



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Акушерство»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра акушерства и гинекологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.С. Коваленко	доцент, к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. каф
Ю.К. Гусак	доцент, к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент
Т.Н.Рыбакова		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В.Павлов	д.м.н, профессор.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав.кафедрой анатомии
Е.В. Филиппов	д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой поликлинической терапии и профилактической медицины

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

№ 1. Оптимальный метод абдоминального КС:

1. Корпоральное КС
2. Истмико-корпоральное КС
3. *КС в нижнем сегменте с дугообразным (поперечно-полулунным) разрезом
4. КС с продольным разрезом нижнего сегмента

№ 2. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

1. Болезненность матки при пальпации
2. Наружного кровотечения может и не быть
3. *Ничего из перечисленного
4. Ничего из перечисленного

№ 3. Вычислить *conjugata vera* можно по:

1. Измерение ромба Михаэлиса
2. Измерение прямого размера выхода таза
3. *Измерение *s. diagonalis* и *s. externa*
4. Измерение подлобкового угла

№ 4. Показания к экстраперитонеальному КС:

1. *Экстренное КС в родах при высоком риске инфекции или начальных ее проявлениях
2. Недоношенная беременность
3. Поперечное и косое положение плода
2. 4. Предлежание плаценты

№ 5. Причины формирования анатомически узкого таза в подростковом периоде:

1. *Гормональные нарушения (гиперандрогения), тяжелый труд
2. Вредные привычки
3. ОРВИ
1. 4. Аллергические заболевания

Критерии оценки тестового контроля (стандартизированный контроль - тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Перечислите особенности течения беременности и родов при внутриутробной инфекции (бактериальной, гриппе, краснухе, полимиелите, орнитозе, токсоплазмозе и т.д.).

2. Искусственный разрыв плодного пузыря. Показания, условия, техника и исходы.
3. Характеристика полной и частичной отслойки плаценты.
4. Нарушение процессов отделения плаценты и выделения последа. Причины, профилактика, диагностика и лечение.
5. Трещины сосков и патологический лактостаз. Причины, клиника, диагностика, профилактика и лечение.

Критерии оценки при собеседовании (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача № 1. Первобеременная Я., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 8 часов назад.

Менструальная функция не нарушена, половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было. Соматически здорова.

Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 40 см, рост 166 см, масса тела 72 кг. Положение плода продольное, I позиция, передний вид, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода - 4000 гр. Схватки по 25-30 секунд через 4-5 минут, слабой силы, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, вскрылся при влагалищном исследовании, излилось небольшое количество светлых вод. Предлежат ягодичы, прижаты ко входу в малый таз, крестец обращен кпереди и влево, линия интертрохантерика в левом косом размере таза. Емкость таза удовлетворительная, CD - 13 см.

Начата стимуляция родовой деятельности внутривенным капельным введением окситоцина в течение 3 часов, которая эффекта не дала: схватки остаются слабой силы, короткие, через 4-5 минут по 30 секунд.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения родов.
3. Возможные осложнения при тазовом предлежании для матери и плода и их профилактика.

Эталон ответа:

1. Беременность I, 40 недель. Роды I, срочные, I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Тазовое предлежание плода. Неэффективность родостимуляции.
2. Учитывая длительность родового акта в течение 11 часов, неэффективность родостимуляции, тазовое предлежание плода и его доношенность, с целью получения живого нетравмированного плода необходимо завершить роды операцией кесарево сечение.
3. Осложнения для матери – травма тканей родового канала, гипотоническое или атоническое кровотечение в последовом или послеродовом периодах. Осложнения для плода – интранатальная гипоксия, гибель, травматизация. Профилактика – рациональное ведение (наблюдение за динамикой открытия шейки матки, нарастанием родовой деятельности, введение утеротонических средств после рождения плода, контроль за сердечной деятельностью плода – КТГ, введение средств, улучшающих маточно-плацентарный кровоток) и завершение родов (своевременное кесарево сечение).

