Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Саткинский медицинский техникум»

Утверждаю
Приказ № 129
Директор ГБПОУ «Саткинский медицинский техникум» Галлямова О.С.
«10» июня 2022 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПМ02Лечебная деятельность

МДК 02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи

по специальности

31.02.01Лечебное дело

г.Сатка

2022-2026

Фонд оценочных средствПМ02 Лечебная деятельность МДК02.03Оказание акушеско-гинекологической составлен в соответствии с требованиями ФГОС СПО по специальности 31.02.01 Лечебное дело

Организация-разработчик ГБПОУ «Саткинский медицинский техникум»

Разработчик: Севостьянова И.А.– преподаватель высшей квалификационной категории

Рассмотрена на заседании цикловой комиссии Сестринское дело, Лечебное дело

Протокол № 9 от «11» 05 2022г.

Председатель _____ М.П. Чудинова

Утверждена:
Зам. директора по УВР _____ А.Н. Гильмиярова

СОДЕРЖАНИЕ

1.	**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**	**4**
2.	**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**	**5**
3	**КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕЙ АТТЕСТАЦИИ**	
4	**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ**	**11**
5	**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**	
	2.1 Лечение в акушерстве	**27**
	2.2 Лечение в гинекологии	**65**
5	**КОНТРОЛЬНО - ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**	**110**
6	**ЭТАЛОН ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ**	**170**
7	**СПИСОК ИСПОЛЬЗВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**	**172**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Основной **целью** формирования ФОС является создание материалов для оценки качества подготовки обучающихся в процессе освоения ППССЗ и осуществляется в оценке уровня приобретенных компетенций.

Задачи ФОС:

– контроль и управление процессом приобретения обучающимися необходимых знаний, умений, навыков и уровня сформированности компетенций, определенных в ФГОС СПО по соответствующей специальности;

– оценка достижений студентов в процессе изучения МДК 02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи с выделением положительных/отрицательных результатов и планирование предупреждающих/корректирующих мероприятий;

– обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс техникума.

Фонд оценочных средств включает:

- Контрольно-оценочные средства для проведения текущей аттестации.

- Контрольно-оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по МДК 02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи в виде **экзамена**

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контрольно-измерительные материалы позволяют оценить сформированность следующих профессиональных общих компетенций

Код	**Наименование результатов обучения**
ПК 1.1.	Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.
ПК 1.2	Проводить диагностические исследования.
ПК 1.3.	Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.
ПК 1.4	Проводить диагностику беременности.
ПК 1.5	Проводить диагностику комплексного состояния здоровья ребёнка.
ПК 1.6	Проводить диагностику смерти.
ПК 1.7	Оформлять медицинскую документацию.
ОК 1	Понимать сущность и социальную значимость своей 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 и нести за них ответственность
ОК 4	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего 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 ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ (ВИДА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ)

Результаты (освоенные профессиональные компетенции)	Основные показатели оценки результата	Формы и методы контроля и оценки
ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп	– Представление индивидуальных программ медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов в зависимости от возраста, физиологического состояния и характера заболевания.	- устный контроль; - тестовые задания - решение проблемно-ситуационных задач; - наблюдение и оценка выполнения практических действий в реальных или моделируемых условиях; - выполнение фрагмента истории болезни. - заполнение медицинской документации
ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента	– Грамотное определение тактики ведения пациентов различных возрастов и при различных нозологиях на догоспитальном и госпитальном этапах	
ПК 2.3. Выполнение лечебных вмешательств	– Выполнение лечебных вмешательств в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, с соблюдением правил инфекционной и личной безопасности. – Выполнение требований лечебно-охранительного режима и диетологических принципов лечения.	
ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения	– Анализ проводимого лечения, изменения состояния здоровья пациента и качества его жизни, оценка действия лекарственных препаратов, своевременная смена плана лечения.	
ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента	– Ежедневная оценка и анализ состояния пациента, наблюдение динамики развития заболевания, определение параметров жизнедеятельности организма пациента, оценка изменений показателей лабораторных и инструментальных методов обследования под влиянием проводимого лечения	
ПК 2.6. Организовать	- Своевременное выявление проблем пациента;правильное	

специализированный сестринский уход за пациентом	планирование сестринского ухода за пациентом в зависимости от возраста, пола, нозологии. – Организация взаимодействия с родственниками пациента с соблюдением норм профессиональной этики и обучение их принципам и правилам ухода за пациентом.	
ПК 2.7. Организовать оказание психологической помощи пациенту и его окружению	– Грамотная и корректная организация психологической помощи и поддержки пациентам и их родственниками, близкому окружению с соблюдением норм профессиональной этики. Создание благоприятной психологической среды для пациента и его родственников при проведении лечения.	
ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию	– Полнота, точность, грамотность при заполнении медицинской документации с использованием соответствующей медицинской терминологии в соответствии с предъявляемыми требованиями.	

Формы и методы контроля и оценки результатов обучения должны позволять проверять у обучающихся не только сформированность профессиональных компетенций, но и развитие общих компетенцийи обеспечивающих их умений.

Результаты (освоенные общие 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	– Демонстрация интереса к будущей профессии и понимания ее значимости в современном обществе.	Интерпретация результатов наблюдений за

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество	– Выбор и применение методов и способов решения профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов; – Анализ и оценка эффективности и качества собственной профессиональной деятельности.	деятельностью обучающегося в процессе освоения образовательной программы
ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	– Грамотное решение стандартных и нестандартных профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов различных возрастов, при различной патологии и в различных ситуациях. – Способность анализировать свою профессиональную деятельности и нести ответственность за нее.	
ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития	– Эффективный поиск необходимой информации. – Использование различных источников информации, включая электронные.	
ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности	– Грамотная работа с персональным компьютером, Интернетом, другими электронными носителями на уровне пользователя.	
ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями	– Взаимодействие с обучающимися, преподавателями и представителями практического здравоохранения в ходе обучения. - Грамотное взаимодействие с пациентами и их родственниками в процессе выполнения профессиональной деятельности.	
ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий	– Умение анализировать собственную профессиональную деятельность и деятельность коллег, отвечать за результаты коллективной деятельности. Умение работать в команде, взаимодействовать со студентами и преподавателями, с коллегами по работе и нести ответственность за результат коллективного труда.	

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации	– Организация самостоятельных занятий при изучении профессионального модуля, представление плана самообразования с планом саморазвития и постановкой целей и задач на ближайшее и отдаленное будущее, выбор и обоснование траектории профессионального роста.	
ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности	– Анализ инноваций в сфере здравоохранения при лечении пациентов с использованием передовых технологий и планирование применения их в своей профессиональной деятельности.	
ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия	– Уважительное отношение к пациентам, бережное и толерантное отношение к представителям других национальностей, вероисповеданий и культур, лицам, принадлежащим к различным социальным слоям общества, милосердное отношение к ветеранам всех войн, бережное отношение к историческому наследию своего народа и народов других национальностей и государств.	
ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку	– Ответственное отношение к окружающему миру живой природы, обществу, ответственность за высказывания и поступки, бережное и ответственное отношение к каждому человеку как к личности, включая пациентов.	
ОК 12. Обеспечивать безопасные условия труда в профессиональной деятельности	– Четкое соблюдение техники безопасности, соблюдение инфекционной безопасности, соблюдение личной безопасности при работе с пациентами, обеспечение безопасности для пациентов.	

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей	– Анализ показателей собственного здоровья, регулярные занятия физической культурой и спортом, формирование приверженности здоровому образу жизни, всемерное укрепление здоровья, закаливающие процедуры, своевременное лечение острых заболеваний, обострений хронических заболеваний с целью достижения жизненных и профессиональных целей в пределах программы обучения, построение будущей профессиональной карьеры, использование здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе. Использование профессиональных знаний и умений в целях укрепления собственного здоровья.	
ОК 14. Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей)	– Получение приписного свидетельства и ежегодное прохождение медицинской комиссии в райвоенкомате, исполнение воинского долга по призыву в рядах российской армии, в том числе с применением полученных профессиональных знаний.	

Процент результативности (правильных ответов)	**Качественная оценка индивидуальных образовательных достижений**	
	балл (отметка)	**вербальный аналог**
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые задания для текущего контроля

1. Показания к прерыванию беременности при тяжелом течении позднего гестоза:

а) фетоплацентарная недостаточность

б) повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль\л

в) отсутствие эффекта от лечения гестоза в течение 1 -2 суток

г) олигурия

2. Определите соответствие

Определить соответствия а) легкая рвота б) умеренная рвота в) тяжелая рвота	Симптомы: 1. Рвота до 2-4 раз в сутки 2. Рвота до 20 раз и более 3. Рвота до 10 раз в сутки 4. приравнивается к интоксикации 5. приравнивается к дистрофии 6. приравнивается к неврозу 7. кожа сухая, дряблая 8. температура 37,5^{0}С 9. нет прибавок веса

Эталон ответа:а) 1,6, 9 б) 3,4,8 в) 2, 5, 7

3. Определите соответствие

Определите соответствие: а) водянка б) нефропатия в) преэклампсия г) эклампсия	Симптомы: 1. АД 140/90 мм рт ст 2. отеки на ногах 3. головная боль 4. мелькание мушек перед глазами 5. отек глазного диска 6. клонико-тонические судороги 7. протеинурия

Эталон ответа: а) 2 б) 1, 2, 5,7 в) 3,4 г) 6

4. Определите соответствие

1. Установите соответствия: а) нефропатия 1 степени б) нефропатия 2 степени в) нефропатия 3 степени	1. АД 175/115 мм рт ст 2. Протеинурия до 1 г/л 3. Отеки на руках, ногах передней брюшной стенке 4. АД 140/90 мм рт ст 5. протеинурия до 3 г 6. отеки на ногах 7. общие отеки 8. протеинурия более 3г/ 9. АД 160/100 мм рт ст

Эталон ответов: а) 2, 4. 6 б) 3, 5, 9 в) 1,7,8

5.Для лечения слюнотечения назначают:

а) папаверин

б) полоскание вяжущими средствами

в) церукал

г) седуксен

6. Основным методом лечения рвоты является

а) гипотензивная терапия

б) антигистаминная терапия

в) антибактериальная терапия

г) инфузионная терапия

7. Для лечения рвоты беременной применяют:

а) дибазол

в) церукал

б) магнезия сульфат

г) нитроглицерин

8. Ранние гестозы развиваются на сроке

а) до 12 недель в) до 30 недель

б) после 20 недель г) после 12 недель

9.Для нефропатии 1 степени характерно

а) АД 170/100 мм рт ст **в) отеки на ногах**

б) белок в моче до 1 г/лг) АД 130/90 мм рт ст

10. Для позднего гестоза характерна триада симптомов

а) гипотония г) анурия

б) рвота **д) протеинурия**

в) гипертония е) отеки

11. Симптомы характерные для преэклампсии

а) гипотония **в) головная боль**

б) лейкоцитурия **г) боль в эпигастрии**

12. Осложнения поздних гестозов

а) обезвоживание **в) отслойка сетчатки**

б) клинический узкий таз **г) кровоизлияние в головной мозг**

13. Препараты, применяемые для профилактики гестозов

а) глюконат кальция **в) аспирин**

б) супрастин **г) магне B_6**

14.К группе риска по развитию позднего гестоза относятся

а) здоровые женщины в) первобеременные

б) больные анемиейг) больные пиелонефритом

15. Принцип лечения позднего гестоза

а) антибактериальная терапия

б) гипотензивная терапия

в) дезинтоксикационная

16. Доклиническая стадия позднего гестоза

а) водянка беременной

б) прегестоз

в) рвота беременной

17. Отечный синдром при гестозе лечат

а) путем назначения диуретиков

б) путем нормализации почечного кровотока и ликвидации гиповолемии

18. Для рвоты беременной средней степени тяжести характерно
а) рвота более 20 раз в сутки
б) снижение массы тела
в) запах ацетона изо рта
г) рвота до 10 раз в сутки
19. Для лечения рвоты назначают
а) бисептол **в) церукал**
б) иммодиум г) ампициллин
20.Виды обмена, нарушенные при тяжелой рвоте
а) углеводный
б) жировой, углеводный
в) все виды обмена
21. Чистые гестозы возникают на фоне
а) полного здоровья
б) экстрагенитальной патологии
22. Для лечения гипертонии при поздних гестозах используют
а) адреналин **в) папаверин**
б) фурасемид **г) эуфиллин**
23. Симптомы характерные для преэклампсии
а) снижение массы тела в) кровотечение
б) головная больг) боль в эпигастрии
24. Осложнения поздних гестозов
а) узкий таз
в) ДВС-синдром
б) разрыв матки
д) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
25. Препарат, для лечения гипопротеинемии
а) гемодез **г) раствор альбумина**
б) раствор глюкозы 20% д) раствор бикарбоната натрия 4%
26.Симптомы характерные для эклампсии
а) клонико-тонические судороги
б) головная боль
в) рвота
г) гипоксия плода
27. Для нефропатии 2 степени характерны симптомы
а) протеинурия до 1г/л **в) АД до 170/ 100 мм рт ст**
б) головная боль г) отек глазного диска
28. Для прегестоза характерно
а) патологическая прибавка веса в) отеки
б) гипертония г) протеинурия
28. Водянка беременной 3 степени
а) отеки на ногах
б) ногах, руках, передней брюшной стенке
в) общие отеки

29.Показания к прерыванию беременности при тяжелом течении позднего гестоза:

а) фетоплацентарная недостаточность

б) повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль\л

в) отсутствие эффекта от лечения гестоза в течение 1 -2 суток

г) олигурия

30.Укажите, с какими патологиями связано увеличение количества амниотической жидкости (многоводие):

а) аномалиями центральной нервной системы и дефектами нервной трубки;

б) водянкой плода;

в) пороками опорно-двигательного аппарата;

г) сахарным диабетом у матери.

31. Укажите, с чем сочетается уменьшение количества амниотнической жидкости (маловодие):

а) пороками почек плода;

б) внутриутробной задержкой плода;

в) хромосомными нарушениями;

г) внутриутробным инфицированием.

32. Для исключения истмико-цервикальной недостаточности ультразвуковое исследование целесообразно назначать:

а) с 4-5 недель беременности;

б) с 6-7 недель;

в) с 8-9 недель;

г) с 12-14 недель.

33. Наиболее частыми причинами позднего выкидыша являются:

а) истмико-цервикальная недостаточность

б) низкая плацентация

в) гиперандрогения

г) плацентарная недостаточность

34. Симптомы начавшегося разрыва матки:

а) непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз

б) отсутствие болезненности матки вне схватки

в) кровянистые выделения из половых путей

г) косое положение плода

35. К разрыву матки во время беременности предрасполагают:

а) рубец на матке после операции кесарева сечения

б) метроэндометрит в анамнезе

в) перфорация матки во время аборта

г) миома матки

36. Клиническая картина классическогопослеродового эндометрита:

а) развивается на 1-5 сутки после самопроизвольных или оперативных родов

б) субфебрильная температура

в) умеренные лохии

г) субинволюция матки

37.Частота эндометрита после кесарева сечения зависит от:

а) наличия хронических очагов инфекции у женщин

б) длительности безводного промежутка

в) шовного материала

г) длительности родов

38. Субинволюция матки после самопроизвольных родов обусловлена:

а) остатками плацентарной ткани, оболочек

б) особенностью расположения матки

в) лохиометрой

г) многоплодной беременностью

39. В лечении послеродового эндометрита необходимо применить:

а) антибиотики широкого спектра действия

б) инфузионную терапию

в) вакуум-аспирацию или кюретаж матки

г) всё перечисленное верно

40. Причинами травмы мочевого пузыря в родах являются:

а) разрывы матки по старому рубцу

б) несоответствие разреза на матке размерам плода

в) клинически узкий таз

г) нарушение техники влагалищных родоразрешающих операций

41. К противопоказаниям применения токолитиков во II триместре беременности относят:

а) антенатальную гибель плода

б) сахарный диабет II типа

в) тиреотоксикоз

г) преждевременную отслойку плаценты

42. Патогенетические механизмы позднего гестоза:

а) снижение объема циркулирующей крови

б) снижение объема циркулирующей плазмы

в) повышение вязкости крови

г)снижение объема циркулирующих эритроцитов

43. Для сочетанных форм позднего гестоза характерно:

а) раннее начало (в конце 2-го триместра беременности)

б) преобладание симптомов экстрагенитального заболевания, на фоне которого развился гестоз

в) нарушение маточно-плацентарного кровотока

г) обязательное наличие триады Цангенмейстера

44. Основными причинами слабости родовой деятельности являются:

а) регидность шейки матки

б) снижение уровня эндогенных простагландинов

в) несоответствие между размерами головки плода и тазом матери

г) длительный прелиминарный период

45. Ультразвуковую картину фибромы яичника следует дифференцировать с:

а) эндометриоидной кистой;

б) зрелой тератомой;

в) субсерозным миоматозным узлом;

г) текомой яичника.

46. Для дифференциальной диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с тенденцией к центрипетальному росту ультразвуковое исследование проводится:

а) в секреторную фазу;

б) в раннюю пролиферативную фазу;

в) в позднюю пролиферативную фазу;

г) в фазу десквамации.

47.Основным дифференциальным признаком парооварiальной кисты по данным ультразвукового исследования является:

а) размер образования;

б) структура образования;

в) наличие капсулы и пристеночного включения;

г) визуализация интактного яичника с рядом расположенным образованием.

48. Наиболее характерная структура эндометриоидной кисты по данным ультразвукового исследования:

а) анэхогенная с тонкими перегородками;

б) гиперэхогенная;

в) кистозно-солидная;

г) гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью.

49. Визуализацию внутриматочного контрацептива в цервикальном канале характеризует:

а) нормальное расположение ВМК;

б) низкое расположение ВМК;

в) перфорация;

г)экспульсия ВМК

50. Для ретанционных кист яичников по данным ультразвукового исследования характерно:

а) анэхогенная или гипоэхогенная структура;

б) тонкая капсула;

в) боковые тени;

г) выраженный эффект усиления.

51. Клинические проявления гемолитической болезни новорожденного включают:

а) билирубиновую интоксикацию

б) анемию

в) желтуху

г) нарушение функции почек и печени

52. К условиям возникновения резус конфликтной беременно относят:

а) аборты в анамнезе у резус-отрицательной беременной

б) переливание в анамнезе несовместимой крови по резус-фактору

в) сенсибилизацию матери к резус- фактору

г) наличие резус-отрицательного плода у резус-отрицательной матери

53. Условия вторичного наложения швов на промежность в послеродовом периоде:

а) отсутствие раневого отделяемого

б) отсутствие инфильтрата по линии разрыва

в) нормальная температура тела

г) разрыв промежности III - IV степени

54.Повторноберемeная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах 14 часов. Открытие шейки матки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание тазовое. Безводный промежуток 10 часов. На КТГ- гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые. Показана следующая акушерская тактика:

а) начать профилактическую антибактериальную терапию

б) лечение гипоксии плода

в) стимуляция родовой деятельности в/в введением окситоцина и/или простагландинов

г) провести операцию кесарева сечения

55. В комплексных схемах для стимуляции родовой деятельности применяют:

а) окситоцин, простагландины

б) АТФ, сигетин

в) глюкозу

г) галаскорбин, аскорбиновую кислоту

56. Если предлежащая часть плода с началом родовой деятельности не прижата ко входу в малый таз, следует предположить наличие:

а) анатомически узкого таза

а) предлежания плаценты

б) клинически узкого таза

в) анэнцефалии плода

57. Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения при живом плоде являются:

а) тазовое предлежание плода

б) передний вид лицевого вставления головки плода

в) передне-теменное вставление головки плода

г) лобное вставление головки плода

58. Для профилактики послеоперационных септических осложнений в послеоперационном периоде применяют:

а) аспирационно-промывное дренирование полости матки

б) антибактериальную терапию

в) утеротоническую терапию

г) физические факторы

59. Кесарево сечение показано при:

а) тазовом предлежании крупного плода

б) ножном предлежании плода в сочетании с плоским тазом у беременной

в) ножном предлежании плода мужского пола у первородящей

г) тазовом предлежании плода и дородовом излитии вод

60. Основные показатели коагулопатии потребления:

а) снижение концентрации фибриногена

б) снижение концентрации протромбина

в) снижение количества тромбоцитов

г) аггрегация тромбоцитов

61. Для полного истинного приращения плаценты характерно:

а) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода

б) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода

в) острый ДВС- синдром

г) отсутствие кровянистых выделений из половых путей в раннем послеродовом периоде

62. УЗИ критерии диагностики ассиметричной формы задержки роста плода:

а) уменьшение количества околоплодных вод

б) уменьшение размеров печени у плода

в) наличие пороков развития почек у плода

г) гипотрофия туловища при обычных размерах головки

63. При каком типе плаценты возможно развитие трансфузионного синдрома у близнецов:

а) бихориальной-биамниональной раздельной
б) бихориальной-биамниональной слившейся
в) при любом типе плаценты
г) монохориальной

64. Аномалии плаценты, ведущие к развитию ассиметричной формы задержки плода:
а) предлежание плаценты
б) гемангиома плаценты
в) диффузные множественные инфаркты
г) трансфузионный синдром близнецов при монохориальной плаценте с большим артериовенозным шунтом

65. КТГ - признаками страдания плода являются:
а) наличие спорадических акцелераций
б) синусоидальный ритм
в) вариабельность базального ритма более 150-155 уд в мин
г) наличие поздних децелераций

66. Клинические симптомы угрожающего разрыва матки:
а) болезненность нижнего сегмента
б) интенсивная родовая деятельность
в) затрудненное мочеиспускание
г) отёк шейки матки

67.Показания к перинео- или эпизиотомии:
а) ригидная промежность
б) преждевременные роды
в) угрожающая асфиксия плода
г) тазовое предлежание плода

68. Клинические признаки серозного послеродового мастита:
а) покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе
б) боли в молочной железе на стороне поражения
в) температуры тела 38-39°
г) гнойные выделения из соска молочной железы

69. К первому этапу развития послеродовой инфекции относятся:
а) эндометрит
б) пельвиоперитонит
в) послеродовая язва
г) метротромбофлебит

70. Основные причины акушерского септического шока:
а) эндометрит
б) мастит
в) пиелонефрит
г) перитонит

71. Полиорганная недостаточность может быть следствием:
а) сепсиса
б) ДВС-синдрома
в) эклампсии
г) многоводия

72. Причины невынашивания беременности:
а) антифосфолипидный синдром
б) наличие антител к хорионическому гонадотропину

в) нарушение функции щитовидной железы

г) вирилизирующая дисфункция коры надпочечников (АГС)

73. Лабораторные и клинические изменения при антифосфолипидном синдроме у беременных:

а) тромбоцитопения

б) внутриутробная гибель плода

в) внутриутробная задержка роста плода

г) венозные тромбозы

74. ДВС может быть следствием:

а) эклампсии

б) антенатальной гибели плода

в) эмболии околоплодными водами

в) многоплодной беременности

75. Для развития ДВС при мертвом плоде имеет значение:

а) срок беременности

б) наличие отягощенного акушерского анамнеза

в) наличие пороков развития плода

г) длительность пребывания мертвого плода в матке

76. Уровень альфа-фетопротеина в крови беременной повышается при:

а) нормальном развитии плода

б) пороке развития почек

в) гипоксии плода

г) пороке развития нервной трубки плода

77. Эхокардиографическими признаками плаценты, характерными для гемолитической болезни являются:

а) уменьшение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и повышение ее преждевременного старения

б) толщина плаценты соответствует гестационному сроку, но имеется преждевременное ее старение

в) увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком без УЗ признаков ее старения

г) увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и преждевременное ее старение

78. УЗ критерием низкого прикрепления плаценты во II триместре является расположение ее нижнего края выше внутреннего зева на:

а) 24 см

б) 16 см

в) 10 см

г) 5 см

79. УЗ исследование, как скрининговый метод, проводят в следующих сроках беременности:

а)12-14 нед**.**

б) 16-18 нед.

в) 36-37 нед.

г) 39 нед.

80. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и кровопотере 250 мл роженице показано:

а) родостимуляция окситоцином

б) кесарево сечение

в) родостимуляция простагландинами,

г) амниотомия

81. К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относят:

а) резкую болезненность схваток

б) повышение базального тонуса матки

в) уплотнение краев шейки матки в схватку

г) плоский плодный пузырь

82 Дистоция шейки матки - это:

а) ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений травматического характера

б) ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений воспалительного характера

в) угрожающий разрыв матки

г) нарушение крово - и лимфообращения из-за дискоординированного характера сокращений матки

83. Показаниями к операции кесарево сечение в плановом порядке являются:

а) бесплодие в анамнезе

б) рождение травмированных детей или мертворожденного в анамнезе

в) хроническая гипоксия плода

г) множественная миома матки

84. Показаниями к операции кесарева сечения в родах при тазовом предлежании живого доношенного плода являются:

а) отсутствие эффекта от родовозбуждения окситоцином на протяжении 3-4 часов безводного промежутка

б) крупный плод

в) слабость родовой деятельности

г) выпадение петель пуповины при раскрытии маточного зева до 8 см и ножном предежании плода

85. Показаниями для экстирпации матки при проведении кесарева сечения являются:

а) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и развитие матки Кувелера

б) некроз субсерозного миоматозного узла

в) гипотония матки

г) истинное приращение плаценты

86. Развитие тахикардии у женщин с эклампсией зависит от:

а)гипоксии

б) нарушения сердечной проводимости

в) интоксикации, обусловленной нарушением метаболизма

г) снижение ОЦК

87. Показания к досрочному прерыванию беременности при гестозе:

а) длительное течение гестоза и неэффективность комплексной терапии в течение 1-2 недели

б) прогрессирование фетоплацентарной недостаточности

в) задержка внутриутробного развития плода

г) нарушение концентрационной способности почек у беременной

88. Для оценки тяжести позднего гестоза следует учитывать:

а) уровень диастолического АД (в мм. рт. ст.)

б) суточную потерю белка в моче

в) уровень пульсового АД

г) всё перечисленное верно

89. При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты характерно:

а) высокое расположение предлежащей части плода

б) поперечное или косое расположение плода

в) шум сосудов плаценты над лоном

г) гипертонус матки

90. При самопроизвольных родах и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки проводить:

а) в зависимости от величины кровопотери

б) в зависимости от уровня артериального давления

в) не обязательно

г) обязательно

91. Показаниями к применению диуретических препаратов у больных с поздним гестозом являются:

а) анурия

б) высокая гипертензия (180/100 мм. рт. ст. и выше)

в) отеки нижних конечностей

г) отек головного мозга

92. Цилиндрурия наиболее характерна для:

а) позднего гестоза

б) пиелонефрита

в) гломерулонефрита

г) гипертонической болезни

93. К основным звеньям патогенеза позднего гестоза беременных относятся:

а) генерализованная вазоконстрикция

б) гиповолемия

в) ДВС синдрома

г) гиперволемия

94. Метод родоразрешения при неполном предлежании плаценты, кровотечении из родовых путей до 200 мл и открытии маточного зева на 5-6 см:

а) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и родостимуляцией

б) через естественные родовые пути с гемотрансфузией

в) через естественные родовые пути с ранней амниотомией

г) **путем кесарева сечения**

95. Ранними клиническими симптомами позднего гестоза являются:

а) олигурия

б) снижение диуреза

в) повышение пульсового давления

г) повышение диастолического давления

96. Изменения в крови, характерные для Hellp синдрома:

а) резкое повышение уровня трансаминаз

б) количество трансаминаз в норме

в) гиперкалиемия

г)гипокалиемия

97. Сочетанная форма позднего гестоза развивается в:

а) 27-32 недели беременности

б) 33-36 недель беременности

в) 37-39 недель беременности

г) 20-26 недель беременности

98. Терапия беременных с поздним гестозом включает:
а) лечебно-охранительный режим
б) нормализацию микроциркуляции, гиповолемии
в) гипотензивную терапию
г) всё перечисленное верно
99.При гипотоническом кровотечении развивается:
а) гиповолемия
б) геморрагический шок
в) синдром ДВС
г) шоковая матка
100. Причинами развития дискоординации родовой деятельности являются:
а) плоский плодный пузырь
б) патологический прелиминарный период
в) ригидность шейки матки
г) многоводие
100. Врачебная тактика при диагнозе: первичная слабость родовой деятельности, открытие шейки матки на 4 см, безводный период 6 часов?
а) вскрытие плодного пузыря
б) медикаментозный отдых
в) стимуляция родовой деятельности
г) кесарево сечение
102. Для преждевременной отслойки плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:
а) локальная болезненность
б) гипертонус матки
в) кровянистые выделения
г) боли в крестце и поясничной области
103. Повторнородящая 28 лет, 3 года назад-кесарево сечение в нижнематочном сегменте по поводу клинически узкого таза. Родовая деятельность слабая. Полная соразмерность головки плода и таза матери. Длительность родов 5 часов. Шейка укорочена до 1,5 см., цервикальный канал проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Акушерская тактика?
а) стимуляция родовой деятельности на фоне спазмолитиков
б) амниотомия и стимуляция простагландинами
в) медикаментозный сон-отдых на 2-3 часа, затем амниотомия и родостимуляция
г) операция кесарево сечение
104. Показания к экстирпации матки при кесаревом сечении:
а) субсерозная и интерстициальная миома матки
б) матка
в) истинное приращение плаценты, расположенной в дне матки
г) ранение маточных труб
105.При дискоординации сократительной деятельности матки интраамниотическое давление:
а) понижено
б) не изменено
в) зависимость толщины стенки матки
г) повышено
106. Для профилактики несостоятельности рубца на матке после интраперитонеального кесарева сечения необходимо:
а) использование биосовместимых соединительных элементов
б) применение синтетического и полусинтетического шовного материала

в) обеспечить герметичность полости матки
г) тщательный гемостаз раны матки

107. Показаниями к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода являются:

а) анатомическое сужение таза
б) возраст первородящей старше 25 лет
в) привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе
г) гипотрофия плода различной этиологии

108. Качество послеоперационного рубца на матке после операция кесарева сечения зависит от:

а) выбора методики операции
б) техники зашивания разреза на матке
в) степени чистоты влагалищного мазка до операции
г) ведения послеоперационного периода

109. Акушерская тактика при продолжающемся кровотечении (кровопотеря 1200 мл) во время операции кесарева сечения, производимой по поводу отслойки нормально расположенной плаценты:

а) повторное введение утеротонических препаратов
б) введение простагаландинов в толщу миометрия
г) надвлагалищная ампутация матки
д) экстирпация матки

110. Для гестоза лёгкой и средней степени тяжести характерно:

а) головная боль
б) нарушение зрения
в) боли в эпигастральной области
в) гипертензия

111. В основе оценки степени тяжести позднего гестоза лежит:

а) раннее начало
б) длительность течения
в) плацентарная недостаточность
г) наличие экстрагенитальных заболеваний

112. Желточный мешок в норме визуализируется во время беременности в ниже перечисленные сроки:

а) 5-6 нед.
б) 7-8 нед
в) 9-11 нед
г) 12-14 нед

113. Какая из перечисленных процедур имеет минимальный риск для плода:

а) биопсия ворсин хориона
б) кордоцентез
в) биопсия тканей плода
г) амниоцентез

114. «0» степень зрелости плаценты может быть в сроки беременности до:

а) 20 нед.
б) 27 нед.
в) 30 нед.
г) 32 нед.

115.Для решения вопроса об остатках плацентарной ткани в послеродовом периоде целесообразно проводить УЗ исследование на:

а) 6 сутки
б) 5 сутки

в) 4 сутки
в) 2-3 сутки
116. Какие из нижеперечисленных признаков, выявленных при УЗИ у 30-летней повторнобеременной женщины, характерны для иммунной водянки плода:
а) гидроторакс у плода
б) утолщение мягких тканей плода
в) утолщение плаценты
г) увеличение размеров сердца плода
117. Симптомы угрожающего разрыва матки:
а) высокое стояние контракционного кольца
б) болезненность нижнего сегмента
в) ущемление передней губы шейки матки
г) потуги при высоко стоящей головке
118. Критерии нормальной кардиотокограммы плода:
а) базальный ритм 120-160 уд в мин
б) наличие 4-5 акселераций в течение 30 мин
в) отсутствие децелераций
г) амплитуда акселераций 3-5
119. Исследование амниотической жидкости позволяет выявить у плода:
а) дефекты нервной трубки
б) адреногенитальный синдром
в) дисфункцию щитовидной железы
г) поликистоз почек
120.Антифосфолипидный синдром может быть причиной:
а) задержки внутриутробного развития плода
б) преэклампсии
в) невынашивания беременности
г) всё перечисленное верно
121. Биофизический профиль плода определяют по следующим показателям, кроме
а) дыхательных движений плода
б) количества околоплодных вод
в) мышечного тонуса плода
г) сократительного стрессового теста
122. Концентрация альфафетопротеина в крови беременной повышается:
а) с увеличением срока беременности и нормальном состоят плода
б) при пороках развития почек и мочевыводящих путей
в)гемолитической болезни плода
г) дефектов развития нервной трубки плода
123. Нарушения у плода при внутриутробной задержке развития плода обусловлена:
а) метаболические
б) гематологические
в) гипоксия
г) синдром персистирующего фетального кровообращения
124. Задержка внутриутробного развития плода обусловлена:
а) инфекцией
б) генетическими нарушениями
в) гипертензией
г) диабетом
125. Начало беременности считается с момента:
а) нидации бластоцисты

б) имплантации бластоцисты
в) продвижения оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе
г) оплодотворения яйцеклетки
126. К причинам развития симметричной внутриутробной задержки развития плода относят:
а) синдром Дауна
б) фенилкетонурию
в) микроцефалию
г) герпес
127. Причинами ассиметричной внутриутробной задержки развития плода являются:
а) гипертензия
б) токсикоз
в) дискордантные близнецы
г) краснуха
128. Невынашивание беременности, обусловленное аутоимунными процессами, сопровождается:
а) низким прикреплением плаценты
б) аномалиями развития плаценты
в) нарушениями дифференцировки ворсинчатого дерева
г) снижением массы тела плода
129. Для обезболивания роженицы с узким тазом можно применить:
а) ингаляционные анестетики
б) орфиноподобные препараты
в) спазмолитики
г) перидуральная анестезия
130. Метод родоразрешения при ножном предлежании доношенного плода средних размеров и выявлении хронической гипоксии:
а) амниотомия и стимуляция родовой деятельности простагландинами
б) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
в) роды через естественные родовые пути с применением перидуральной анестезии
г) кесарево сечение
131. Первородящая 32 лет, срок беременности 41 нед. Предполагаемая масса плода 3900 г. В родах 10 часов. Сердцебиение плода 160 уд в мин. Открытие маточного зева 5 см, края шейки плотные, ригидные, плодный пузырь цел, плоский. Головка подвижна, над входом в малый таз.Акушерская тактика:
а)медикаментозный сон, затем, родостимуляция окситоцин
б) амниотомия,медикаментозный сон, затем, родостимуляция простагландинами
в) медикаментиозный сон, внутривенное, капельное введение спазмолитиков, перидуральная анестезия, лечение гипоксии плода
г) кесарево сечение
132. Для дискоординации родовой деятельности характерно:
а) болезненность схваток
б) затрудненное мочеиспускание
в) ригидность шейки матки
г) периодичность схваток 10-15 минут
133. Для лечения слабости родовой деятельности применяют:
а) эстрагены
б) спазмолитики
в) утеротонические препараты

г) гестагены

134. Показания к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение при плацентарной недостаточности:

а) выраженная задержка роста

б) отсутствие прироста фотометрических показателей

в) отсутствие эффекта от комплексной терапии

г) монотонный базальный ритм кардиотокограммы

135. Возможные осложнения при выполнении кесарева сечение

а) ранение мочевого пузыря

б) ранение сосудистых пучков

в) гипотоническое кровотечение

г) ранение мочеточника

2.СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

2.1Лечение в акушерстве

1.Ведение физиологических родов

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 2. 2.9. Физиологические роды (периоды, клиническое течение)

Задача №1

В родильное отделение поступила роженица, беременность 38 недель. Схватки начались дома 4 часа назад. Воды не отходили.

Анамнез: Беременность первая. Состояла на учете в женской с 8 недель беременности.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. Схватки по 30сек, 2-3 за 10 мин, средней силы. Пульс 88, АД 120/80, 110/70 мм рт ст. Размеры таза 25-28-30-21. Матка овоидной формы. ОЖ 95см, ВДМ 34 см. Продольная ось плода совпадает с продольной осью матери, спинка плода пальпируется слева, в виде широкой площадки. Над входом в малый таз пальпируется крупная, округлая, плотная часть плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка ясное, ритмичное 128 в мин.

1. Определите положение, позицию, вид, предлежание плода.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Продемонстрируйте биомеханизм родов при данном виде предлежания.
4. Составьте план ведения родов.

Эталон ответа к задаче №1

1.Положение плода продольное, позиция первая, вид передний, предлежание головное.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 2. 2.6. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности и родов

2.На основании указаний на регулярную родовую деятельность, которая началась 4 час назад. Воды не отходили. Данных объективного исследования: состояние удовлетворительное, схватки по 30 сек, 2-3 за 10 мин, пульс 88, АД 120/80, 110/70, размеры таза 25-28-30- 21, предполагаемый вес плода 3230, положение, продольное, позиция первая, вид передний, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 в мин.можно предположить диагноз- Беременность 38 недель, первый период родов, латентная фаза

3.Биомеханизм родов переднем виде затылочного предлежания:

1. Сгибание головки
2. Внутренний поворот головки
3. Разгибание головки
4. Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. (Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 2. 2.8. Механизм родов при затылочных предлежаниях)

4.Учитывая срок беременности 38 недель, наличие родовой деятельности в течение 4 часов, схватки по 30 сек, 2-3 за 10 мин, удовлетворительное состояние, предполагаемый вес плода 3230г, нормальные размеры таза, продольное положение, позиция первая, вид

передний, предлежание головное, удовлетворительное состояние плода роды решено вести через естественные родовые пути.
В первом периоде родов следить за характером родовой деятельности, динамикой раскрытия шейки, состоянием плода, при раскрытии более 4 см произвести амниотомию,
Во втором периоде родов следить за динамикой вставления и продвижения головки, в момент прорезывания головки ввести 1,0 окситоцина в/в для профилактики кровотечения. Допустимая кровопотеря в родах до 300 мл.

Задача №2

В род. отд. поступила роженица 32 лет, беременность 40 недель. Схватки начались 4 часа, по 30-35 сек, 2 за 10 мин, средней силы. Беременность вторая, роды -1.
Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски. Пульс 78, АД 120/80, 110/80 мм рт ст. Матка овоидной формы, Продольная ось плода совпадает с продольной осью матери, спинка пальпируется справа, в виде широкой площадки. Над входом в таз пальпируется крупная, плотная, округлая часть плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, ясное, ритмичное 128уд/ мин.
При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки, передних вод умеренное количество. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди.
Задание:

1. Определите положение, позицию, вид плода
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план ведения родов

Эталон ответа к задаче №2

1.Положение продольное, позиция вторая, вид передний
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 2. 2.6. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности и родов)

2.На основании указаний на родовую деятельность в течение 4 часов, по 30-35 сек, 2 схватки за 10 мин, средней силы, срок беременности 40 недель; данных объективного исследования: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски. Пульс 78, АД 120/80, 110/80 мм рт ст. Матка овоидной формы, Продольная ось плода совпадает с продольной осью матери, спинка пальпируется справа, в виде широкой площадки. На входом в таз пальпируется крупная, плотная, округлая часть плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, ясное, ритмичное 128 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые, открытие 4 см, Плодный пузырь цел, наливается во время схватки, передних вод умеренное количество. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди, можно поставить диагноз: Беременность 40 недель. Передний вид головного прдележания, вторая позиция, первый период родов, активная фаза.
3.План ведения родов: учитывая доношенную беременность 40 недель, начавшуюся родовую деятельность в течение 4 часов, удовлетворительное состояние роженицы, продольное положение плода, вторую позицию, передний вид, головное предлежание, раскрытие шейки 4см, решено вести роды через естественные родовые пути. В первом периоде родов следить за характером родовой деятельности, динамикой раскрытия зева, состоянием плода. Во втором периоде родов следить за динамикой вставления и

продвижения головки, в момент прорезывания головки в/в ввести 1,0 мл окситоцина. Допустимая кровопотеря в родах до 300 мл.

Задача № 3

В родовое отделение поступила первобеременная, 21 год, с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Беременность 38 недель, протекала без осложнений. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Занятия по подготовке к родам не посещала, прочитала учебник по акушерству.

Объективно: Рост 164 см, вес 62 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД 110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс 72 уд. в мин., ритмичный. ОЖ 95 см, ВДМ - 35 м, размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 4-5 минут, по 30-35 секунд, болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Матка хорошо расслабляется между схватками. Во время схватки женщина ведет себя беспокойно, дышит напряженно, высказывает опасение о возникновении у неё опасных осложнений. Настаивает на медикаментозном обезболивании.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края мягкие, открытие 4см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Выделения светлые незначительные.

1. Определить предполагаемый вес плода.
2. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
3. Расскажите о методах обезболивания родов.
4. Составьте план ведения родов.

Эталон ответа к задаче №3:

1.Предполагаемый вес плода равен окружности живота умноженной на высоту стояния дна матки. 95х35=3325г

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 2. 2.6. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности и родов)

2.На основании жалоб на беспокойство за исход беременности, требований обезболить роды, срока беременности 38 недель, занятия по подготовке к родам не посещала, прочитала учебник по акушерству; объективных данных: кожа обычной окраски, АД 110\70, 110\65 мм рт ст, схватки через 4-5 мин, по 30-35 сек. болезненные, нормальные размеры таза. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное 134уд/мин, при влагалищном исследовании шейка сглажена, края тонкие, растяжимые, открытие 4 см, плодный пузырь цел, стреловидный шов в правом косом размере можно предположить диагноз: Беременность 38 недель, первый период родов, активная фаза.

3.Для обезболивания родов можно применять эпидуральную анестезию, ингаляционный наркоз (закись азота), применение наркотических анальгетиков (промедол).

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 2. 2.11. Обезболивание родов)

3.План ведения родов: учитывая наличие регулярной родовой деятельности через 4-5 мин, по 30-35 сек, роженица ведет себя беспокойно, требует обезболивания, плодный пузырь

цел, нормальные размеры таза, продольное положение плода, головное предлежание, удовлетворительное состояние плода, открытие маточного зева 4 см решено продолжить вести роды через естественные родовые пути. В первом периоде родов произвести амниотомию, обезболивание родов, следить за характером родовой деятельности и состоянием плода. Во втором периоде родов следить за динамикой вставления и продвижения головки.В момент прорезывании головки в/в ввести 1,0 мл окситоцина. Допустимая кровопотеря 310 мл.

Задача №4

Повторнобеременная, 23 года, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность продолжается 3 часа, роды в срок (39 недель). Схватки через 2 минуты, по 40-50 секунд, сильные и болезненные.

Беременность 2-я, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 160см, вес 72кг. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80, 115/70 мм рт.ст., пульс 78, ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ 36 см, ОЖ 90 см, размеры таза 26-29-32-21см. Положение плода продольное, спинка слева, пальпируется только бок плода, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин., слева ниже пупка. Женщина беспокоится, что схватки очень частые и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, края мягкие, открытие почти полное. Головкой плода выполнены верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа сзади. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Составьте план ведения родов.
3. Продемонстрируйте биомеханизм родов для данной ситуации.

Эталон ответа к задаче №4

1.На основании указаний на регулярную родовую деятельность в течение 3 часов, срок беременности 39 недель, схватки по 40-50 мин, через 2 минуты, сильные болезненные, роженица соматически здорова, данные объективного исследования. Кожа обычной окраски, АД 120/80, 115/70 мм рт ст. предполагаемый вес плода (36х90= 3240 г), нормальные размеры таза. Продольное положение плода, первая позиция, задний вид, сердцебиение плода 130 уд в мин. Открытие зева почти полное, целый плодный пузырь, головка плода большим сегментом в полости малого таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа сзади можно предположить диагноз: Беременность 39 недель, первый период родов, активная фаза, задний вид затылочного предлежания.

2.План ведения родов. Учитывая наличие хорошей родовой деятельности, нормальные размеры таза, предполагаемый вес плода 3240 г, задний вид затылочного предлежания, удовлетворительное состояние плода решено продолжить вести роды через естественные родовые пути.

Во втором периоде родов следить за динамикой продвижения головки, в случае возникновения несоответствия закончить роды оперативным путем.

3.Биомеханизм родов в заднем виде затылочного предлежания.

Проводной точкой является середина между большим и малым родничками. Прорезывание головки происходит по среднему косому размеру 10см, по окружности 33см.

Первый момент биомеханизма родов незначительное сгибание головки происходит в плоскости входа в малый таз, головка сгибается и устанавливается стреловидным швом в

поперечном или слегка косом размере. При первой позиции в левом косом размере. При второй позиции в правом косом размере.
Второй момент внутренний поворот головки происходит в широкой части полости малого таза, головка устанавливается в прямом размере плоскости выхода таза затылком к крестцу, личиком к лону.
Третий момент дополнительное сгибание головки происходит в плоскости выхода таза, образуется точка фиксации между границей волосистой части лба и нижнем краем лона, вокруг этой точки головка сгибается.
Четвертый момент разгибание головки – образуется вторая точка фиксации между крестцово-копчиковым сочленением и подзатылочной ямкой плода, головка разгибается.
Пятый момент внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Головка повернется личиком к внутренней поверхности бедра противоположному позиции.
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 2. 2.8. Механизм родов при затылочных предлежаниях)

Задача №5
В машине скорой помощи, роженица после очередной потуги родила доношенную девочку.
Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД -120\80 мм рт. ст. Пульс 80 уд мин. Через 10 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря приблизительно - 100-150 мл. Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10-15 см, при потуживании удлиняется, при надавливании ребром ладони над симфизом не втягивается во влагалище.
Задание:
1. Сформулируйте диагноз
2. Перечислите признаки отделения плаценты от стенок матки у данной роженицы.
3. Определите тактику ведения третьего периода родов.
4. Продемонстрируйте технику приема последа.

Эталон ответа к задаче №5:
1. Диагноз: беременность доношенная, третий период родов.
2. Признаки отделения плаценты от стенок матки:
- лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется – признак Альфельда
- при надавливании ребром ладони над симфизом пуповина не втягивается во влагалище – признак Кюстнера-Чукалова
3. Тактика ведения третьего периода родов:
- опорожнить мочевой пузырь катетером,

следить за АД, пульсом, общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов, признаками отделения плаценты, за кровопотерей.
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2. 2.10. Ведение родов)**
4.При наличии признаков отделения плаценты роженица должна потужиться. Фельдшер придерживает пуповину с лигатурой и одновременно подтягивает, перемещая ее кзади и по родовой оси таза слегка кпереди. При рождении плаценты фельдшер захватывает ее обеими руками и медленно вращает в одном направлении, при этом происходит скручивание оболочек, что способствует постепенному их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва. Чтобы убедиться в целостности последа, его тщательно

осматривают. Вначале осматривают плодовую и материнскую поверхности плаценты, а затем околоплодные оболочки.
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа:
http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2. 2.10. Ведение родов)**

Задача №6

Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель.
Жалобы**:** на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад.
Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120\80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.
3. Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки. Назовите различия в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящей и повторнородящей.
4. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.
5. Продемонстрируйте технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа к задаче №6

1.Диагноз: беременность 39-40 недель. Первый период родов
2. При наружном акушерском исследовании определяются:

- продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой - мелкие подвижные бугорки.
- II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа.
- предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка.

3. В раскрытии шейки матки участвуют: родовые схватки, околоплодные воды, плодный пузырь.

Различия в сглаживании и раскрытии канала шейки матки заключаются в следующем: у первородящих - вначале идет раскрытие внутреннего зева, далее шейка укорачивается и полностью сглаживается, и раскрывается наружный зев.
У повторнородящих - наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки. (Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа:
http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 2. 2.9. Физиологические роды (периоды, клиническое течение))
4. Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы роженицы - 320мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см (100 х 34 = 3400 г).
5. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

Перед оказанием пособия:

- проводят обработку роженицы;
- готовят инструменты для осмотра мягких тканей родовых путей матери;
- готовят набор инструментов и перевязочного материала для обработки новорожденного;
- акушерка готовится как к полостной операции.

