунологический конфликт по системе резус-фактор, АВО+

2. КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) энцефалопатическая

б) гемморагическая

в) отечная +

г) желтушная +

д) анемическая +

3. ДИАГНОЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

а) положительной реакции Кумбса +

б) высокого уровня непрямого билирубина +

в) показателей билирубина, ретикулоцитов, лейкоцитов, эозинофилов, протеинограммы +

4. У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

а) нарастании титра антител в крови матери +

б) групповой и резусной принадлежности матери и отца+

в) определении сахара крови у матери

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДЯТ:

а) с конъюгационными желтухами +

б) холестатическими желтухами +

в) печеночными желтухами +

г) гемморагической болезнью новорожденного

6. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) уровень непрямого билирубина из пуповинной крови выше 60 мкмоль/л +

б) почасовой прирост билирубина выше 6-10 мкмоль/л/час +

- в) наличие анемии на первые сутки ниже 100 г/л +
- г) дыхательная недостаточность II-III ст. +
- д) бульбарные нарушения
- е) наличие язвенно-некротического энтероколита

7. ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ:

- а) одногруппной с ребенком Rh (-) +
- б) одногруппной с ребенком Rh (+)
- в) I (O) Rh (-)
- г) I (O) Rh (+)

8. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АВ-0 КОНФЛИКТОМ ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРОВОДИТСЯ:

- а) группой крови матери, Rh (-) +
- б) эритроцитарной массой O(I), Rh ребенка +
- в) группой крови ребенка, Rh (-)
- г) группой крови ребенка, Rh (+)

9. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) взбухание большого родничка +
- б) гипертонус+
- в) судороги +
- г) наличие симптома заходящего солнца +
- д) геморрагические высыпания на коже
- е) низкая температура тела

10. РАННИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) холестаза +
- б) надпочечниковая недостаточность +
- в) острая почечная недостаточность +
- г) острая сердечно-сосудистая недостаточность +
- д) гипербилирубиновая энцефалопатия +
- е) бульбарные нарушения

Задача 1. Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи, Проводилась инфузионная и фототерапия. При осмотре на 5-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены.

ОАК на 1-е сутки: HGB 152 г/л, RBC $4,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 36%, ЦП 0,99, WBC $12,0 \times 10^9$ /л, п/ядерные 11%, с/ядерные 59%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 8%, СОЭ 2 мм/час.

Группа крови ребенка A(II) Rh-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок 54,8 г/л, билирубин: непрямой 328 мкмоль/л, прямой 34 мкмоль/л, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 7,0 ммоль/л, калий 4,6 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 1,2 ммоль/л, АСТ 65 ед., АЛТ 71 ед., ЩФ 350 ед.

1. Перечислите имеющиеся синдромы, укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какое дополнительное лабораторно-инструментальное исследование необходимо провести данному ребенку?
6. Назначьте лечение.

Задача 2. Мальчик от III беременности, II срочных родов родился с массой тела 3200 г, ростом 52 см. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем при сроке 26 недель. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии, роды без особенностей. Кровь матери A(II), Rh-, ребенка-A(II), Rh+. В первые часы жизни появилась желтушность кожных покровов, которая резко нарастала.

При осмотре в возрасте 3-х дней жизни состояние ребенка тяжелое, вялый, мышечный тонус снижен, выражена желтушность. Сосательный рефлекс снижен, срыгивает. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум в V точке. Печень выступает изпод края реберной дуги на 3 см, селезенка - на 1 см. Стул переходный. Мочеиспускание не нарушено, моча светлая.

При обследовании получены следующие данные: общий билирубин на 3-и сутки жизни 350 мкмоль/л (прямой 13 мкмоль/л, непрямой 337 мкмоль/л).

ОАК: RBC 3,4x10¹²/л, HGB 112 г/л, цветной показатель 0,9, PLT 204x10⁹ /л, лейкоциты 19,2x10⁹ /л, эозинофилы 2%, юные 1%, палочкоядерные 13%, сегментоядерные 63%, лимфоциты 15%, моноциты 8%, ретикулоциты 56%.

1. Перечислите имеющиеся синдромы, укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какое дополнительное лабораторно-инструментальное исследование необходимо провести данному ребенку? 6. Этиология и патогенез данного заболевания.
6. Назначьте лечение.

5. Задания в тестовой форме (пример):

1. АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО – ЭТО СОСТОЯНИЕ, КОГДА:

- 1) отсутствует дыхание+
- 2) отсутствует сердцебиение
- 3) отсутствует дыхание и сердцебиение
- 4) отсутствует пульсация пупочной вены

2. ШКАЛУ АПГАР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

- 2) состояния ребенка+
- 2) степени тяжести асфиксии
- 3) степени недоношенности
- 4) прогноза дальнейшего развития ребенка

3. ПРИЧИНОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) резус-несовместимость крови
- 2) недостаток кислорода+
- 3) групповая несовместимость крови
- 4) нарушение правил асептики и антисептики

4. ОЦЕНКА 1-3 БАЛЛА ПО ШКАЛЕ АПГАР СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ, ЧТО У РЕБЕНКА:

- 1) асфиксии нет
- 2) кардиореспираторная депрессия
- 3) умеренная асфиксия
- 4) тяжелая асфиксия+

5. ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР:

- 1) мышечный тонус+
- 2) срок гестации

3) сознание

4) крик

6. ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) перевязка пуповины

2) санация дыхательных путей+

3) введение в вену 20% раствора глюкозы

4) промывание желудка

5) ИВЛ

7. ПОЛОЖЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ АСФИКСИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В РОДЗАЛЕ:

1) с приподнятым головным концом

2) на ровной поверхности

3) на боку

4) на животе

5) с опущенным головным концом+

8. ОКРАСКА КОЖИ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ АСФИКСИИ:

1) розовая

2) землисто-серая

3) цианотичная+

4) иктеричная

9. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ЕЁ ПРОВОДЯТ НЕ БОЛЕЕ:

1) 5-10 минут

2) 10-15 минут

3) 15-20 минут+

4) 20-25 минут

10. ВСЕМ НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ В АСФИКСИИ, В РОДЗАЛЕ ВВОДЯТ:

1) витамин К+

2) витамин С

3) витамины группы В

4) витамин Е

6. Задания для практической работы:

1) Купание новорожденного

2) Пеленание новорожденного

3) Проведение реанимации новорожденного с асфиксией.

4) Осмотр, оценка состояния недоношенного новорожденного, степени недоношенности

5) Измерение температуры тела, антропометрия новорожденного. Определение весо-ростового показателя

6) Оценка физиологических рефлексов недоношенного новорожденного

7) Кормление недоношенного через зонд, из бутылочки

8) Обработка полости рта

Тема 6.3 Родовая травма. Перинатальные поражения нервной системы у новорождённого

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

1) Определение понятия родовой травмы, частота.

2) Акушерские ситуации, способствующие травмированию плода.

3) Классификация родовой травмы.

4) Клинические проявления родовой травмы, прогноз.

5) Внутрочерепная родовая травма (ВЧРТ), определение понятия, причины.

6) Классификация ВЧРТ.

- 7) Внутричерепная родовая травма у доношенных и недоношенных новорожденных, клинические проявления в зависимости от локализации повреждения.
 - 8) Диагностические критерии ВЧРТ.
 - 9) Основные принципы лечения родовой травмы.
 - 10) Акушерские ситуации, способствующие травматическому повреждению спинного мозга и позвоночного столба.
 - 11) Основные повреждающие факторы при родовой травме спинного мозга.
 - 12) Основные клинические проявления и топическая диагностика поражений спинного мозга у новорожденных детей.
 - 13) Клиническая картина повреждений спинного мозга в зависимости от уровня поражения.
 - 14) Причины и механизмы возникновения повреждения плечевого сплетения и лицевого нерва.
 - 15) Клиническая картина повреждений плечевого сплетения и лицевого нерва.
 - 16) Основные лечебные мероприятия при травматических поражениях спинного мозга, позвоночника и периферической нервной системы.
 - 17) Профилактика родовых повреждений.
2. Задания для аудиторной работы:
- 1) Вводное тестирование
 - 2) Устный опрос
 - 3) Решение ситуационных задач
 - 4) Выполнение практических манипуляций

№ 1. Ребенок родился от I беременности в затылочном предлежании. Роды в срок, быстрые, II период продолжался 10 минут. Вес при рождении - 4200 г, рост – 56 см. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте 5 баллов. Общее состояние ребенка тяжелое.

Из анамнеза известно, что настоящая беременность протекала на фоне токсикоза II половины, анемии легкой степени, нефропатии II степени. Объективно: Общее состояние ребенка тяжелое. Крик монотонный, наличие “глазных симптомов” (горизонтальный нистагм, анизокория $D > S$). Отмечается акроцианоз, общая мышечная гипотония, снижение сухожильных и отсутствие рефлексов новорожденного. Большой родничок напряжен. В легких дыхание пуэрильное, ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий. Печень + 1,0 см из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное. Стул – меконий.

Вопросы:

1. Обосновать предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Назначить лечение.
4. Дифференциальный диагноз.

№ 2. Ребенок родился от первой беременности в затылочном предлежании. Роды в срок. Вес при рождении – 3500г, рост – 52 см. Оценка по шкале Апгар – 0-3 балла на первой минуте. Общее состояние – тяжелое.

Из анамнеза известно, что беременность протекала на фоне токсикоза первой и второй половины беременности. В родах применялись акушерские щипцы.

Объективно: общее состояние ребенка тяжелое. Дыхание отсутствует. Отмечается тотальный цианоз, общая мышечная гипотония, отсутствие рефлексов новорожденного, большой родничок выбухает, крик отсутствует. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 90 в минуту, живот мягкий, печень не увеличена. Мочеиспускание свободное. Стул – меконий.

Вопросы:

1. Обосновать предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Назначить лечение.

4. Дифференциальный диагноз.

№ 3. Осмотрен ребенок 5 суток. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей, I родов. Во время беременности женщина в качестве профилактики рахита принимала витамин Д. Роды в срок, вес при рождении 4200г, рост – 55 см. При осмотре кожные покровы иктеричные, на голове отмечается опухоль упругой консистенции, не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненная. Физиологические рефлексы вызываются. Мышечный тонус не изменен. Status по внутренним органам без особенностей. Стул и диурез не нарушены.

Вопросы:

Предположительный диагноз.

Перечислите основные причинные факторы родового травматизма.

План обследования

Лечение

3. Задания в тестовой форме (пример):

1. При нарушении мозгового кровообращения I степени у новорожденного выявляются:

- а) судороги, гипорефлексия, тремор рук
- б) тремор рук, гипорефлексия, мышечная дистония;
- г) мышечная дистония, гипотония, вялость.

2. При нарушении мозгового кровообращения II степени у новорожденного отмечается:

- а) усиление рефлексов орального автоматизма;
- б) судороги;
- в) гипертонус мышц
- г) гипорефлексия
- д) вялость, адинамия.

3. Родовой травматизм может быть следствием:

- а) положения плода в родах;
- б) уменьшения размеров и ригидности половых путей;
- в) внутриутробная гипоксия;
- г) все вышеперечисленное.

4. При нарушении мозгового кровообращения III степени у новорожденного отмечается:

- а) судороги;
- б) отсутствие рефлексов;
- в) гипертонус мышц;
- г) нарушение ритма дыхания и сердцебиения;
- д) гиперрефлексия

5. Для акушерского пареза руки типа Дюшенна-Эрба характерно:

- а) гипертонус мышц руки;
- б) гипотония мышц руки;
- в) выраженный болевой синдром;
- г) повышение сухожильных рефлексов;
- д) снижение сухожильных рефлексов руки;
- е) ротация руки внутрь

6. При внутривенных кровоизлияниях у новорожденных детей уровень белка в спинномозговой жидкости:

- а) увеличивается;
- б) остается неизменным;
- в) уменьшается

7. При кефалогематоме:

- а) опухоль не переходит на соседнюю кость;
- б) переходит на соседнюю кость;
- в) не пульсирует;
- г) пульсирует;

д) безболезненна.

8. Внутримозговые кровоизлияния возникают:

- а) при повреждении концевых ветвей передних и задних мозговых артерий
- б) при нарушении целостности менингеальных сосудов
- в) при разрушении эпендимы наружной стенки боковых желудочков
- г) между внутренней поверхностью костей черепа и твёрдой мозговой оболочкой

9. Для эпидуральных кровоизлияний характерно:

- а) расположение между внутренней поверхностью костей черепа и твёрдой мозговой оболочкой;
- б) распространение за пределы черепных швов;
- в) нераспространение за пределы черепных швов;
- г) частое сочетание с обширными наружными кефалогематомами.

10. Субдуральные кровоизлияния:

- а) возникают при деформации черепа со смещением его пластин
- б) возникают при деформации черепа без смещения его пластин
- в) чаще наблюдаются при тазовом предлежании
- +г) чаще наблюдаются при головном предлежании

Эталоны ответов:

1-б 2-а, б, г 3-г 4-а, б, г 5-б, д, е 6- а 7-а, в, д 8-а 9-а, в, г 10-а, в

Тема 6.4 Желтухи новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденного

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

- Понятие ГБН, причины развития
- Патогенез ГБН, классификация
- Клиническая картина анемической, желтушной и отёчной форм ГБН
- Пре- и постнатальная диагностика ГБН
- Пренатальные и постнатальные методы лечения

2. Задания для аудиторной работы:

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЛЕЖАТ:

- а) наследственная предрасположенность
- б) особенности белково-углеводного обмена
- в) инфекция
- г) изоиммунологический конфликт по системе резус-фактор, АВО+

2. КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) энцефалопатическая
- б) гемморагическая
- в) отечная +
- г) желтушная +
- д) анемическая +

3. ДИАГНОЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- а) положительной реакции Кумбса +
- б) высокого уровня непрямого билирубина +
- в) показателей билирубина, ретикулоцитов, лейкоцитов, эозинофилов, протеинограммы +

4. У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- а) нарастании титра антител в крови матери +
- б) групповой и резусной принадлежности матери и отца+
- в) определении сахара крови у матери

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДЯТ:

- а) с конъюгационными желтухами +
- б) холестатическими желтухами +
- в) печеночными желтухами +
- г) гемморагической болезнью новорожденного

6. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) уровень непрямого билирубина из пуповинной крови выше 60 мкмоль/л +
- б) почасовой прирост билирубина выше 6-10 мкмоль/л/час +
- в) наличие анемии на первые сутки ниже 100 г/л +
- г) дыхательная недостаточность II-III ст. +
- д) бульбарные нарушения
- е) наличие язвенно-некротического энтероколита

7. ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ:

- а) одногруппной с ребенком Rh (-) +
- б) одногруппной с ребенком Rh (+)
- в) I (O) Rh (-)
- г) I (O) Rh (+)

8. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АВ-0 КОНФЛИКТОМ ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРОВОДИТСЯ:

- а) группой крови матери, Rh (-) +
- б) эритроцитарной массой O(I), Rh ребенка +
- в) группой крови ребенка, Rh (-)
- г) группой крови ребенка, Rh (+)

9. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) выбухание большого родничка +
- б) гипертонус+
- в) судороги +
- г) наличие симптома заходящего солнца +
- д) геморрагические высыпания на коже
- е) низкая температура тела

10. РАННИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) холестаза +
- б) надпочечниковая недостаточность +
- в) острая почечная недостаточность +
- г) острая сердечно-сосудистая недостаточность +
- д) гипербилирубиновая энцефалопатия +
- е) бульбарные нарушения

Задача 1. Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи, Проводилась инфузионная и фототерапия. При осмотре на 5-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с

зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены.