Задача № 2. В родильное отделение поступила в первом периоде родов повторно-родящая 30 лет. Последний раз посещала женскую консультацию 10 дней назад. Самочувствие удовлетворительное. I роды закончились самопроизвольно живым ребенком 6 лет тому назад; в течении последующих 3-х лет было 2 искусственных аборта, произведенных в больнице; 2 года назад были вторые роды, закончились операцией кесарева сечения по поводу предлежания плаценты. В послеоперационном периоде было повышение температуры до 37,6-37,8°C, получала антибактериальную терапию с первого дня операции. Ребенок жив, развивается хорошо. Женщина правильного телосложения, таз нормальных размеров, плодный пузырь цел. Открытие I палец. Сердцебиение плода ясное, положение продольное, предлежит головка. При пальпации рубца на матке определяется истончение в области обоих углов и его болезненность.

1. Правильно ли было ведение беременной в женской консультации, есть ли дефекты наблюдения?
2. Врачебная тактика.
3. Метод родоразрешения.

Эталон ответа:

1. Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, женщине должна была быть проведена УЗ-визуализация рубца на матке, и ее необходимо было госпитализировать в акушерский стационар III уровня заблаговременно (в 36 недель) для родоразрешения операцией кесарево сечение в плановом порядке.
2. Снять родовую деятельность, провести профилактику акушерского кровотечения и обеспечить проведение экстренного родоразрешения.
3. Операция кесарево сечение в экстренном порядке с иссечением «старого» рубца.

Задача № 3. Роженица Л., 28 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью и доношенной беременностью.

Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 25 лет, вес плода 4200. Вторая - закончилась медицинским абортom при сроке беременности 7-8 недель, без осложнений; третья - 2 года назад - медицинский аборт при сроке беременности 8-9 недель. Через неделю после аборта по поводу кровянистых выделений было произведено повторное выскабливание полости матки.

Данная беременность 4-ая, развивалась без осложнений. Схватки начались 4 часа

назад, воды излились 1 час назад.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 160 см, масса тела 75 кг. По органам без патологии. АД - 110/70 - 120/70 мм рт.ст. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Определяется выраженная шейно-головная борозда между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода - 4200-4300 гр.

Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, сильные, резко болезненные. Симптом Вастена положительный.

Влагалищное исследование - наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, раскрытие 8 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подбородок. Лицевая линия стоит в правом косом размере. Подбородок обращен к правому крестцово-подвздошному сочленению. Крестцовая впадина свободна.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения родов.
3. Возможные осложнения в родах при данном вставлении.

Эталон ответа:

1. Беременность IV, 40 недель. Роды II, срочные, II период родов. Головное предлежание, лицевое вставление. Клинически узкий таз.
2. Необходимо снять родовую деятельность, завершить роды операцией кесарево сечение в экстренном порядке.
3. Возможные осложнения для матери – разрыв матки и внутреннее кровотечение, травма мочевого пузыря. Возможные осложнения для плода - интранатальная гипоксия, гибель.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем доклада:

1. Физиотерапевтические и нетрадиционные методы профилактики и лечения невынашивания беременности.
2. Родовая деятельность. Биохимические аспекты ее развития в норме и при АРД.
3. Антенатальная гибель плода. Изменения в системе мать-матка-плацента-плод.
4. Особенности изменений на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровнях при гестозах.
5. Роль биологически активных веществ маточно-плацентарного комплекса в развитии нормальной беременности и ее осложнений.

Критерии оценки доклада:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению

данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины Форма промежуточной аттестации в 7 семестре -зачет,8 семестре-экзамен.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет – результат промежуточной аттестации за 7 семестр, не являющийся завершающим изучением дисциплины «Акушерство», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Экзаменационный билет содержит четыре вопроса (теоретические и практические)(II).