Акушерка встает справа от роженицы и начинает оказывать пособие с момента прорезывания головки.

1 момент. Кисть левой руки располагают на лобке, а кончиками пальцев растягивают дополнительно ткани вульварного кольца. При этом головка дополнительно сгибается: сдерживается чрезмерно быстрое продвижение головки и предупреждается преждевременное разгибание ее. Головка медленно продвигается вниз и прорезывается.

2 момент. Когда затылок родится и область подзатылочной ямки упирается в нижний край симфиза, роженице запрещают тужиться с этого момента и до выведения всей головки. Акушерка захватывает всей левой рукой головку и постепенно, осторожно ее разгибает, в этот момент правой рукой сводят с головки ткани промежности. Над промежностью рождается лоб, личико и подбородок.

3 момент. С очередной потугой головка поворачивается личиком к левому или правому бедру матери. Одной рукой придерживают головку плода, а указательный палец другой руки, со стороны спинки плода вводят в подмышечную впадину переднего плечика и делают тракцию кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лобковую дугу. После этого освобождают заднее плечико. Для этого: одной рукой головку приподнимают кпереди, указательный палец другой руки вводят в подмышечную впадину заднего плечика и делают тракцию кпереди, освобождается заднее плечико. Затем обеими руками обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кпереди, рождение нижней части туловища проходит без затруднений. Ребенка укладывают на заранее приготовленное место. И в первую очередь очищают верхние дыхательные пути от слизи, чтобы он мог сделать первый вдох. (Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2. 2.10. Ведение родов**

Задача №7

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к роженице 35 лет, срок беременности 39 - 40 недель.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и пояснице, которые появились 6 часов назад.

Анамнез: данная беременность пятая, четыре предыдущих закончились срочными, нормальными родами.

Объективно**:** - состояние роженицы удовлетворительное. АД 120/80, 115/75 мм рт. ст., пульс 80 уд./мин.. Окружность живота 100 см, высота дна матки 35 см. Положение плода продольное, позиция первая, предлежит головка, большая ее часть находится в полости малого таза, сердцебиение плода 140 уд./мин.. Родовая деятельность схватки по 45 секунд через 2 - 3 минуты, во время осмотра отошли околоплодные воды, светлые, в умеренном количестве. Роженица начала тужиться, и через 15 минут родился плод мужского пола.

Через 10 минут после рождения ребенка, появились схваткообразные боли и одновременно выделилось 300 мл крови, дно матки отклонилось вправо и поднялось выше пупка, свисающая из влагалища пуповина опустилась ниже, при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище. Кровотечение продолжается

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте на фантоме наружные методы выделения последа.

Эталон ответа к задаче №7:

1. Обоснование диагноза: На основании жалоб на кровотечение, объективных данных, после рождения ребенка прошло 10 мин, наличие признаков отделения послед(признак Шредера и Кюстнера-Чукалова, Альфельда) продолжающееся кровотечение и задержки рождения последа можно предположить диагноз: Беременность 39-40 недель, третий период родов. Кровотечение в результате нарушения выделения последа.

Признаками отделения плаценты являются:

- Признак Шредера - отклонение дна матки вправо и кверху;
- Признак Альфельда – удлинение свисающей из влагалища пуповины на 8–10 см;
- Признак Кюстера-Чукалова – при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище.

Таким образом, плацента от стенки матки отделилась, а родиться послед не может, так как он ущемился.

1. При наличии ущемления последа фельдшер должен способствовать срочному выделению последа, так как остановка кровотечения возможна только после полного опорожнения матки.

Алгоритм действия в данной ситуации:

- освободить мочевой пузырь;
- провести бережный наружный массаж матки;
- приступить к выполнению наружных приемов выделения ущемившегося последа;
- положить холод и груз на дно матки;
- после полной остановки кровотечения на носилках госпитализировать родильницу в акушерский стационар вместе с новорожденным и последом;

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html)

Глава 3.15. Кровотечения в акушерстве. Кровотечения в последовом периоде

3. Наружные методы выделения последа применяют при ущемлении его.

Используют три способа:

а) Способ Абуладзе: опорожняют мочевой пузырь, матку приводят к средней линии, проводят легкий массаж. Затем обеими руками захватывают переднюю стенку живота в продольную складку и предлагают роженице потужиться. Благодаря уменьшению объема брюшной полости и повышению внутрибрюшного давления послед обычно рождается.

б) Способ Гентера: после предварительного опорожнения мочевого пузыря и массажа матки, оказывающий пособие встает лицом к ногам роженицы, кисти рук, сжатые в кулак, кладет на дно матки в области трубных углов и постепенно надавливает книзу – и послед рождается. Роженица не должна тужиться.

в) Способ Креде-Лазоревича: опорожняют мочевой пузырь и проводят легкий массаж матки, захватывают правой рукой дно матки таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, четыре пальца – на задней стенке матки, а ладонь – на дне матки и производят выжимание последа по направлению вниз вперед. Отделившийся послед выводят наружу. Роженица не должна тужиться.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html)

Глава 3.15. Кровотечения в акушерстве. Кровотечения в последовом периоде

Задача №8

Роженица в родах. После рождения ребенка, спустя 10 мин, из половых путей появились умеренные кровянистые выделения, матка отклонилась вправо, дно располагается в правом подреберье, пуповинный остаток удлинился на 10-15 см.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите описанные признаки.
3. Продемонстрируйте признаки отделения плаценты, определение объема кровопотери в родах.

Эталон ответа к задаче№8:

1. Третий период родов (последовый период)
2. Признаки отделения плаценты: умеренные кровянистые выделения из половых путей; признак Шредера - матка отклонилась вправо, дно располагается правом подреберье; признак Альфельда – удлинение пуповинного остатка на 10-15 см.

Определение объема кровопотери в родах: предполагаемая физиологическая кровопотеря в родах составляет 0,5% процента от массы тела роженицы. Объем кровопотери в родах: сразу после рождения ребенка под ягодицы роженицы помещают бобовидный эмалированный лоток. Собранную кровь переливают в градуированную бутылку, взвешивают салфетки и шарики пропитанные кровью, а также шарики и салфетки сухие соответствующие количеству пропитанных кровью, высчитывают разницу и прибавляют к количеству крови собранной в лоток.

3. Демонстрируют признаки отделения плаценты:

1.Изменение формы и высоты стояния дна матки (признак Шредера). Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается (над отслоившейся плацентой) выше пупка иногда до реберной дуги), матка нередко отклоняется вправо.

2. Удлинение наружного отрезка пуповины. Отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время перерезки), опускается на 10 — 12 см (признак Альфельда).

3. Появление выпячивания над симфизом. Когда отделившаяся плацента опускается в тонкостенный нижний сегмент матки, передняя стенка этого сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается и образует выпячивание над симфизом.

4. Позыв на потугу. Отделившаяся плацента опускается во влагалище, появляется (не всегда) позыв на потугу (признак Микулича).

5.Удлинение пуповины при натуживании роженицы. Конец пуповины, выступающий из половой щели, удлиняется при натуживании. Если после потуг выступивший отрезок пуповины не втягивается, значит плацента отделилась, если же втягивается — не отделилась (признак Клейна).

6 Признак Кюстнера — Чукалова. Если надавить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище, при отделившейся плаценте пуповина не втягивается. Однако об отделении плаценты обычно судят не по одному, а по совокупности описанных признаков. Наиболее надежными являются признаки Шредера, Альфельда, Кюстнера — Чукалова.

При физиологическом течении последового периода отделившийся послед выделяется из половых путей самостоятельно, в большинстве случаев в течение 1/2 ч после рождения плода. Реже время выделения отслоившейся плаценты и оболочек составляет 1/2 — 1ч и еще реже — больше 1 ч.

Если рождение последа не происходит через 1/2 ч, проверяют наличие признаков его отделения, если же послед не отделился, кровотечения нет и состояние роженицы хорошее, продолжают выжидать до 1,5 ч и только после этого приступают к его выделению. В тех случаях, когда при проверке через 1/2 ч признаки отделения плаценты положительные, сразу принимают меры к ее выделению.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html)
Глава 2. 2.10. Ведение родов)

III.ГЕСТОЗЫ
Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных

Задача№1

На ФАП 12.02.2019г женщина 18 лет. Жалобы на тошноту, рвоту до 10 раз в день, рвота возникает после еды и натощак.
Менструации с 12 лет, по 5 дней, через 31-32 дня, регулярные безболезненные. Последняя менструация 25.12-30.12. Похудела на 3 кг.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Т 37,2^{0}С. Язык суховатый, обложен сероватым налетом. Пульс 100, АД 100/60,90/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

Наружные половые органы сформированы правильно. Матка увеличена до 6 недель, мягкая, округлая, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются.

Задание:
1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Определите предполагаемый срок родов.
3. Назначьте лечение

Эталон ответа к задаче №1:
1.На основании жалоб на тошноту, рвоту до 10 раз в сутки, которая возникает после еды и натощак, похудела на 3 кг. Последняя менструация была 25.12-30.12.; данных объективного исследования: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Т 37,2^{0}С. Язык суховатый, обложен сероватым налетом. Пульс 100, АД 100/60,90/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы сформированы правильно. Матка увеличена до 6 недель, мягкая, округлая, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются можно предположить диагноз: беременность 6 недель, рвота беременной средней степени тяжести.
3. Предполагаемый срок родов 1.10.2019г
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 2. 2.6. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности и родов)
4.Основное правило медикаментозной терапии тяжелой и средней степени тяжести рвоты - парентеральное введение препаратов в течение 5-7 дней (до достижения стойкого эффекта).
С целью коррекции обезвоживания, детоксикации и восстановления кислотно-основного состояния применяют инфузионную терапию в объеме 2,0-2,5 л/сут. Ежедневно в течение 5-7 дней вводят раствор Рингера-Локка (1000-1500 мл), 5% раствор глюкозы (500-1000 мл) с аскорбиновой кислотой (5% раствор 3-5 мл) и инсулином (из расчета 1 ЕД инсулина на 4,0 г сухого вещества глюкозы), калия и магния аспарагинат 500 мл в/в капельно.
Для коррекции тяжелой гипопротеинемии (общий белок менее 55 г/л) используют растворы аминокислот для парентерального питания (аминостерил) в дозе 500-1000 мл, альбумин (100-150 мл 10 или 20% раствора), в особо тяжелых случаях -

свежезамороженную плазму. При нарушении кислотно-основного состояния рекомендовано внутривенное введение натрия гидрокарбоната (5% раствор) или лактасолаи др.
Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного нарастания массы тела.
После отмены всех назначений за состоянием беременной необходимо проследить в течение 3-5 дней. Если полученный эффект стойкий, беременную можно выписать домой.
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)

Задача №2

В дородовое отделение поступила первобеременная 18 лет. Беспокоит жажда, плохой сон, отеки ног в течение 2-3 недель. Срок беременности 34-35 недель.

Объективно: рост 158 см, вес 70 кг. Пульс 74 в минуту, А/Д 140/90, 140/85 мм рт ст. Головной боли нет, зрение ясное. Матка увеличена соответственно 34-35 недель беременности, головка над входом в таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ритмичное, 136 ударов в минуту. На голенях и передней брюшной стенке имеются отеки.

Анализ мочи: белка нет, единичные лейкоциты в поле зрения, клетки плоского эпителия.

Задание:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Акушерская тактика.

Эталон ответа к задаче №2

1. На основании жалоб на жажду, плохой сон, отеки ног в течение 2-3 недель, срок беременности 34-35 недель, объективного исследования: рост 158 см, вес 70 кг. Пульс 74 в минуту, А/Д 140/90, 140/85 мм.рт ст. Головной боли нет, зрение ясное. Матка увеличена соответственно 34-35 недель беременности, головка над входом в таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ритмичное, 136 ударов в минуту. На голенях и передней брюшной стенке имеются отеки, данных лабораторного исследования: белка нет, единичные лейкоциты в поле зрения, клетки плоского эпителия, можно предположить диагноз: Беременность 34-35 недель.Поздний гестоз легкой степени (нефропатияI степени)
2. Госпитализация, лечебно-охранительный режим. Назначают седативные препараты (настойка валерианы, пустырника, диазепам, сибазон - на ночь), гипотензивные препараты (но-шпа, папаверин, дибазол, магния сульфат), улучшение маточно-плацентарного кровотока (трентал, курантил). Контроль диуреза и выпитой жидкости, АД, массы тела. Лечение проводят в течение 10-14 дней. Если течение гестоза не усугубляется - возможно ведение родов через естественные родовые пути. При утяжелении гестоза пересматривают акушерскую тактику (решается вопрос о родоразрешении).
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа:
http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

Задача №3

В родильный дом машиной «скорой помощи» доставлена беременная 25 лет. Жалобы на жажду, плохой сон. В течение двух дней — головную боль, тошнота. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад, от предложенной врачом женской

консультации госпитализации отказалась в связи с переездом на другую квартиру. В анамнезе год назад самопроизвольный выкидыш в 11 недель.

Объективно: рост 163см, вес. 78кг. Кожа чистая, бледная, одутловатость лица. Пульс 96 в минуту, А/Д 160/110, 175/120 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 33-34 нед. беременности (гестационный срок 35 недель). Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в таз. Сердцебиение ритмичное, приглушено, 144-150 ударов в минуту. На передней брюшной стенке и голенях умеренные отеки. В моче белок 1,65 г/л

Задание:

1. Обоснуйте диагноз:
2. Определите акушерскую тактику

Эталон ответа к задаче №3

1.На основании жалоб на жажду, плохой сон в течение двух дней — головная боль, тошнота; данных анамнеза: ухудшение состояния наступило 2 недели назад, от предложенной врачом женской консультации госпитализации отказалась в связи с переездом на другую квартиру; объективных данных: 163см, вес. 78кг. Кожа чистая, бледная, одутловатость лица. Пульс 96 в минуту, А/Д 160/110, 175/120 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 33—34 нед. беременности (гестационный срок 35 недель). Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в таз. Сердцебиение ритмичное, приглушено, 144—150 ударов в минуту. На передней брюшной стенке и голенях умеренные отеки, данных лабораторного исследования: в моче белок 1,65 г/л., можно поставить диагноз: Беременность 35 недель, ОАА. Преэклампсия. ХФПН, ВЗРП I степени (1-2 недели)

2.Акушерская тактика: срочная госпитализация в палату интенсивной терапии дородового отделения. Все манипуляции проводятся под легким масочным наркозом. Внутривенно вводится 2-3 мл 0,25% р-ра дроперидола + 2 мл 0,5% р-ра диазепама + 2 мл 1% р-ра промедола. Далее переходят на внутривенное капельное введение сульфата магния в физиологическом растворе. Для плода - внутривенно капельно эуфиллин 10 мл на 100 мл физиологического раствора. Родоразрешение путем кесарева сечения в течение 4-6 часов (Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

Задача №4

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы: на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените состояние женщины.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

Эталон ответа к задаче №4:

1. На основании жалоб на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи, задержку менструации в течение 12 недель, напряжение молочных желез, синюшность слизистой влагалища и шейки матки, увеличение матки до размеров головки новорожденного и размягчение ее – можно предположить диагноз: Беременность 12 недель. Умеренная рвота беременных

3. Состояние женщины средней тяжести.

4. Тактика фельдшера заключается в следующем.

- взятие на диспансерный учет по беременности,
- госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения раннего гестоза.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

5. Измерение таза проводят тазомером. Фельдшер встает справа от женщины, которая лежит на спине. Измеряют обязательные размеры:

- дистанция спинарум - расстояние между передневерхними остями подвздошных костей (25 - 26 см) Пуговки тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.
- дистанция кристарум- расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28 - 29 см) Пуговки передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определят наибольшее расстояние.
- дистанция трохантерика - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31 - 32 см.) Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговки.
- наружная коньюгата - прямой размер таза - это расстояние от надкрестцовой ямки до верхнего края симфиза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговку одной ветви устанавливают на верхненаружном крае симфиза, пуговку другой прижимают к надкрестцовой ямке (20 см.)
- истинная коньюгата (акушерская) - это расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающейся точки на внутренней поверхности симфиза, определяется путем вычитания от наружной коньюгаты 9 см. (20- 9 = 11).
- диагональная коньюгата - это расстояние от мыса крестца до нижнего края симфиза. Определяется при влагалищном исследовании (13 см).

  (Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

  Глава 2. 2.6. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности и родов)

Задача №5

На ФАП к фельдшеру на очередной осмотр приглашена беременная женщина 19 лет, срок беременности 32 недели. При сборе субъективной информации выявлено, что у беременной появились жажда, уменьшение количества мочи, и отеки на ногах.

Объективно: рост 158 см. масса тела 62 кг, за неделю прибавка массы тела составила 450 грамм. АД 130\80, 125\75 мм рт ср, пульс 80 в мин. Со стороны внутренних органов без патологии. На стопах и голенях отеки. Окружность живота 75см. Высота дна матки 30

см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежит головка, баллотирует над входом в малый таз, сердцебиение плода 130 уд/мин. лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Изложите принципы лечения данной патологии.
4. Продемонстрируйте на фантоме осмотр и оценку последа.

Эталон ответа к задаче №5

1.На основании жалоб на жажду, отеки на ногах, уменьшение количества мочи, прибавки массы тела за неделю 450,0 (норма до 300,0), АД 130\80, 125\75 мм рт ср, отеки на стопах и голенях, в общем анализе мочи белок 0,333г/л можно предположить диагноз Беременность 32 - 33 недели, юная первобеременная. Поздний гестоз, легкая степень(нефропатия 1 степени).

2. Алгоритм действий фельдшера:

измерить АД, пульс;

прослушать сердцебиение плода;

срочная госпитализация в отделение ОПБ в ЦРБ.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

3. При лечении ОПГ - гестоза легкой степени необходимы:

лечение в стационаре,

постельный режим,

физический и психологический покой,

ограничение жидкости до 800 мл,

диета с исключением соленых, острых и жареных блюд,

фитотерапия мочегонным чаем,

седативные препараты,

спазмолитики,

десенсибилизирующие,

витаминотерапия,

антиагреганты,

улучшение микроциркуляции,

При отсутствии результата лечения в течение 12-14 дней ставят вопрос о родоразрешении.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

4. После рождения последа проводится тщательный его осмотр.

Вначале осматривают плодовую сторону плаценты, обращая внимание на ход плацентарных сосудов, место прикрепления пуповины, затем выворачивают послед и осматривают материнскую сторону плаценты, оценивая целостность долек. В последнюю очередь осматривают целостность оболочек плодного яйца.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2. 2.10. Ведение родов).**

Задача №6

Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.

Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту.

Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, в начале протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140\85,135\80, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110 мм рт ст, пульс 85 ударов минуту. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов минуту, ясное, ритмичное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.

Эталон ответа к задаче №6

1. На основании жалоб на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области, срока беременности 36 недель, в последнее посещение женской консультации неделю назад повышение АД до 140\85,135\80, незначительные отеки, белок в моче, от госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась. Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110 мм рт ст. можно предположить диагноз: Беременность 36 недель. Возрастная первородящая. Поздний гестоз. Преэклампсия.

2. Учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку - эклампсии, необходимо:

предотвратить приступ судорог;

дать наркоз с закисью азота;

внутривенно промедол 2% -1 мл, димедрол 1%-1 мл или (супрастин 2%- 1 мл внутримышечно);

внутривенно ввести 0,25% р-р дроперидола 4-6 мл и 2,5% р-р седуксена 2мл;

ганглиоблокаторы (пентамин, гигроний);

немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

3.Для измерения окружности живота и высоты стояния дна матки фельдшер встает справа и располагает ленту вокруг живота таким образом, что она находится на уровне пупка. Для измерения высоты дна матки, левой рукой конец ленты прикладывает к верхнему краю симфиза, а правой рукой второй конец ленты укладывает на дно матки, удерживая ребром ладони.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 2. 2.6. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности и родов)

Задача№7

В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, срок беременности 36 недель , по поводу повышенного артериального давления, патологической прибавки массы тела. Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 3 года назад; 2-я беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 7-8 недель, без осложнений. 3-я беременность, настоящая, протекала без осложнений. В течение последних двух недель отмечалась патологическая прибавка массы тела. Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Брак 1-й.

Объективно: рост 168 см; вес 80 кг, за неделю прибавка массы тела составила 700г. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 140/90, 145/95 мм рт ст. PS 78 ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Продольная ось плода совпадает с продольной осью матери плода, спинка слева, над входом в таз крупная, плотная, баллотирующая часть плода, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в мин, слева ниже пупка. Отеки нижних конечностей. Белок в моче 0,033 г/л.

Задание

1.Обоснуйте и сформулируйте диагноз

2. Определите положение, позицию, предлежание плода

3. Назначьте лечение

Эталон ответов к задаче №7

1.На основании жалоб на патологические прибавки веса, повышение артериального давления, данных анамнезе в течение последних 2 недель отмечалась патологическая прибавка веса, объективных данных прибавка за неделю 700г, АД 140/90, 145/95 мм рт ст. PS 78 ритмичный, отеки нижних конечностей, белок в моче 0,033 г/л можно предположить диагноз: Беременность 36 недель, поздний гестоз легкой степени (нефропатия 1 степени).

2. Положение плода продольное, позиция вторая, предлежание головное.

3. Как правило, лечение нефропатии беременных проводят стационарно в специализированных отделениях (патологии беременных). Обязательный компонент лечения - диета (стол № 7). Основные требования к ней заключаются в следующем: ограничить суточное потребление соли (до 1,5-3 г), особенно при высокой гипертензии и преэклампсии, и жидкости (до 1 л). Потребление последней распределяется равномерными порциями. Количество белка в суточном пищевом рационе сохраняется в норме (1-1,2 г на 1 кг массы тела, в том числе половина его должна быть животного происхождения). Количество жиров несколько уменьшается и составляет 0,7-1 г на 1 кг массы тела. В суточный рацион необходимо ввести достаточное количество продуктов, богатых углеводами и калием. Противопоказаны алкогольные напитки. Рекомендуются разгрузочные дни 1 раз в 7 дней (творожные, сухофруктовые и др.).

Из медикаментозных препаратов сразу же необходимо применять седативные средства. Это позволяет нормализовать деятельность центральной нервной системы. В дальнейшем медикаменты назначают исходя из симптоматики токсикоза. Так, для устранения гипертензии можно рекомендовать индивидуально подобранные гипотензивные препараты всех групп. Целесообразно использовать препараты с различным механизмом

действия: спазмолитики, адреноблокаторы, периферические вазодилататоры (эуфиллин, папаверин, дибазол, пирроксан, обзидан, адельфан, метилдофа, апрессин)
Для устранения отеков и повышения диуреза используют диуретики в разных комбинациях одновременно или последовательно. Назначение мочегонных средств сочетают с достаточным приемом калия. Можно рекомендовать спиронолактоны. При всех формах нефропатии параллельно назначают внутривенные или внутримышечные вливания эуфиллина, магния сульфата.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

Задача№8

Вызов скорой помощи на дом к беременной 34 лет. Беременность 36 недель. Жалобы на головную боль, ухудшение зрения, заложенность носа.
Менструальная функция в норме. Замужем, брак 1.
Беременность 6-ая. Роды - 1, 4 - мед. аборта. Состоит на Д учете по беременности с 12 недель, врача посещает нерегулярно. Последняя явка 2 недели назад, было выявлено повышение АД 140/80, 150/90 мм рт ст, предложена госпитализация, от которой женщина категорически отказалась. 3 дня назад появились отеки на ногах и руках, затруднение носового дыхания, уменьшение количества мочи. 1час назад появилась головная боль.

Состояние тяжелое. Кожа бледная, отеки общие. Пульс 90, АД 170/110, 190/120 мм рт ст.

Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, спинка справа. Над входом в таз крупная, плотная, округлая, баллотирущая часть. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, приглушенное, ритмичное 160 в мин.
Задание:
1.Определите позицию, предлежание плода.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера скорой помощи.
4. Продемонстрируйте алгоритм оказания неотложной помощи при приступе эклампсии.