ОАК на 1-е сутки: HGB 152 г/л, RBC $4,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 36%, ЦП 0,99, WBC $12,0 \times 10^9 /л$, п/ядерные 11%, с/ядерные 59%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 8%, СОЭ 2 мм/час.

Группа крови ребенка А(II) Rh-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок 54,8 г/л, билирубин: непрямой 328 мкмоль/л, прямой 34 мкмоль/л, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 7,0 ммоль/л, калий 4,6 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 1,2 ммоль/л, АСТ 65 ед., АЛТ 71 ед., ЩФ 350 ед.

1. Перечислите имеющиеся синдромы, укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какое дополнительное лабораторно-инструментальное исследование необходимо провести данному ребенку?
6. Назначьте лечение.

Задача 2. Мальчик от III беременности, II срочных родов родился с массой тела 3200 г, ростом 52 см. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем при сроке 26 недель. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии, роды без особенностей. Кровь матери А(II), Rh-, ребенка-А(II), Rh+. В первые часы жизни появилась желтушность кожных покровов, которая резко нарастала.

При осмотре в возрасте 3-х дней жизни состояние ребенка тяжелое, вялый, мышечный тонус снижен, выражена желтушность. Сосательный рефлекс снижен, срыгивает. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум в V точке. Печень выступает изпод края реберной дуги на 3 см, селезенка - на 1 см. Стул переходный. Мочеиспускание не нарушено, моча светлая.

При обследовании получены следующие данные: общий билирубин на 3-и сутки жизни 350 мкмоль/л (прямой 13 мкмоль/л, непрямой 337 мкмоль/л).

ОАК: RBC $3,4 \times 10^{12}/л$, HGB 112 г/л, цветной показатель 0,9, PLT $204 \times 10^9 /л$, лейкоциты $19,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы 2%, юные 1%, палочкоядерные 13%, сегментоядерные 63%, лимфоциты 15%, моноциты 8%, ретикулоциты 56%.

1. Перечислите имеющиеся синдромы, укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какое дополнительное лабораторно-инструментальное исследование необходимо провести данному ребенку? 6. Этиология и патогенез данного заболевания.

3. Задания для самостоятельной работы:

1) Самостоятельная работа №4:

Составление презентаций: «Перинатальные поражения нервной системы», «Гнойно-септические заболевания кожи», «Эндокринопатии». «Внутриутробные инфекции»

4. Задания в тестовой форме (пример):

6. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) уровень непрямого билирубина из пуповинной крови выше 60 мкмоль/л +
- б) почасовой прирост билирубина выше 6-10 мкмоль/л/час +
- в) наличие анемии на первые сутки ниже 100 г/л +
- г) дыхательная недостаточность II-III ст. +
- д) бульбарные нарушения

е) наличие язвенно-некротического энтероколита

7. ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ:

а) одногруппной с ребенком Rh (-) +

б) одногруппной с ребенком Rh (+)

в) I (O) Rh (-)

г) I (O) Rh (+)

8. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АВ-0 КОНФЛИКТОМ ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРОВОДИТСЯ:

а) группой крови матери, Rh (-) +

б) эритроцитарной массой O(I), Rh ребенка +

в) группой крови ребенка, Rh (-)

г) группой крови ребенка, Rh (+)

9. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) выбухание большого родничка +

б) гипертонус+

в) судороги +

г) наличие симптома заходящего солнца +

д) геморрагические высыпания на коже

е) низкая температура тела

10. РАННИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) холестаза +

б) надпочечниковая недостаточность +

в) острая почечная недостаточность +

г) острая сердечно-сосудистая недостаточность +

д) гипербилирубиновая энцефалопатия +

е) бульбарные нарушения

5. Задания для практической работы:

1) Взятие мазка из зева и носа

Тема 6.5 Другие заболевания периода новорожденности

1. Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:

1) Классификация невоспалительных и воспалительных заболеваний кожи и пупка у новорожденных

2) Кожный пупок: клиника, лечение.

3) Пупочная грыжа: клиника, лечение.

4) Свищ пупка: клиника, диагностика, лечение.

5) Фунгус пупка: клиника, лечение.

6) Потница: клиника, лечение.

7) Опрелости: клиника, лечение.

8) Склерема. Склередерма: клиника, лечение.

9) Причины гнойно-воспалительных заболеваний кожи и пупка у новорожденных

10) Классификация гнойно-воспалительных заболеваний.

11) Омфалит: клиника, классификация, диагностика, лечение.

12) Везикулопустулёз: клиника, лечение.

13) Эпидемическая пузырчатка новорожденного: клиника, лечение.

14) Псевдофурункулёз: клиника, лечение.

15) Гнойный мастит: клиника, лечение.

16) Сепсис новорожденных: определение, клиника, диагностические критерии, лечение.

2. Задания для аудиторной работы:

- 1) Вводное тестирование
- 2) Устный опрос
- 3) Решение ситуационных задач
- 4) Выполнение практических манипуляций

3. Задания для самостоятельной работы:

1) Самостоятельная работа №5:

Заполнение таблиц по темам: «Этапы сердечно-лёгочной реанимации», «План действий акушерки при оказании первичной и реанимационной помощи детям в родовом зале»

1. ПИОДЕРМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) катаральный омфалит;
- б) потница;
- в) везикулопустулез; +
- г) опрелости.

2. СИМПТОМОМ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) задержка массы; +
- б) взбухание большого родничка;
- в) мышинный запах;
- г) судороги.

3. СИМПТОМОМ КАТАРАЛЬНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) инфильтрация пупочных сосудов;
- б) длительное незаживление пупочной ранки; +
- в) гиперемия кожи вокруг пупочной ранки;
- г) гнойное отделяемое из пупочной ранки.

4. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОПРЕЛОСТЕЙ СКЛАДКИ КОЖИ ОБРАБАТЫВАЮТ:

- а) стерильным хлопковым маслом; +
- б) физиологическим раствором;
- в) раствором фурацилина;
- г) раствором полиглюкина.

5. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПУПОЧНОЙ РАНКИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) 2% бикарбонат натрия;
- б) 3% перекиси водорода; +
- в) 5% йода;
- г) 5% хлорида натрия.

6. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЭТО:

- а) везикулопустулез;
- б) парапроктит;
- в) сепсис; +
- г) гнойный омфалит.

7. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННОГО:

- а) потница;
- б) пузырчатка новорожденных; +
- в) асфиксия;
- г) Rh-конфликт.

8. СИМПТОМ ГНОЙНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) гиперемия кожи вокруг пупочной ранки; +
- б) нормальная температура тела;
- в) симптом Грефе;
- г) нистагм.

9. ВОСПАЛЕНИЕ ПУПОЧНОЙ РАНКИ НОВОРОЖДЕННОГО – ЭТО:

- а) омфалит; +
- б) пиодермия;

- в) гнейс;
 - г) молочный струп.
10. ПРИЧИНОЙ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) Rh-несовместимость крови матери и плода;
 - б) перинатальная энцефалопатия;
 - в) внутриутробная гипоксия;
 - г) нарушение правил асептики и антисептики. +

Задача 1. При посещении ребенка 16 дней фельдшер выявил: из пупочной ранки отделяется отделяемое серозного характера. Жалоб мама не предъявляет, состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 36,6°C, ребенок кушает, срыгиваний нет. В квартире чисто, есть кот. Неделю назад ребенка посещали родственники.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины и предрасполагающие факторы.
3. Лечение и уход.

Задача 2. При посещении ребенка 20 дней фельдшер выявил у малыша гиперемии кожи в паховых и подмышечных складках. В ягодичных складках имеется гиперемия и мелкие эрозии. Состояние ребенка незначительно страдает: ребенок беспокоится. Температура тела 36,9°C, сосет активно. При беседе с мамой выяснилось, что ребенок целый день лежит в памперсе, иногда мокром, т.к. «его это не беспокоит». В квартире жарко, окна закрыты, ребенок одет в 2 распашонки, памперс и ползунки.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины и предрасполагающие факторы.
3. Лечение и уход.

Задача 3. У новорожденной девочки на 5е сутки жизни при осмотре выявлено: вялость, срыгивание после еды, температура тела 38,60 С. Кожа бледно-желтушная с сероватым оттенком и мраморным рисунком, периоральный цианоз. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими симметричный легочный звук. Дыхание пуррильное. ЧДД- 48 в мин. Сердечные тоны ритмичные, границы сердца расширены, ЧСС- 168 в мин. Пупочная ранка с гнойным отделяемым. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Стул б/о.

Неврологический статус: ребенок гиподинамичен, мышечный тонус снижен, рефлексы угнетены. Большой родничок 2,0×2,0 см, не напряжен, не выбухает. Менингеальные симптомы отрицательные.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины и предрасполагающие факторы.
3. Лечение и уход

4. Задания в тестовой форме (пример):

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОПРЕЛОСТЕЙ СКЛАДКИ КОЖИ ОБРАБАТЫВАЮТ:

- а) стерильным хлопковым маслом; +
- б) физиологическим раствором;
- в) раствором фурацилина;
- г) раствором полиглюкина.

2. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПУПОВОЙ РАНКИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) 2% бикарбонат натрия;
- б) 3% перекиси водорода; +
- в) 5% йода;
- г) 5% хлорида натрия.

3. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЭТО:

- а) везикулопустулез;
- б) парапроктит;
- в) сепсис; +

г) гнойный омфалит.

4. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННОГО:

- а) потница;
- б) пузырчатка новорожденных; +
- в) асфиксия;
- г) Rh-конфликт.

5. СИМПТОМ ГНОЙНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) гиперемия кожи вокруг пупочной ранки; +
- б) нормальная температура тела;
- в) симптом Грефе;
- г) нистагм.

6. ВОСПАЛЕНИЕ ПУПОЧНОЙ РАНКИ НОВОРОЖДЕННОГО – ЭТО:

- а) омфалит; +
- б) пиодермия;
- в) гнейс;
- г) молочный струп.

5. Задания для практической работы:

- 1) Оценка состояния и уход за детьми при заболеваниях в период новорожденности

5.2.2. Типовые задания для рубежного контроля:

1. Контрольная работа № 1:

2. Вопросы:

1. Какой показатель не подтверждает наличия тяжелой асфиксии новорожденного (указать правильный ответ):

- а) брадикардия,
- б) бледность,
- в) снижение сухожильных рефлексов,
- г) нарушение ритма дыхания,
- д) цианоз

Эталон ответа: в

2. Указать оптимальную температуру окружающей среды при проведении первичной реанимации новорожденного (указать правильный ответ):

- а) 36-37 о С,
- б) 38оС,
- в) 34-35оС,
- г) 32-34оС,
- д) 30-32оС

Эталон ответа: а

3. Что необходимо сделать в первую очередь при аспирации околоплодных вод и наличии их в ротоглотке (указать правильный ответ):

- а) ИВЛ,
- б) ввести в сосуды пуповины 10% глюкозу и ККБ,
- в) ввести назогастральный зонд и создать дренажное положение,
- г) провести интубацию и санировать трахеобронхиальное дерево, с последующим переводом на ИВЛ,
- д) применить СДППД

Эталон ответа: г

4. На какой минуте жизни необходимо проводить клеммирование пуповины у доношенных детей (указать правильный ответ):

- а) на 1-й,
- б) на 2-й,
- в) на 3-й,

- г) на 4-й,
- д) срок клемирования практического значения не имеет

Эталон ответа: а

5. Что происходит в результате поздней перевязки пуповины (указать правильный ответ):

- а) плацентарная трансфузия и нарушение кардио-респираторной адаптации,
- б) декомпенсация КОС,
- в) повышение P_aCO_2 ,
- г) развитие анемии,
- д) развитие СДР

Эталон ответа: а

6. С чего начинается первый этап реанимации новорожденного (указать правильный ответ):

- а) с отсасывания слизи из верхних дыхательных путей,
- б) с введения в сосуды пуповины соды,
- в) с ИВЛ,
- г) с введения в сосуды пуповины раствора глюкозы и ККБ,
- д) с введения преднизолона

Эталон ответа: а

7. Внутримозговые кровоизлияния бывают (указать все правильные ответы):

- а) внутримозговые,
- б) субдуральные,
- в) первично субарахноидальные,
- г) внутримозжечковые,
- д) интра- и перивентрикулярные

Эталон ответа: а,б,в,г

8. Непосредственной причиной родовой травмы головного мозга (указать правильный ответ):

- а) несоответствие размеров таза матери и головы плода,
- б) стремительные роды,
- в) выпадение петель пуповины,
- г) затяжные роды,
- д) неправильно выполняемое акушерское пособие

Эталон ответа: в

9. У каких детей в периоде новорожденности чаще встречаются сегментарные и полисегментарные ателектазы (указать правильный ответ):

- а) у недоношенных 4 степени,
- б) у недоношенных 3 степени,
- в) у детей, родившихся с массой более 2-х кг,
- г) при врожденном гипотиреозе,
- д) при гемолитической болезни новорожденных

Эталон ответа: в

10. Найти симптом, указывающий на наличие у новорожденного СДР:

- а) акроцианоз,
- б) смещение средостения в здоровую сторону,
- в) крепитирующие хрипы,
- г) пенная мокрота,
- д) парадоксальное дыхание

Эталон ответа: д

11. В основе патогенеза ГБН лежит (указать правильный ответ):

- а) усиленный распад эритроцитов с накоплением непрямого билирубина,
- б) усиленный распад эритроцитов с накоплением прямого билирубина,
- в) усиленный распад эритроцитов с накоплением связанного билирубина,
- г) усиленный распад эритроцитов с увеличением уровня уробилина,
- д) усиленный распад эритроцитов с увеличением биливердина

Эталон ответа: а

12. Отеки при отеочной форме ГБН возникают из-за (указать правильный ответ):

- а) почечной недостаточности,
- б) печеночной недостаточности,
- в) тяжелой гипопроотеинемии,
- г) задержки натрия в организме,
- д) воздействия ЦИКов на ткани организма

Эталон ответа: в

13. К особенностям гемостаза здорового новорожденного относят (указать все правильные ответы):

- а) пониженную активность фибринолиза,
- б) нормальное количество тромбоцитов,
- в) повышенную проницаемость и хрупкость сосудистой стенки,
- г) гиперкоагуляцию цельной крови на фоне низкого уровня антикоагулянтов,
- д) сравнительно низкий уровень плазминогена