Критерии выставления оценок (III):

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ОПК-4

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а так же проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Организация акушерско-гинекологической помощи в РФ. Трехуровневая система родовспоможения. Маршрутизация беременных.
2. Основные качественные показатели работы акушерской службы.
3. Вопросы медицинской деонтологии и этики в акушерстве.
4. Диагностика беременности.
5. Физиологическое течение беременности. Изменения в организме женщины во время беременности.
6. Ведение беременности в женской консультации.
7. Кабинет антенатальной охраны плода.
8. Структура акушерского стационара.
9. Законодательство РФ по охране материнства и детства. Льготы беременным и кормящим матерям.
10. Определение предполагаемой даты родов и времени предоставления дородового отпуска.
11. Акушерская номенклатура.
12. Методы обследования в акушерстве.
13. Плод как объект родов.
14. Женский таз с акушерских позиций. Пельвиометрия. Плоскости полости малого таза, проводная ось малого таза. Угол наклона таза. Методы измерения истинной конъюгаты.
15. Строение тазового дна. Классификация разрывов промежности.
16. Особенности строения шейки матки, ее изменения во время беременности.
17. Строение и основные функции плаценты, плодных оболочек, пуповины. Фетоплацентарный комплекс.
18. Современные методы диагностики состояния плода.
19. Антенатальная кардиотокография.
20. Интранатальная кардиотокография.
21. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам. Гигиена и диетика беременных.
22. Предвестники родов. Оценка степени зрелости шейки матки.
23. Роды. Классификация. Причины наступления родов.
24. Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
25. Биомеханизм родов в заднем виде затылочного предлежания.
26. Первый период родов. Особенности течения, ведение.
27. Второй период родов. Особенности течения, ведение. Защита промежности. Определение местоположения головки плода в родах.
28. Третий период родов. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
29. Обезболивание родов.

30. Физиологическая кровопотеря в родах. Методы оценки. Механизм возникновения и прекращения.
31. Осмотр родового канала после родов. Особенности раннего послеродового периода. Уход за родильницей. Профилактика послеродовых осложнений.
32. Физиологический послеродовый период.
33. Грудное вскармливание. Оптимальная продолжительность. Противопоказания.
34. Ранний неонатальный период. Первичная обработка новорожденного. Оценка новорожденного по шкале Апгар.
35. Разгибательные вставления головки плода. Классификация, причины.
36. Тазовое предлежание. Особенности течения беременности и родов. Этиология, диагностика, классификация. Биомеханизм родов. Акушерские пособия при тазовых предлежаниях.
37. Особенности течения родов при ножном предлежании. Современные рекомендации по способу родоразрешения.
38. Кесарево сечение в современном акушерстве.
39. Неправильное положение плода. Классификация, причины, диагностика, тактика.
40. Слабость родовой деятельности.
41. Многоплодная беременность. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности и родов.
42. Показания к оперативному родоразрешению во время беременности.
43. Ручное обследование полости матки. Показания, обезболивание, техника.
44. Послеродовый отпуск. Показания для предоставления удлиненного послеродового отпуска.
45. Ранние токсикозы беременных. Птиализм (гиперсаливация) Чрезмерная рвота. Клиника. Диагностика и лечение.
46. Токсикозы I половины беременности. Диагностика. Лечение. Показания к прерыванию беременности.
47. Вызванные беременностью отеки. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Роль женской консультации.
48. Вызванная беременностью протеинурия. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика возможных осложнений. Роль женской консультации.
49. Вызванная беременностью гипертензия. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика возможных осложнений. Роль женской консультации.
50. Патология почек и беременность. Клиника, диагностика, лечение во время беременности, в родах, в послеродовом периоде.
51. Преэклампсия. Клиника, диагностика и лечение во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Реабилитация женщин. Возможные осложнения.
52. Эклампсия во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация, влияние на плод. Современные методы лечения эклампсии.
53. Беременность и гипертоническая болезнь. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
54. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения беременности и родоразрешения.
55. Анемия и беременность. Влияние беременности и родов. Влияние на плод.
56. Острые и хронические инфекции при беременности. Их влияние на плод и новорожденного.
57. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода (резус конфликт, несовместимость по системе АВО и др.)
58. Планирование семьи. Пути снижения абортот. Контрацепция.
59. Контрацепция в послеродовом периоде.
60. Преждевременные роды. Течение преждевременных родов. Этиология, клиника, ведение. Профилактика невынашивания.