Эталон ответов к задаче №33

1. Положение продольное, позиция вторая, предлежание головное
2.На основании жалоб на головную боль ухудшение зрения, заложенность носа, данных анамнеза: 2 недели назад повысилось АД 140/80, 150/90 мм рт ст , 3 дня назад появились отеки на ногах и руках, затруднение носового дыхания, уменьшение количества мочи, 1 час назад возникла головная боль, объективно: состояние тяжелое, кожа бледная, отеки общие, пульс 90, АД 170/110, 190/120 мм рт ст., матка в нормотонусе, положение плода продольное, спинка справа, над входом в таз крупная, плотная, округлая, баллотирущая часть, сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, приглушенное, ритмичное 160 в мин; можно предположить диагноз Беременность 36 недель Преэклампсия ХФПН
3. Перед транспортировкой в стационар на месте купируется судорожная готовность. Для этого используется в/в ведение 1—2 мл 0,1% р-ра рауседила, 2—4 мл 0,5% р-ра седуксена (сибазон), 2—4 мл 0,25% р-ра дроперидола или I мл 2% р-ра промедола. Для поддержания работы сердца в/в на физиологическом растворе вводятся сердечные гликозиды типа корглюкона в общепринятых дозировках. Высокое АД купируется в/м введением ганглиоблокаторов типа пентамина. По пути следования, при необходимости, больной проводится превентивное лечение судорожной готовности. При поступлении в стационар в приемном отделении все необходимые манипуляции следует выполнять под наркозом закисью азота в смеси с кислородом.

4. В отделении интенсивной терапии больную помещают в индивидуальную палату, исключают возможность воздействия внешних раздражителей (громкий звук, боль, яркий свет) и, в зависимости от вида гестоза, проводят специфическую терапию. 1. Седативная терапия при гестозе. Оптимальным препаратом воздействия на ЦНС является рауседил, обладающий седативным и гипотензивным действием (ампулы по 1 мл 0,1% или 0,25% р-ра); его вводят по 1—2,5 мг в/в медленно. Рауседил с успехом можно заменить транквилизатором сибазоном (синонимы: седуксен, реланиум). Препарат вводится медленно, в/в, в разведении на 10—20 мл физиологического раствора в количестве 10—20 мг (2—4 мл). Хорошим эффектом обладает нейролептик дроперидол. Его вводят также в/в медленно, в разведении, в дозе 5—10 мг (2—4 мл 0,25% р-ра). Данные препараты снижают возбудимость центров головного мозга, способствуют стабилизации АД. Для усиления действия седативных препаратов, с целью десенсибилизации и получения антигистаминного эффекта, показано использование препаратов типа димедрола (1—2 мл 1% р-ра). При высокой судорожной готовности и необходимости проведения неотложных манипуляций, показан кислородно-закис-ный наркоз. При необходимости быстрого ввода больной в наркоз в качестве вводного наркоза можно использовать фторотан, с последующим переходом на другой анестетик. 2. Спазмолитическая и гипотензивйая терапия при преэклампсии, эклампсии. При проведении гипотензивной терапии следует проводить сочетанное использование мощных, быстродействующих, но с коротким клиническим эффектом препаратов типа ганглиоблокаторов, с постоянным фоновым введением препаратов, обладающих менее мощным эффектом, но большей продолжительностью действия (дибазол, но-шпа, эуфиллин). Лечение при преэклампсии, эклампсии следует начинать с в/в медленного введения 3—4 мл 1% р-ра дибазола а затем 10—20 мл 2,4% р-ра эуфиллина. Фоновыми препаратами могут являться спазмолитики типа но-шпы в общепринятых дозах. При отсутствии должного эффекта от вышеуказанной гипотензивной терапии можно попробовать применить ганг-лиоблокаторы типа бензогексоний в виде 1 мл 1% р-ра в/в или в/ м или арфонад (250 мг в разведении на 150—200 мл физраствора, в/в медленно, капельно, под постоянным контролем АД). Хорошим многосторонним эффектом обладает сульфат магния. В. Н. Серов (1989) рекомендует придерживаться следующих принципов подбора и скорости введения данного препарата в зависимости от величины среднего АД: до 120 мм рт. ст. — 30 мл 25% р-ра магния сульфата; от 121 до 130 мм рт. ст. — 40 мл 25% р-ра, выше 130 мм рт. ст. — 50 мл в 400 мл реополиглюкина. Рекомендуемая скорость введения — около 100 мл/час, следовательно, на всю инфузию потребуется 4 часа.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4. Токсикозы беременных)**

IV. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html **Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания)**

Задача №1

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Л.И., 23 лет.

Жалобы: на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Анамнез: Беременность 20 недель. Начиная с 16 недель периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 120/80, 115\75 мм. рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Сердце и легкие без патологии. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Живот увеличен за счет беременности, положение плода неустойчивое.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите профилактические мероприятия данного осложнения.
3. Определите дальнейшую тактику фельдшера.
4. Объясните правила сбора мочи по Нечипоренко у беременной. Выпишите направление на исследование мочи по Нечепоренко

Эталон ответа к задаче №1:

1. На основании жалоб: на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание Данные анамнеза: начиная с 16 недель периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа, данных объективного исследования - симптом Пастернацкого резко положительный справа можно предположить диагноз - Беременность 20 недель. Острый правосторонний гестационный пиелонефрит.

2. Профилактические мероприятия:

- взятие на учет в группу риска;
- провести обследование - общий анализ мочи, крови, УЗИ почек, биохимический анализ крови, проба по Нечипоренко, консультация специалистов (терапевта, нефролога, уролога):
- дородовая госпитализация за 10 дней до предполагаемого срока родов в обсервационный родильный дом;
- срочная госпитализация при обострении на любом сроке;
- оздоровительные мероприятия - почечные травы, санация очагов инфекции, антибактериальные препараты, уросептики;
- колено-локтевое положение.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания)

3.Дальнейшая тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в обсервационный родильный дом в отделение патологии беременности.

Лечение пиелонефрита в профильном отделении проводит терапевт, уролог или нефролог. Принципы лечения заключаются в увеличении пассажа мочи, ликвидации ее застоя, интенсивном выведении микробов и их токсинов, санации мочевыводящих путей.

Если терапия не дает результатов, производят катетеризацию мочеточников с целью восстановления нарушенного пассажа мочи или при развитии гнойно-деструктивного воспаления.

Критерием излеченности служит отсутствие лейкоцитурии при троекратном исследовании мочи.

Родоразрешение. При своевременных профилактических мероприятиях роды происходят в срок через естественные родовые пути. Оперативное родоразрешение производят по акушерским показаниям.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания).

4. Правила сбора мочи по Нечипоренко у беременных:

- приготовить стерильную баночку,
- беременная должна подмыться с мылом, обсушить половые органы,
- во влагалище вставить ватный тампон,
- собрать среднюю порцию мочи.

В лабораторию направляется беременная
Анализ мочи по Нечепоренко
Ф.И.О_____
Дз._____
возраст_____
адрес_____
дата_____ подпись_____

Задача 2

Роженица 25 лет. Страдает комбинированным митральным пороком сердца. Размеры таза: 26-28 - 31 - 20 см. Роды первые срочные продолжаются 12 часов. Воды отошли при раскрытии шейки матки 4 см. При появлении потуг состояние роженицы ухудшилось, пульс участился до 130 ударов в минуту, появились одышка, цианоз. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное, 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, головка плода в полости малого таза.

Задание

1Обоснуйте и сформулируйте диагноз

2 Определите тактику ведения роженицы.

Эталон ответов к задаче №2:

На основании жалоб на одышку, которая появилась во время потуг, данных анамнеза: страдает комбинированным митральным пороком сердца, данных объективного исследования пульс 130, цианоз, одышка, открытие маточного зева полное, головка плода в полости малого таза можно предположить диагноз: Беременность доношенная, второй период родов, комбинированный митральный порок сердца, острая сердечная недостаточность.

2. Родоразрешение женщин с пороками сердца производится, преимущественно, через естественные родовые пути. При компенсированном кровообращении во время беременности или начальных стадиях его недостаточности, ликвидированных к сроку родов, выключения потуг не требуется.

Наложение щипцов производят у женщин с митральным стенозом, с недостаточностью кровообращения IIА степени, с эндокардитом.

В остальных случаях второй период родов укорачивают за счет выполнения перинеотомии.

Показаниями для кесарева сечения служат активный ревматический процесс, недостаточность кровообращения IIБ-III ст., сочетание порока сердца с акушерской патологией, требующей оперативного родоразрешения.

Сразу после окончания родов вводят кардиотонические средства. Кормление ребенка грудью противопоказано при активной форме ревматизма и при нарастании явлений декомпенсации.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания**).

Задача № 3

Беременная М., 40 лет, в сроке гестации 34 недели жалуется на мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос.

При обследовании выявлена бледность кожи и слизистых оболочек. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. При аускультации сердца I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум над всеми точками сердца. В легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин − 90 г/л, эритроциты. − 3,3 х 1012/л, ЦП 0,7, лейкоциты. − 9,8 х 109 /л: э 2, п 3, с70, л 25, м 10, анизоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо − 7,2 мкмоль/л.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз
2. Назовите факторы риска развития заболевания .
2 Лечение беременной.

Эталон ответа к задаче №3

1. На основании жалоб на мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, данных объективного исследования: бледность кожи и слизистых оболочек, пульс 100,. I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум над всеми точками сердца., данных лабораторного исследования: в общем анализе крови: гемоглобин − 90 г/л, эр. − 3,3 х 1012/л, ЦП − 0,7, лейк. − 9,8 х 109 /л: э − 2, п − 3, с − 70, л − 25, м − 10, анизоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо − 7,2 мкмоль/л, можно предположить диагноз Беременность 34 недели, железодефицитная анемия легкой степени.
2. Гинекологические заболевания, сопровождающиеся внешним или внутренним кровотечением (эндометриоз, миома матки и др.)

   • Заболевания, проявляющиеся хроническими носовыми кровотечениями:
   идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопатии, болезнь Рандю–Ослера (ангиоматоз сосудов носовой полости)
   Гломерулонефрит, мочекаменная болезнь.
   Хронические инфекционные заболевания.
   Предшествующий дефицит железа (даже в странах с высоким уровнем жизни только 20% менструирующих женщин имеют запасы железа, достаточные для того, чтобы избежать развития дефицита железа во время беременности);
   Частые беременности и роды,
   Многоплодная беременность способствуют истощению депо железа в организме;
   Хронические кровопотери различной локализации (желудочно-кишечные, маточные, носовые, почечные) вследствие различных заболеваний;
   Нарушение всасывания поступающего с пищей железа в кишечнике (энтериты, резекция тонкого кишечника, синдром недостаточного всасывания, синдром «слепой петли»);
   Алиментарная недостаточность железа (недостаточное питание, анорексии различного происхождения, вегетарианство и др.).
3. При медикаментозном лечении и профилактике ЖДА во время беременности необходимо руководствоваться принципами ВОЗ, которые заключаются в следующем: все беременные с самого начала беременности (но не позднее 3-го месяца) и далее в течение 3 мес лактации должны получать 50-60 мг элементарного железа в сутки для профилактики ЖДА.

   При выявлении у беременной ЖДА суточная доза увеличивается в 2 раза. Суточная доза для профилактики анемии и лечения лѐгкой формы заболевания составляет 60–100 мг железа, а для лечения выраженной анемии — 100–120 мг железа (для железа сульфата).

   Включение аскорбиновой кислоты в солевые препараты железа улучшает его всасывание.

Для железа (III) гидроксид полимальтозата дозы могут быть выше, примерно в 1,5 раза по отношению к последним, т.к. препарат неионный, переносится существенно лучше солей железа, при этом всасывается только то количество железа, которое необходимо организму и только активным путем. Рекомендован также ежедневный прием фолиевой кислоты. Препараты железа принимают в сочетании с аскорбиновой и фолиевой кислотой в дозе 400 мкг. Лечение должно быть длительным. При адекватном назначении препаратов железа в достаточной дозе подъѐм ретикулоцитов отмечают на 8–12-й день, содержание Hb увеличивается к концу 3-й недели. Нормализация показателей красной крови наступает только через 5–8 нед лечения

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания).

Задача №4

К акушерке ФАП обратилась пациентка на сроке беременности 24 недели с жалобами на желтушность кожных покровов в течение 7 дней, легкий кожный зуд.

В течение 2 недель отмечает слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость, последние 3 дня - темную пенистую мочу и светлый кал.

Из анамнеза выяснено, что 3 месяца назад лечилась у стоматолога.

При осмотре – желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба. Печень увеличена. Матка овоидной формы, в нормальном тонусе. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

Задание

1.Обоснуйте и сформулируйте диагноз

2 Определите тактику

Эталон ответа на задачу №4

1 На основании жалоб нана желтушность кожных покровов в течение 7 дней, легкий кожный зуд, данных анамнеза .в течение 2 недель отмечает слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость, последние 3 дня - темную пенистую мочу и светлый кал, 3 месяца назад лечилась у стоматолога, данных объективного исследования желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба, печень увеличена, матка овоидной формы, в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту, выделений из половых путей нет можно предположить диагноз Беременность 24 недели, вирусный гепатит С.

2 Вакцины от гепатита С пока не существует в связи с мутагенностью вируса и недостаточными знаниями о взаимодействии HCV и иммунной системы.

Всем женщинам проводят скрининговое обследование на HCV трижды за беременность.

Несмотря на риск вертикальной передачи вируса, гепатит С не служит противопоказанием к беременности.

При подтверждении диагноза больную переводят в специализированный стационар.

При острой фазе гепатита С у беременных необходима госпитализация в инфекционный стационар и обеспечение наблюдения акушера-гинеколога.

Вне беременности основа терапии — противовирусные препараты интерферона альфа (с 6-месячным курсом при остром гепатите и 6–12-месячным курсом при хроническом).

Если через 3 мес от начала терапии интерфероном сохраняется циркуляция РНК HCV (или при рецидиве гепатита С после завершения курса интерфероном альфа), лечение больных дополняют рибавирином.

Во время беременности этиотропная противовирусная терапия гепатита С противопоказана, при необходимости проводят патогенетическое и симптоматическое лечение больных.
Все усилия акушеров должны быть направлены на то, чтобы роды у больных гепатитом С прошли в срок через естественные родовые пути.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания

Задача №5

На консультацию к терапевту направлена беременная 28 недель, 29 лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость. В анамнезе одни срочные роды без осложнений год назад.

При осмотре кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Матка увеличена до 24 недель беременности, в нормальном тонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.
При исследовании периферической крови гемоглобин - 92 г/л, цветовой показатель - 0,8, ретикулоциты - 12‰.
Задание:
1Обоснуйте и сформулируйте диагноз
2 Назовите осложнения беременности , назначьте лечение
Эталон ответа к задаче №5
На основании жалоб на слабость, повышенную утомляемоть, объективных данных кожные покровы бледные, пульс 82, АД 120/80 мм рт. ст. матка увеличена до 24 недель беременности, в нормальном тонусе, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту, дополнительного исследования: гемоглобин – 92 г/л, цветовой показатель − 0,8, ретикулоциты − 12‰ можно предположить диагноз: беременность 28 недель, железодефицитная анемия легкой степени.
2 Анемия у беременных, особенно существовавшая до беременности, значительно увеличивает перинатальные потери и заболеваемость новорожденных:
повышение перинатальной смертности;
повышение перинатальной заболеваемости;
задержка роста плода;
гипоксия;
гипоксическая травма мозга;
инфекционно-воспалительные заболевания.
гипотония и слабость родовой деятельности
послеродовые гнойно-септические заболевания
гипогалактия;
кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
Лечение:Немедикаментозное лечение включает диету, богатую железом и белком. Однако достичь нормализации содержания гемоглобина в крови с помощью одной лишь диеты невозможно, так как из пищи всасывается небольшая доля железа (из мяса - 20%; из растительных продуктов - 0,2%). Рекомендовано использовать лечебное питание для восполнения дефицита белка.
Медикаментозное лечение проводят в два этапа:
купирование анемии (восстановление нормальной концентрации гемоглобина);
терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме).
Показания к парентеральному введению препаратов железа:

- непереносимость пероральных препаратов железа;

– нарушение всасывания железа;
– язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения;
– тяжелая анемия и жизненная необходимость быстрого восполнения дефицита железа.

Для парентерального введения используют препараты трехвалентного железа.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания

Задача №6

Пациентка А., 38 лет, беременность 14 недель.

Доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на сильную боль над лоном, слабость, тошноту. В течение 6 лет страдает миомой матки (субсерозный узел). Болеет третий день. Боль появилась без видимой причины, нарастала по интенсивности, температура повысилась до 37,8, присоединилось вздутие кишечника.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 96 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно вздут, резко болезненный над лоном, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика выслушивается.

При бимануальном исследовании определяется увеличенная до 17 недель матка, бугристая, резко болезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не определяются, безболезненные. Своды свободны. Параметрии не инфильтрированы.

В течение 2 часов получала лечение: инфузионная терапия в объеме 2 литра, спазмолитики, антибиотики. Состояние не улучшилось, боли не купировались, клиника «острого живота» нарастала.

Задание:

1Обоснуйте и сформулируйте диагноз

2 Тактика.

Эталон ответа к задаче №6:

1.На основании жалоб на сильную боль над лоном, слабость, тошноту, данных анамнеза: В течение 6 лет страдает миомой матки (субсерозный узел), болеет третий день, боль появилась без видимой причины, нарастала по интенсивности, температура повысилась до 37,8, присоединилось вздутие кишечника; данных объективного исследования:состояние средней степени тяжести. кожные покровы бледные, язык сухой, обложен белым налетом, пульс 96. живот мягкий, умеренно вздут, резко болезненный над лоном, слабо положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика выслушивается, определяется увеличенная до 17 недель матка, бугристая, резко болезненная при исследовании, в течение 2 часов получала лечение: инфузионная терапия в объеме 2 литра, спазмолитики, антибиотики, состояние не улучшилось, боли не купировались, клиника «острого живота» нарастала можно предположить диагноз Беременность 14 недель , миома тела матки, некроз миоматозного узла.

2.Пациентке показано хирургическое лечение с последующей сохраняющей беременность терапией.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания

Задача № 7

Беременная 28 лет жалуется на боли внизу живота больше справа, тошноту, однократную рвоту.

Беременность 24 недели. Больна в течение 5- 6 часов. Боли появились в эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота.

Температура 37,5 0 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 94 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом.

Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные справа.

Матка в нормальном тонусе, увеличена до 24 недель беременности.

В общем анализе крови: гемоглобин − 115 г/л, лейкоциты − 10 х1012/л, п − 13%, с − 65%, СОЭ − 20 мм/час.

Задание:

1Обоснуйте и сформулируйте диагноз

2 Тактика.

Эталон ответа к задаче №7

1.На основании жалоб на внизу живота больше справа, тошноту, однократную рвоту, данных анамнеза: больна в течение 5- 6 часов, боли появились в эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота. данных объективного исследования: температура 37,5 0 С. пульс 94, язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины слабоположительные справа матка в нормальном тонусе, увеличена до 24 недель беременности можно предположить диагноз Беременность 24 недели, острый аппендицит

2. Необходима срочна ягоспитализация в хирургическое отделение, проведение аппендэктомии с последующей беременность сохраняющей терапией.

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания

Задача №8

Беременная К., 28 лет, в сроке беременности 28 недель доставлена в приемное отделение с жалобами на боли в правой поясничной области, внизу живота, болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,20 С.

Из анамнеза: данная беременность первая, первый триместр осложнялся острым циститом, неспецифическим вагинитом.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 38,2 0 С. Живот при пальпации безболезненный, перитонеальных симптомов нет.

Матка увеличена до 28 недель, тонус повышен. Симптом поколачивания поясницы в области проекции почек положительный справа.

При УЗИ влагалищным датчиком шейка матки укорочена до 25 мм, внутренний зев закрыт.

Общий анализ крови: лейкоциты – 14х109 /л, гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – 3,44х1012/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – 1 г/л, лейкоциты – 50 – 60 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, определяются бактерии в большом количестве.

Задание:

1Обоснуйте и сформулируйте диагноз

2 Тактика и принципы лечения.

Эталон ответа к задаче №8

1.На основании жалоб на боли в правой поясничной области, внизу живота, болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,20 С: данных анамнеза:

первый триместр беременности осложнялся острым циститом, неспецифическим вагинитом, данных объективного исследования температура 38,2 0 С, живот при пальпации безболезненный, перитонеальных симптомов нет, матка увеличена до 28 недель, тонус повышен. симптом поколачивания поясницы в области проекции почек положительный справа, при УЗИ влагалищным датчиком шейка матки укорочена до 25 мм, внутренний зев закрыт; данных лабораторных исследований общий анализ крови: лейкоциты – 14х109 /л, гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – 3,44х1012/л, общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – 1 г/л, лейкоциты – 50 – 60 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, определяются бактерии в большом количестве можно предположить диагноз: Беременность 28 недель, острый гестационный правосторонний пиелонефрит.
2. Лечение пиелонефрита в профильном отделении проводит терапевт, уролог или нефролог. Принципы лечения заключаются в увеличении пассажа мочи, ликвидации ее застоя, интенсивном выведении микробов и их токсинов, санации мочевыводящих путей. Если терапия не дает результатов, производят катетеризацию мочеточников с целью восстановления нарушенного пассажа мочи или при развитии гнойно-деструктивного воспаления.
Критерием излеченности служит отсутствие лейкоцитурии при троекратном исследовании мочи. При своевременных профилактических мероприятиях роды происходят в срок через естественные родовые пути. Оперативное родоразрешение производят по акушерским показаниям.
Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.6. Беременность и экстрагенитальные заболевания

V. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.1. Аномалии развития и патологические изменения экстраэмбриональных образований)**

Задача №1

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Е.Н. 26 лет.
Жалобы на схватки, начавшиеся 4 часа тому назад, и усиление шевеления плода.
Анамнез: беременность доношенная, но протекала с осложнениями (по УЗИ выявлены кальцинаты на плаценте).
Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120\80 мм. рт. ст. Пульс - 74 уд в мин. Живот овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка. Схватки по 25-30 секунд через 6-7 минут. При аускультации - сердцебиение плода приглушено, частота 100 уд./мин.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику фельдшера в данной ситуации
3. Перечислите признаки оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.
4. Продемонстрируйте первичный туалет новорожденного (обработка пуповины).

Эталон ответа к задаче №1:

1. Диагноз: На основании жалоб на усиление шевеления, сватки, которые начались 4 часа назад по 25-30 секунд через 6-7 минут, данных УЗИ (выявлены кальцинаты на плаценте), при аускультации - сердцебиение приглушено с частотой 100уд\мин можно предположить диагноз: Беременность 40 недель, первый период родов, латентная фаза.ХФПН

2.Тактика фельдшера:
- срочная госпитализация в родильное отделение
- дача кислорода
- внутривенно ввести 40% раствор глюкозы 20мл, 5% раствор аскорбиновой кислоты 5 мл,1% раствор сигетина 1мл
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.1. Аномалии развития и патологические изменения экстраэмбриональных образований)**
3. Определение состояния новорожденного производится по шкале Апгар.
Учитываются следующие клинические признаки по баллам (от 0 до 2):
- сердцебиение плода: отсутствует 0, меньше- 100уд/мин (1), больше – 100 уд/мин (2);
- дыхание: отсутствует - 0,отдельные вдохи(1), регулярные (2);
- цвет кожи: бледность или цианоз (0), акроцианоз (1), розовый (2);
- мышечный тонус: отсутствует (0), полусогнутые конечности (1), поза флексии (2);
рефлекторная возбудимость: реакция на отсасывание слизи, отсутствует (0), гримаса (1), крик, кашель (2).
(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2. 2.10. Ведение родов)**
4. Первичный туалет новорожденного в родильном зале включает:
- отсасывание слизи изо рта и из носа,
- двухмоментную обработку пуповины,
- профилактику гонобленореи,
- антропометрию,
- пеленание,
- регистрацию
- повторную профилактику гонобленореи.

Первый момент:
- на расстоянии 10 см от пупочного кольца накладывается зажим Кохера через 1-1,5 минуты после прекращения пульсации пуповины;
- отрезается пуповина ножницами от зажима Кохера на 0,5 см в материнскую сторону;
- срез пуповины обрабатывается70% спиртом с добавками (хлоргексидин);
- материнский конец опускается в почкообразный тазик для сбора плацентарной крови;

Второй момент:
- повторная обработка рук, одеваются стерильные перчатки;
- акушерка держит пуповину зажимом Кохера и на расстоянии 23см вверх от пупочного кольца обрабатывает ее 70° спиртом с добавками;
- от пупочного кольца на расстоянии 0,1-1 см накладывается скобка Роговина;
- от скобки вверх на расстоянии 0,5 см стерильными ножницами пуповина отрезается;
- срез пуповины обрабатывается 70° спиртом с добавками; культя остается открытой.