Эталон ответа: б,в,г,д

14. К витамин К-зависимым факторам свертывания крови относят (выбрать неправильный ответ):

- а) II фактор,
- б) VII фактор,
- в) IX фактор,
- г) X фактор,
- д) XII фактор

Эталон ответа: д

15. ЗВУР диагностируют если (выбрать правильный ответ):

- а) имеется отставание в массе тела,
- б) имеется отставание в массе и росте,
- в) имеется недостаток массы тела по отношению к гестационному возрасту,
- г) недостаток массы развивается после 10 дня жизни,
- д) недостаток массы и роста развивается после первой недели жизни

Эталон ответа: а

16. Выделяют следующие варианты ЗВУР (указать все правильные ответы):

- а) гипотрофический,
- б) пропорциональный,
- в) диспластический,
- г) гипопластический

Эталон ответа: а,б,г

17. Для недоношенных детей 2-й степени характерны следующие показатели массы тела при рождении (выбрать правильный ответ):

- а) менее 2,5 кг,
- б) 1,5-2 кг,
- в) 1,0-1,5 кг,
- г) менее 1 кг,
- д) 1,5-1,8 кг

Эталон ответа: б

18. Чаще всего недоношенные дети рождаются на (указать правильный ответ):

- а) 28-29 неделях беременности,
- б) 29-30 неделях беременности,
- в) 30-32 неделях беременности,
- г) 32-37 неделях беременности,
- д) 35-38 неделях беременности

Эталон ответа: г

19. При инфицировании плода в сроки до 8 недель развиваются (указать правильный ответ):

- а) эмбриопатии,

- б) фетопатии,
- в) ребенок рождается с признаками инфекционного генерализованного процесса,
- г) ребенок рождается с признаками локального инфекционного процесса,
- д) возможен любой из перечисленных вариантов

Эталон ответа: а

20. При поражении плода в сроки около 18 недель беременности развивается (указать правильный ответ):

- а) эмбриопатия,
- б) ранняя фетопатия,
- в) средняя фетопатия,
- г) поздняя фетопатия,
- д) бластулопатия

Эталон ответа: б

21. При рождении активация симпатoadреналовой системы и надпочечников отмечается на (указать правильный ответ):

- а) 5 минуте жизни,
- б) через 2-3 часа после рождения,
- в) через 5-6 часов,
- г) через 7-8 часов,
- д) активация не происходит

Эталон ответа: а

22. Спад функциональной активности систем организма (первый раз) после рождения происходит (указать правильный ответ):

- а) через 5 минут после рождения,
- б) через час после рождения,
- в) через 3-4 часа после рождения,
- г) через 5-6 часов после рождения,
- д) через 6-7 часов после рождения

Эталон ответа: б

23. В родильном доме организуют для новорожденных (указать все правильные ответы):

- а) физиологическое отделение,
- б) отделение патологии новорожденных,
- в) обсервационное отделение,
- г) отделение для лечения новорожденных с инфекционной патологией

Эталон ответа: а, б, в

24. Площадь на одного ребенка в палате новорожденных составляет (выбрать правильный ответ):

- а) 1 м²,
- б) 2 м²,
- в) 3 м²,
- г) 4 м²,
- д) 5 м²

Эталон ответа: в

25. Максимальная убыль первоначальной массы у новорожденных отмечается на (выбрать правильный ответ):

- а) 3-4 день,
- б) 5-6 день,
- в) 1-2 день,
- г) 7-8 день,
- д) 8-9 день

Эталон ответа: а

26. Максимальная первоначальная убыль массы у новорожденных составляет (указать правильный ответ):

- а) 1-2% ,
- б) 6-8% ,
- в) 3-4%
- г) 10-11%,
- д) 12-13%

Эталон ответа: б

27. Под нарушением ритма сердца понимают (выбрать неправильный ответ): а) превышение или снижение числа сердечных сокращений по сравнению с нормой,
б) изменение последовательности цикла сердечных ритма,
в) появление сокращений сердца, источником которых не является синусовый узел,
г) нарушение проведения возбуждения,
д) изменение частоты и наполнения пульса

Эталон ответа: д

28. Какова продолжительность первого этапа реанимации новорожденного (указать правильный ответ):

- а) 20-25 сек,
- б) 1 мин,
- в) 2 мин,
- в) 3 мин,
- г) 4 мин,
- д) срок реанимации индивидуальный

Эталон ответа: а

29. Когда целесообразно вводить детям, родившимся в состоянии асфиксии , викасол (указать правильный ответ):

- а) в конце первых суток жизни,
- б) в первые часы жизни,
- в) на 2-е сутки жизни,
- г) на 3-е сутки,
- д) только при развитии геморрагической болезни

Эталон ответа: б

30. В чем заключается задача второго этапа реанимации новорожденного (указать правильный ответ):

- а) в профилактике родового травматизма,
- б) в борьбе с гипокалиемией,
- в) в борьбе с ацидозом,
- г) в решении вопроса о необходимости проведения ИВЛ,
- д) в отсасывании слизи из верхних дыхательных путей

Эталон ответа: г

31. Какую концентрацию кислорода используют для ИВЛ тугой маской при проведении первичной реанимации новорожденного (указать правильный ответ):

- а) 50% ,
- б) 40% ,
- в) 30% ,
- г) 60% ,
- д) 80%

Эталон ответа: г

32. Что не является показанием для интубации новорожденного при проведении первичной реанимации (указать ответ):

- а) неэффективность ИВЛ тугой маской,
- б) подозрение на обструкцию воздухоносных путей,
- в) массивная аспирация мекониальными околоплодными водами,
- г) расщелина мягкого и твердого неба,
- д) отсутствие самостоятельного дыхания

Эталон ответа: г

33. Каковы параметры ИВЛ при проведении первичной реанимации новорожденного (указать правильный ответ):

- а) ЧДД 40 в 1 мин. давление на вдохе 20 см вод.ст. давление на выдохе 2-4 см. вод. ст.
- б) ЧДД 60 в 1 мин. давление на вдохе 40 см вод.ст. давление на выдохе 6 см вод. ст.
- в) ЧДД 50 в 1 мин. давление на вдохе 30 см вод. ст. давление на выдохе 8 см вод. ст.
- г) ЧДД 40 в 1 мин. давление на вдохе 12 см вод. ст. давление на выдохе 4 см вод. ст.
- д) ЧДД 50 в 1 мин. давление на вдохе 70 см вод. ст.

Эталон ответа: а

34. К синдромам острого периода гипоксически-травматического поражения ЦНС относят синдромы (выбрать все правильные ответы):

- а) гипервозбудимости,
- б) угнетения,
- в) гипертензионно-гидроцефальный,
- г) двигательных нарушений,
- д) судорожный

Эталон ответа: а,б,в

35. В остром периоде при родовых травмах ЦНС применяют (выбрать все правильные ответы):

- а) антигеморрагическую терапию,
- б) дегидратацию,
- в) рассасывающую терапию,
- г) противосудорожные препараты,
- д) обезболивающие средства

Эталон ответа: а,б,г

36. Каково отношение в первые сутки жизни к препаратам калия при родовых травмах (выбрать правильный ответ):

- а) не применяют,
- б) применяют всем,
- в) применяют при наличии комы
- г) применяют при наличии кровоизлияния в надпочечники,
- д) применяют при судорогах

Эталон ответа: а

37. Препаратом выбора для уменьшения внутричерепного давления в 1-е сутки жизни является (выбрать правильный ответ):

- а) концентрированный раствор альбумина,
- б) гемодез,
- в) лазикс,
- г) диакарб,
- д) 40% раствор глюкозы

Эталон ответа: а

38. Показаниями для перевода новорожденного с СДР на ИВЛ являются (указать неправильный ответ):

- а) отсутствие дыхания,
- б) остро возникшие нарушения ритма дыхания на фоне поражения ЦНС,
- в) нарастание ЧСС выше 80 в 1 минуту,
- г) замедление дыхания менее 30 в 1 минуту,
- д) брадикардия 130 в 1 минуту

Эталон ответа: д

39. Для закрытия функционирующего артериального протока у новорожденных показаны (указать правильный ответ):

- а) сермион,
- б) дофамин,

- в) индометацин,
- г) трентал,
- д) талазолин

Эталон ответа: в

40. При рассеянных ателектазах для ускорения созревания сурфактанта можно применить (указать правильный ответ):

- а) индометацин,
- б) преднизолон,
- в) диазолин,
- г) сермион,
- д) кофеин

Эталон ответа: б

41. При синдроме аспирации околоплодных вод не рекомендуют применять (указать препарат):

- а) лазикс,
- б) эуфиллин,
- в) преднизолон,
- г) кокарбоксилазу,
- д) дофамин

Эталон ответа: в

42. Показаниями для заменного переливания крови при ГБН являются (выбрать все правильные ответы):

- а) Нв менее 180 г/л,
- б) билирубин в пуповинной крови 51,3 мкмоль/л,
- в) почасовой прирост билирубина 7 мкмоль/л,
- г) ядерная желтуха,
- д) наличие в крови нормобластов 12 на 100 лейкоцитов

Эталон ответа: б,в,г,д

43. Для заменного переливания при конфликте по АВО применяют (выбрать правильный ответ):

- а) свежечитратную кровь группы ребенка,
- б) эритроциты O(I) и плазму той же группы,
- в) эритроциты 0(I) и плазму 4 группы крови,
- г) эритроциты группы крови ребенка и плазму группы крови матери,
- д) эритроциты и плазму 4 группы крови

Эталон ответа: в

44. Для заменного переливания при конфликте по резус-фактору применяют (выбрать правильный ответ):

- а) резус-отрицательную кровь группы ребенка,
- б) резус-положительную кровь 0(I) группы,
- в) резус-отрицательную кровь 0(I) группы,
- г) эритроциты 0(I) группы и плазму 4 группы крови,
- д) эритроциты группы крови ребенка и плазму 4 группы крови

Эталон ответа: а

45. Заменное переливание при ГБН проводится (выбрать правильный ответ):

- а) один раз,
- б) два раза,
- в) три раза,
- г) 4-5 раз,
- д) количество ЗПК индивидуально

Эталон ответа: д

46. Показания для фототерапии при гипербилирубинемии (выбрать правильный ответ):

- а) резкое нарастание билирубина в первые сутки жизни,

- б) критические уровни билирубина,
- в) фототерапия при ГБН не проводится,
- г) фототерапия проводится или после ЗПК или когда ЗПК не показано,
- д) фототерапия показана только недоношенным детям

Эталон ответа: г

47. Для лечения геморрагической болезни новорожденного используют витамин К в дозе (выбрать правильный ответ):

- а) 1-2 мг/кг,
- б) 2-5 мг/кг,
- в) 6-8 мг/кг,
- г) 9-10мг/кг,
- д) 11-12 мг/кг

Эталон ответа: б

48. Местная терапия при мелене проводится (выбрать неправильный ответ):

- а) 0,5% раствором соды внутрь,
- б) гепарином,
- в) раствором тромбина,
- г) аминокaproновой кислотой,
- д) раствором адроксона

Эталон ответа: б

49. Кормление детей со ЗВУР при отсутствии у них других патологических состояний начинают (указать правильный ответ):

- а) через 2 часа после рождения,
- б) через 10-12 часов,
- в) не позднее чем через 6 часов,
- г) через 18 часов,
- д) через 18-24 часа после рождения

Эталон ответа: в

50. При проведении частичного парентерального питания аминокислоты добавляют в состав инфузий недоношенным, начиная (указать правильный ответ):

- а) с первого дня,
- б) со 2-го дня,
- в) с 3-го дня,
- г) с 4-го дня,
- д) с 5-го дня

5.2.3. Типовые задания для промежуточной аттестации по МДК.04.02 Сестринский уход за больным новорожденным – экзамен

Список вопросов:

- 1) Ежедневный туалет новорожденного.
- 2) Профилактика туберкулеза и гепатита В в родильном доме.
- 3) Показания для отсрочки вакцинации БЦЖ.
- 4) Организация кормления детей в родильном доме.
- 5) Основные требования к помещениям детских отделений родильного дома.
- 6) Санитарно-гигиенический режим роддома.
- 7) Противоэпидемический режим роддома.
- 8) Назовите критерии живорождения (по приказу 318).
- 9) Дайте определение мертворождения (по приказу 318).
- 10) Дайте определение понятия перинатального периода.
- 11) Дайте определение понятия неонатального периода.
- 12) Дайте определение понятия доношенный новорожденный ребенок.
- 13) Дайте определение понятия недоношенный ребенок.

- 14) Дайте определение понятия переносенный ребенок.
- 15) Дайте определение понятия зрелости новорожденного ребенка.
- 16) Дайте определение понятия незрелого новорожденного ребенка.
- 17) Назовите признаки функциональной незрелости у новорожденного ребенка.
- 18) Определение понятия родовой травмы, частота.
- 19) Акушерские ситуации, способствующие травмированию плода.
- 20) Клинические проявления родовой травмы, прогноз.
- 21) Внутричерепная родовая травма (ВЧРТ), определение понятия, причины.
- 22) Основные принципы лечения родовой травмы.
- 23) Акушерские ситуации, способствующие травматическому повреждению спинного мозга и позвоночного столба.
- 24) Основные повреждающие факторы при родовой травме спинного мозга.
- 25) Причины и механизмы возникновения повреждения плечевого сплетения и лицевого нерва.
- 26) Клиническая картина повреждений плечевого сплетения и лицевого нерва.
- 27) Основные лечебные мероприятия при травматических поражениях спинного мозга, позвоночника и периферической нервной системы.
- 28) Профилактика родовых повреждений.

Задачи:

Задача 1. Новорожденный 2-х суток жизни. При осмотре находится в 5 состоянии по Х. Прехтлю. Отмечаются периодические сгибания и разгибания ножек. Ручки сгибаются в локтевых и лучезапястных суставах. Пальчики рук периодически растопыриваются и собираются в кулачки – большой пальчик прикрывается четырьмя. Наблюдаются периодические колебания подбородка, конечностей, которые носят низкоамплитудный, высокочастотный характер.

Задания:

1. Охарактеризуйте спонтанную двигательную активность новорожденного по имеющимся данным.
2. Каких данных не хватает для оценивания?
3. Как называются наблюдающиеся колебательные движения? Оцените их.

Задача 2. Новорожденный 3-х суток жизни находится во 4-ом состоянии по Х. Прехтлю. Периодически наблюдаются высокоамплитудные, высокочастотные колебательные движения подбородка, конечностей.

Задания:

1. Как называются данные колебательные движения?
2. Оцените спонтанную двигательную активность новорожденного.
3. Обоснуйте свой ответ

Задача 3. Новорожденный мальчик 1-х суток жизни. Родился на 39 неделе гестации. Окружность головы при рождении 35 см.

Задания:

1. Оцените данные окружности головы.
2. Какое описание должно сопровождать данные об окружности головы?
3. Обоснуйте свой ответ.