61. Перенашивание беременности. Течение беременности и родов. Влияние на плод. Диагностика, профилактика и терапия осложнений, связанных с перенашиванием.
62. Аномалии родовой деятельности. Слабость родовых сил. Этиология, клиника, диагностика и терапия. Дискоординированная родовая деятельность.
63. Несвоевременное (преждевременное, раннее, запоздалое) излитие околоплодных вод и тактика врача.
64. Узкий таз. Анатомически и клинически узкий таз. Особенности течения беременности и родов при узком тазе. Методы диагностики клинически узкого таза.
65. Анатомическая характеристика узкого таза, его формы и степени сужения.
66. Крупный плод. Особенности течения родов. Профилактика осложнений.
67. Неправильные положения плода и способы их исправления во время беременности. Наружный акушерский поворот.
68. Особенности ведения беременности и родов при поперечном положении плода. Классический поворот при полном открытии шейки матки. Показания, условия, техника и исходы для матери и плода. Современные рекомендации.
69. Ведение родов при многоплодной беременности и поперечном положении второго плода, выявленном в начале второго периода родов. Классический (наружно-внутренний) поворот плода на ножку, извлечение за ножку.
70. Извлечение плода за тазовый конец и за ножку. Показания, условия, техника и исходы для матери и плода.
71. Предлежание плаценты. Этиология, клиника, диагностика, лечение, ведение родов.
72. Нарушение процессов отделения плаценты и выделения последа. Этиология, клиника, тактика врача.
73. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
74. Родовой травматизм. Разрывы шейки матки. Классификация. Клиника. Диагностика. Техника восстановления.
75. Техника наложения швов при разрывах промежности.
76. Гипоксия плода. Этиология. Методы диагностики, лечения и профилактики.
77. Кровотечение во II-й половине беременности. Причины. Дифференциальная диагностика. Тактика врача.
78. Гипо- и атонические кровотечения. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Поэтапное ведение, профилактика. Методы оценки кровопотери. Показания к переливанию крови.
79. Геморрагический шок в акушерстве.
80. Разрывы матки. Этиология. Механизмы возникновения. Классификация. Клиническая картина, диагностика, лечение и профилактика угрожающего, начавшегося и совершившегося разрыва матки.
81. Воспалительные заболевания в послеродовом периоде. Этиология, патогенез, классификация.
82. Послеродовый эндометрит. Этиология, патогенез, клиника. Длительное проточное промывание полости матки
83. Перитонит. Генерализованная инфекция. Особенности течения, диагностики и терапии в современных условиях.
84. Трещины сосков. Маститы. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика заболеваний молочных желез.
85. Асфиксия новорожденного. Оценка состояния новорожденного. Методы реанимации, специальный уход после интенсивной терапии.
86. Вакуум-экстракция плода.
87. Акушерские щипцы, строение. Выходные акушерские щипцы. Показания, условия, техника наложения выходных щипцов. Показания, условия, обезболивание. Осложнения.
88. Плодоразрушающие операции. Показания, условия, инструментарий, техника.

89. ДВС - синдром в акушерстве.

90. Фармакотерапия беременности (основные гормональные, витаминные, антибактериальные и сокращающие препараты, применяющиеся во время беременности).

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1

Первородящая Ж., 22 лет, поступила в родильный дом спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежащая часть-голова. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,17 Гц (130 уд/ мин).

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края её тонкие, отверстие открыто на один палец. Плодный пузырь цел, напряжен, расположение головы плода не удается определить из-за опасности раннего вскрытия плодного пузыря.

Вопросы:

Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет темп раскрытия шейки матки?

Характер схваток в первом периоде родов. Плодный пузырь. Ранее отхождение околоплодных вод.

Продолжительность первого периода родов у этой роженицы. Факторы риска плода в родах.

Задача 2

Повторнородящая И., 23 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Беременность вторая, первые роды 2 года назад протекали нормально. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД 125/80 мм рт. ст.. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая гол малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище широкое, шейка матки укорочена, края её толстые. Отверстие пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Расположение предлежащей головы плода не определяется из-за опасности раннего разрыва плодного пузыря.