При закрытом способе на срез накладывается стерильная салфетка, затем сверху салфетки накладывается повязка, концы которой завязываются со стороны угла косынки.

Профилактика гонобленореи:
- с наружного угла к внутреннему каждый глаз новорожденного протирается отдельным шариком;
- держа пипетку горизонтально над глазом, стягивая нижнее веко, на слизистую коньюнктивы на расстоянии 2 см от глаза закапывают 1-2 капли 20% раствор сульфацила натрия трехкратно через 10 мин. Если родилась девочка, то 3 - 4 капли закапывается в половую щель.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2. 2.10. Ведение родов)**

Задача№2

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 29 лет.

Жалобы: на кровянистые выделения темного цвета, с мелкими пузырьками.

Анамнез: женщина состоит на учете по поводу беременности. Срок беременности по последней менструации 20 недель.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот увеличен за счет беременности. Дно матки располагается на уровне пупка. Матка при пальпации тестовидной консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение плода не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Продемонстрируйте технику диагностического выскабливания полости матки.

Эталон ответа к задаче №2:

1.На основании жалоб на кровянистые выделения с пузырьками, значительное увеличение размеров матки, превышающее данный срок беременности (при сроке беременности 20 недель величина матки у данной женщины соответствует 24 недельному сроку), отсутствие достоверных признаков беременности (шевеления, сердцебиения, части плода не определяются) можно предположить диагноз: Беременность 20 недель? Пузырный занос.

2.Дополнительные методы обследования.

- определение титра ХГЧ гормона;
- УЗИ.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.1. Аномалии развития и патологические изменения экстраэмбриональных образований)**

3.Тактика фельдшера - госпитализация в гинекологический стационар.

4. Показания для пробного выскабливания - это подозрение:

- на злокачественный процесс
- на задержку элементов плодного яйца.
- на туберкулезный процесс
- кровотечения неясной этиологии

Необходимый набор инструментов: зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, корнцанги, кюретки.

При данной операции:

- женщину укладывают ни гинекологическое кресло;
- вводят ложкообразное зеркало и зеркало-подъемник;
- спиртом обрабатывают влагалище и шейку;
- пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейку матки;
- маточным зондом через определяют состояние рельефа слизистой, положение и длину тела матки;
- расширителями Гегара раскрывают шеечный канал;
- кюретками производят выскабливание стенок матки;

- полученную ткань заливают спиртом или раствором формалина, складывают в емкость и отправляют в гистологическую лабораторию. В направлении отмечают: Фамилию, имя, отчество больной, возраст, адрес, дату и клинический диагноз. Операция проводится с обезболиванием (ингаляционный, внутривенный наркоз, местное обезболивание).

Задача №3

3 декабря к фельдшеру ФАП обратилась беременная 30 лет.

Жалобы**:** на подтекание околоплодных вод в течение 3 часов, незначительные боли в пояснице и в нижних отделах живота.

Анамнез**:** Менструация с 17 лет, обильные, болезненные через 30-33 дня, по 5-6 дней. Половая жизнь с 28 лет. Беременность первая. Последние менструации 1- 4 марта. В первой половине беременности были явления угрозы прерывания беременности, по поводу чего лечилась в стационаре. Беременность была сохранена.

Объективно**:** состояние удовлетворительное, АД 110\70 - 115 /75 мм рт. ст. Температура -36,9, пульс - 82 уд/мин. Окружность живота 108 см. Высота стояния дна матки 34 см, части плода плохо прощупываются. Головка баллотирует над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 132 удара в минуту, слева ниже пупка. Выраженной родовой деятельности нет, схватки слабой силы, по 10-15 секунд, регулярные. Подтекают светлые околоплодные воды.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите причины данного осложнения.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Продемонстрируйте на фантоме влагалищное исследование у роженицы.

Эталон ответа к задаче №3:

1. На основании жалоб на подтекание околоплодных вод, умеренные боли внизу живота, наличие родовой деятельности слабой силы по по 10-15 секунд, регулярные, срока беременности по дате последней менструации 39-40 недель, предполагаемая масса плода – 3 700 г, объективного исследования части плода плохо прощупываются, сердцебиение плода приглушено, можно предположить диагноз**:** Беременность 39- 40 недель, 1 период родов, латентная фаза. Первичная слабость родовой деятельности. Многоводие. Преждевременное излитие околоплодных вод.

2. Причины первичной слабости родовой деятельности:

инфантилизм половых органов у данной роженицы. Признаки инфантилизма: позднее наступление менструального цикла с 17 лет, обильные и болезненные, продолжительные менструации, продолжительность менструального цикла 30-33 дня;

угроза невынашивания на ранних сроках беременности;

перерастяжение стенки матки при многоводии.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3**. **3.1. Аномалии развития и патологические изменения экстраэмбриональных образований)**

3. Тактика фельдшера:

1. срочная госпитализация роженицы в родильный дом. Транспортировка должна быть бережной.
2. следить за сердцебиением плода;

3. провести профилактику гипоксии плода (дать кислород, в/в ввести 1% р-р сигетина 1 мл в 5% р-ре глюкозы, 5% р-р аскорбиновой кислоты – 5 мл + ККБ 50 мг).

4. Влагалищное исследование проводится при строгом соблюдении асептики и антисептики. У роженицы тщательно обрабатывают наружные половые органы раствором фурацилина. Тщательно обрабатываются руки исследующего, одеваются стерильные перчатки. Левой рукой разводят малые половые губы, указательный и средний пальцы правой руки вводят во влагалище и определяют:

- состояние стенок и полости влагалища;
- состояние шейки матки и степень ее раскрытия;
- целостность оболочек и околоплодных вод, в каком отделе малого таза находится предлежащая часть плода;
- уточняют предлежащую часть плода;
- при головном предлежании, по расположению швов и родничков определяют разновидность предлежания и вид позиции;
- при возможности измеряют диагональную коньюгату;
- проводят санацию влагалища раствором фурацилина.

VI. НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3.**

3.3. Невынашивание беременности, 3.13. Перенашивание беременности. Программированные роды)

Задача №1

Фельдшер ФАП вызван на дом к роженице 32 лет, срок беременности 33 недели. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и пояснице.

Анамнез:менструальная функция без особенности. Брак первый. Данная беременность третья. Первая беременность закончилась пять лет назад срочными родами, вторая беременность - два года назад искусственным абортом. Состоит на учете по поводу беременности у фельдшера с 12 недель. Беременность протекала без осложнений. Боли появились после физического напряжения (подъем тяжести).

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, АД 120/80 и 115/75 мм рт ст, пульс 85, окружность живота 80 см., высота стояния дна матки 30см, положение плода продольное, предлежит головка, которая располагается над входом в малый таз, подвижная. При аускультации выслушивается ясное сердцебиение плода, с частотой 130 уд/мин. При пальпации матка в тонусе, продолжительность схваток по 25 сек. через 10мин. Во время объективного исследования из половых путей начали подтекать светлые околоплодные воды в умеренном количестве.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его
2. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
3. Перечислите возможные осложнения
4. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа к задаче №1:

1.На основании жалоб на схваткообразные боли внизу живота и пояснице, срока беременности 33 недели; данных анамнеза два года назад медицинский аборт, боль появилась после поднятия тяжести, данных объективного исследования: ОЖ – 80 см, ВДМ – 30см, предполагаемая масса плода по формуле Жордания – 2 400 г. наличие

родовой деятельности, подтекание околоплодных вод,можно предположить диагноз:беременность 33 недели Начавшиеся преждевременные роды, ранее излитие околоплодных вод.

2. Фельдшер обязан немедленно госпитализировать роженицу в специализированный родильный дом, в положении лежа, на боку.

С целью профилактики гипоксии недоношенного, незрелого плода необходимо в/в ввести 1%р-р сигетина 2 мл. в 40% р-ре глюкозы 20мл.+ 2, 4% р-ра эуфиллина 10мл, ККБ 50 мг, 5% р-р аскорбиновой кислоты – 5 мл

Токолиз.

Нифедипин. Рекомендуемый мониторинг при остром токолизе нифедипином в стационаре включает:

постоянный контроль частоты сердечных сокращений плода до тех пор, пока есть маточные сокращения;

измерение пульса, артериального давления каждые 30 мин в течение первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 ч, затем каждые 4 ч.

Атозибан (трактоцил) - препарат первой линии.Атозибан вводят внутривенно (в/в) сразу же после того, как поставлен диагноз «преждевременные роды». Введение осуществляют в три этапа:

в течение 1 мин вводят препарат в начальной дозе 6,75 мг;

сразу после этого в течение 3 ч проводят инфузию в дозе 300 мкг/мин (скорость введения - 24 мл/ч, доза атозибана - 18 мг/ч);

после этого проводят продолжительную (до 45 ч) инфузию атозибана в дозе 100 мкг/мин (скорость введения - 8 мл/ч, доза атозибана - 6 мг/ч).

Общая продолжительность лечения не должна превышать 48 ч. Максимальная доза атозибана на весь курс составляет 330 мг.

β-Адреномиметики (гексопреналин, или гинипрал) действуют через β-адренорецепторы, которые появляются после 25 нед беременности (в 26-27 нед), поэтому раньше этого срока их применение нецелесообразно и небезопасно.С целью подавления сократительной деятельности матки 0,5 мг гексопреналина разводят в 250-400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно капельно, начиная с 5-8 капель в 1 мин и постепенно увеличивая дозу до прекращения сократительной активности матки. Средняя скорость введения раствора составляет 15-20 капель в минуту в течение 12 ч.

Индометацин - нестероидное противовоспалительное средство, механизм его токолитического действия основан на блокаде синтеза простагландинов. Общая доза препарата не должна превышать 1000 мг. Индометацин используют при сроке беременности от 22 до 32 нед. Лекарство не следует применять дольше 48 ч.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4Невынашивание беременности)**

3. При течении преждевременных родов возможны следующие осложнения:

- родовые травмы плода
- аномалия родовой деятельности: первичная или вторичная слабость родовой деятельности;
- дискоординированная родовая деятельность;
- чрезмерно бурная родовая деятельность;
- затяжные или стремительные роды;
- кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-

9704-3612-7 - Режим доступа:
http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 3. 3.4Невынашивание беременности)**

4. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания - это совокупность движений плода, которые он совершает при прохождении через родовые пути, с целью приспособления к размерам малого таза.

Различают четыре момента биомеханизма родов.

1 момент. Сгибание головки - головка во входе в малый таз делает сгибание, в результате чего первой опускается в полость малого таза затылочная кость, проводная точка – малый родничок, стреловидный шов расположен в поперечном или слегка косом размере.

2 момент. Внутренний поворот головки: начинается во входе и заканчивается в выходе из малого таза. Одновременно головка совершает поступательное движение. Личико плода и большой родничок поворачиваются кзади, затылок и малый родничок - кпереди. Стреловидный шов из поперечного размера во входе в малый таз постепенно переходит в прямой размер выхода из малого таза, в полости малого таза он находится в одном из косых размеров.

3 момент. Разгибание головки. При этом подзатылочная ямка прижимается к нижнему краю симфиза и вокруг нее головка разгибается: постепенно рождаются затылок, теменные бугры, лобик и в последнюю очередь личико и подбородок.

4 момент. В полость малого таза опускается плечевой пояс плода. Плечики опускаются до тазового дна межплечевой линией в поперечном размере, но родиться через поперечный размер выхода в таком положении они не могут. Поэтому с целью приспособления к прямому размеру выхода (он увеличивается в родах до 11,5 -12 см.) плечики совершают внутренний поворот и межплечевая линия устанавливается в прямом размере выхода. Головка делает наружный поворот затылком в сторону позиции, т.к. спинка возвращается обязательно в прежнюю сторону. Далее под нижний край симфиза подходит переднее плечико и фиксируется, рождается заднее плечико, затем переднее плечико и окончательно все туловище. Головка рождается малым косым размером – 9,5 см.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа:
http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2 2.8. Механизм родов при затылочных предлежаниях)**

VII. ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 3. 3.9 Механизм, клиническая картина и ведение родов при тазовых предлежаниях)

VIII. АНОМАЛИИ ТАЗА

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 3. 3.11. Узкий таз)

Задача №1

Беременная 26 лет обратилась к фельдшеру ФАП на сроке беременности 38 недель.

Жалобы: на слизистые обильные выделения из половых путей, которые беспокоят женщину в течение 2-3 дней, боли в области поясницы.

Анамнез: менструации с 13 лет, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Беременность и роды вторые. Первые роды продолжались более суток и закончились рождением мертвого плода. Масса плода 3100,0.Настоящая беременность протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние, удовлетворительное, АД 110\60 - 115\7О мм рт. ст., пульс - 68 ударов в минуту, ритмичный. Окружность живота 98 см. Высота дна матки 34 см. Размеры таза: 24-26-29-18см.

Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. Воды не отходили.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите возможные осложнения для матери и плода.
3. Тактика фельдшера в данной ситуации.
4. План ведения родов.

Эталон ответа к задаче №1

1. На основании жалоб на слизистые обильные выделения из половых путей, боли в пояснице, данных анамнеза: первые роды продолжались более суток и закончились рождением мертвого плода массой 3100,0г, данных объективного исследования: предполагаемый вес плода 3332г, размеры таза 24-26-29-18см, размер истинной коньюгаты 9см, можно предположить диагноз - Беременность 38-39 недель. Общеравномерносуженный таз, 1 степень сужения. Отягощенный акушерский анамнез. Прелиминарный период.

2. При родоразрешении возможны следующие осложнения:

- тяжелые родовые травмы у плода и матери;
- вторичная слабость родовой деятельности;
- клинический узкий таз.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.11. Узкий таз)

3. Тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в отделение патологии беременных ЦРБ.

4. Учитывая срок беременности 38-39 недель, подготовительный период, наличие доношенного плода весом 3332г, наличие в анамнезе мертворождение (плод весом 3100), общеравномерносуженный таз 1 степени сужения рекомендуется родоразрешение во время беременности в плановом порядке.

Задача №2

28 ноября фельдшер скорой помощи вызван к роженице 25 лет.

Жалобы**:** на сильные схваткообразные боли внизу живота, которые начались два часа назад, одновременно отошли околоплодные воды.

Анамнез**:** менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные. Половая жизнь с 24 лет. Беременность первая. Последняя менструация 28 января. На учёте в женской консультации не состояла.

Объективно**:** правильного телосложения, температура - 36,5, АД 120\70 – 115/75 мм рт. ст. пульс - 76, ритмичный. Окружность живота - 102 см. Высота стояния дна матки 36 см, предполагаемая масса плода – 3700 г. Размеры таза: 25-28-31-18 см. Положение плода продольное. Головка плода подвижная, над входом в малый таз. Сердцебиение плода

приглушено, 160 ударов/минуту, слева ниже пупка. Схватки частые по 45-55 секунд, через 1-2 минуты. Воды светлые, подтекают в течение 2 часов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите возможные осложнения для плода и матери.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Продемонстрируйте технику определения признаков Вастена на фантоме.

Эталон ответа к задаче №2:

1. На основании анамнеза: последняя менструация 28 января, срок беременности 42-43 недели, наличия родовой деятельности, которая началась 2 часа назад, одновременно отошли околоплодные воды, данных объективного исследования: предполагаемый вес плода 3672г, размеры таза 25-28-31-18см, истинная коньюгата 9см, сердцебиение плода приглушено, 160 ударов/минуту, слева ниже пупка, схватки частые по 45-55 секунд, через 1-2 минуты, воды светлые, можно предположить диагноз: Беременность 42-43 недели, 1 период родов, активная фаза. Преждевременное излитие околоплодных вод. Простой плоский таз, 1степень сужения. ХФПН.

2.Возможные осложнения со стороны матери и плода:

- клинический узкий таз;
- разрыв тела матки, травмы лонного сочленения, разрывы промежности;
- травмы плода
- развитие вторичной слабости родовой деятельности
- развитие гипоксии плода

кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.11. Узкий таз)

3.Тактика фельдшера - срочная госпитализация в родильное отделение

4. Признак Вастена учитывается в конце 1 периода родов, при полном открытии шейки матки и отошедших околоплодных водах. Роженица лежит на спине. Мочевой пузырь освобожден. Ладонь руки укладывается на лонное сочленение и учитывается отношение головки плода к симфизу:

Признак Вастена положительный - головка выступает над лонным сочленением - это значит, что имеется значительное несоответствие между размерами головки и таза; роды через естественные родовые пути невозможны.

Признак Вастена вровень - головка и лонное сочленение находятся на одной плоскости - это значит, что несоответствие между головкой плода и малым тазом очень незначительное. Поэтому, если во 2 периоде родов родовая деятельность будет энергичной головка будет хорошо конфигурироваться, роды заканчиваются самопроизвольно; при отсутствии этих условий роды не возможны.

Признак Вастена отрицательный - головка находится ниже уровня лонного сочленения - это значит, что имеется полное соответствие между размерами головки и малого таза и роды через естественные родовые пути возможны.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.11. Узкий таз)

IX. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-

9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 3 3.12. Многоплодная беременность)

Задача №1

Фельдшера вызвали на дом к роженице 22 лет. В обменной карте указан диагноз: многоплодная беременность. Роды протекали стремительно, и к моменту прибытия фельдшера после рождения первого плода прошел час.

Жалобы: на кровотечение из родовых путей, боли.

Анамнез: половая жизнь с 21 года. Данная беременность первая. Срок беременность 35-36 недель. Роды начались неожиданно.

Объективно**:** общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 80, ритмичный, АД 120\80 - 110\70 мм. рт. ст. Второй плод в продольном положении, тазовом предлежании. Сердцебиение прослушивается глухо, 100 ударов в одну минуту. Из родовых путей умеренное кровотечение.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите причину преждевременных родов и кровотечения.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Продемонстрируйте на фантоме механизм родов при тазовом предлежании.

Эталон ответа к задаче №19:

1. На основании жалоб на кровотечение из половых путей, боли; данных обменной карты: срок беременности 35-36 недель, многоплодие, данных анамнеза родился первый плод час назад; данных объективного исследования: второй плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода глухое, 100 ударов в минуту можно предположить диагноз: беременность 35-36 недель, начавшиеся преждевременные роды,Многоплодная беременность. Тазовое предлежание второго плода. Преждевременная отслойка плаценты второго плода, острая гипоксия плода.

2. Причины наступления преждевременных родов связана с многоплодием и значительным перерастяжением стенок матки. При многоплодии почти в 50% случаев, беременность не вынашивается и роды наступают преждевременно. После рождения первого плода у него начинается третий последовый период, и поэтому с началом отделения плаценты первого плода синхронно может начаться отделение плаценты второго плода, и второй плод при преждевременной отслойке плаценты может погибнуть.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
Глава 3 3.12. Многоплодная беременность)

3. Фельдшер обязан срочно произвести акушерскую операцию "экстракцию плода за тазовый конец" и только после этой операции можно остановить кровотечение и спасти жизнь второму плоду. В конце операции необходимо ввести сокращающий препарат. После срочного родоразрешения родильницу из дома фельдшер переправляет в родильное отделение. Дети недоношенные, поэтому транспортировка должна быть очень щадящая.

4. Механизм родов при тазовом предлежании.

Проводная точка передняя ягодичка. Ягодицы прорезываются по межвертельному размеру 8-28см, головка прорезывается по малому косому размеру 9,5-32см.

I момент. Уменьшение ягодиц в объеме и опускание тазового конца - ягодички вступают во входе в малый таз, межвертельная линия расположена в одном из косых размеров таза, первой опускается передняя ягодичка, она является проводной точкой, и на ней расположена родовая опухоль.

II момент. Внутренний поворот ягодиц – совершается при переходе из широкой части малого таза в узкую, и межвертельная линия устанавливается в прямом размере выхода малого таза. Передняя ягодичка подходит к симфизу, задняя – к крестцу.

III момент. Врезывание и прорезывание ягодиц - сначала рождается передняя ягодичка, подвздошная кость прижимается к нижнему краю симфиза, образуя точку фиксации, вокруг которой происходит боковое сгибание туловища, и над промежностью рождается задняя ягодичка. Рождается туловище до пупочного кольца. В полость малого таза входят плечики в том же косом размере, что и ягодицы, Туловище рождается до нижнего угла лопаток, в полость таза вступает головка в размере противоположном вступлению ягодиц.

IV момент. Рождение плечиков – плечики поперечным размером устанавливаются в косом размере входа в малый таз, в полости малого таза совершают внутренний поворот и в выходе малого таза устанавливаются в прямом размере. Переднее плечико фиксируется к нижнему краю симфиза, образуя точку фиксации, вокруг которой туловище делает боковое сгибание, и над промежностью рождается заднее плечико.

V момент. Рождение головки. В полость малого таза окончательно опускается головка плода. Головка опускается стреловидным швом в косом размере. Совершает внутренний поворот, стреловидный шов в выходе устанавливается в прямом размере. Подзатылочная ямка головки прижимается к нижнему краю симфиза, и вокруг этой точки головка разгибается и рождается.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3. 3.9 Механизм, клиническая картина и ведение родов при тазовых предлежаниях).

X.АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / Под ред. В.Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - ISBN 978-5-9704-0592-5Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970405925.htm

Глава 4 Оперативное акушерство

XI. ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа:**http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.htmlГлава 3.3.10. Неправильные положения плода. Неправильные предлежания головки плода).**

Задача №1

Фельдшера ФАП вызвали к роженице 35 лет, 30 ноября.

Жалобы**:** на подтекание околоплодных вод, в течение двух часов и схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез**:** половая жизнь с 28 лет. Две первые беременности закончились искусственными медицинскими абортами, которые, со слов самой женщины, протекала без осложнений. После второго аборта в течение 5 лет беременность не наступала. Настоящая беременность - третья. Последняя менструация 22 февраля. На учете в женской консультации не состояла.

Объективно: правильного телосложения, температура - 36,7°, пульс - 76 ударов в минуту. АД 115\70-120\75 мм. рт. ст. Живот отвислый, окружность - 110 см. Высота дна матки - 28 см, предполагаемая масса плода – 3 000 грамм. Размеры таза: 25-28-31-20. Головка плода определяется слева, тазовый конец - справа, предлежащая часть отсутствует. Сердцебиение плода 148 ударов в минуту ритмичное, ясное, слева на уровне пупка. Схватки по 25 - 30 секунд, через 6-8 минут. Подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения в родах.
3. Составьте план ведения родов.
4. Продемонстрируйте приемы наружного акушерского исследования.

Эталон ответа к задаче №1

1.На основании жалоб на подтекание вод в течение двух часов и схваткообразные боли внизу живота, данных анамнеза 2 медицинских аборта и вторичное бесплодие 5 лет, последняя менструация 22 февраля (срок 40 недель)

Данных объективного исследования слева определяется головка, а справа - тазовый конец, предлежащая часть отсутствует, сердцебиение плода 148 ударов в минуту ритмичное, ясное, слева на уровне пупка можно предположить диагноз- Беременность 39-40 недель Первый период родов. Поперечное положение плода. Преждевременное излитие околоплодных вод. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Осложнения в родах:

преждевременное отхождение околоплодных вод;

запущенное поперечное положение плода;

разрыв матки;

геморрагический шок;

гибель плода;

гибель матери.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html

Глава 3.3.10. Неправильные положения плода. Неправильные предлежания головки плода).

3. Приемы наружного акушерского исследования применяются при объективном исследовании беременных на поздних сроках и при исследовании рожениц.

Беременная лежит на спине, акушерка становится справа.

Первый прием Леопольда: ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают, пальпируют и определяют уровень стояния дна матки а также определяют часть плода, расположенную в дне матки.

Второй прием. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят поочередно сначала одной, потом другой рукой. Таким образом, вторым приемом определяют положение плода (при продольном положении с одной стороны определяют спинку, а с другой - мелкие части). Вторым приемом по положению спинки определяют позицию и вид позиции.

Третий прием. Определяют предлежащую часть плода. Правую руку кладут выше лонного сочленения и захватывают предлежащую часть плода, которая находится над входом малого таза. Эта часть плода рождается первой.