Задача 4. Доношенный новорожденный мальчик 1-х суток жизни. Окружность головы соответствует 30 см. Пальпируется большой родничок размером 0,3 * 0,3 см. Швы сформированы.

Задания:

1. Оцените данные окружности головы.
2. Обоснуйте ответ

3. Какое развитие может быть нарушено в дальнейшем у данного ребенка?

Задача 5. Доношенный новорожденный 1-х суток жизни. При пальпации кости черепа довольно плотные. Швы пальпируются на всем протяжении. Большой родничок размером 2,5 * 3,2 см. Малый родничок – размером 1 см.

Задания:

1. Оцените плотность костей черепа.
2. Оцените размер большого и малого родничков.
3. Каким образом правильно оценить степень напряженности соединительно-тканной перепонки большого родничка?

Задача 6. Доношенный новорожденный 9-х суток жизни. Вскармливание – грудное. Визуально и пальпаторно большой родничок слегка западает, пульсирует. Пальпаторно ощущается умеренная податливость родничка. При осмотре: иктеричность кожных покровов (усилилась с 5 суток жизни и постепенно нарастала), цвет мочи и кала не изменён. В анализах крови содержание НБ соответствует 190 мкмоль/л, Нб-146 г/л, Ег-4,5* 10⁹, показатели АсТ и АлТ соответствуют норме, печень и селезенка не увеличены.

Задания:

1. Оцените состояние большого родничка.
2. Какие условия важно соблюдать для правильной оценки состояния большого родничка?
3. Какая патология может наблюдаться у ребенка? Обоснуйте свой ответ.

Какой диагностический тест подтвердит диагноз?

Задача 7. Доношенная новорожденная девочка 1-х суток жизни. Окружность головы 29 см. Размеры лицевого черепа преобладают над размерами мозгового черепа. Наблюдаются кровоизлияния в склеры, стойкое сходящееся косоглазие с приведением правого глазного яблока.

Задания:

1. Оцените параметры размера головы и соотношение размеров черепа.
2. О чем может свидетельствовать кровоизлияния в склеры?
3. О чем свидетельствует косоглазие у данного новорожденного?

Задача 8. Новорожденный мальчик 1-х суток жизни. Родился на 35 неделе гестации. При осмотре: окружность головы 41 см. Наблюдаются постоянные крупноразмашистые колебательные движения глазных яблок по горизонтали.

Задания:

1. Оцените параметры окружности головы. О какой патологии можно думать?
2. Оцените глазную симптоматику.
3. При каких патологических состояниях наблюдаются данные изменения?

Задача 9. Доношенная новорожденная девочка 1-х суток жизни. Окружность головы 34 см. мозговой череп преобладает над лицевым. Движения глазных яблок недостаточно координированы, толчкообразные. При фиксации взгляда – возникает кратковременное, не резко выраженное сходящееся косоглазие.

Задания:

1. Оцените параметры окружности головы и соотношение размеров черепа.
2. Оцените глазную симптоматику.
3. Динамика выраженности косоглазия в периоде новорожденности.

Задача 10. Новорожденный 2-х суток жизни. Родился на 35 неделе гестации. При осмотре ребенок не может полностью открыть глаза. В ответ на громкие звуки глазки не закрывает,

лоб не морщит, гримаса плача не появляется. Во 2-ом состоянии по Х.Прехтлю в ответ на громкие звуки – веки не смыкаются, глаз.яблоки не подергиваются.

Задания:

1. Оцените функцию глазодвигательных нервов.
2. Оцените функцию n.vestibulocochlearis.
3. Охарактеризуйте генерализованную двигательную реакцию на громкий звук у здорового новорожденного.

Задача 11. Доношенный новорожденный 1-х суток жизни. При неврологическом обследовании во время пассивного поворота головы в правую сторону – глазные яблоки движутся в левую сторону.

Задания:

1. Как называется данный симптом?
2. При какой патологии данный симптом будет отсутствовать?
3. При какой патологии симптом будет асимметричен?

Задача 12. Доношенный новорожденный 4-х суток жизни. Вес при рождении – 4400гр. В анамнезе: родовая травма. При осмотре отмечается невозможность полного смыкания правого века в 1-ом состоянии по Х.Прехтлю. В 5-ом состоянии глазные яблоки смещаются вверх, глазная щель остается несомкнутой, видна белковая оболочка глаз.яблока под радужкой. Отмечается сглаженность носогубной складки справа. Перетягивание угла рта влево и складок на лбу. При кормлении грудью – захват соска и ареола – неплотный.

Задания:

1. Оцените функции n. facialis.
2. Перечислите показатели нормальной иннервации мимической мускулатуры.
3. Какие ЧМН обеспечивают акт захвата груди и сосания?

Задача 13. Новорожденный ребенок 1-х суток жизни. Родился на 35 неделе гестации. При оценке в 4 состоянии по Х. Прехтлю видна белая полоса склеры между верхним веком и радужной оболочкой. Данный симптом непостоянен и выражен нерезко.

Задания:

1. Название данного симптома. В каких случаях данный симптом встречается?
2. Чем отличается данный симптом от симптома «заходящего солнца»?
3. При каких патологических состояниях встречается симптом, выявленный у данного новорожденного?

Задача 14. Доношенный новорожденный 3-х суток жизни. При изучении зрачков выявлено: зрачки округлой формы, симметричные, диаметром 1мм. При осмотре выявлено также расходящееся косоглазие средней степени выраженности.

Задания:

1. Оцените зрачки. Какая патология может отмечаться при данных изменениях?
2. При какой патологии может наблюдаться симметричный мидриаз?
3. Оцените наличие косоглазия у новорожденного.

Задача 15. Новорожденный 2-х суток жизни, рожденный на 34 неделе гестации. При осмотре выявлено - зияние ануса. При опросе: отсутствует самостоятельный стул и мочеиспускание. Мышечный тонус нижних конечностей снижен.

Задания:

1. Какая патология может наблюдаться при данных симптомах?
2. Как проводится и оценивается проба на тракцию?

Эталоны ответов:

1 Бульбарный паралич. ДЦП? Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений. - Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).

- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации.

• Метод профессора Козьявкина (Система Интенсивной Нейрофизиологической Реабилитации).

- Методика К.А. Семеновой.
- Концепция К. и Б. Бобат.
- Метод В. Войта и другие.

- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).

- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.

- Акупунктурная терапия.

- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.

- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.

- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно, высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

2 Детский церебральный паралич. Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений. - Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).

- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации.

• Метод профессора Козьявкина (Система Интенсивной Нейрофизиологической Реабилитации).

- Методика К.А. Семеновой.
- Концепция К. и Б. Бобат.
- Метод В. Войта и другие.

- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).
- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.
- Акупунктурная терапия.
- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.
- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц).
- Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.
- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно, высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

3 Ребенок здоров. Физическое развитие гармоничное. Окружность головы ребенка – 4 коридор.

4 Окружность головы ребенка – 1 коридор. Соответствует недостаточным размерам окружности головы. Швы и роднички закрыты.

5 Кости черепа достаточно плотные, размеры швов и родничков в норме.

6 ГБН. Диагноз выставлен на основании анамнеза: В антенатальном периоде: беременность 1-я, 2 медицинских аборта, у матери Rh (+) положительная кровь, группа крови I (O). В постнатальном периоде: ребенок родился со сроком гестации 40 недель. Осмотра: на 1-й неделе жизни состояние удовлетворительное: t 36,5°, сосет активно, часто срыгивает; мышечный тонус, физиологические рефлексы снижены; бледность кожных покровов; печень, селезенка не увеличены. Группа крови ребенка II (A), Rh (+). ОАК- анемия, ОАМ- без патологий, б/х крови- гипербилирубинемия.

Заменное переливание крови/плазмаферез, т.к. гемоглобин менее 100. Операция ЗПК проводится в 2-х или 3-х кратном объеме циркулирующей крови (ОЦК), который у новорожденных равен 85-90 мл и рассчитывается по формуле: 85-90 мл) x 2(3) x массу тела (кг) или из расчета 180мл/кг, 240 мл/кг для доношенных новорожденных и 150-170 мл/кг для недоношенных детей. Для операции используют “свежую” кровь, сроком заготовки не более трех суток.

7 Сходящееся косоглазие. Субконъюнктивальное кровоизлияние (или субконъюнктивальное кровотечение), также известное под именем гипосфагма — кровотечение под конъюнктиву. Конъюнктивит содержит много мелких, хрупких кровеносных сосудов, которые легко повреждаются или ломаются. Когда это происходит, кровь просачивается в пространство между конъюнктивой и склерой. Причины: травма глаза, гипертонзия, коагулопатия, ЧМТ.

8 Нистагм. Окружность головы соответствует 6 коридору. Самой распространённой причиной нистагма у детей являются врождённые патологии: неврологического или же генетического характера.

Иногда данные патологии сопровождаются другими заболеваниями. Например, очень часто нистагм наблюдается у грудничка с альбинизмом или генетическими проблемами с глазами.

9 Сходящееся косоглазие. Субконъюнктивальное кровоизлияние (или субконъюнктивальное кровотечение), также известное под именем гипосфагма — кровотечение под конъюнктиву.

Конъюнктивит содержит много мелких, хрупких кровеносных сосудов, которые легко повреждаются или ломаются. Когда это происходит, кровь просачивается в пространство между конъюнктивой и склерой. Причины: травма глаза, гипертония, коагулопатия.

10 Детский церебральный паралич. Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений. - Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).

- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации..
- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).
- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.
- Акупунктурная терапия.
- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.
- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.
- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно, высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

12 Детский церебральный паралич. Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений. - Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).

- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации..
- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).
- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.
- Акупунктурная терапия.
- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.

- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.
- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно, высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

13 Симптом Грефе. Может свидетельствовать о повышении ВЧД.

14 Содружественное косоглазие. Рекомендуется оптическая коррекция аметропий всем пациентам, если этому не препятствует малый возраст пациентов

15 Недостаточность анального сфинктера. состояние, при котором больной полностью или частично не может удерживать содержимое прямой кишки. Проявления зависят от степени и причины заболевания. При сфинктерной недостаточности возможно недержание газов, жидкого или твердого кала; симптомы могут беспокоить на протяжении дня или ночью, во время покоя, физического либо нервного напряжения. Патология диагностируется с помощью сфинктерометрии, профилометрии; как вспомогательные методы используют аноскопию, ректороманоскопию, рентгенологическое исследование прямой кишки, ирригоскопию, электромиографию. Тактика консервативная либо оперативная. При функциональной этиологии недостаточности анального сфинктера единственным способом лечения пока остается консервативная терапия. Также терапевтическую тактику используют у пациентов с первой и второй степенью нарушений, при органических поражениях до одной четверти сфинктерного аппарата, с вовлечением только верхних слоев слизистой прямой кишки и отсутствием ее дефектов. Назначают сеансы электростимуляции, лечебную физкультуру, медикаменты, которые повышают возбудимость нервных окончаний. В последнее время все большее распространение в проктологии получает метод обратной биологической связи (биофитбэк). Его суть состоит в тренировках мышц дна таза и ануса с активным участием самого пациента.

Оперативное лечение проводят при органической недостаточности анального сфинктера второй или третьей степени, поражении более четверти протяженности запирающего аппарата. Противопоказаны операции при изменениях в системе иннервации. Для возобновления деятельности сфинктеров производят сфинктеропластику, сфинктеролеваторопластику, при значительных нарушениях формируют новый сфинктерный аппарат. Для лечения врожденных пороков используют операцию Стоуна.

Практические манипуляции:

1. Первичный туалет новорожденного
2. Купание новорожденного
3. Пеленание новорожденного
4. Закапывание капель в нос
5. Закапывание капель в уши
6. Закапывание капель в глаза
7. Измерение температуры тела новорожденному
8. Антропометрия новорожденного
9. Смотр кожных покровов новорожденного
10. Обработка пупочной ранки новорожденного
11. Обработка складок новорожденного

12. Взятие мазка из зева и носа

13. Обработка полости рта

5.2.4. Оценка учебной и производственной практики

5.2.4.1. Общие положения

Целью оценки по учебной и (или) производственной практике является оценка:

1) профессиональных и общих компетенций;

2) практического опыта и умений.

Оценка по учебной и производственной практике выставляется на основании данных аттестационного листа (характеристики профессиональной деятельности обучающегося на практике) с указанием видов работ, выполненных обучающимся во время практики, их объема, качества выполнения в соответствии с технологией и (или) требованиями организации, в которой проходила практика.

5.2.4.2. Виды работ практики и проверяемые результаты обучения по профессиональному модулю

Учебная практика:

Таблица 1

Виды работ	Коды проверяемых результатов	
	Умения	Практический опыт
Измерение артериального давления, пульса, массы тела, высоты дна матки, окружности живота. Определение наличия отеков. Аускультация плода. КТГ плода. Анализ полученных данных. Оформление медицинской документации. Алгоритм неотложной помощи при эклампсии. Наружные приемы обследования. Приемы Леопольда Левицкого. Дополнительные методы обследования беременных с ЭГЗ. Оформление медицинской документации. Определение срока беременности. Методы коррекции ИЦН. Методы подготовки шейки матки к родам. Дополнительные методы обследования. КТГ. УЗИ, доплерометрия.	<p>– проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача;</p> <p>– проводить акушерские пособия на фантомах при патологических родах;</p> <p>– оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной патологии;</p> <p>– осуществлять уход за пациентом в периоперативном периоде;</p> <p>– осуществлять уход за недоношенным новорожденным;</p> <p>– оказывать медицинские услуги в неонатологии;</p> <p>– оказывать доврачебную помощь новорожденному при</p>	<p>– проведения обследования, ухода, наблюдения и ведения беременных, рожениц, родильниц в случае акушерской и экстрагенитальной патологии под руководством врача;</p> <p>– оказание доврачебной помощи беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии;</p> <p>– оказание лечебно-диагностической, профилактической помощи больным новорожденным под руководством врача;</p> <p>– оказание доврачебной помощи новорожденному при неотложных состояниях;</p>

<p>Анализ полученных данных. Методы наружного акушерского обследования. Пельвиометрия. Оценка ромба Михаэлиса. Индекс Соловьева. Измерение окружности живота, высоты дна матки. Расчет предполагаемой массы плода. Определение признака Вастена, Цангемейстера. Мониторинг состояния плода, продвижения головки. Влагалищное исследование в родах. Диагональная конъюгата, измерение. Расчет истинной конъюгаты по наружной и диагональной конъюгате. Прием Пискачека нафантоме.</p> <p>Пособие по Цовьянову. Ручное классическое пособие при тазовых предлежаниях. Прием Морисо-Левре-Лашапель</p> <p>Осмотр родовых путей (шейка матки, влагалище, промежность). Ушивание раны (разрыва) шейки матки, влагалища, промежности. Техника выполнения. Инструменты. Туалет (обработка) швов на промежности. Техника снятия швов. Инструменты.</p> <p>Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа. Осмотр последа. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование матки. Баллонная тампонада полости матки. Методы оценки кровопотери в родах. Алгоритм оказания неотложной помощи при</p>	<p>неотложных состояниях;</p>	
--	-------------------------------	--