Вопросы: Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Характер раскрытия отверстия матки. Продолжительность и название первого периода родов. Передние и задние околоплодные воды. Когда отхождение вод считается своевременным? Продолжительность первого периода родов у этой роженицы. Коррекция жизнедеятельности плода в первом периоде родов.

Задача 3.

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 16 ч. отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, А/Д 120/ 80 мм. рт. ст. Окружность живота 100см, высота стояния дна матки - 32 см. Размеры таза: 25–28- 30-20 см. Положение плода продольное, предлежащая часть голова плотно вставилась во вход в малый таз, но большая часть ее находится над входом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд.\ в мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к лобковому симфизу, лежит ниже других точек головы.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это? Проводная точка головы плода при этом предлежании.

Задача 4.

Первородящая Ч., 23 года находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 15 ч. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Состояние удовлетворительное, АД – 125/85 мм.рт.ст. Окружность живота – 99 см, высота стояния дна матки – 30 см, размеры таза – 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, предлежащая головка в полости таза и при наружном исследовании над входом в таз не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./мин, слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Крестцовая впадина полностью заполнена головой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов головы плода стоит в прямом размере таза, малый родничок обращен к лобковому симфизу, лежит ниже большого родничка.

Вопросы: Характер предлежащей части и вид предлежания. В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это. Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина, окружность головы, соответствующая этому размеру? 5. Проводная точка головы плода при этом предлежании.

Задача 5.

Первородящая М., 22 года, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 12 ч. Только что отошли воды светлые, в умеренном количестве, околоплодные воды, начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, А/Д 120/70 мм. рт. ст. Окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки – 31 см, размеры таза 25 – 28- 31- 20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода над входом в таз, определяется незначительная часть головы. сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд / мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие полное, плодный пузырь вскрыт. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к крестцу, большой - справа, ближе к лобку. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании.

Задача 6.

Повторнородящая А., 30 лет находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 9 ч. Только что отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное А\ Д 120\75 мм. рт.ст. Окружность живота – 102 см, высота стояния дна матки – 31 см, размеры таза – 25 – 28- 30- 20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд. в мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, ближе к лобковому симфизу и лежит ниже других точек головы. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании?

Задача 7.

Повторнородящая К., 29 лет находится в родах, начавшихся в срок. Спустя 12 часов от начала регулярных схваток отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное А\ Д 120\70 мм. рт.ст. Окружность живота – 100 см, высота стояния дна матки – 30 см, размеры таза – 26– 29- 31- 21 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода полностью находится в полости таза и при наружном исследовании не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд. в мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность лобкового сочленения заняты головой. Легко достигаются только нижний край сочленения, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок определяется справа, обращен к крестцу, большой слева, ближе к симфизу, оба родничка стоят на одном уровне.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании?

Задача 8.

У роженицы М., через 16 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок мужского пола массой 3200г. Голова мальчика долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром в области малого родничка. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

При каком предлежании головы плода произошли описанные роды? Проводная точка головы при этом предлежании. Каким размером головы проходил плод при описанных родах? Измерение этого размера на голове плода. Величина его окружности головы, соответствующей этому размеру.

Задача 9.

У роженицы Л., через 18 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок женского пола массой 3100г. Голова у девочки долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром посередине между большим и малым родничком. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

1. При каком предлежании головы плода произошли описанные роды? 2. Проводная точка головы при этом предлежании. 3. Каким размером головы проходил плод при описанных родах? 4. Измерение этого размера на голове плода. Величина его окружности головы, соответствующая этому размеру.

Задача 10.

Повторнобеременная, повторнородящая, 30 лет, в родах 10 часов.

По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева 7-8 см., большой и малый роднички на одном уровне, емкость таза достаточная. Предполагаемая масса плода » 3000 г. В анамнезе затяжные роды, вес ребенка 2900 г.

Диагноз? Особенности течения родов при данной ситуации. Перечислите моменты биомеханизма родов. Что является проводной точкой при данном биомеханизме родов?

Задача 11.