Четвертый прием. Акушерка встает спиной к лицу женщины. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, концами пальцев определяют предлежащую часть и высоту стояния этой предлежащей части по отношению к полости малого таза.

(Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html**Глава 2. 2.6. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности и родов)**

XII.РОДОВЫЙ ТРАВМАТИЗМ

Задача №1

На ФАП к фельдшеру обратилась беременная 32 лет. Срок беременности 36 недель.

Жалобы**:** на боль в области рубца на матке после операции кесарево сечение, проведенной 2 года назад.

Анамнез**:** данная беременность третья, первая закончилась искусственным абортом, вторая - родами, родоразрешение - путем операции кесарево сечение, в связи с центральным предлежанием плаценты. Данная беременность протекала без осложнений, состоит на учете, консультировалась у врача в ЦРБ, последняя консультация состоялась месяц назад.

Объективно**:** состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски АД -120\80, 120\75 мм рт ст. пульс 80 ударов в минуту. Окружность живота 80 см, высота дна матки 36см. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода 130 уд./мин. Пальпация матки болезненна, по ходу послеоперационного рубца определяется истончение и локальная болезненность, матка в повышенном тонусе, из влагалища незначительные кровянистые выделения.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера ФАП.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику ручного отделения плаценты.

Эталон ответа к задаче №1

1. На основании жалобна боль в области рубца на матке после операции кесарево сечение, проведенной 2 года назад, родоразрешение - путем операции кесарево сечение, в связи с центральным предлежанием плаценты;данных объективного исследования: окружность живота 90 см, высота дна матки-36 см, предполагаемая масса плода (ОЖхВДМ) 3240,0 г, что соответствует сроку 36 недель, боль при пальпации матки, болезненность и истончение послеоперационного рубца на матке,повышение тонуса матки,незначительные кровянистые выделения из половых путей можно предположить диагноз Беременность 36 недель, отягощенный акушерский анамнез. Начавшийся гистопатический разрыв матки.

2. Данной беременной необходима срочная госпитализация в акушерский стационар для проведения оперативного родоразрешения.

Алгоритм действий фельдшера:

- уложить беременную,
- ввести спазмолитики и токолитики для снятия тонуса матки,
- на носилках в машине скорой помощи,
- сообщить по рации в акушерский стационар о предстоящей операции.

3. Показание – нарушение отделения плаценты.

Техника:

- освобождают мочевой пузырь. Наружные половые органы обрабатывают йодом или йодонатом. Руки тщательно моют, надевают стерильные перчатки;
- операция проводится под наркозом (калипсол, сомбревин);
- левой рукой разводят половую щель, а правую руку, сложенную в виде конуса (рука акушера), вводят во влагалище через прямой размер выхода малого таза, затем тыл кисти поворачивают в полости малого таза кзади, к крестцу. Руку в матку вводят, придерживаясь пуповины, находят край плаценты и пилообразными движениями между плацентой и стенкой матки отделяют плаценту;
- после отделения плаценты левой рукой, потягивая за пуповину, извлекают послед. Не извлекая правую руку, проводят ручное обследование внутренней поверхности матки, наружно внутренний массаж матки и выводят руку из полости матки

3. ЛЕЧЕНИЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

1.Нарушения менструального цикла. Нейроэндокринные синдромы

Задача №1

Фельдшера вызвали на дом к девочке 16 лет.

Жалобы**:** на кровотечение, которое продолжается уже семнадцатый день. Кровотечение незначительное. Перед этим была задержка менструации в течение пяти месяцев. В последние четыре дня появились слабость, головокружение.

Анамнез**:** в детстве перенесла много детских инфекционных заболеваний. В семье неблагоприятные бытовые условия. Менструации с 14 лет, нерегулярные, к врачу не обращалась, лечение не проводилось. Обильных кровотечений до этого момента не было

Объективно**:** Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 100\60 мм рт. ст., пульс - 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких и сердечно - сосудистой системе патология не обнаружена. Живот мягкий. Органы мочевыделительной системы без патологии, функция желудочного - кишечного тракта в норме. Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение на лобке скудное, малые половые губы не прикрыты большими, половая щель зияет, промежность высокая, втянутая

Задания:

1.Выявитие проблемы больной девочки.

2.Оцените состояние девочки.

3. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

4.Определите тактику фельдшера в данной ситуации.

5. Продемонстрируйте бимануальное исследование гинекологических больных.

Эталон ответа задаче №1

1. Приоритетные проблемы:

- длительное кровотечение
- слабость, головокружение
- Потенциальные проблемы:
- риск развития вторичной анемии
- риск нарушения функции половых органов
- риск развития бесплодия

2. Состояние девочки удовлетворительное.

3. Диагноз**:** Дисфункциональное маточное ювенильное кровотечение. Генитальный инфантилизм.

Диагноз устанавливается на основании клинических данных:

- позднее менархе.
- нерегулярный менструальный цикл
- инфантилизм половых органов

4. Фельдшер обязан девочку направить на стационарное лечение, где проведут обследование, чтобы исключить другие причины кровотечения: заболевания крови, злокачественные новообразования. После точной диагностики проведут лечение по остановке кровотечения, коррекцию менструального цикла, антианемическую терапию.

5. Перед бимануальным исследованием освобождают мочевой пузырь, при значительном переполнении толстого кишечника ставят очистительную клизму и, если сильно загрязнены наружные половые органы, их обрабатывают дезинфицирующим раствором (раствором фурацилина). Указательным и большим пальцами левой руки разводят малые половые губы, а 2 и 3 пальцы правой руки вводят во влагалище. Определяют состояние стенок влагалища, емкость, складчатость, исследуют влагалищные своды. При исследовании влагалищной части шейки матки определяют её форму, консистенцию, проходимость шеечного канала. Пальцы правой руки устанавливают в переднем своде влагалища, и в этот момент левую руку кладут ладонью на живот, сближая пальцы обеих рук, находят тело матки, определяя ее форму, величину, консистенцию, подвижность, болезненность. Затем обе руки перемещают влево и через левый боковой свод исследуют левые придатки, а затем руки перемещают вправо и исследуют правые. В конце исследования выводят из влагалища пальцы правой руки и обращают внимание на выделения. В норме они должны быть бесцветными, прозрачными.

Задача №2

К фельдшеру на ФАП обратилась больная 49 лет.

Жалобы**:** на плохое самочувствие, бессонницу, потливость, приступы приливов жара, которые повторяются до 15 раз в сутки.

Анамнез**:** половая жизнь с 20 лет. Было двое родов, 2 медицинских аборта, которые прошли без осложнений. Менструальный цикл установился в 13 лет, был регулярным до 47 лет. В последние два года менструации стали короткими, редкими, нерегулярными. Больную стали беспокоить головные боли, нарушился сон, появились приступы болей за грудиной по типу " стенокардии", приступы приливов жара.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 36,8, АД 140\90 мм рт. ст., пульс - 82 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. В легких патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный.

Бимануальное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, влагалище свободное, шейка обычной консистенции. Матка в anteversio - flexio, не увеличена, туго эластичной консистенции, безболезненна, подвижная. Своды свободные, придатки не определяются. Выделения светлые.

Задания:

1. Выявите проблемы женщины.
2. Оцените состояние больной.
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
4. Определите тактику фельдшера в конкретной ситуации и тактику лечения данного патологического процесса.
5. Продемонстрируйте технику биопсии.

Эталон ответа к задаче 2

1. Приоритетные проблемы больной:

- частые приступы приливов жара
- нарушение сна
- приступы болей за грудиной
- головные боли

Потенциальные проблемы:

- резкое ухудшение состояния
- риск инфаркта миокарда
- риск переломов костей

2. Состояние больной средней степени тяжести.

3. Диагноз**:** климактерический синдром средней степени тяжести.

Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов:

- у больной имеются приступы приливов жара,
- приступы болей за грудиной по типу стенокардии, головные боли, нарушение сна.

4. Фельдшер должен:

- провести с больной беседу, объяснив причину ухудшения её состояния, внушить уверенность в выздоровлении;
- рекомендовать диету, рациональный гигиенический режим; витамины и микроэлементы, лечебную физкультуру;
- направить на консультацию к врачу – гинекологу для подтверждения диагноза и назначения лечения.
- Тактика лечения:
- нейролептики, седативные, спазмолитики, витаминотерапия, гормонотерапия.

5. Техника биопсии.

Биопсия - это прижизненное взятие кусочка ткани для последующего гистологического исследования при подозрении на злокачественный процесс.

В гинекологии ткань берут из шейки матки, влагалища и наружных половых органов.

Необходимы следующие инструменты: зеркала, пулевые щипцы, скальпель, корнцанг, конхотом, иглодержатель, игла, шовный материал.

Последовательность данной манипуляции.

1. Вводятся зеркала для обнажения шейки матки и влагалища.

2. Шейка захватывается в двух местах пулевыми щипцами так, чтобы этот участок, подлежащий биопсии, находился между этими пулевыми щипцами. Из подозрительного участка вырезают клиновидный кусочек, который должен содержать не только пораженную ткань, но и часть здоровой ткани. На рану накладывают узловатые кетгутовые швы, рану обрабатывают раствором спирта и йода. При использовании конхотома швы не накладывают.

Материал помещают в баночку с 5% раствором формалина или 70° раствором спирта.

В направлении на гистологическое исследование указывают: фамилию, возраст больной, адрес, клинический диагноз и характер направляемого материала.

Задача №3

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 35 лет.

Жалобы на раздражительность, головную боль, снижение памяти, напряжение, увеличение и болезненность молочных желез, все эти явления появляются за две недели до менструации.

Анамнез**:** считает себя больной в течение двух лет. С мужем разведена два года назад, после этого появились все эти явления. Менструации с 14 лет, без особенностей. Детородная функция - было двое срочных родов и три медицинских аборта. Перенесенные заболевания - вегетососудистая дистония, холецистит.

Объективно**:** женщина пониженного питания, настроение подавленное, АД 110\70 мм рт. ст. Молочные железы напряжены, при пальпации болезненные. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Задания:

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику введения влагалищных тампонов.

Эталон ответа к задаче 3.

1 Приоритетные проблемы:

- раздражительность,
- головная боль,
- напряжение и болезненность молочных желез,
- снижение памяти.

Потенциальные проблемы:

- нарушение менструального цикла,
- мастопатия,
- обменно - эндокринные нарушения.

2. Диагноз: Предменструальный синдром (предменструальная болезнь).

Предменструальный синдром подтверждается тем, что женщина разведена с мужем, это является отрицательным социальным фактором, ведущим к возникновению предменструального синдрома.

Диагноз установлен и на основании клинических симптомов: раздражительность, головная боль, напряжение и болезненность молочных желез, которые проявляются за 10 - 12 дней до менструации.

3. УЗИ - молочных желез

- маммография
- консультация терапевта, невропатолога.

4. Направить на консультацию к акушеру - гинекологу и маммологу для уточнения диагноза и лечения.

5. Техника введения влагалищных тампонов:

- уложить женщину на гинекологическое кресло,
- во влагалище ввести зеркало Куско, обнажив шейку матки,
- корнцангом ввести во влагалище тампон, смоченный лекарственным составом,
- удерживая тампон около шейки матки, удалить из влагалища зеркало, а затем и корнцанг,
- -через 10 - 12 часов потягиванием за свободный конец тесьмы женщина сама удаляет тампон из влагалища.

Задача №4

На приеме, к фельдшеру ФАП обратилась больная 33 лет. Жалобы на бесплодие в течение 7 лет при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов.

Анамнез: менструальный цикл установился в 16 лет. Менструации болезненные, скудные, длительность 2 - 3 дня через 32- 33 дня, сопровождаются тошнотой и рвотой. Перенесенные болезни: ветряная оспа, ОРВИ, ангина, пневмония.

По поводу бесплодия к врачу не обращалась.

Две недели назад прошел обследование муж. Патология с его стороны не выявлена.

Объективные данные: Женщина невысокого роста, пониженного питания. Общее состояние удовлетворительное, АД - 110\70 , мм рт. ст. Легкие и сердце в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы: оволосение на лобке скудное, большие половые губы не прикрывают малые, половая щель зияет, промежность высокая, втянутая. При осмотре с помощью зеркал шейка конической формы, длинная, узкая. Слизистая стенок влагалища бледно - розового цвета. Влагалище короткое, узкое, своды короткие.

Матка маленькая с резким anteversio - anteflexio, плотная, безболезненная, малоподвижная, соотношение шейки матки к телу матки 2:1. Своды свободные, придатки не определяются. Выделения скудные, бесцветные с кислым запахом.

Задания

1. Выявите проблемы больной.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Перечислите основные методы исследования, подтверждающие диагноз.
4. Определите тактику фельдшера в конкретной ситуации
5.Продемонстрируйте технику проведения тампонады влагалища.

Эталон ответа задаче 4

1. Приоритетные проблемы у больной: - бесплодие в течение 7 лет.

Потенциальные проблемы

- беспокойство за детородную функцию.
- беспокойство за семейное благополучие.

2. **Диагноз**: генитальный инфантилизм, первичное бесплодие.

Диагноз устанавливается на основании жалоб больной: болезненные, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 7 лет.

Подтверждается диагноз при объективном обследовании:

- оволосение на лобке скудное
- недоразвитие половых губ, зияние половой щели
- низкая, втянутая промежность
- длинная, узкая шейка

- короткое, узкое влагалище
- маленькая матка в резком anteflexio-anteversio

3. Для подтверждения диагноза применяются следующие методы исследования:

- тесты функциональной диагностики яичников

а) измерение ректальной (базальной) температуры;

б) определение феномена “зрачка”;

в) определение феномена “папоротника”;

- УЗИ
- гистеросальпингография
- определение цитологии влагалищного мазка с определением КПИ;
- биопсия эндометрия;
- определение уровня гормонов в крови и в моче
- зондирование полости матки

4. Фельдшер должен:

- провести беседу с больной, внушить ей надежду на возможность наступления беременности при тщательном выполнении всех указаний и назначений специалистов;
- направить больную на консультацию в центр планирования семьи для уточнения диагноза, обследования

Затем для тщательного обследования, уточнения диагноза и проведения необходимого лечения фельдшер направляет больную на прием к врачу акушеру-гинекологу

5. Продемонстрируйте технику тампонады влагалища.

Показания к тугой тампонаде влагалища:

- кровотечение из полости матки ясной и не ясной этиологии, с целью временной остановки кровотечения
- кровотечение из шейки матки: при эрозии, при раке шейки матки

Показания к рыхлой тампонаде:

- предоперационная подготовка перед операцией “Экстирпация матки”
- при острых воспалительных процессах с резко выраженным болевым синдромом с целью ослабления болей при движениях больной.

Необходимый набор инструментов: влагалищные зеркала, пинцеты, корнцанги, стерильный марлевый тампон.

Техника: больную укладывают на гинекологическое кресло, вводят зеркала и постепенно с помощью пинцета или корнцанга, стерильным тампоном, туго или рыхло заполняют всю полость влагалища (в зависимости от показаний и цели). При кровотечении добиваются, чтобы выведенный кончик бинта был сухим, значит цель достигнута

2.Аномалии развития и положения половых органов

Задача №1

На приёме, к фельдшеру ФАП обратилась больная 65 лет.

Жалобы**:** на боли внизу живота, тянущего характера, с иррадиацией в паховые области, в бедро, резь при мочеиспускании, недержание мочи. За последние две недели при акте дефекации и при потуживании за пределами половой щели больная обнаружила мягкое, округлое, мышечное образование размером с куриное яйцо.

Анамнез**:** в менопаузе13 лет. Было 4 нормальных, срочных родов, три медицинских аборта. Гинекологическими заболеваниями женщина не болела, но в течение последних шести лет, беспокоят боли в пояснице, внизу живота, недержание и неудержание мочи.

Развитие патологического процесса больная связывает со своей работой, связанной с подъёмом тяжести.

Объективно**:** общее состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. АД 140-\90 мм. рт. ст., пульс - 72 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах.

Наружные половые органы сформированы правильно. Половая щель зияет. При осмотре в зеркалах слизистая стенок влагалища гиперемирована, имеются точечные кровоизлияния, складки сглажены. Определяется трофическая язва размерами 0,3х0,4. Шейка матки отечна, увеличена в объеме. Бимануальное исследование: стенки влагалища уплотнены, матка в retroversio-retroflexio, не увеличена, безболезненна. Шейка матка располагается ниже уровня седалищных остей. При потуживании шейка и стенки влагалища выходят за переделы половой щели.

Задания.

1. Выявите основные проблемы больной.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Назовите причины развития данной патологии у больной.
4. Определите тактику фельдшера при данной патологии.
5. Продемонстрируйте технику зондирования полости матки.

Эталон ответа к задаче 1

1. Приоритетные проблемы больной:

- боли внизу живота, иррадиирующие в бедро,
- нарушение акта мочеиспускания;
- обнаружение при потуживании мышечного образования за пределами половой щели.

Потенциальные проблемы:

- риск полного выпадения матки и влагалища
- риск выпадения мочевого пузыря и уретры
- риск выпадения прямой кишки.

2. Диагноз**:** неполное выпадение матки и влагалища. Кольпит.

У больной имеются характерные клинические проявления для данного патологического процесса.

- боли внизу живота с иррадиацией в бедро
- нарушение мочеиспускания
- при физическом напряжении выпадение шейки, стенок влагалища.

3. Причины развития данного патологического процесса связаны:

- с возрастными изменениями в тканях половых органов;
- регулярными физическими напряжениями;
- с многократными родами, у неё в анамнезе - четверо родов

4. Фельдшер должен:

провести беседу с больной, объяснить ей причину развития её патологического процесса,

рекомендовать рациональный режим труда и жизни, чтобы процесс не прогрессировал.

- проконсультировать её в отношении методов лечения
- направить на приём к гинекологу для подтверждения диагноза и назначения лечения.

5. Зондирование полости матки - дополнительный метод исследования.

Применяется только в стационарных условиях по показаниям:

- при подозрении на аномалии в строении тела матки,
- при подозрении на наличие опухоли в полости матки,

- перед расширением канала шейки матки,
- для определения длины тела матки,

Необходимые инструменты: зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд. Строго соблюдая асептику и антисептику, после предварительной обработки стенок влагалища и шейки раствором фурацилина, захватывают её пулевыми щипцами, вводят зонд без насилия в полость матки, по ходу шеечного канала. Доводят зонд осторожно до дна матки и измеряют расстояние от наружного зева шейки до дна матки. Насильно манипулировать зондом нельзя, так как можно травмировать стенки тела или шейки матки.

3.Воспалительные заболевания женских половых органов.

Задача №1

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы**:** на боли, рези при мочеиспускании и обильные бели.

Анамнез**:** менструация с 13 лет, по 4-5 дней регулярные. Были 1 роды и 1 медицинский аборт. Замужем. Работа мужа связана с командировками, из последней вернулся 5 дней назад. У мужа также появились рези при мочеиспускании.

Объективно**:** состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено, симптом Пастернацкого отрицательный. При осмотре половых органов фельдшер обнаружил отек и гиперемию губок уретры. Пальпация уретры через переднюю стенку влагалища болезненна, она пальпируется в виде плотного валика, из уретры выделяется гнойный экссудат желтоватого цвета.

Задания

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы исследования при остром и хроническом течении заболевания для подтверждения диагноза.
4. Составьте алгоритм действий фельдшера ФАП.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику бимануального исследования.

Эталон ответа к задаче 1:

1. Приоритетные проблемы:

- боль и резь при мочеиспускании
- обильные бели

Потенциальные проблемы:

- риск перехода в подострую и хроническую форму
- риск возникновения восходящей гонореи
- риск нарушения менструального цикла

2. Предположительный диагноз**:** гонорейный уретрит.

Диагноз устанавливается на основании:

- данных анамнеза (заболевание возникло через 5 дней после возвращения мужа из командировки, и у мужа также имеются подобные проявления, инкубационный период гонореи составляет 3-5, реже до 15 дней).
- наличия жалоб и клинических симптомов: боли и рези при мочеиспускании, обильные бели желтого цвета, гнойного характера.
- обследования - отечность и гиперемия области уретры, болезненность при пальпации.

3. Для подтверждения диагноза необходимы:

- микроскопия мазка из уретры, цервикального канала и прямой кишки;
- посев белей на питательные среды;
- при подостром и хроническом течении применяется провокация;

- химическая провокация заключается в обработке слизистой оболочке уретры на глубину 1-2 см 1-2% раствором нитрата серебра или раствором люголя на глицерине;
- биологическая провокация заключается в однократном внутримышечном введении гоновакцины (500 млн. микробных тел) или пирогенала (200 минимальных пирогенных доз МПД);
- физиологической провокацией является взятие мазков во время менструации (2,3,4 день менструации);
- термическая - применение тепла (индуктотермия, электрофорез);
- алиментарная - употребление острой, соленой пищи и алкоголя. После провокации мазок берут через 24,48,72 часа.

4. Алгоритм действий фельдшера:

- взятие мазка
- направление на консультацию к акушеру - гинекологу.

4. Бимануальное исследование проводится на гинекологическом кресле . Левой рукой разводят малые половые губы, а указательный и средний палец правой руки вводят во влагалище. Выясняют состояние влагалища - объем, складчатость, растяжимость, исследуют своды влагалища, шейку матки, её форму, консистенцию, степень подвижности. После этого левую руку кладут на переднюю стенку живота, сближая пальцы обеих рук, находят тело матки, определяют ее форму, величину, консистенцию, подвижность, болезненность. Затем обе руки перемещают сначала влево, потом вправо и через боковые своды исследуют придатки. В конце исследования выводят из влагалища пальцы правой руки и обращают внимание на выделения (в норме они бесцветные, прозрачные).

Задача №2

Фельдшер скорой помощи вызван к женщине 25 лет.

Жалобы: на сильные боли внизу живота, повышение температуры, обильные бели.

Анамнез**:** менструация с 14 лет, по 4-5 дней, последняя менструация 5 дней назад. Не замужем. Две недели назад было случайное половое сношение. Перед менструацией появились рези при мочеиспускании, лечилась, принимала таблетки фуразолидона. После менструации появились боли внизу живота, которые постепенно усилились, повысилась температура.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 90 ударов в минуту, температура 38°С, АД 120\80 мм рт. ст. Кожа чистая, горячая на ощупь. Сердце и легкие без патологии. Пальпация нижних отделов живота болезненна.

Задания.

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Расскажите о методах лечения данной патологии.
5. Продемонстрируйте технику осмотра шейки матки в зеркалах.

Эталон ответа к задаче 2:

1. Приоритетные проблемы

- боль в животе
- повышение температуры
- -выделения из влагалища

Потенциальные проблемы

- риск распространения инфекции за пределы половых органов
- риск нарушения менструального цикла
- риск перехода в хроническую форму

- риск возникновения внематочной беременности
- риск бесплодия

2. Предположительный диагноз: восходящая гонорея, острый гонорейный эндометрит.

Диагноз установлен на основании анамнеза, жалоб, клинических симптомов. В анамнезе случайное половое сношение и явления нисходящей гонореи, которые под влиянием фуразолидона уменьшились. Менструация способствовала распространению инфекции за пределы внутреннего зева и возникновению восходящей гонореи. Это подтверждают клинические симптомы у данной больной: боли в животе, повышение температуры, болезненность при пальпации нижних отделов живота и обильные бели.

3. Госпитализация больной в гинекологический стационар для подтверждения диагноза и лечения.

4. Лечение должно быть комплексным. Основное место в лечении гонореи принадлежит антибиотикам группы пенициллинового ряда и его полусинтетическим аналогам: ампициллин, оксациллин, ампиокс и другие. Для повышения эффективности лечения показано сочетание антибиотиков с сульфаниламидами и нитрофуранами. При лечении применяются гоновакцина и пирогенал, а также десенбилизирующие, дезинтоксикационные и общеукрепляющие средства.

5. Исследование с помощью зеркал проводится до бимануального исследования. В женской консультации используют зеркала Куско. Женщину укладывают в гинекологическое кресло, левой рукой разводят малые половые губы, а правой во влагалище вводят зеркало Куско. Зеркало вводят сомкнутым в прямом размере до середины влагалища, далее зеркало поворачивают в поперечный размер и продвигают до сводов, раскрывая створки, в результате чего шейка матки становится доступной для осмотра.

Задача №8

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 22 лет.