<p>акушерских кровотечениях.</p> <p>Осмотр, пальпация молочных желез. Техника сцеживания грудного молока. Обработка раны промежности. Вторичные швы.</p> <p>Оценка инволюции матки, характера лохий.</p> <p>Предоперационная подготовка пациентки. Послеоперационный уход. Срединно-латеральная эпизиотомия. Техника выполнения. Ушивание раны (разрыва) промежности. Техника выполнения. Амниотомия, техника выполнения на фантоме. Вакуум экстракция плода. Акушерские щипцы. Инструменты.</p>		
--	--	--

Производственная практика:

Таблица 2

Виды работ	Коды проверяемых результатов	
	ПК4.1-4.5	ОК1-13
<p>Организация практики, инструктаж по охране труда:</p> <p>Получение общего и вводного инструктажей по охране труда и противопожарной безопасности.</p> <p>Ознакомление со структурой учреждения здравоохранения и правилами внутреннего распорядка.</p> <p>Женская консультация:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводить обследование, наблюдение беременных, родильниц с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача; • оказывать доврачебную помощь при акушерской и 	<p>ПК 4.1. Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией и новорожденному.</p> <p>ПК 4.2. Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной</p>	<p>ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.</p> <p>ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.</p> <p>ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.</p> <p>ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.</p>

<p>экстрагенитальной патологии;</p> <ul style="list-style-type: none"> • выполнять физиопсихопрофилактическую подготовку беременных к родам с акушерской и экстрагенитальной патологией <p>Приемное отделение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оформить документацию на беременную и роженицу, поступающую в стационар; - собрать эпид. анамнез; - собрать общий и акушерский анамнез; - оценить общее состояние беременной, роженицы (АД, пульс, дыхание и т.д.); - оценить антропометрические данные беременной, роженицы (вес, рост); - выполнить наружное акушерское обследование; - выполнить пельвиометрию; - взять биоматериал материал на бактериоскопическое, бактериологическое исследование; - провести санитарную обработку беременной, роженицы; <p>осуществлять сопровождение, транспортировку беременных и рожениц;</p> <p>Отделение патологии беременных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача; • оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной патологии; <p>выполнять предоперационную подготовку пациенток</p>	<p>патологии.</p> <p>ПК 4.3. Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.</p> <p>ПК 4.4. Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии.</p> <p>ПК 4.5. Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.</p>	<p>ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.</p> <p>ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.</p> <p>ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.</p> <p>ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.</p> <p>ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.</p> <p>ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.</p> <p>ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.</p> <p>ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.</p> <p>ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.</p>
--	---	--

<p>Родильное отделение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача; • участвовать в оказании медицинской помощи под руководством врача при патологических родах; • оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной патологии; • выполнять предоперационную подготовку и уход за пациенткой в послеоперационном периоде; • осуществлять уход за недоношенным новорожденным; <p>оказывать доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях;</p> <p>Обсервационное отделение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача; • участвовать в оказании медицинской помощи под руководством врача при патологических родах; • оказывать доврачебную помощь при акушерской и экстрагенитальной патологии; • выполнять предоперационную подготовку и уход за пациенткой в послеоперационном периоде; • осуществлять уход за недоношенным новорожденным; <p>оказывать доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях;</p>		
--	--	--

Анализ информации, полученной портфолио документов: Ведение дневника производственной практики. Составление отчета о выполненных манипуляциях. Заполнение учебной документации		
--	--	--

5.2.4.3. Форма аттестации по учебной практике - зачет, форма аттестации по производственной практике – дифференцированный зачет.

5.3. Типовые задания для промежуточной аттестации по профессиональному модулю - квалификационный экзамен

1. Ситуационные задачи по МДК.04.01. Патологическое акушерство:

Задача №1

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 1 200 г. АД=120/80, 120/75 мм рт.ст. PS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о классификации гестозов второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени, особенностях ухода и лечения.

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы:

- отеки, боли в конечностях; патологическая прибавка веса;
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

- риск развития тяжелой стадии гестоза;
- риск развития гипоксии плода.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

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

Обоснование диагноза:

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

3. Акушерке необходимо:

- направить беременную на госпитализацию в родильный дом;

- написать направление в отделение патологии беременных;
- провести беседу с беременной о необходимости лечения данного осложнения;
- проконтролировать на следующий день факт госпитализации.

Задача № 2

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

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
2. Дать рекомендации для данной беременной.
3. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
4. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема: снижение гемоглобина.

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

2. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилуции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобится госпитализация.

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

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

Задача №3

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

Задания:

1. Выделите проблемы беременной, их причины.
2. План по контролю над создавшимися проблемами.
3. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.
4. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.

Эталон ответа:

1. Потенциальная проблема: возникновение резус-конflikта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортом в прошлом. Ошибочным было не

определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конфликта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет

2. Акушерка должна объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.

3. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отпавлений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.

4. Рассказать о причинах резус-конфликта, методах профилактики, диагностики, лечения.

Задача №4

К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком. Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.

Эталон ответа:

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

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

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

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

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;
- госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

Задача №5

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

Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80,115/80 мм рт.ст., PS=72 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы: беременная не захотела госпитализироваться, вследствие этого перенашивание беременности, гипоксия плода. Причины в недостаточной работе с беременной, не назначалась подготовка к родам.

Потенциальные проблемы: акушерский травматизм; асфиксия новорожденного; кровотечение в родах; осложненный послеродовой период; оперативные вмешательства.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

3. Диагноз: беременность 42 недели. Переношенная беременность. Гипоксия плода.

Обоснование диагноза: из условия задачи выявлено, что срок родов был 2 недели назад. Кости головки плода плотные. Это указывает на переношенную беременность. Ослабление шевеления плода, урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о гипоксии плода.

4. Тактика акушерки:

- направить беременную в родильный дом для родоразрешения;
- объяснить важность госпитализации, проконтролировать.

Задача №6

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

Влагалищные исследования: влагалище емкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.

2. Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о причинах, методах диагностики, профилактики и лечения данной патологии.

Эталон ответа:

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

2. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: роды 2-ые, срочные, в головном предлежании, первый период родов. Первичная слабость родовых сил. Отягощенный гинекологический анамнез.

Схватки слабые, редкие и короткие, малая динамика раскрытия маточного зева, функционально неполноценный плодный пузырь. Предполагаемая масса плода высчитана по формуле Жордания

$VDM \times OJ = 108 \times 38 = 4100 \text{ г.}$

3. Учитывая наличие аномалии родовой деятельности, акушерка должна:

- вызвать врача акушера;
- уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода;
- подготовить браншу пулевых щипцов для амниотомии;
- приготовиться к выполнению назначений врача.

Возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится. Если этого не произойдет, то возможно, понадобится родостимуляция, восполнение энергетических затрат

На фоне родостимуляции более строгий контроль за всеми показателями роженицы и уход.

Задача №7

К акушерке ФАПа обратилась беременная пациентка 22 лет. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Замужем. Беременность желанная. Пациентка очень волнуется за течение беременности и родов, так как она считает, что у нее очень узкий таз.

Объективно: правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД - 110/70, 120/80 мм рт.ст., пульс 74 ударов ритмичный, удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Рост - 152 см, масса тела - 50 кг, Наружные размеры таза: 23, 26, 29, 18 см.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки коническая, зев закрыт. Матка спереди, подвижная, безболезненная, мягковатой консистенции, увеличена до 7 недель беременности. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Мыс достижим, диагональная конъюгата равна 11 см.

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки, оценить состояние, помочь в решении проблем.
2. Поставить диагноз и обосновать его.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы:

- дефицит информации о течении беременности и родов;
- тревога за исход родов. Потенциальные проблемы – осложнения в родах.

Состояние пациентки удовлетворительное. Необходимо успокоить женщину: так как ей будут помогать в родах опытные специалисты, то и ей и ребенку ничего не грозит

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

Тактика акушерки:

- необходимо в первую очередь успокоить беременную, вселить уверенность в благоприятном течении беременности и родов в случае соблюдения пациенткой всех советов и рекомендаций;
- убедить пациентку в необходимости как можно раньше стать на учет по беременности и дать на руки направление к врачу акушеру-гинекологу;
- дать совет о режиме питания в связи с имеющимися место симптомам раннего гестоза беременной;
- объяснить беременной, что при I степени сужения и некрупном плоде возможны роды через естественные пути без осложнений, но для этого необходимо следить за диетой, в 38 недель полагается госпитализация.

Задача №8

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

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Отметить ошибки по ведению данной беременной.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы пациентки: аномалия положения плода.

- тревога за исход данных родов.

Потенциальные:

- осложнения родов в тазовом предлежании.

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

3. Тактика акушерки:

- прежде всего, нужно успокоить пациентку, разъяснить ей, что, хотя и имеется тазовое предлежание плода при данной беременности

- роды должны пройти благополучно, если пациентка будет выполнять все советы и рекомендации;

- учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежанием, нужно убедить беременную в необходимости немедленной профилактической госпитализации;

- дать направление к врачу акушеру-гинекологу и проконтролировать явку в ЦРБ.

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

Задача №9

1 марта 2000 г. в акушерское отделение районной больницы поступает повторнобеременная с родовыми схватками, которые начались 3 часа назад. Данная беременность 4-ая. В анамнезе нормальные роды. Два медаборта по желанию без осложнений.

Диатермокоагуляция шейки по поводу псевдоэрозии. Менструальная функция, без патологии. Последняя менструация с 26 мая по 30 мая 1999 г. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Во время данной беременности осложнений не наблюдалось, посещала женскую консультацию. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Прошла подготовку к родам. Объективные данные: рост 164 см, вес 71 кг, АД –120/70 –120/75 мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков не голенях нет. Таз: 25-28-31-21 см.

Матка соответствует доношенной беременности (ОЖ-95 см, ВДМ-32 см). Положения плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин., схватки через 4 –5 мин по 30–35 сек хорошей силы, болезненные.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, края зева ригидные, малоподатливые, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достижим.

Задания:

Выявить проблемы женщины.

Оценить состояние женщины.

Определить диагноз и обосновать его.

Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данном виде предлежания.

Эталон ответа:

Действительные проблемы:

- схваткообразные боли, связанные с родами;
- беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, риск разрыва шейки и дискоординации родовой деятельности, травма плода.

Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз:

I период срочных родов, передний вид затылочного вставления. Отягощенный акушерский анамнез.

Исходя из условий задачи, по данным последней менструации можно вычислить предполагаемый срок родов: последние месячные с 26 мая по 30 мая 1999 г. (три месяца назад, плюс неделя), предполагаемый срок родов 4 марта 2000 г., следовательно, беременность доношенная.

Регулярные схватки в течение 3-х часов и динамика открытия шейки матки свидетельствуют о нормальном течении родов в первом периоде.

Таз нормальных размеров, предполагаемая масса плода 3000 –3100 г (ОЖхВДМ), что говорит о соответствии размеров плода и таза матери.

3. На данном этапе:

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

Задача №10

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.

Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД -120/65, 120/60 мм рт ст. В моче белка нет, ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие малооподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена. В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности 1 степени.

Задания:

Выявить проблемы родильницы, их причины.

Оценить динамику родов, состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения.

Эталон ответа:

Разрывы шейки и промежности связаны с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой. Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики. Роды произошли в момент смены бригады и профилактические мероприятия были недостаточными. Очевидно и в женской консультации недостаточно оценили факторы риска и не подготовили женщину к родам в условиях родового отделения.

Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства).

Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.

Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности.

Задача №11

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

Задания:

Выделите проблемы и их причины.

Сформулируйте диагноз и оцените состояние женщины.

Выберите акушерскую тактику, расскажите о необходимых действиях вплоть до перевода в послеродовое отделение.

Рассказать о причинах подобного осложнения, других возможных осложнениях, мерах профилактики.

Эталон ответа:

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

Задача №12

Акушерка послеродового отделения наблюдает родильницу на 2 сутки после родов. Роды 1 срочные, продолжительностью 8 часов, безводный период 3 часа, кровопотеря 350 мл. В родах проводилась перинеотомия, ручное обследование полости матки и перинеорафия. Ребенок родился массой 4100 с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Родильница позвала акушерку, жалуется на

слабость, головокружение при ходьбе, сложности при уходе за ребенком, не понимает, почему ей нельзя сидеть. Лекарственные средства не назначены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура 36,5 °С. Пульс 88 ударов в минуту. АД 100/ 60 ударов в минуту. Молочные железы мягкие и безболезненные. Соски без трещин. Живот мягкий безболезненный. Матка безболезненная, плотная, дно её на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые умеренные без запаха. Мочится самостоятельно. Стула не было. Швы лежат хорошо.

Сегодня выходной день. Обхода врача нет. Дежурная бригада в родильном блоке.

Задания:

Выделите проблемы родильницы - настоящие и потенциальные, причины их возникновения.

Наметить пути решения проблем.

Перечислить, какие лекарственные средства и рекомендации рационально назначать для лечения и профилактики в такой акушерской ситуации.

Рассказать об изменениях в женских половых органах после родов.

Эталон ответа:

Настоящие проблемы, которые отмечает женщина – слабость, сложности при уходе за ребенком.

Акушерка должна отметить умеренную тахикардию, гипотонию, бледность, что указывает на анемию, субинволюцию матки. Женщина недостаточно информирована о послеродовом периоде и поведении. В дальнейшем эти проблемы станут более выраженными и могут привести к кровотечению, эндометриту, расхождению швов, гипогалактии, недостаточному уходу за ребенком и недостаточному вскармливанию. У женщины, хотя и допустимая, но повышенная кровопотеря, которая привела к анемии и слабости. Субинволюция часто возникает вследствие перерастяжения матки крупным плодом. Проводились оперативные вмешательства, не назначено лечение и врачебное наблюдение.

Необходимо успокоить женщину, уложить в постель, помочь в уходе за ребенком, вызвать дежурного врача, выполнить его назначения. Необходимо рассказать женщине о послеродовом периоде, о профилактике осложнений с учетом швов на промежности.

В такой ситуации показано назначение антибиотиков, сокращающих средств, гемостимулирующих средств (мотивировать). Рассказать о режиме, диете, уходе за промежностью.

Задача №13

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

Задания:

Выделите проблемы родильницы, объясните, в связи с какой патологией, какими причинами возникли проблемы.

Расскажите о доврачебной помощи.

Перечислите мероприятия по уходу и лечению данного осложнения.

Дифференциальный диагноз

Эталон ответа:

Настоящие проблемы - боли, страдания, опасение серьезных осложнений за свою жизнь, невозможность проведения самоухода и ухода за ребенком. Следует заподозрить симфизит, который возник на фоне остеопороза, о чем свидетельствуют боли в костях до и после родов. Развитию осложнения способствовало проживание на севере и отсутствие соответствующей профилактики (препараты кальция, жирорастворимые витамины А, Е, Д, соответствующее питание, ультрафиолет).