Первобеременная, первородящая, в родах 20 часов. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, 124 уд/мин. По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева почти полное, прощупываются нос, подбородок, обращенный к крестцу, надбровные дуги, лобный шов.

Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача 12.

Повторнородящая 33 лет, после 10 часов хорошей родовой деятельности поступила в родильный дом. Размеры таза нормальные. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Предполагаемая масса плода » 4000,0, с/б плода 136 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие ш/м почти полное, стреловидный шов в поперечном размере, справа малый родничок, слева – большой ниже малого. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 13.

Повторнородящая 20 лет доставлена машиной скорой помощи с диагнозом: Беременность 26 недель, головное предлежание, I период родов. Воды излились час тому назад.

Сердцебиение плода 140 уд/мин. ясное, ритмичное. При влагалищном исследовании: открытие ш/м полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, лобный шов в поперечном размере таза, достигается передний угол большого родничка, глазницы, корень носа. Мыс не достигим, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 14.

Повторнородящая 28 лет поступила с хорошей родовой деятельностью в течение 6 часов с целыми водами. Таз размерами 24 – 28 – 30 – 20. Предполагаемая масса плода » 3200,0.

Сердцебиение – 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: раскрытие ш/матки полное, плодный пузырь цел., предлежит головка плода. Лицевая линия в правом косом размере входа в малый таз, подбородок слева спереди, надбровные дуги и нос – справа сзади.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 15.

Многорожавшая женщина поступила с жалобами на сильные и очень болезненные схватки, между которыми матки не расслабляется. Родовая деятельность в течение 6 часов. Обнаружено: передняя брюшная стенка перерастянута, живот отвислый. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода после схватки учащается до 180 уд/мин и плохо восстанавливается. Предполагаемая масса плода » 4100,0. При влагалищном исследовании: открытие ш/м полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, стреловидный шов в поперечном размере, близко к лону, во время схватки отмечается резкая конфигурация, задняя теменная кость находит на переднюю. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 16.

Первородящая 20 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, в течение 16 часов. В приемном покое излились светлые околоплодные воды в количестве 1,5 л. При влагалищном исследовании: открытие ш/м полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода. Стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, малый родничок спереди, большой сзади. Мыс не достижим.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 17.

В родильное отделение доставлена повторнородящая в связи с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе: 3 года назад кесарево сечение по поводу прогрессирующей хронической гипоксии плода. Послеоперационный период осложнился нагноением и полным расхождением шва на передней брюшной стенке. При поступлении регулярной родовой деятельности нет, но периодически матка приходит в тонус. В дне матки определяется крупная баллотирующаяся часть плода. Над входом в малый таз пальпируется крупная мягкая часть плода. Сердцебиение плода ясное ритмичное 138 уд в 1 мин. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3500 гр. При пальпации над лоном имеется некоторая болезненность по ходу рубца на матке, а также углубление. УЗИ выявило неравномерность толщины рубца на матке (от 2 до 5 мм). При влагалищном исследовании определяется: влагалище средней емкости, шейка матки расположена по оси таза, мягкая, цервикальный канал проходим для 2 см . Мыс не достигается , экзостозов в полости таза нет.

Диагноз? Тактика?

Задача 18.

Беременная Ч.З, 40 лет, поступила в родильный дом с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе 4 нормальных родов, последние - 9 лет назад. Лечилась по поводу вторичного бесплодия. Во время беременности дважды находилась на лечении в отделении невынашивания по поводу угрозы прерывания беременности. При поступлении - дно матки на 29 см на лоном, ОЖ 96 см, в дне матки определяется небольшая плотная головка плода. Сердцебиение плода колеблется от 120 до 175 ударов в мин.

При влагалищном исследовании: Влагалище емкое, шейка матки по оси таза, укорочена до 1,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 5 см. за завом определяется мягкая предлежащая часть, во влагалище – ножка плода. Подтекают грязные воды.

Диагноз, Тактика.

Задача 19.