Жалобы**:** на зуд во влагалище, обильные бели.

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 20 лет, не замужем. Пять дней назад было случайное половое сношение.

Объективно**:** состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые. Внутренние органы без патологии. Осмотр половых органов: наружные половых органы развиты правильно, малые половые губы и слизистая влагалища ярко гиперемирована, отечная, во влагалище обильные пенистые бели желто - зеленого цвета с неприятным запахом. Матка и придатки без особенностей.

Задания.

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Определите тактику фельдшера ФАП.
5. Продемонстрируйте технику взятия мазка на трихомониаз.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- зуд во влагалище
- обильные бели
- Потенциальные проблемы:
- переход в хроническую форму
- невынашивание беременности
- бесплодие

2. Предположительный диагноз: трихомонадный кольпит.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза: заболевание возникло через 5 дней после случайного полового сношения , а также на основании жалоб и клинических признаков: зуд во влагалище, обильные пенистые бели, гиперемия и отечность слизистой влагалища.

3. Дополнительные методы исследования:

а) микроскопия патологического материала

б) посев на искусственные питательные среды.

4. Алгоритм действий фельдшера ФАП:

- взять мазок на трихомониаз
- направить на консультацию к акушеру - гинекологу

5. Для взятия мазка женщину укладывают на гинекологическое кресло. Сначала берут мазок из уретры, для этого пальцем, введенным во влагалище, слегка массируют переднюю стенку влагалища, затем в мочеиспускательный канал вводят ложечку Фолькмана и легким поскабливанием получают материал, который наносят на предметное стекло в виде буквы "u". После взятия мазка из уретры во влагалище вводят стерильное зеркало Куско, обнажают шейку матки и после протирания ватным шариком другим концом ложечки Фолькмана берут мазок из цервикального канала и наносят на предметное стекло в виде буквы "С". Из прямой кишки мазок наносят в виде буквы "r"

Далее берут выделения из заднего свода влагалища пинцетом и наносят в виде буквы "v". Мазки высушивают и отправляют в лабораторию.

Задача №9

К фельдшеру здравпункта ткацкой фабрики обратилась женщина 25 лет.

Жалобы**:** на бели с кислым неприятным запахом, зуд в области вульвы, жжение при мочеиспускании, боль во влагалище при половых контактах.

Анамнез**:** менструации с 15 лет, нерегулярные. Замужем. Были одни роды и два медицинских аборта, последний произведен месяц назад. Считает себя больной в течение недели. Состояние удовлетворительное, раздражена. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре половых органов фельдшер обнаружил на коже вульвы и внутренней поверхности бедер расчесы, слизистая влагалища гиперемирована, на ней имеются налеты серовато - белого цвета, бели из влагалища творожистого характера. В области малых и больших половых губ также имеются налеты, на месте удаленных налетов слизистая ярко гиперемирована, склонна к кровоточивости.

Задания

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику фельдшера здравпункта.
4. Расскажите о методах лечения данной патологии
5. Продемонстрируйте технику влагалищного спринцевания.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы.

- бели
- зуд вульвы
- -жжение при мочеиспускании
- боль при половых контактах

Потенциальные проблемы

- переход в хроническую форму
- частые рецидивы заболевания

- невынашивание беременности
- инфицирование плода
- инфицирование полового партнера
- бессонница, раздражительность

2. Диагноз**:** кандидомикоз.

На это указывают жалобы больной: бели и зуд вульвы, боль при половых контактах, жжение при мочеиспускании.

Клинические симптомы : гиперемия слизистой влагалища, налеты серовато - белого цвета, после снятия которых слизистая ярко гиперемированная, склонная к кровоточивости, бели творожистого характера.

3. При подозрении на кандидомикоз фельдшер здравпункта должен

- взять мазок
- направить на консультацию к акушер -гинекологу
- обследовать мужа

4. Основные принципы лечения:

- прекращение половой жизни до полного излечения
- исключение употребления алкоголя, острой пищи, физических и психических нагрузок
- назначение противогрибковых препаратов: нистатина, леворина, дифлюкана, пимафуцина, канестена.

Для местного лечения применяют: нистатиновую и левориновую мазь, клотримазол, в виде крема 1% и интравагинальных таблеток, а также тампоны с бурой в глицерине, спринцевание 2% раствором чайной соды.

Общее лечение -витаминотерапия.

Задача №10

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 22 лет.

Жалобы **:**на отсутствие менструации в течение 6 месяцев, незначительные тянущие боли внизу живота , отсутствие беременности. Анамнез**:** Менструация с 15 лет, вначале были регулярные, затем стали редкими, в настоящее время отсутствуют в течение 6 месяцев. Замужем с 20 лет , половая жизнь регулярная , беременность не наступала. В течение последнего года беспокоят боли в низу живота, бели.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, холецистит, в детстве стояла на учете у фтизиатра, последние годы к врачу не обращалась.

Объективно**:** состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, температура 37,2, выражена потливость. В легких и сердце патологии не выявлено. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается умеренная болезненность в нижних отделах живота.

Бимануальное исследование: матка слегка увеличена, придатки плотные увеличенные, болезненные.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
4. Определите алгоритм действий фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику проведения влагалищных ванночек.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- отсутствие менструации,
- боли внизу живота,
- бесплодие,

Потенциальное проблемы:

- риск обострения и распространения туберкулезного процесса,
- риск неэффективности консервативного лечения,
- возникновение необходимости в оперативном лечении.

2.Диагноз: туберкулез половых органов (придатков матки). Аменорея. Первичное бесплодие.

Туберкулез половых органов заподозрен на основании анамнеза - в детстве женщина стояла на учете по поводу туберкулеза легких. В половые органы из первичного очага инфекция распространяется гематогенным и лимфогенным путем. Заболевание возникает чаще в период наступления первой менструации, в период начала половой жизни.. Это связано с увеличением притока крови к половым органам. В данном случае заболевание возникло в период начала половой жизни. Установление диагноза основано и на клинических симптомах: аменореи - отсутствии менструации в течение 6 месяцев, бесплодии и симптомов туберкулезной интоксикации: повышении температуры 37,2°, потливости, бледности кожных покровов. Боль в нижних отделах живота и увеличение придатков матки позволяют заподозрить туберкулез маточных труб. Первичное бесплодие установлено в результате отсутствия наступления беременности в течение 2 лет при регулярной половой жизни и без применения контрацептивов.

3. Для подтверждения диагноза необходимо дополнительное обследование женщины:

- туберкулиновые пробы,
- кольпоскопия,
- диагностическое выскабливание полости матки,
- гистеросальпингография,
- рентгеноскопия легких,
- лапароскопия.

4. Алгоритм действий фельдшера.

Провести беседу о необходимости срочной госпитализации в туберкулезный диспансер для консультации гинеколога -фтизиатра, для обследования, подтверждения диагноза и лечения.

Направить в туберкулезный диспансер к гинекологу - фтизиатру.

5. Женщину укладывают на гинекологическое кресло. Левой рукой разводят малые половые губы, а правой во влагалище вводят зеркало Куско, обнажают шейку и фиксируют зеркало замком кпереди (кверху). Наливают теплый раствор фурацилина, первую порцию сливают, а вторую оставляют на 10-12 минут. Затем сливают вторую порцию, высушивают. После ванночки во влагалище можно ввести тампон.

Задача №11

К фельдшеру ФАП обратилась пациентка 29 лет.

Жалобы на тупые, ноющие боли, чувство тяжести внизу живота, увеличение живота.

Анамнез: менструации с 19 лет, по3-5 дней нерегулярные, болезненные. Замужем с 24 лет, в течение 5 лет при регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступала. В течение последних 6 месяцев появились боли в животе, наблюдается увеличение живота, беспокоят частые мочеиспускания.

Объективно: женщина пониженного питания, кожные покровы бледные, АД110/70 мм. рт. ст., пульс 80 уд./мин. Живот увеличен в размере, при глубокой пальпации над симфизом справа через брюшную стенку пальпируется плотная бугристая опухоль.

Задание.

1. Выявить проблемы женщины
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его
3. Перечислите дополнительные методы исследования и лечения

4. Определите тактику фельдшера ФАП

5. Подготовьте набор инструментов для пункции заднего свода влагалища.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- тупые, ноющие боли внизу живота;
- чувство тяжести в животе;
- увеличение живота;
- нарушение мочеиспускания;
- первичное бесплодие.

Потенциальные проблемы:

- нарушение менструального цикла
- бесплодие
- малигнизация опухоли

2.Диагноз: подозрение на опухоль яичника (псевдомуцинозная кистома).

Опухоль яичника заподозрена на основании анамнеза: позднее наступление менархе, нерегулярные, болезненные менструации, первичное бесплодие в течение 5 лет.

Псевдомуцинозная кистома подозревается на основании жалоб и клинических симптомов:

- боли внизу живота
- увеличение живота
- пальпация опухоли через брюшную стенку.

Для псевдомуцинозной кистомы характерно:

одностороннее поражение, гигантские размеры опухоли

3. Дополнительные методы обследования:

- УЗИ
- лапароскопия
- ректально-абдоминальное исследование.

Лечение - хирургическое.

4. Направить на консультацию к акушеру-гинекологу для подтверждения диагноза и лечения.

5. Набор инструментов для пункции заднего свода влагалища:

- ложкообразное зеркало, зеркало-подъемник для выведения шейки матки-
- корнцанг для обработки стенок влагалища
- пулевые щипцы для захватывания шейки
- шприц с длинной иглой для пункции стенки влагалища и аспирации содержимого Дугласового кармана.

Задача №12

К фельдшеру ФАП для профилактического осмотра обратилась женщина 24 лет.

Жалобы: на обильные бели.

Анамнез**:** менструация отсутствует, два месяца назад произошли срочные роды доношенным плодом, массой 3800, кормит грудью.

Объективно**:** состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд./мин., температура 36,8 молочные железы мягкие, соски чистые, лактация достаточная. Живот мягкий, безболезненный.

Осмотр в зеркалах**:** шейка матки увеличена в размере, поверхность ее ярко - красная , бархатистая, легко травмируется. При сближении передней и задней губ с помощью зеркал ярко-красная поверхность исчезает. Во влагалище бели слизистого характера.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Расскажите о дополнительных методах исследования и лечения при заболеваниях шейки матки.
4. Составьте алгоритм действий фельдшера ФАП.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику биопсии шейки матки с помощью конхотома.

Эталон ответа:

Приоритетные проблемы: обильные бели.

Потенциальные проблемы:

- инфицирование, цервицит
- малигнизация.

2. Диагноз: эрозированный эктропион (деформация шейки матки после ее разрыва).

Диагноз устанавливается на основании анамнеза - 8 недель назад были роды, и вероятно небольшие разрывы шейки матки, которые привели к ее деформации , выворoту шейки и формированию эрозированного эктропиона. Подтверждают диагноз клинические симптомы: бели, гиперемия и эрозия поверхности шейки матки.

3. Дополнительные методы исследования при заболеваниях шейки матки

- мазок на онкоцитологию;
- кольпоскопия;
- биопсия.

Лечение эктропиона шейки матки – диатермоконизация.

4. Направить женщину на консультацию к акушеру - гинекологу для подтверждения диагноза и назначения лечения.

5. Биопсиия - это прижизненное взятие небольшого объёма ткани для гистологического исследования с целью диагностики при подозрении на рак шейки матки. Больная укладывается на гинекологическое кресло, с помощью зеркал обнажается шейка матки, обрабатывается настойкой йода 5%, затем конхотомом берется кусочек ткани, помещается в 5% раствор формалина или 96° спирт, и отправляется на гистологическое исследование с соответствующим направлением, где указывается: Ф.И.О. больной, возраст, адрес и предположительный диагноз.

Задача №13

Вызов фельдшера ФАП на дом к больной женщине 43 лет.

Жалобы**:** на значительное кровотечение из половых путей в течение 8 дней. Сегодня кровотечение усилилось, у женщины появилось головокружение, слабость, шум в ушах. Данное кровотечение было расценено самой женщиной как очередная менструация.

Анамнез**:** менструальный цикл установился своевременно и был нормальным до 40 лет. В течение последних трех лет менструации стали более обильными длительными. Половая жизнь с 23 лет, было двое родов и один аборт без осложнений. В течение последних 10 лет женщина не беременеет, хотя и не предохраняется. Три года назад обнаружена миома матки, и женщина была поставлена на диспансерный учёт. Лечение не было рекомендовано, так как размеры опухоли были небольшими (8 недель). В дни менструации больная принимала сокращающие препараты.

Объективно**:** состояние средней тяжести. Кожные покровы бледноватые АД 100\70 - 110\65 мм. рт. ст., пульс - 86 ударов в минуту ритмичный. Живот мягкий безболезненный, участвует в акте дыхания. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы сформированы правильно. Шейка при осмотре зеркалами чистая. Матка в нормальном положении, безболезненная, увеличена до 10-11 недель, поверхность ровная, гладкая,

плотноватой консистенции, своды свободные, придатки не определяются. Выделения кровянистые, в умеренном количестве.

Задания.

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Назовите, какие дополнительные методы исследования применяют для уточнения диагноза.
4. Определите тактику фельдшера и перечислите методы лечения у данной больной.
5. Продемонстрируйте взятие мазков на гонорею с провокацией.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы больной:

- кровотечение
- слабость, головокружение, шум в ушах

Потенциальные проблемы:

- тревога в связи с угрозой повторения кровотечения и развития более
- серьезных осложнений
- тревога в связи с необходимостью операции
- тревога в связи с подозрением на злокачественный процесс..

2. Предположительный диагноз: Субмукозная миома матки.

Диагноз ставится на основании анамнеза и клинических данных:

- три года назад была диагностирована миома матки,
- обильные, длительные менструации, что характерно для субмукозной миомы.

3. С целью уточнения диагноза можно применить дополнительные методы исследования:

- УЗИ
- пробное выскабливание полости матки с целью исключения злокачественного процесса
- гистероскопия
- гистеросальпингография
- лапароскопия

4. Фельдшер в конкретной ситуации обязан транспортировать больную в гинекологический стационар. Наиболее рационально - в гинекологическое отделение онкологического диспансера. Необходимо ввести больной перед транспортировкой: кровоостанавливающие, сокращающие средства. На современном этапе субмукозные миомы лечат только оперативными методами: ампутация тела матки или экстирпация матки, если узлы располагаются низко, исходят из шейки.

5. Провокация - это искусственное обострение воспалительного процесса.

Цель: подтверждение критерия излеченности больной.

Применяют следующие методы провокации:

- физиологический - это дни менструации
- биологический - введение гоновакцины, пирогенала, продигиозана
- термический - тепловая процедура
- механический - гинекологический массаж
- химический - обработка шеечного канала уретры 3% раствором азотнокислого серебра.

Больную приглашают в последний день менструальных выделений, применяют какой - либо метод провокации и через 24-48-72 часа берут мазки из уретры, цервикального канала и прямой кишки.

Больная не должна мочиться 1,5 - 2 часа.

- её укладывают в кресло
- массажируют уретру через переднюю стенку влагалища
- ложечку Фолькмана вводят в уретру и затем на предметном стекле пишут "U"
- вводят в шеечный канал и на предметном стекле пишут "C";
- из прямой кишки пишут "R".

Мазки берут три дня подряд в течение трех циклов и всего девять раз. При отрицательных ответах всех мазков женщина считается здоровой и снимается с диспансерного учета.

Задача №14

На прием к фельдшеру ФАП обратилась женщина 40 лет.

Жалобы: на болезненные и обильные менструации, а так же пред и после менструальные выделения коричневого цвета.

Анамнез**:** менструации с 13 лет, по 5 дней через 28 дней, до последнего года были безболезненными. Замужем. Было 2 родов и три медицинских аборта. Перенесенные заболевания: холецистит, дисфункция яичников. В последнее время появились коричневого цвета выделения перед и после менструации, менструации стали болезненными, обильными, длительными.

Объективно**:** состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Ад 100\60 мм рт. ст., пульс 85 ударов в минуту. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При бимануальном исследовании - матка увеличена, бугристая, болезненная.

Задания

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Составьте алгоритм действия фельдшера и план лечения данной патологии.
5. Продемонстрируйте технику ассистенции при выскабливании полости матки.

Эталон ответа*:*

1. Приоритетные проблемы:

- альгодисменорея,
- пред и послеменструальные выделения коричневого цвета.

Потенциальные проблемы:

- нарушение менструального цикла,
- бесплодие,
- постгеморрагическая анемия,

2.Диагноз: эндометриоз тела матки (аденомиоз).

Эндометриоз тела матки устанавливается на основании анамнеза, в котором указано, что раньше менструации были безболезненными., регулярными. Уточняют диагноз наличием клинических симптомов: альгодисменореи, меноррагии, пред- и послеменструальных выделений коричневого цвета, а также с помощью бимануального исследования: ::матка увеличена, бугристая, болезненная.

3. Для подтверждения диагноза эндометриоза применяют дополнительные методы исследования:

- кольпоскопию,
- биопсию шейки с последующим гистологическим исследованием,
- УЗИ,
- гистероскопию,
- гистеросальпингографию,
- лапароскопию,

- ректороманоскопию,
- колоноскопию.

4. Направить пациентку на консультацию к акушеру - гинекологу для подтверждения диагноза и назначения лечения: дать рекомендации по исключению тепловых процедур (баня, ванная, спринцевания и другие).

Основные методы лечения эндометриоза:

- гормональный (препараты даназол, дановал, гестринон, золадекс, норколут, томаксифен, дюфастон)
- хирургический (молодым женщинам производят иссечение эндометриодных разрастаний, при аденомиозе 3 степени при сочетании с миомой проводят ампутацию матки, при эндометриозе яичников - резекция эндометриоидной кисты).
- комбинированный (хирургический и гормональный)
- крио- и лазеротерапия.
- 5. Выскабливание слизистой оболочки матки проводится с диагностической и лечебной целью.

Набор инструментов:

- ложкообразное влагалищное зеркало,
- зеркало подьемник,
- корнцанг,
- пулевые щипцы,
- маточный зонд,
- наборы расширителей,
- кюретки.

Необходимы - спирт, настойка йода, стерильный перевязочный материал, флаконы с раствором формалина для сохранения полученного материала для гистологического исследования. Женщина укладывается на гинекологическое кресло, наружные половые органы и внутренняя поверхность бедер обрабатываются настойкой йода. Во влагалище вводят ложкообразное зеркало, затем зеркало-подъемник. Обнажается шейка матки, обрабатывается настойкой йода и за переднюю губу шейки захватываются пулевыми щипцами. Проводится зондирование матки. Затем расширяется цервикальный канал и проводится раздельное выскабливание шейки матки и полости матки. Фельдшер при ассистировании держит зеркала, а затем направляет полученный материал на гистологическое исследование. Выписывает направление с указанием ФИО, возраста, адреса, отделения, ткани, полученной при соскобе, клинический диагноз.

Задача №15

На прием к фельдшеру ФАП обратилась больная 42 лет.

Жалобы**:** на беспорядочные кровянистые выделения, жидкие водянистые бели с примесью крови.

Анамнез**:** половая жизнь с 20 лет. Было 2 родов, 9 искусственных медицинских абортов. Последний аборт был 5 лет назад. Не предохраняется, беременность не наступает. Роды и аборты протекали, со слов больной, без осложнений. Последние менструация - 2 недели назад. В прошлом переболела метроэндометритом. Считает себя больной три месяца.

Объективно**:** общее состояние удовлетворительное, температура в норме. Р - 76 ударов в минуту, ритмичный, АД 130\90 - 140\80 мм. рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледноватые. Функция сердечно-сосудистой системы и органов дыхания без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено. Функция желудочно-кишечного тракта без патологии. Шейка при осмотре зеркалами неувеличена, обычной окраски. На передней губе - эрозия размерами в диаметре 1,5 х 1,5 см, ярко

розового цвет. Ткани эрозии хрупкие, при контакте крошатся и кровоточат, ткани вокруг эрозии плотные инфильтрированные. При двуручном исследовании матка не увеличена, в нормальном положении, плотно - эластичной консистенции, подвижная, безболезненная. Боковые своды влагалища глубокие, свободные, придатки не определяются.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите, какие дополнительные методы исследования можно применить для подтверждения диагноза.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте на фантоме пробное выскабливание полости матки.

Эталон ответа

1.Приоритетные проблемы больной:

- беспорядочные кровянистые выделения
- жидкие водянистые бели
- тревога больной в отношении возможности злокачественного процесса

Потенциальные проблемы:

- риск угрозы её жизни
- риск развития метастазов в соседние и отдалённые органы.

2. Предположительный диагноз: рак шейки матки I стадии.

Клинические признаки:

- беспорядочные кровянистые выделения
- жидкие водянистые бели
- эрозия шейки матки с характерными особенностями: ткани эрозии хрупкие, кровоточат при контакте и крошатся, а ткани вокруг эрозии плотные, инфильтрированные.

3. Дополнительные методы исследования:

- проба Шиллера (для этого смазывают патологический очаг раствором Люголя. Ткани, пораженные раком, йодом не окрашиваются, а здоровые ткани окрашиваются в буро-коричневый цвет)
- кольпоскопия
- биопсия с последующим гистологическим исследованием иссеченной ткани
- лимфография.

4. Фельдшер обязан больную срочно направить в онкологический диспансер.

5. Показания для пробного выскабливания - это подозрение:

4. на злокачественный процесс
5. на задержку элементов плодного яйца
6. на туберкулезный процесс
7. кровотечения неясной этиологии.

Необходимо приготовить: зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, кюретки, корнцанги.

При данной операции последовательно выполняют: зондирование полости матки, расширение шеечного канала, выскабливание эндометрия. Полученную ткань заливают спиртом или раствором формалина и отправляют в гистологическую лабораторию. В направлении отмечают: ФИО больной, возраст, адрес, дату и клинический диагноз. Операция проводится с обезболиванием (ингаляционный, внутривенный наркоз, местное обезболивание).

ЗАДАЧИ ПО ОКАЗАНИЮ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

АКУШЕРСТВО

Вызов фельдшера скорой помощи к беременной женщине 19 лет, беременность на сроке 34 недели.

Жалобы : на головную боль, мелькание мушек перед глазами, боль в эпигастральной области, была однократная рвота.

Анамнез: беременность первая, состоит на учете в женской консультации. Две недели назад было обнаружено повышение АД до 140 \ 90, 145\95 мм. рт. ст., от госпитализации в ОПБ беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы бледные, лицо одутловато. АД –160/100, 170/110 мм. рт. ст., на ногах отеки.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД у беременных.

Эталон ответа

Диагноз: беременность 34 недели преэклампсия. Беременность устанавливается на основании анамнеза, женщина состоит на диспансерном учете в женской консультации.

Преэклампсия подтверждается клиническими симптомами:

- повышением АД;
- отеками на ногах;
- головной болью, нарушением зрения, болью в эпигастрии.

2. Учитывая, что преэклампсия, как правило, является предшествующей стадией эклампсии, последовательность оказания доврачебной помощи должна быть следующей:

- дать наркоз с закисью азота;
- внутривенно ввести 0,25% р-ра дроперидола 2-4 мл, 2,5% р-р седуксена 2,0 мл, 25% р-ра магния сульфата 10 мл;
- измерить АД – повторно;
- бережно на носилках госпитализировать в акушерский стационар;
- передать сообщение по рации.

3. Измерение АД у беременных производится на обеих руках.

Последовательность действий:

- наложите манжетку на обнаженное плечо на 2 -3 см выше локтевого сгиба. Одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки;
- закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец;
- руку беременной положите в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы расслаблены;
- соедините манометр с манжеткой;
- нащупайте пульс на плечевой артерии в области локтевого сгиба и поставьте на это место фонендоскоп.
- закрепите вентиль на груше и накачайте в манжетку воздух. Воздух нагнетайте до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит примерно на 30 мм рт. ст. тот уровень, при котором перестает определяться пульсация лучевой артерии. Откройте вентель и медленно, со скоростью не более 20 мм рт. ст. в секунду,

выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны на плечевой артерии и следите за показателями шкалы манометра.

- при появлении первых звуков (тоны Короткова) на плечевой артерии отметьте уровень систолического давления.
- величина диастолического давления соответствует моментам резкого ослабления или полного исчезновения тонов на плечевой артерии.

Поступил вызов к беременной женщине 22 лет, срок беременности 38 недель.