До прихода врача успокоить женщину и начать организацию ухода и лечения, как следует при данной патологии.

Организовать уход за родильницей с 1 режимом – строгий постельный режим, функциональная жесткая кровать, пеленание таза, создать необходимые удобства для длительного пребывания.

Обеспечить уход за ребенком. Назначаются обезболивающие средства, препараты кальция, витамины А,Е,Д, местное УФО.

Следует отличать симфизит от травмы таза, разрыва матки, пельвеоперитонита и др.

Задача №14

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

Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель нерегулярно, во время беременности выявлен кольпит, подробное обследование и санация не проведены. В родах разрыв промежности 2 степени, зашивание разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Задания:

Выделить проблемы родильницы.

Перечислите причины, способствующие расхождению швов.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Общие принципы реабилитации при полном расхождении швов с нагноением.

Эталон ответа:

Настоящая проблема

-полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями. При этом осложнении требуется продолжение стационарного лечения, обработка раны и повторное наложение швов. В то же время женщина от лечения отказывается.

Потенциальные проблемы при неправильном лечении - сепсис, нарушение топографии промежности, опущение матки, влагиалища.

Причинами расхождения швов являются: инфекция, особенно кольпит, нарушение трофики тканей, неправильный уход, нарушение режима, гигиены, питания, нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, проблемы с шовным материалом. Успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача. Лечение гнойной раны с орошением антибактериальными растворами, дренаж с гипертоническим р-ром. Общая терапия: антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей. При очищении раны – наложение вторичных швов.

Задача №15

Акушерка проводит вечерний обход. Родильница Г., 20 лет, находится в послеродовом отделении на 1 сутки после родов в индивидуальной палате. Беременность 1-я, протекала без осложнений. Роды 1, протекали в течение 8 часов, перинеотомия в связи с высокой промежностью, 3 шелковых шва на промежности. Кровопотеря 200 мл.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,8°C, PS=78 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=120/80, 120/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молозиво. Матка плотная, дно ее находится на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стула не было.

Ребенок к груди прикладывался один раз. Находится вместе с матерью. Женщина не посещала занятий по подготовке к родам, плачет, не знает, что делать с ребенком, просит унести его в детское отделение и кормить из рожка.

Задания:

Выявить проблемы женщины, их причины.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз.

Тактика акушерки.

Рассказать о формах и методах подготовки женщины к послеродовому периоду, естественному вскармливанию. Рассказать о пользе естественного вскармливания.

Задача №16

В послеродовом отделении акушерка осматривает родильницу.

Вторые роды прошли три дня назад, крупным плодом (4200 г) без осложнений. Жалоб не предъявляет.

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

Задания:

Выявить проблемы родильницы.

Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

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

Задача №17

Под наблюдением в послеродовом отделении находится родильница на третьей сутки после операции кесарева сечения. Операция была выполнена по поводу крупного плода при срочных родах. Других осложнений во время беременности, родах и послеродовом периоде

не было. Женщина жалуется на слабость, ноющие боли в области послеоперационной раны и трудности в уходе за новорожденным. Хочет, чтобы ребенка унесли в детское отделение и настаивает на раздельном с ним пребывании.

Задания:

Выделить проблемы родильницы.

Обозначить пути решения этих проблем.

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

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

Эталон ответа:

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

Объективно оценить состояние родильницы. Убедившись в нормальном течении послеоперационного периода, успокоить женщину, объяснить ей причину её жалоб, помочь в уходе и объяснить пользу совместного пребывания и активного поведения.

Наблюдение за родильницей и профилактика осложнений: введение обезболивающих, общеукрепляющих, антибактериальных, утеротонических средств, обработка раны.

Задача №18

18-летняя женщина находится совместно с ребенком в индивидуальной палате физиологического послеродового отделения на 5 сутки послесрочных родов. В родах была выполнена перинеотомия и перинеоррафия. Ребенок готов к выписке. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 78 ударов в минуту. Молочные железы умеренно нагрубают. Соски без трещин. Лактация достаточная. Дно матки на 3 поперечных пальца выше лобка. Лохии сукровичные, умеренные. Швы сняты, заживление первичным натяжением. Физиологические отправления в норме. Температура нормальная. Анализы в норме. Врач назначил родильницу вместе с ребенком к выписке на завтра. Женщина удивлена, что ей, несмотря на перинеотомию, назначили только 70 дней послеродового декретного отпуска, а не 86, как женщинам с другими оперативными вмешательствами.

Задание:

Оцените состояние родильницы и выделите проблемы родильницы, пути их решения.

Составьте план беседы с родильницей, рекомендации перед выпиской.

Расскажите об уборке палаты после её освобождения.

Рассказать об обязанностях акушерки послеродового отделения. Рассказать о патронаже.

Эталон ответа:

Речь идет о совершенно здоровой родильнице. Родильница уходит домой и больше не сможет обращаться за консультацией к специалистам в любое время. Необходимо дать ей последние рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и педиатр. Женщина не удовлетворена продолжительностью ДО.

При выписке дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, планированию семьи, уходу за ребенком, о здоровом образе жизни. Отдельно рассказать, как продолжить уход за промежностью. Рассказать о правилах предоставления ДО.

Уборка палаты после выписки родильницы и ребенка по типу заключительной.

Передать патронаж в детскую поликлинику и в женскую консультацию.

2. Перечень практических заданий

№	Наименование манипуляции
1.	Измерение артериального давления, пульса, измерение роста, определение массы

	тела.
2.	Пальпация живота. Приемы Леопольда Левицкого.
3.	Осмотр, пальпация молочных желез.
4.	Техника сцеживания молочных желез.
5.	Пельвиометрия.
6.	Аускультация плода.
7.	Влагалищное исследование в родах. Диагональная конъюгата, измерение.
8.	Амниотомия, техника выполнения.
9.	Прием Пискачака.
10.	Техника выполнения срединно-латеральной эпизиотомии.
11.	Катетеризация мочевого пузыря.
12.	Способы выделения последа.
13.	Осмотр последа.
14.	Осмотр родовых путей.
15.	Ушивание раны (разрыва) шейки матки, влагалища, промежности.
16.	Обработка швов на промежности.
17.	Техника снятия швов.
18.	Ручное отделение плаценты и выделение последа.
19.	Контрольное ручное обследование матки.
20.	Баллонная тампонада полости матки.
21.	Первичный туалет новорожденного.
22.	Обработка складок новорожденного при опрелостях.
23.	СЛР новорожденного.
24.	Обработка пупочной ранки.
25.	Антропометрия новорожденного.

3. Ситуационные задачи по МДК.04.02. Сестринский уход за больным новорожденным:

Задача 1. Новорожденный 2-х суток жизни. При осмотре находится в 5 состоянии по Х. Прехтлю. Отмечаются периодические сгибания и разгибания ножек. Ручки сгибаются в локтевых и лучезапястных суставах. Пальчики рук периодически растопыриваются и собираются в кулачки – большой пальчик прикрывается четырьмя. Наблюдаются периодические колебания подбородка, конечностей, которые носят низкоамплитудный, высокочастотный характер.

Задания:

1. Охарактеризуйте спонтанную двигательную активность новорожденного по имеющимся данным.
2. Каких данных не хватает для оценивания?
3. Как называются наблюдающиеся колебательные движения? Оцените их.

Задача 2. Новорожденный 3-х суток жизни находится во 4-ом состоянии по Х. Прехтлю. Периодически наблюдаются высокоамплитудные, высокочастотные колебательные движения подбородка, конечностей.

Задания:

1. Как называются данные колебательные движения?
2. Оцените спонтанную двигательную активность новорожденного.
3. Обоснуйте свой ответ

Задача 3. Новорожденный мальчик 1-х суток жизни. Родился на 39 неделе гестации. Окружность головы при рождении 35 см.

Задания:

1. Оцените данные окружности головы.
2. Какое описание должно сопровождать данные об окружности головы?

3. Обоснуйте свой ответ.

Задача 4. Доношенный новорожденный мальчик 1-х суток жизни. Окружность головы соответствует 30 см. Пальпируется большой родничок размером 0,3 * 0,3 см. Швы сформированы.

Задания:

1. Оцените данные окружности головы.
2. Обоснуйте ответ
3. Какое развитие может быть нарушено в дальнейшем у данного ребенка?

Задача 5. Доношенный новорожденный 1-х суток жизни. При пальпации кости черепа довольно плотные. Швы пальпируются на всем протяжении. Большой родничок размером 2,5 * 3,2 см. Малый родничок – размером 1 см.

Задания:

1. Оцените плотность костей черепа.
2. Оцените размер большого и малого родничков.
3. Каким образом правильно оценить степень напряженности соединительно-тканной перепонки большого родничка?

Задача 6. Доношенный новорожденный 9-х суток жизни. Вскармливание – грудное. Визуально и пальпаторно большой родничок слегка западает, пульсирует. Пальпаторно ощущается умеренная податливость родничка. При осмотре: иктеричность кожных покровов (усилилась с 5 суток жизни и постепенно нарастала) , цвет мочи и кала не изменён. В анализах крови содержание НБ соответствует 190 мкмоль/л, Нб-146 г/л, Ег-4,5* 10⁹ , показатели АсТ и АлТ соответствуют норме, печень и селезенка не увеличены.

Задания:

1. Оцените состояние большого родничка.
2. Какие условия важно соблюдать для правильной оценки состояния большого родничка?
3. Какая патология может наблюдаться у ребенка? Обоснуйте свой ответ. Какой диагностический тест подтвердит диагноз?

Задача 7. Доношенная новорожденная девочка 1-х суток жизни. Окружность головы 29 см. Размеры лицевого черепа преобладают над размерами мозгового черепа. Наблюдаются кровоизлияния в склеры, стойкое сходящееся косоглазие с приведением правого глазного яблока.

Задания:

1. Оцените параметры размера головы и соотношение размеров черепа.
2. О чем может свидетельствовать кровоизлияния в склеры?
3. О чем свидетельствует косоглазие у данного новорожденного?

Задача 8. Новорожденный мальчик 1-х суток жизни. Родился на 35 неделе гестации. При осмотре: окружность головы 41 см. Наблюдаются постоянные крупноразмашистые колебательные движения глазных яблок по горизонтали.

Задания:

1. Оцените параметры окружности головы. О какой патологии можно думать?
2. Оцените глазную симптоматику.
3. При каких патологических состояниях наблюдаются данные изменения?

Задача 9. Доношенная новорожденная девочка 1-х суток жизни. Окружность головы 34 см. мозговой череп преобладает над лицевым. Движения глазных яблок недостаточно

координированы, толчкообразные. При фиксации взгляда – возникает кратковременное, не резко выраженное сходящееся косоглазие.

Задания:

1. Оцените параметры окружности головы и соотношение размеров черепа.
2. Оцените глазную симптоматику.
3. Динамика выраженности косоглазия в периоде новорожденности.

Задача 10. Новорожденный 2-х суток жизни. Родился на 35 неделе гестации. При осмотре ребенок не может полностью открыть глаза. В ответ на громкие звуки глазки не закрывает, лоб не морщит, гримаса плача не появляется. Во 2-ом состоянии по Х.Прехтлю в ответ на громкие звуки – веки не смыкаются, глаз.яблока не подергиваются.

Задания:

1. Оцените функцию глазодвигательных нервов.
2. Оцените функцию n.vestibulocochlearis.
3. Охарактеризуйте генерализованную двигательную реакцию на громкий звук у здорового новорожденного.

Задача 11. Доношенный новорожденный 1-х суток жизни. При неврологическом обследовании во время пассивного поворота головы в правую сторону – глазные яблоки движутся в левую сторону.

Задания:

1. Как называется данный симптом?
2. При какой патологии данный симптом будет отсутствовать?
3. При какой патологии симптом будет асимметричен?

Задача 12. Доношенный новорожденный 4-х суток жизни. Вес при рождении – 4400гр. В анамнезе: родовая травма. При осмотре отмечается невозможность полного смыкания правого века в 1-ом состоянии по Х.Прехтлю. В 5-ом состоянии глазные яблоки смещаются вверх, глазная щель остается несомкнутой, видна белковая оболочка глаз.яблока под радужкой. Отмечается сглаженность носогубной складки справа. Перетягивание угла рта влево и складок на лбу. При кормлении грудью – захват соска и ареола – неплотный.

Задания:

1. Оцените функции n. facialis.
2. Перечислите показатели нормальной иннервации мимической мускулатуры.
3. Какие ЧМН обеспечивают акт захвата груди и сосания?

Задача 13. Новорожденный ребенок 1-х суток жизни. Родился на 35 неделе гестации. При оценке в 4 состоянии по Х. Прехтлю видна белая полоса склеры между верхним веком и радужной оболочкой. Данный симптом непостоянен и выражен нерезко.

Задания:

1. Название данного симптома. В каких случаях данный симптом встречается?
2. Чем отличается данный симптом от симптома «заходящего солнца»?
3. При каких патологических состояниях встречается симптом, выявленный у данного новорожденного?

Задача 14. Доношенный новорожденный 3-х суток жизни. При изучении зрачков выявлено: зрачки округлой формы, симметричные, диаметром 1мм. При осмотре выявлено также расходящееся косоглазие средней степени выраженности.

Задания:

1. Оцените зрачки. Какая патология может отмечаться при данных изменениях?
2. При какой патологии может наблюдаться симметричный мидриаз?
3. Оцените наличие косоглазия у новорожденного.

Задача 15. Новорожденный 2-х суток жизни, рожденный на 34 неделе гестации. При осмотре выявлено - зияние ануса. При опросе: отсутствует самостоятельный стул и мочеиспускание. Мышечный тонус нижних конечностей снижен.

Задания:

1. Какая патология может наблюдаться при данных симптомах?
2. Как проводится и оценивается проба на тракцию?
3. Охарактеризуйте эмбриональную позу здорового доношенного новорожденного.

Задача 16. Доношенный новорожденный 2-х суток жизни. При оценке безусловных рефлексов выявлено следующее: при надавливании на область ладони наблюдается незначительное открывание рта, новорожденный слабо обхватывает пальцы осматривающего.

Задания:

1. Как называются данные безусловные рефлексы?
2. Оцените выраженность рефлексов. При какой патологии это наблюдается?
3. Перечислите рефлексы орального автоматизма.

Задача 17. Новорожденный 1-х суток жизни. При первом кормлении появился кашель и ребенок посинел.

Задания:

1. Диагноз и сущность патологии.
2. Вид кормления.
3. Диагностика и лечение.

Задача 18. Недоношенный новорожденный 1-х суток жизни. Из анамнеза: у мамы анемия средней степени тяжести, стремительные роды, оценка по шкале Апгар 5-4 баллов. Вскоре после рождения: возбуждение ребёнка, рвота, тремор, судороги, нистагм, симптом Грефе, косоглазие, повышение тонуса мышц.

Задания:

1. Предположительный диагноз и сущность патологии.
2. Основные причины патологии.
3. Принципы диагностики и лечения.