Беременная К.А., 34 лет поступила с родовой деятельностью. Беременность доношенная, первая. Беременность наступила после 6-летнего периода бесплодия, протекала с рецидивирующей угрозой прерывания. При поступлении схватки через 5-7 минут по 20 - 25 сек., умеренно болезненные. Сердцебиение плода 148 уд в мин. ВДМ 39см, ОЖ 104 см. Размеры таза 25-27-30-20 см. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз.

При влагалищном исследовании установлено, что шейка матки по оси таза, размягчена в области цервикального канала, внутренний зев в виде плотного шнура. Открытие цервикального канала на 3 см. Во время исследования излились околоплодные воды, в небольшом количестве, но головка не имеет тенденции к вставлению во вход в малый таз. Диагноз, тактика ведения родов.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача № 1

Беременная А., 35 лет поступила в родильный дом с начавшейся родовой деятельностью при сроке 36 недель с жалобами на головную боль и головокружение, появившиеся 2 дня назад.

Из анамнеза. Два года назад при осмотре обнаружено повышение артериального давления. После проведенного лечения за мед. помощью не обращалась. Настоящая беременность 3-я. Состоит на учете в женской консультации с 12-недельного срока, АД постоянно равно 140/90 мм рт ст, белок в моче не обнаружен, отеков нет. От предложенной госпитализации отказалась, рекомендованное лечение значительно улучшало общее самочувствие.

Объективно. Жалобы на головную боль, повышенную утомляемость, отеков нет, АД 150/90 мм рт ст на левой и 155/90 мм рт ст на правой руке. Частота пульса 80 уд/мин. Со стороны сердца отмечено небольшое расширение границ влево и акцент 2-го тона над аортой.

Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лобком 33 см. Положение плода продольное, предлежащая часть головка над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки укорочена, раскрытие маточного зева на 2 см, плодный пузырь цел, предлежащая часть головка над входом в малый таз.

Анализ мочи: относительная плотность - 1012, белка нет.

Остаточный азот крови -21,4 ммоль/л.

Исследование глазного дна - соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают при беременности и в родах у таких больных?
4. Лечение и план ведения родов.

Задача № 2

Беременная 29 лет, живет в сельской местности. При беременности сроком 30 недель явилась на консультацию к врачу акушеру-гинекологу и была направлена в отделение патологии беременных с жалобами на слабость, жажду, чувство ненасытного голода, повышенное употребление жидкости - до 5-6 литров в сутки, кожный зуд, обильное мочеотделение.

Женщина желает сохранить беременность, но опасается, так как в прошлом году при таких же явлениях у нее на 7-м месяце беременности произошли преждевременные роды мертвого плода массой 2600 г.

Настоящая беременность вторая, в женской консультации не наблюдалась.

Объективно. Окружность живота - 96 см, высота стояния дна матки - 29 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 138 уд/мин.

Клинические показатели крови и мочи в норме. Уровень глюкозы в крови - 10,2 ммоль/л, в моче - 5 ммоль/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают во время беременности при данной патологии?
4. Ведение беременности при данной патологии.

Задача № 3

Беременная 23 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 32 недели и жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, постоянное сонное состояние, мелькание мушек перед глазами, утомляемость. Такие ощущения стала отмечать после 20 недель беременности. Из анамнеза установлено, что беременная болеет хроническим гастритом и гепатохолециститом.

Объективно. Кожа и слизистые бледной окраски. Пульс 86 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70 мм рт ст. Со стороны сердца выявлен слабый систолический шум над верхушкой.

Данные акушерского обследования. Высота стояния дна матки между мечевидным отростком и пупком. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, предлежит головка. Сердцебиение слева ниже пупка.

Размеры таза: 26-28-31-21 см.

Анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, цветовой показатель - 0,8, СОЭ-48 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. План обследования и лечения беременной.

Задача № 4

Беременная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в отделение с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела - 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Беременность первая. Начиная с 16-й недели, периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный.

Анализ мочи - все поле зрения покрыто лейкоцитами. АД - 130/90 мм рт ст, пульс - 106 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. При пальпации матка в повышенном тоне.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План обследования и лечения больной.
3. Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача № 5

Беременная 38 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 32 недели и с жалобами на головную боль, слабость, появившиеся 3 дня назад.

Из анамнеза. Год назад при осмотре обнаружено повышение артериального давления. Проведена терапия. Настоящая беременность 4-я. Состоит на учете в женской консультации с 14-недельного срока, АД постоянно равно 140/90 мм рт ст, белок в моче не обнаружен, отеков нет. От предложенной госпитализации отказалась, рекомендованное лечение значительно улучшало общее самочувствие вышенную утомляемость, отеков нет, АД 150/90 мм рт ст на левой и 155/90 мм рт ст на правой руке. Частота пульса 82 уд/мин. Со стороны сердца отмечено небольшое расширение границ влево и акцент 2-го тона над аортой.

Положение плода продольное, предлежащая часть головка над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 138 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

Анализ мочи: относительная плотность - 1014, белка нет.

Остаточный азот крови - 21,4 ммоль/л.

Исследование глазного дна - соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают при беременности и в родах у таких больных?

Задача № 6

Беременная 23 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 34 недели и жалобами на общую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, ломкость ногтей и волос. Такие ощущения стала отмечать после 24 недель беременности. Из анамнеза установлено, что беременная болеет хроническим гастритом.

Объективно. Кожа и слизистые бледной окраски. Пульс 84 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70 мм рт ст. Со стороны сердца выявлен слабый систолический шум над верхушкой. В легких везикулярное дыхание.

Данные акушерского обследования. Высота стояния дна матки между мечевидным отростком и пупком. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд/мин.

Размеры таза: 25-27-30-20 см.

Анализ крови: гемоглобин - 88 г/л, цветовой показатель - 0,8, СОЭ-36 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. План обследования и лечения беременной.

Задача № 7

Беременная 26 лет, поступила в наблюдательное отделение с беременностью сроком 26 недель и с жалобами на периодический озноб, резкую боль в правой поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Беременность вторая. Наблюдается в женской консультации с 12 недель. Начиная с 20-й недели, периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Симптом Пастернацкого положительный справа.

АД - 135/90 мм рт ст, пульс - 104 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. При пальпации матка в повышенном тонусе.

Анализ крови - гемоглобин 100 г/л, лейкоциты - 11×10^9 , СОЭ 48 мм/ч.

Анализ мочи - все поле зрения покрыто лейкоцитами, белок в моче 1 г/л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План обследования и лечения больной.
3. Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача 8

В женскую консультацию обратилась пациентка 24 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2,5 месяцев, тошноту, нагрубание молочных желез. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Беременность желанная, работает воспитательницей в детском саду.

Две недели назад отметила сыпь на лице и груди, повышение температуры до 38° С. Незадолго до этого был контакт с ребенком, больным краснухой. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, ангину.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа чистая, несколько увеличены шейные лимфоузлы. Матка увеличена до 10—11 недель беременности, безболезненная, придатки не пальпируются. Выделения молочного цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. План обследования и лечения больной.
4. Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача 9.

В дородовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 недели. В анамнезе преждевременные роды в 34 недели, отмечалось высокое АД. В детстве перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангиной. На учете у терапевта не состоит.

При данной беременности с 21-23 недель появились отеки ног, белок в моче, повышение АД.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, небольшие отеки ног. Пульс 86 ударов в 1 минуту. АД 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29-30 неделям беременности. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 130 ударов в 1 минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л; микроскопия осадка мочи: лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия.

Анализ мочи по Нечипоренко: л - - 2600, эр - - 25100, гиалиновые цилиндры.

Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания удельного веса 1007—1012.

Диагноз? Тактика? Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

Задача 10

В родильный дом поступила беременная М. 32 лет, в сроке беременности 27 нед. Беременность 3-я, предстоят 3-и роды. Жалуется на боли в правом пояснично-реберном углу, дизурические явления, озноб, t - 37,7. Из анамнеза: ранее соматической патологией не

страдала. Свое состояние связывает с переохлаждением. При обследовании обнаружено: о/а мочи: отн. плотность-1018; лейкоциты- сплошь, бактерии- ++. Матка легко возбудима. С/б плода ясное 148 уд.в мин.

Диагноз Лечение.

Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?