Задача 19. Недоношенный новорожденный 1-х суток жизни. При оценке показателей вегетативной функции выявлено следующее: при повороте новорожденного на бок нижняя половина туловища краснеет, а верхняя – бледнеет.

Задания:

1. Как называется данный симптом?
2. О чем свидетельствует данный симптом?
3. Как проявляется симпатикотония со стороны кишечника и ССС?

Задача 20. Недоношенный ребенок 3-х суток жизни. При оценке функции ВНС выявлены следующие показатели: кожные покровы бледные, преобладает белый дермографизм, диаметр зрачков 5 мм, АДС - 90 мм.рт.ст, ЧСС- 190 в мин, ЧДД 90 в 1 мин, слабая перистальтика кишечника, скудная слюнная секреция.

Задания:

1. Тонус, каких структур вегетативной нервной системы преобладает у ребенка?
2. Раскройте понятия «брадикардия» и «брадипноэ» у недоношенных.
3. Раскройте понятие «синдром вегетативных дисфункций».

Задача 21. Новорожденный 1-х суток жизни. Родился на 36 неделе гестации от женщины, страдающей сахарным диабетом. Жалобы: яркое покраснение кожи в области туловища,

конечностей с легким цианотичным оттенком. Данное изменение сохранилось в течение 2,5 недель.

Задания:

1. Какие изменения кожных покровов наблюдаются у данного новорожденного?
2. Какова динамика кожных изменений у доношенных детей?
3. Какие факторы у данного ребенка способствуют длительному сохранению изменений?

Задача 22. Доношенный новорожденный первых минут жизни. При осмотре: на волосистой части теменной области имеется свежая гранулированная язва диаметром 2*1,5 см. при осмотре лица и ротовой полости выявлен дефект сращения верхней губы и твердого неба.

Задания:

1. Какие патологические изменения выявлены?
2. Какие факторы могли привести к данным изменениям?
3. Принципы лечения. Прогноз.

Задача 23. Новорожденный 6-го дня жизни. После отпадения остатка пуповины имеется небольшой остаток кожи (культия), возвышающийся над уровнем стенки живота.

Задания:

1. Диагноз и сущность патологии.
2. Действия акушера при накладывании скобы Роговина.
3. Динамика процесса.

Задача 24. Новорожденный 7-го дня жизни. После отпадения остатка пуповины в окружности пупочной ранки имеется участок, лишенный кожного покрова.

Задания:

1. Диагноз и сущность патологии.
2. Динамика процесса.
3. Принципы лечения.

Задача 25. Новорожденный 7-х суток жизни. После отпадения остатка пуповины выявлено мокнутие пупочной ранки. В области пупочного кольца видна ярко-красная кайма слизистой оболочки кишечника. Наблюдается выделение кишечного содержимого, газов.

Задания:

1. Какой патологический процесс имеет место?
2. Сущность и причины данного состояния.
3. Диагностика, лечение

Эталоны ответов:

1. Бульбарный паралич. ДЦП? Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений.

- Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).

- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации.

• Метод профессора Козьявкина (Система Интенсивной Нейрофизиологической Реабилитации).

- Методика К.А. Семеновой.
 - Концепция К. и Б. Бобат.
 - Метод В. Войта и другие.
- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).
- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.
- Акупунктурная терапия.
- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.
- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.
- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно, высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

2. Детский церебральный паралич. Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений.

- Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).
- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации.
- Метод профессора Козьявкина (Система Интенсивной Нейрофизиологической Реабилитации).

- Методика К.А. Семеновой.
 - Концепция К. и Б. Бобат.
 - Метод В. Войта и другие.
- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).
- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.
- Акупунктурная терапия.
- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.
- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.
- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно,

высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

3. Ребенок здоров. Физическое развитие гармоничное. Окружность головы ребенка – 4 коридор.

4. Окружность головы ребенка – 1 коридор. Соответствует недостаточным размерам окружности головы. Швы и роднички закрыты.

5. Кости черепа достаточно плотные, размеры швов и родничков в норме.

6. ГБН. Диагноз выставлен на основании анамнеза: В антенатальном периоде: беременность 1-я, 2 медицинских аборта, у матери Rh (+) положительная кровь, группа крови I (O). В постнатальном периоде: ребенок родился со сроком гестации 40 недель. Осмотра: на 1-й неделе жизни состояние удовлетворительное: t 36,5°, сосет активно, часто срыгивает; мышечный тонус, физиологические рефлексы снижены; бледность кожных покровов; печень, селезенка не увеличены. Группа крови ребенка II (A), Rh (+). ОАК- анемия, ОАМ- без патологий, б/х крови- гипербилирубинемия.

Заменное переливание крови/плазмаферез, т.к. гемоглобин менее 100. Операция ЗПК проводится в 2-х или 3-х кратном объеме циркулирующей крови (ОЦК), который у новорожденных равен 85-90 мл и рассчитывается по формуле: 85-90 мл) x 2(3) x массу тела (кг) или из расчета 180мл/кг, 240 мл/кг для доношенных новорожденных и 150-170 мл/кг для недоношенных детей. Для операции используют “свежую” кровь, сроком заготовки не более трех суток.

7. Сходящееся косоглазие. Субконъюнктивальное кровоизлияние (или субконъюнктивальное кровотечение), также известное под именем гипосфагма — кровотечение под конъюнктиву. Конъюнктива содержит много мелких, хрупких кровеносных сосудов, которые легко повреждаются или ломаются. Когда это происходит, кровь просачивается в пространство между конъюнктивой и склерой. Причины: травма глаза, гипертензия, коагулопатия, ЧМТ.

8. Нистагм. Окружность головы соответствует 6 коридору. Самой распространённой причиной нистагма у детей являются врождённые патологии: неврологического или же генетического характера.

Иногда данные патологии сопровождаются другими заболеваниями. Например, очень часто нистагм наблюдается у грудничка с альбинизмом или генетическими проблемами с глазами.

9. Сходящееся косоглазие. Субконъюнктивальное кровоизлияние (или субконъюнктивальное кровотечение), также известное под именем гипосфагма — кровотечение под конъюнктиву. Конъюнктива содержит много мелких, хрупких кровеносных сосудов, которые легко повреждаются или ломаются. Когда это происходит, кровь просачивается в пространство между конъюнктивой и склерой. Причины: травма глаза, гипертензия, коагулопатия.

10. Детский церебральный паралич. Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами

спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений. - Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).

- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации..
- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).
- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.
- Акупунктурная терапия.
- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.
- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.
- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно, высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

12. Детский церебральный паралич. Наблюдение за ребенком проводят в течение 30 - 60 минут (в том числе с помощью видеозаписи), затем заполняется таблица различных видов движений с оценкой в баллах. Показательным является нормальный тип двигательной активности в 3 - 5 месяцев, который назван «суетливостью» (fidgety) и представляет собой множественные быстрые движения шеи, головы, плеча, туловища, бедра, пальцев кисти, стопы, особое внимание уделяется контакту «рука - лицо», «рука - рука», «нога - нога». Судорожно-синхронные движения рук и ног в 2 - 4 месяца отражают ранние проявления тетрапареза. Значительное обеднение спонтанных движений рук и ног на одной стороне в 2 - 3 месяца жизни может в последующем проявиться спастическим гемипарезом. Маркерами спастических и дискинетических форм ДЦП в 3 - 5 месяцев является отсутствие подъема ног в положении лежа на спине, отсутствие суетливых движений. - Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).

- Авторские комплексные интегральные методы реабилитации..
- Медикаментозное лечение (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты).
- Сенсорная интеграция, сенсорная комната.
- Акупунктурная терапия.
- Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям.
- Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах.
- Технические устройства медицинской реабилитации.

У детей раннего возраста высокий потенциал головного мозга к регенерации, а потому лечение ДЦП необходимо начинать как можно раньше. Только синергия усилий многопрофильной команды специалистов различных областей медицины, реабилитологии и психологии способна максимизировать эффект от лечения и помочь достичь его максимальных результатов. Бесспорно, это тяжелая, комплексная и, что важно, высокоспециализированная работа, однако ни на минуту нельзя забывать, что главная цель лечения больных с ДЦП - не только улучшение самочувствия или адаптация к требованиям нашего времени, но и существенное повышение качества их жизни.

13. Симптом Грефе. Может свидетельствовать о повышении ВЧД.

14. Содружественное косоглазие. Рекомендуется оптическая коррекция аметропий всем пациентам, если этому не препятствует малый возраст пациентов

15. Недостаточность анального сфинктера. состояние, при котором больной полностью или частично не может удерживать содержимое прямой кишки. Проявления зависят от степени и причины заболевания. При сфинктерной недостаточности возможно недержание газов, жидкого или твердого кала; симптомы могут беспокоить на протяжении дня или ночью, во время покоя, физического либо нервного напряжения. Патология диагностируется с помощью сфинктерометрии, профилометрии; как вспомогательные методы используют аноскопию, ректороманоскопию, рентгенологическое исследование прямой кишки, ирригоскопию, электромиографию. Тактика консервативная либо оперативная. При функциональной этиологии недостаточности анального сфинктера единственным способом лечения пока остается консервативная терапия. Также терапевтическую тактику используют у пациентов с первой и второй степенью нарушений, при органических поражениях до одной четверти сфинктерного аппарата, с вовлечением только верхних слоев слизистой прямой кишки и отсутствием ее дефектов. Назначают сеансы электростимуляции, лечебную физкультуру, медикаменты, которые повышают возбудимость нервных окончаний. В последнее время все большее распространение в проктологии получает метод обратной биологической связи (биофитбэк). Его суть состоит в тренировках мышц дна таза и ануса с активным участием самого пациента.

Оперативное лечение проводят при органической недостаточности анального сфинктера второй или третьей степени, поражении более четверти протяженности запирающего аппарата. Противопоказаны операции при изменениях в системе иннервации. Для возобновления деятельности сфинктеров производят сфинктеропластику, сфинктеролеваторопластику, при значительных нарушениях формируют новый сфинктерный аппарат. Для лечения врожденных пороков используют операцию Стоуна.

21. Ладонно-ротовой рефлекс и хватательный. ялость рефлекса, быстрая истощаемость или отсутствие свидетельствуют о поражении ЦНС

22. Заячья губа. Начальное лечение, до хирургического вмешательства, зависит от конкретной аномалии, но может включать специально разработанные соски на бутылки (для облегчения тока питательной смеси или молока), ортодонтические приспособления (для окклюзии щели, чтобы ребенок мог сосать), устройства для питания, которые могут быть сжаты для доставки питательной смеси, фиксаторы и искусственное небо, которое повторяет форму собственного неба ребенка. Частые эпизоды острого среднего отита должны быть вовремя распознаны и вылечены.

Окончательным лечением является хирургическое закрытие расщелины, однако, выбор времени операции, которая может травмировать зоны роста межчелюстной кости, является спорным. При расщелине неба часто проводят двухэтапное оперативное лечение. Расщелину губы, деформацию носа и мягкого неба восстанавливают в период младенчества (в возрасте 3–6 мес.). Оставшийся дефект твердого неба устраняют в возрасте 15–18 мес. Хирургическое вмешательство может привести к значительному улучшению, но при тяжелой деформации или неадекватном лечении у пациентов может сохраняться гнусавость, измененный внешний вид и могут быть позывы к рвоте. Рекомендуется стоматологическое и ортодонтическое лечение, логопедия и генетическое консультирование.

23. Кожный пупок. Представляет собой врожденную аномалию развития, при которой кожа со стенки живота переходит на пуповину, после отпадения которой остается культя, выступающая над поверхностью кожи живота, которая в дальнейшем может сморщиваться и втягиваться, а может и остаться навсегда. Лечение не требуется — это лишь косметический дефект.

24. Амниотический пупок - более редкий порок, при котором, наоборот, плодная (амниотическая) оболочка переходит на переднюю стенку живота. После отпадения остатка пуповины в окружности пупочной ранки остается участок, лишенный нормального кожного покрова, лишь постепенно покрывающийся кожей.

Лечение - ежедневные повязки с дезинфицирующим веществом или применение аэрозоля «Лифузоль», при котором создается защитная пленка. Постепенно образуется обычная кожа без рубцов.

25. Свищ пупка. Вокруг пупка отмечаются раздражение и мацерация кожи. У некоторых детей на дне пупочной ранки могут быть полипозное образование с отверстием в центре. В случае наслоения инфекции отделяемое из пупочной ранки приобретает гнойный характер. Для подтверждения диагноза производят зондирование свищевого хода, рентгеноконтрастное исследование. Лечение неполных свищей — консервативное: ежедневные ванны в кипяченой воде с добавлением растворов антисептиков, обработка пупочной ранки (дважды в день) 3 % раствором перекиси водорода и далее 5 % спиртовым раствором йода, или 2 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого, или 5 % раствором серебра нитрата. У большинства детей под влиянием этой терапии свищи закрываются, и лишь в тех случаях, когда они персистируют в возрасте 6 мес, показано оперативное лечение.

Критерии оценки решения ситуационной задачи

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

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

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

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

4. Перечень практических заданий

1. Первичный туалет новорожденного
2. Купание новорожденного
3. Пеленание новорожденного
4. Закапывание капель в нос
5. Закапывание капель в уши
6. Закапывание капель в глаза
7. Измерение температуры тела новорожденному
8. Антропометрия новорожденного
9. Смотр кожных покровов новорожденного
10. Обработка пупочной ранки новорожденного

11. Обработка складок новорожденного
12. Взятие мазка из зева и носа
13. Обработка полости рта

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно, в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но неуверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практически манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техника безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Программа квалификационного экзамена представлена отдельным документом.

5.4. Тестовые задания для диагностического тестирования по МДК.04.01 Патологическое акушерство.

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности и вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	1. Укажите основные формы ранних гестозов:	а) слюнотечение б) рвота в) дерматозы г) гепатозы	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	2. Рвота при тяжелой степени бывает:	а) 2-3 раза в сутки б) 10-12 раз в сутки в) до 20 раз в сутки г) 5-6 раз в сутки	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	3. Патологическая прибавка массы тела, уменьшение диуреза, положительная проба Мак-Клюра-Олдрича характерны для:	а) водянки беременных б) нефропатии в) гипотонии г) гипертонии	Низкий	2.0

ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	4. Появление мелких фибриллярных подергиваний мышц, тонические и клонические судороги наблюдаются при:	а) преэклампсии б) водянке в) раннем гестозе г) эклампсии д) нефропатии	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	5. Симптомы нарастающего отека и гипоксии мозга (головная боль, тошнота, рвота) характерны для:	а) водянки б) нефропатии II степени в) нефропатии III степени г) преэклампсии	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	6. Резус - антитела образуются:	а) в крови плода б) в крови матери в) в плаценте	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	7. Укажите симптомы угрожающего аборта:	а) боли внизу живота б) кровянистые выделения их половых путей в) повышение тонуса брюшной стенки г) повышение температуры тела д) повышение температуры тела	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	8. Переношенной считается беременность при сроке:	а) более 40 недель б) 280 дней в) более 42 недель	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	9. При слабости родовой деятельности имеет место	а) повышение базального тонуса матки б) уменьшение венозного наполнения матки в) резкая болезненность схваток г) все перечисленное д) ничего из перечисленного	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	10. Примерные размеры общеравномерноразмерного таза: Ответы:	а) 25-26-31-19 б) 23-26-29-19 в) 26-29-32-20 г) 23-27-30-18,5 д) 24-27-30-19	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	11. Тактика акушерки при выявлении поперечного	а) срочная госпитализация в роддом б) назначение	средний	5.0

	положения плода в 35-недельном сроке беременности:	корректирующей гимнастики в) наружный поворот плода г) наблюдение до 39-40 недель беременности		
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	12. Частые осложнения поперечного положения плода:	а) развитие хориоамнионита б) запущенное поперечное положение плода в) гипоксия плода г) кровотечение д) снижение выработки эстрогена	Средний	5.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	13. Осложнение родов при многоплодии:	а) слабость родовых сил б) выпадение мелких частей плода в) послеродовые кровотечения г) поперечное положение второго плода	Средний	5.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	14. Тактика при начавшемся и совершившемся разрыве матки:	а) немедленное чревосечение б) интубационный наркоз в) интубационный наркоз и чревосечение г) переливание крови, кровезаменителей д) ручное обследование полости матки	Средний	5.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	15. Укажите причины разрыва матки:	а) введение окситотических препаратов б) рациональное ведение родов в) клиническое несоответствие размеров таза и предлежащей части плода г) дистрофические изменения матки д) рубцовые изменения матки	Высокий	8.0

ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	16. Укажите методы лечения гипо- и атонии матки:	а) прижатие брюшной аорты б) перевязка магистральных сосудов в) холод на низ живота г) массаж матки д) тампон с эфиром в задний свод влагалища е) ампутация матки	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	17. Гипогалактия связана с:	а) рациональной диетой б) недостаточной подготовкой молочных желез в) маститом г) эндокринными заболеваниями	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	18. Укажите осложнения абортов:	а) травма шейки матки б) травма полости матки в) воспаление матки г) травма промежности	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	19. Показаниями к производству эпизиотомии являются:	а) гипоксия плода II стадии б) угроза разрыва промежности в) ранняя амниотомия г) высокая промежность д) недонашивание	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	20. Осложнения родоразрешающих операций:	а) перитонит б) сепсис в) образование спаек г) анемия д) цистит	Высокий	8.0

5.5. Тестовые задания для диагностического тестирования по МДК 04.02 Сестринский уход за больным новорожденным

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложност и вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
-------------------------	---------	------------------	------------------------	-----------------------------------

ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	1. Способ кормления недоношенного ребенка:	а) прикладывают к груди б) через зонд в) зависит от степени недоношенности и его состояния г) из бутылочки с соской сцеженным грудным молоком	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	3. Один из признаков недоношенного ребенка:	а) настойчивый крик б) периодически возникающее апноэ в) эластичная кожа г) физиологический мышечный гипертонус.	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	3. При нарушении мозгового кровообращения I степени у новорожденного выявляются:	а) судороги, гипорефлексия, тремор рук б) тремор рук, гипорефлексия, мышечная дистония; в) мышечная дистония, гипотония, вялость.	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	4. Пилодермией является:	а) катаральный омфалит; б) потница; в) везикулопустулез; г) опрелости.	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	5. Какой показатель не подтверждает наличия тяжелой асфиксии новорожденного	а) брадикардия, б) бледность, в) снижение сухожильных рефлексов, г) нарушение ритма дыхания, д) цианоз	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	6. Указать оптимальную температуру окружающей среды при проведении первичной реанимации новорожденного	а) 36-37 ° С, б) 38°С, в) 34-35°С, г) 32-34°С, д) 30-32°С	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	7. Укажите симптомы угрожающего аборта:	а) боли внизу живота б) кровянистые выделения их половых путей в) повышение тонуса брюшной стенки г) повышение	Низкий	2.0

		температуры тела		
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	8. На какой минуте жизни необходимо проводить клеммирование пуповины у доношенных детей	а) на 1-й, б) на 2-й, в) на 3-й, г) на 4-й, д) срок клеммирования практического значения не имеет	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	9. Непосредственной причиной родовой травмы головного мозга	а) несоответствие размеров таза матери и головы плода, б) стремительные роды, в) выпадение петель пуповины, г) затяжные роды, д) неправильно выполняемое акушерское пособие	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	10. В основе патогенеза гемолитической болезни новорожденных лежит	а) усиленный распад эритроцитов с накоплением непрямого билирубина, б) усиленный распад эритроцитов с накоплением прямого билирубина, в) усиленный распад эритроцитов с накоплением связанного билирубина, г) усиленный распад эритроцитов с увеличением уровня уробилина, д) усиленный распад эритроцитов с увеличением биливердина	Низкий	2.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	11. Выделяют следующие варианты ЗВУР	а) гипотрофический, б) пропорциональный, в) диспластический, г) гипопластический	средний	5.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	12. В родильном доме организуют для новорожденных	а) физиологическое отделение, б) отделение патологии новорожденных в) обсервационное отделение, г) отделение для лечения	Средний	5.0

		новорожденных с инфекционной патологией		
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	13. К синдромам острого периода гипоксически-травматического поражения ЦНС относят синдромы	а) гипервозбудимости, б) угнетения, в) гипертензионно-гидроцефальный, г) двигательных нарушений, д) судорожный	Средний	5.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	14. В остром периоде при родовых травмах ЦНС применяют	а) антигеморрагическую терапию, б) дегидратацию, в) рассасывающую терапию, г) противосудорожные препараты, д) обезболивающие средства	Средний	5.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	15. Показаниями для заменного переливания крови при ГБН являются	а) Нв менее 180 г/л, б) билирубин в пуповинной крови 51,3 мкмоль/л, в) почасовой прирост билирубина 7 мкмоль/л, г) ядерная желтуха, д) наличие в крови нормобластов 12 на 100 лейкоцитов	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	16. Укажите методы лечения гипо- и атонии матки:	а) пониженную активность фибринолиза, б) нормальное количество тромбоцитов, в) повышенную проницаемость и хрупкость сосудистой стенки, г) гиперкоагуляцию цельной крови на фоне низкого уровня антикоагулянтов, д) сравнительно низкий уровень плазминогена	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	17. Внутричерепные кровоизлияния бывают	а) внутри мозговые, б) субдуральные, в) первично субарахноидальные г) внутри мозжечковые д) интра- и	Высокий	8.0

		перивентрикулярные		
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	18. Для эпидуральных кровоизлияний характерно	а) расположение между внутренней поверхностью костей черепа и твёрдой мозговой оболочкой; б) распространение за пределы черепных швов; в) нераспространение за пределы черепных швов; г) частое сочетание с обширными наружными кефалогематомами.	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	19. При кефалогематоме:	а) опухоль не переходит на соседнюю кость; б) переходит на соседнюю кость; в) не пульсирует; г) пульсирует; д) безболезненна.	Высокий	8.0
ПК 4.1- 4.5 ОК 1-13	20. Клиническими формами гемолитической болезни новорождённых	а) энцефалопатическая б) гемморагическая в) отечная г) желтушная д) анемическая	Высокий	8.0

5.6. Тестовые задания для диагностического тестирования по профессиональному модулю

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности и вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	1. При рвоте беременных в крови наблюдается:	а) снижение Нв б) Повышение Нв и гематокрита в) Изменение тромбоцитов г) лейкоцитоз д) лейкопения	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	2. Рвота при тяжелой степени бывает:	а) 2-3 раза в сутки б) 10-12 раз в сутки в) до 20 раз в сутки г) 5-6 раз в сутки	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	3. Патологическая прибавка массы тела, уменьшение диуреза,	а) водянки беременных б) нефропатии	Низкий	1.0

	положительная проба Мак-Клюера-Олдрича характерны для:	в) гипотонии г) гипертонии		
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	4. В анализах крови при поздних гестозах наблюдается:	а) лейкоцитоз б) снижение уровня тромбоцитов в) снижение альбумин-глобулинового коэффициента меньше I г) лейкопения д) лимфоцитоз	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	5. Появление вегетативных нарушений: стреляющие, иногда со жгучим оттенком боли в лице, шее, груди, верхних и нижних конечностях свидетельствует о:	а) преэклампсии б) нефропатии в) эклампсии г) водянке беременных д) раннем гестозе	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	6. Появление мелких фибиллярных подергиваний мышц, тонические и клонические судорги наблюдаются при:	а) преэклампсии б) водянке в) раннем гестозе г) эклампсии д) нефропатии	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	7. Симптомы нарастающего отека и гипоксим мозга (головная боль, тошнота, рвота) характерны для:	а) водянки б) нефропатии II степени в) нефропатии III степени г) преэклампсии	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	8. Резус - антитела образуются:	а) в крови плода б) в крови матери в) в плаценте	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	9. Лечение резус-конфликта проводится:	а) амбулаторно б) не менее трех курсов в) только в стационарах	Низкий	1.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	10. Тактика акушера при многоводии:	а) детальное обследование б) кесарево сечение в) амниотомия при открытии зева на 2 см г) профилактика кровотечения в родах д) профилактика	Низкий	1.0

		аномалий родовых сил		
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	11. Для лечения многоводия применяют:	а) комплексную терапию б) гипохлоридную диету в) медикаментозное лечение основного заболевания г) прерывание беременности	средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	12 Многоводие развивается при:	а) гестозах б) токсоплазмозе в) многоплодии г) тазовом предлежании плода д) фибромиомах	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	13. Многоводие – это симптом:	а) диабета беременных б) резус-конфликта в) фето-плацентарной недостаточности г) нормально протекающей беременности	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	14. Укажите симптомы начинающегося аборта:	а) кровотечение б) скудные кровянистые выделения в) выделение частей плода г) боли внизу живота	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	15. Признаками аборта в ходу являются:	а) обильное кровотечение б) выделение частей плода в) непрекращающиеся схватки г) инфекция д) анемия	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	16. Осложнения при запоздалых родах:	а) слабость родовых сил б) родовые травмы в) могут быть только у юных первородящих г) возникают в третьем периоде	Средний	2.0

ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	17. При слабости родовой деятельности имеет место	а) увеличение содержания окситоцина у матери б) повышенное выделение окситоцина гипофизом плода в) сниженное содержание окситоциназы г) все перечисленное д) ничего из перечисленного	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	18. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах может свидетельствовать	а) о слабости родовой деятельности б) о дискоординации родовой деятельности в) о дистоции шейки матки г) ригидности шейки матки д) о всем перечисленном	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	19. Примерные размеры общеравномерносуженного таза:	а) 25-26-31-19 б) 23-26-29-19 в) 26-29-32-20 г) 23-27-30-18,5 д) 24-27-30-19	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	20. Укажите причины образования узкого таза:	а) Разгибательные предлежания б) неправильные вставления головки в) травмы костей таза г) опухоли придатков матки	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	21. Тактика при клинически узком тазе и мертвом плоде:	а) срочная госпитализация б) плодоразрушающая операция в) акушерские щипцы г) вакуум-экстракция д) щипцы по Уилт - Иванову	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	22. Тактика акушерки при выявлении поперечного положения плода в 35-недельном сроке беременности:	а) срочная госпитализация в роддом б) назначение коррегирующей гимнастики в) наружный поворот плода	Средний	2.0

		г) наблюдение до 39-40 недель беременности		
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	23. Возможные осложнения поперечного положения плода:	а) дородовое излитие околоплодных вод б) выпадение петель пуповины в) гипоксия плода	средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	24. Частые осложнения поперечного положения плода:	а) развитие хориоамнионита б) запущенное поперечное положение плода в) гипоксия плода г) кровотечение	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	25. Осложнение родов при многоплодии:	а) слабость родовых сил б) выпадение мелких частей плода в) послеродовые кровотечения г) поперечное положение второго плода	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	26. Многоплодная беременность:	а) не осложняется б) осложняется гестозами в) осложняется не вынашиванием г) вызывает кровотечение	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	27. Основной признак несостоятельности рубца на матке:	а) положительный признак Вастена б) в анамнезе - лихорадка в послеоперационном периоде после кесарева сечения в) наступление беременности в течение 1-го года после операции на матке г) болезненность “ниши” по ходу рубца при пальпации	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	28. Основным клиническим симптомом при угрожающем разрыве	а) высокое косое стояние контракционного кольца	Средний	2.0

	матки по рубцу является: :	б) положительный признак Вастена в) болезненность по рубцу г) затруднение самопроизвольного мочеиспускания д) изменение формы матки (в виде “песочных” часов)		
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	29. Характер кровотечения при гипотонии матки:	а) выделения крови отдельными порциями б) струйное кровотечение в) кровотечение при сократившейся матки	Средний	2.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	30. Укажите методы лечения гипо- и атонии матки:	а) прижатие брюшной аорты б) перевязка магистральных сосудов в) холод на низ живота г) массаж матки д) тампон с эфиром в задний свод влагалища е) ампутация матки	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	31. При гипотонии матки применяются	а) питуитрин б) окситоцин в) эргометрин г) лидокаин	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	32. Септический шок возникает при:	а) массовом лизисе грамотрицательных бактерий б) в третьем этапе развития послеродовых септических заболеваний в) любой инфекции в послеродовом периоде	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	33. Лечение трещин сосков включает:	а) мазевые прокладки б) витамиотерапию в) УФО молочных желез г) нет правильного ответа д) дегидротационную терапию	Высокий	5.0

ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	34. Гипогалактия связана с:	а) рациональной диетой б) недостаточной подготовкой молочных желез в) маститом г) эндокринными заболеваниями	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	35. Медицинскими показаниями к прерыванию беременности являются	а) многоводие б) “плоский” плодный пузырь в) открытие шейки матки на 7-8 см г) предлежание тазового конца плода д) низкое прикрепление плаценты при отсутствии кровотечения	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	36. Показания для амниотомии – это:	а) 4 момента б) проводная точка - малый родничок в) точка фиксации - подзатылочная ямка г) рождение малым косым размером д) все вышеперечисленное	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	37. Показаниями к производству эпизиотомии являются:	а) гипоксия плода II стадии б) угроза разрыва промежности в) ранняя амниотомия г) высокая промежность д) недонашивание	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	38. Наружный зев шейки матки окончательно формируется:	а) классическое б) в нижнем сегменте матки в) кесарево сечение с ампутацией матки г) кесарево сечение по рубцу	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	39. Методы абдоминального кесарева сечения:	а) классическое б) в нижнем сегменте матки в) кесарево сечение с ампутацией матки г) кесарево сечение по рубцу	Высокий	5.0
ПК 4.1-4.5 ОК 1-13	40. Основными показаниями к кесареву сечению являются	а) центральное предлежание плаценты	Высокий	5.0

		б) клинически узкий таз в) узкий таз, сужение III – IV степени г) угрожающая гипоксия плода д) начавшаяся отслойка плаценты		
--	--	--	--	--