Жалобы на головную боль, ухудшение зрения. При обследовании у беременной появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, затем присоединились тонические и клонические судороги, дыхание остановилось, появился цианоз лица, изо рта появилась пена, окрашенная кровью. АД 170/110, 175/110 мм рт. ст., приступ продолжался 1,5 минут.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий по оказанию доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику выслушивания сердцебиения плода.

Эталон ответа

Диагноз: беременность первая, 38 недель. Эклампсия.

Эклампсия подтверждается наличием судорожного припадка, которому предшествовали симптомы преэклампсии: головная боль, нарушение зрения. Приступ судорог длился в несколько этапов:

- фибриллярные сокращения мышц лица,
- тонические судороги,
- клонико-тонические судороги,
- кома.

2. Алгоритм действия доврачебной помощи:

- во время приступа беременную удерживают, чтобы она не травмировала себя;
- в рот вводят резиновый воздуховод, чтобы предотвратить западение языка;
- при восстановлении дыхания дают кислород, при длительном апноэ начинают вспомогательную вентиляцию с помощью дыхательного аппарата;
- если возможно, аспирируют слизь из верхних дыхательных путей и полости рта;
- при остановке сердечной деятельности проводят закрытый массаж сердца и все приемы сердечной реанимации;
- для прекращения судорог вводят 0,25% р-р дроперидола 2 - 4 мл, 2,5%р-р седуксена-2мл. , 25%р-р сернокислой магнезии - 10 мл;
- бережная госпитализация на носилках в акушерский стационар;
- передать сообщение по рации в род дом.

3. Техника аускультации плода у беременных и рожениц.

Аускультация проводится акушерским стетоскопом, широкая воронка которой прикладывается к оголенному животу женщины.

Сердечные тоны плода лучше прослушиваются со стороны позиции, на уровне грудной клетки плода. Во время беременности при головном предлежании и первой позиции стетоскоп устанавливается слева ниже пупка, при второй позиции - справа ниже пупка. При тазовом предлежании стетоскоп устанавливается справа или слева, в зависимости от позиции выше пупка.

Вызов к беременной женщине 20 лет, срок беременности 28 недель.

Жалобы: на постоянную боль в животе, больше справа, была однократная рвота.

Анамнез: заболела накануне, вечером, появилась ноющая боль в правой подвздошной области, утром боли усилились, присоединились тошнота и рвота.

Объективно**:** состояние удовлетворительное, температура 37,8, АД 120\80 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, язык сухой, обложен серым налетом. Живот увеличен за счет беременности, при пальпации правой подвздошной области отмечаются напряжение мышц брюшной стенки и резкая болезненность. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера по оказанию неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте пальпацию частей плода на поздних сроках беременности.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 28 недель. Острый аппендицит.

Диагноз острого аппендицита устанавливается на основании клинических симптомов: боль внизу живота, больше справа, в подвздошной области, тошнота, рвота, повышение температуры (до 37,8°С), учащение пульса (90 уд./мин.), сухой, обложенный налетом язык, напряжение мышц брюшной стенки живота и положительный симптом Щёткина – Блюмберга.

2. Немедленная госпитализация в машине скорой помощи, в сопровождении фельдшера, с сиреной в хирургическое отделение для проведения оперативного лечения.

3. Пальпацию живота беременной производят по плану, применяют 4 приема Леопольда. Алгоритм выполнения манипуляции – в соответствии со стандартом.

Вызов к беременной женщине 27 лет.

Жалобы : на тянущие боли внизу живота.

Анамнез- беременность третья, желанная, состоит на учете в женской консультации. Две первые беременности закончились искусственными абортами. Последняя менструация три месяца назад**.**

Объективно**:** состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту АД 120\80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Кровянистые выделения из половых путей отсутствуют.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий по оказанию доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику взятия мазка на гонорею.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 12 недель. Самопроизвольный угрожающий аборт.

Беременность 11 - 12 недель устанавливается на основании данных анамнеза: последняя менструация три месяца назад. На самопроизвольное начало угрозы аборта указывает тот факт, что беременность желанная и женщина состоит на учете в женской консультации. Симптомами угрозы выкидыша являются: тянущие боли внизу живота, в пояснице (в анамнезе два медицинских аборта, которые спровоцировали угрозу прерывания беременности).

2. Последовательность оказания доврачебной помощи:

- успокоить женщину, убедив ее, что беременность можно сохранить;
- внутримышечно ввести 1%р-р Но-шпы 2мл;

- госпитализировать в гинекологический стационар с целью сохранения беременности.

3. Мазок следует брать до мочеиспускания.

Женщина укладывается на гинекологическое кресло. Указательным и большим пальцами левой руки разводят малые половые губы, ложечкой Фолькмана берут содержимое из уретры, после предварительного массажа уретры и наносят на предметное стекло в виде буквы “U”. Затем во влагалище вводят зеркало Куско и берут содержимое из цервикального канала другим концом ложечки Фолькмана, наносят на предметное стекло в виде буквы “С”. Мазок высушивают и проводят бактериоскопию

Фельдшера ФАП вызвали на дом к беременной женщине 30 лет, беременность желанная.

Жалобы на маточное кровотечение и схваткообразные боли в животе.

Анамнез**:** беременность четвертая, первая закончилась родами, две последние медицинскими абортами. Последняя менструация была три месяца назад. Беременная состоит на учете у фельдшера ФАП. В течение последних 2 -3 дней появились ноющие боли внизу живота, которые час назад приняли схваткообразный характер. Появилось кровотечение.

Объективно: беременная бледная, пульс 90 уд./мин., АД 100\60 мм рт. ст. Живот болезнен при пальпации. На подкладной пеленке кровь.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий по оказанию доврачебной помощи.
3. Подготовьте инструменты для выскабливания полости матки.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 12 недель. Самопроизвольный аборт в ходу. Кровотечение.

Беременность 12 недель устанавливается на основании анамнеза, последняя менструация была 3 месяца назад. Самопроизвольность аборта подтверждается тем, что беременность желанная и женщина состоит на диспансерном учете в женской консультации. Стадия аборта устанавливается на основании клинических признаков: схваткообразных болей в животе и обильного кровотечения. Это говорит о том, что плодное яйцо отслоилось от стенки матки полностью и изгоняется из полости матки. Кровотечение подтверждается наличием крови на наружных половых органах, бедрах и подкладной пеленке.

2. Последовательность действий по оказанию неотложной помощи:

- измерить АД, подсчитать пульс;
- уложить на носилки;
- наладить систему для внутривенного введения физраствора;
- внутривенно ввести сокращающие матку средства: окситоцин 5 ЕД. или 0,2 %р-р метилэргометрина -1мл;
- кровоостанавливающие средства:10%р-р хлористого кальция 10 мл, внутримышечно ввести 1%р-р викасола -1,0мл;
- -на машине скорой помощи с сиреной госпитализировать в гинекологическое отделение в сопровождении фельдшера;
- передать сообщение по рации.

Вызов к беременной женщине, в возрасте 30 лет.

Жалобы: на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез: беременность первая, желанная, протекала нормально, срок беременности 14 недель. Десять дней назад перенесла грипп. В течение последних двух дней появились тянущие боли внизу живота, в последние 6 часов боли усилились, возникло кровотечение. Со слов женщины родился плод.

Объективно:состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные, пульс 90 ударов в мин, АД 100\60 мм. рт. ст. Из половых путей наблюдается сильное кровотечение.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий по оказанию доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа

1. Диагноз:беременность 14 недель. Самопроизвольный неполный аборт.

Срок беременности выясняется из данных анамнеза. Самопроизвольность аборта подтверждается тем, что беременность желанная, женщина состояла на учете. Причиной самопроизвольного выкидыша является перенесенное вирусное заболевание - грипп.

Неполный аборт подтверждается наличием схваткообразных болей в животе, обильным маточным кровотечением и рождением плода. Эти данные указывают на то, что плодное яйцо родилось, а другие элементы плодного яйца остались в полости матки.

2. Алгоритм действий фельдшера:

- уложить женщину на носилки;
- измерить АД, подсчитать частоту пульса;
- наладить инфузионную систему с физраствором, внутривенно ввести раствор окситоцина 5 Ед, 10%р-р хлористого кальция - 10 мл, 5%р-р аскорбиновой кислоты - 5 мл, внутримышечно 1%р-р викасола 1 мл;
- немедленная госпитализация в гинекологический стационар на машине скорой помощи, с сиреной, передать сообщение по рации.

3. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания - это сумма движений плода, которые он проделывает с целью приспособления к размерам малого таза. Самый нормальный биомеханизм родов - при переднем виде затылочного предлежания, т. к. головка у плода проходит своим малым косым размером =9,5 см через самые большие размеры малого таза.

1 момент. Головка во входе в малый таз делает сгибание в результате чего первой опускается в полость малого таза затылочная кость.

2 момент. Внутренний поворот головки: начинается во входе и заканчивается в выходе из малого таза. Одновременно головка совершает поступательное движение. Личико плода и большой родничок поворачиваются кзади, затылок и малый родничок - кпереди. Стреловидный шов из поперечного размера во входе в малый таз постепенно переходит в прямой размер выхода из малого таза, в полости малого таза он находится в одном из косых размеров.

3 момент. Разгибание головки. При этом подзатылочная ямка прижимается к нижнему краю симфиза и вокруг нее головка разгибается: постепенно рождаются затылок, теменные бугры, лобик и в последнюю очередь личико и подбородок.

4 момент. В полость малого таза опускается плечевой пояс плода. Плечики опускаются до тазового дна межплечевой линией в поперечном размере, но родиться через поперечный размер выхода в таком положении они не смогут. Поэтому, с целью приспособления к прямому размеру выхода (он увеличивается в родах до 11,5 -12 см), плечики совершают внутренний поворот и межплечевая линия устанавливается в прямом размере выхода. Головка делает наружный поворот затылком в сторону позиции, т.к. спинка возвращается обязательно в прежнюю сторону. Далее под нижний край симфиза подходит переднее плечико и фиксируется, и над промежностью рождается заднее

плечико, из-под симфиза рождается переднее плечико и окончательно все туловище. Проводной точкой является малый родничок, который располагается в центре родовой опухоли.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 35 недель. ОПГ - гестоз, средней тяжести. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок первой степени.

ОПГ гестоз средней тяжести установлен на основании клинических симптомов: повышение АД 140\90 и 150/95 мм. рт. ст. и отеки на ногах.

ОПГ - гестоз является, в данном случае, способствующим фактором для возникновения тяжелого осложнения беременности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Преждевременная отслойка подтверждается наличием жалоб: незначительного кровотечения из половых путей, сильной болью в животе.

Геморрагический шок подтверждается клиническими симптомами: бледностью кожных покровов, снижением АД, тахикардией, гипоксией плода.

2. Алгоритм действий фельдшера:

- измерить АД, подсчитать частоту пульса;
- уложить на носилки;
- начать капельное введение физ. раствора и плазмозамещающих растворов;
- -немедленная госпитализация в акушерский стационар в машине скорой помощи с включенной сиреной;
- передать сообщение по рации в родильный дом.

3. Наложение швов на промежность производится после рождения последа при соблюдении всех правил асептики и антисептики. Перед наложением швов обнажают рану промежности, высушивают ее и приступают к наложению швов. При разрыве первой степени вначале накладывают кетгутовые швы на слизистую влагалища, затем на кожу промежности. Швы накладываются на расстоянии 1 см друг от друга. Иглой захватывают все слои ткани, при этом не оставляют щели-карманы, где возможно скопление послеродовых выделений с последующим инфицированием. Наложенные швы обрабатывают йодонатом.

Вызов к роженице 40 лет, рожает дома, роды в срок.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе и пояснице, боли начались 6 часов назад.

Объективно: схватки частые, болезненные, к ним присоединились потуги. Матка напряжена, не расслабляется в паузе, нижний сегмент перерастянут, болезненный при пальпации, контракционное кольцо на уровне пупка, роженица беспокойная. Во время обследования внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот, после этого родовая деятельность прекратилась, появилось головокружение, слабость, АД 100/60 мм рт. ст. При аускультации сердцебиение плода не выслушивается, при пальпации через брюшную стенку живота определяются части плода.

Задания

1.Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте алгоритм действий оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте на фантоме классическое, ручное пособие при тазовом предлежании.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 39-40 недель. Первый период родов. Самопроизвольный разрыв матки. Мертвый плод.

Самопроизвольный разрыв тела матки установлен на основании клинических симптомов: сильных болей внизу живота, подобных удару ножа; прекращения родовой деятельности; пальпации частей плода через брюшную стенку; признаков геморрагического шока.

2. Роженица нуждается в срочной операции.

Алгоритм действия фельдшера при оказании неотложной помощи:

- измерить АД, подсчитать частоту пульса;
- уложить роженицу на носилки;
- транспортировку осуществляют при внутривенном введении плазмозамещающих растворов (желатиноль, изотонический раствор хлорида натрия и другие);
- передать сообщение по рации в роддом;
- на машине с сиреной госпитализировать роженицу в акушерский стационар.

3. Классическое, ручное пособие при тазовом предлежании. Цель пособия – выведение ручек и головки плода.

Особенности пособия:

- первой выводим заднюю ручку;
- ручку выводим одноименной рукой.

Техника пособия:

- определяют заднюю ручку;
- противоположной рукой захватывают ножки плода и отводят туловище плода к противоположному бедру матери;
- одноименную руку по спинке плода вводят во влагалище и за локтевой сгиб, умывательным движением, выводят заднюю ручку;
- обеими руками берут за грудную клетку и поворачивают туловище плода на 180°, чтобы спинка плода прошла под симфизом, а передняя ручка опустилась вниз;
- таким же способом выводят вторую ручку;
- туловище плода поворачивают спинкой кпереди, одновременно головка поворачивается личиком кзади;
- головку выводим способом Мориссо-Левре.

Фельдшера ФАП вызвали к родильнице, выписанной из родильного дома 5 дней назад.

Жалобы на повышение температуры до 39 градусов, озноб, боль в правой молочной железе.

Анамнез: болеет шестой день, вначале появились трещины на сосках, затем боль в области молочной железы и повышение температуры.

Объективно**: т**емпература 39,2 , правая молочная железа увеличена, напряжена, горячая на ощупь. Кожа в верхнем наружном квадранте отечная, гиперемированная, при пальпации определяется плотный инфильтрат с размягчением в центре. Подмышечные лимфоузлы справа увеличенные, болезненные при пальпации.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа

1. Диагноз: послеродовый период (10 сутки), правосторонний инфильтративно-гнойный мастит. Правосторонний инфильтративно-гнойный мастит установлен на основании анамнеза: роды 10 дней назад, трещины на сосках, что является входными воротами для инфекции. Инфильтративно- гнойная форма мастита подтверждается наличием клинических симптомов: температуры, боли и напряжения в правой молочной железе. Кожа в наружно-верхнем квадранте отечная, гиперемированная, при пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат с размягчением в центре и все эти симптомы характерны для гнойно - инфильтративного мастита.

2. Алгоритм действий фельдшера:

- внутримышечно ввести 50%р-р анальгина 2мл,1%р-р димедрола 1 мл, ампициллина 500000 ЕД.
- наложить фиксирующую повязку на правую молочную железу.
- срочно госпитализировать в хирургическое отделение для оперативного лечения.

3. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

Перед оказанием пособия:

- проводят обработку роженицы;
- готовят инструменты для осмотра мягких тканей родовых путей матери;
- готовят набор инструментов и перевязочного материала для обработки новорожденного;
- акушерка готовится как к полостной операции.

Акушерка встает справа от роженицы и начинает оказывать пособие с момента прорезывания головки.

1 момент Кисть левой руки располагают на лобке, а кончиками пальцев растягивают дополнительно ткани вульварного кольца. При этом головка дополнительно сгибается: сдерживается чрезмерно быстрое продвижение головки и предупреждается преждевременное разгибание ее. Головка медленно продвигается вниз и прорезывается.

2 момент Когда затылок родится и область подзатылочной ямки упирается в нижний край симфиза , роженице запрещают тужиться с этого момента и до выведения всей головки. Акушерка захватывает всей левой рукой головку и постепенно, осторожно ее разгибает, в этот момент правой рукой сводят с головки ткани промежности. Над промежностью рождается лоб, личико и подбородок.

3 *момент* С очередной потугой головка поворачивается личиком к левому или правому бедру матери. Одной рукой придерживают головку плода, а указательный палец другой руки со стороны спинки плода вводят в подмышечную впадину переднего плечика и делают тракцию кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лобковую дугу. После этого освобождают заднее плечико. Для этого : одной рукой головку приподнимают кпереди, указательный палец другой руки вводят в подмышечную впадину заднего плечика и делают тракцию кпереди, освобождается заднее плечико. Затем обеими руками обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кверху, рождение нижней части туловища проходит без затруднений. Ребенка укладывают на заранее приготовленное место. И в первую очередь очищают верхние дыхательные пути от слизи, чтобы он мог сделать первый вдох.

I.ЛЕЧЕНИЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

Задача №1

На ФАП доставлена женщина 28 лет.

Жалобы: на слабость, головокружение и сильные боли внизу живота, которые возникли внезапно, боли иррадиируют во влагалище и прямую кишку.

Анамнез:считает себя беременной, последняя менструация пять недель назад.

Объективно**:** состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 90\55мм рт ст. Пульс 100 ударов в минуту, живот резко болезненный, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. При попытке встать с кушетки женщина потеряла сознание.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте алгоритм действия фельдшера и обоснуйте каждый этап.
3. Подготовьте инструменты к пункции заднего свода влагалища.

Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз: прервавшаяся внематочная беременность.

Диагноз подтверждают:

- данные анамнеза: задержка менструации на пять недель.
- клинические симптомы: внезапно возникшие боли внизу живота, слабость и головокружение, тахикардия, гипотония, и обморок - свидетельствуют о внутреннем кровотечении, которое возникло при разрыве маточной трубы.

2. Алгоритм действий фельдшера:

- уложить женщину, опустив головной конец, для увеличения притока крови к головному мозгу;
- на низ живота положить пузырь со льдом для сокращения сосудов и уменьшения кровотечения;
- ввести кровоостанавливающие средства, 10% р-р кальция хлорида -10 мл. внутривенно, 1% р-р викасола -1 мл. внутримышечно для повышении свертываемости крови;
- немедленная госпитализация в гинекологическое отделение для оперативного лечения, в сопровождении фельдшера. Транспортировка осуществляется в горизонтальном положении.

3. Инструменты для пункции заднего свода влагалища:

- ложкообразное зеркало. Зеркало-подъемник для выведения шейки матки;
- корнцанг для обработки стенок влагалища;
- пулевые щипцы для захватывания шейки;
- шприц с длинной иглой для прокола и отсасывания содержимого Дугласового кармана;
- спирт 70°;
- ватные шарики.

Задача №2

Вызов к женщине 27 лет.

Жалобы**:** схваткообразные боли внизу живота, темные кровянистые выделения из половых путей, отсутствие менструации в течение 5 недель.

Анамнез: Менструации с 13 лет без особенностей. Замужем. Были одни роды и три медицинских аборта. Перенесенные заболевания - воспаление придатков матки.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, АД - 100/60 мм рт. ст., пульс 100уд/мин. Живот вздут, в нижних отделах симптом Щеткина -Блюмберга положительный.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный диагноз
2. Составьте алгоритм действий для оказания доврачебной помощи.
3. Подготовьте набор инструментов для пункции заднего свода влагалища.

Эталон ответа к задаче 2

1**.** Диагноз: внематочная беременность, трубный аборт.

Диагноз установлен на основании анамнеза: отсутствие менструации в течение 5 недель (вероятный признак беременности). Прерывание внематочной беременности по типу трубного аборта подтверждают жалобы больной и клинические симптомы: приступы схваткообразной боли, после которой появляются кровянистые выделения из половых путей, темного цвета и симптомы внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД, положительный симптом Шеткина - Блюмберга.

2. Алгоритм действий:

- измерить АД и подсчитать пульс;
- уложить больную на носилки;
- положить холод на низ живота;
- срочно госпитализировать на носилках в гинекологический стационар, в машине скорой помощи с сиреной;
- при транспортировке осуществлять внутривенное введение плазмозамещающих растворов (желатиноля, лактосола, изотонического раствора и др.);
- сообщить по рации в стационар о предстоящей операции.

3. Набор инструментов для пункции заднего свода влагалища

- ложкообразное зеркало, зеркало подъемник для выведения шейки
- корнцанг для обработки стенок влагалища
- пулевые щипцы для захватывания шейки
- шприц с длинной иглой для пункции задней стенки влагалища, отсасывания содержимого Дугласового кармана.

Задача №3

Вызов к женщине 42 лет.

Жалобы**:** на сильные , постоянные боли в животе, которые возникли после физического напряжения, продолжаются в течение 4 часов.

Анамнез: менструальная функция без особенностей, было двое родов, 2 мед. аборта. В течение последних 7 лет жизни при регулярной половой жизни и без применения контрацептивов беременность не наступает.

Объективно: состояние средней тяжести, положение вынужденное, АД 110/70мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин. Сердце и легкие без особенности. Живот слегка вздут, напряжен, не участвует в акте дыхания, при пальпации резкая болезненность, особенно в нижних отделах . Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером с куриное яйцо, мало подвижное, резко болезненное.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера и обоснуйте каждый этап
3. Продемонстрируйте технику влагалищного спринцевания.

Эталон ответа к задаче 2

1. Диагноз: перекрут ножки кисты (кистомы) яичника. Острый живот.

Диагноз подтверждают клинические симптомы и данные объективного исследования:

- острое начало заболевания,

- постоянные, сильные боли в животе, которые возникли после физического напряжения,
- определение опухолевидного образования при пальпации правой подвздошной области

2. Алгоритм действий фельдшера:

- уложить на носилки, положить холод на низ живота
- немедленно госпитализировать в гинекологический стационар на машине с сиреной
- сообщить по рации о предстоящей операции.

3.Для влагалищного спринцевания необходима кружка Эсмарха, емкостью 1,5-2 литра, р-р лекарственного средства 1,5-2 литра.

Спринцевание проводят: в положении лежа на гинекологическом кресле, наконечники стерилизуют кипячением. Проверив температуру жидкости, спускают некоторое количество жидкости, обмывают струей воды наружные половые органы и вводят наконечник во влагалище на глубину 4-5см. Струя воды должна быть направлена в область заднего свода.

Задача №4

На ФАП доставлена женщина 32 лет.

Жалобы - на слабость и острые боли внизу живота, которые более выражены слева. Боли возникли внезапно час назад.

Анамнез - больная стоит на диспансерном учете по поводу хронического воспаления придатков матки. Последняя менструация была две недели назад.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа бледная. АД 95/60 мм рт ст. Пульс 98 уд./ мин. Живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина – Блюмберга положительный.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику бимануального исследовани

Эталон ответа к задаче 4

1. Диагноз - апоплексия яичника. Геморрагический шок 1 стадии.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза:

- стоит на диспансерном учете по поводу воспаления придатков матки;
- последняя менструация была 2 недели назад, что указывает на период овуляции.

Диагноз - подтверждают клинические симптомы:

- слабость, бледность кожных покровов,
- тахикардия, гипотония,
- острые боли внизу живота,
- симптом раздражения брюшины - положительный симптом Щеткина -Блюмберга.

Геморрагичекий шок подтверждают: АД 95/60 мм рт. ст., тахикардия, бледность кожных покровов.

2. Алгоритм действий фельдшера:

- уложить женщину, опустить головной конец для увеличения притока крови к головному мозгу;
- создать строгий покой;
- положить холод на низ живота для сокращения сосудов и уменьшения кровотечения;
- ввести кровоостанавливающие средства, 10% р-р кальция хлорида 10 мл внутривенно, 1% р-р викасола 1мл внутримышечно для повышения свертываемости крови;

- немедленная госпитализация в гинекологическое отделение для оперативного лечения в сопровождении фельдшера.

3. Техника бимануального исследования:

- уложить больную на гинекологическое кресло;
- провести катетеризацию мочевого пузыря;
- в стерильных перчатках приступают к бимануальному исследованию;
- указательным и большим пальцем левой руки разводят малые половые губы, а указательный и средний палец правой руки вводят во влагалище. Оценив состояние влагалища, шейки матки и заднего свода, пальцы правой руки переводят в передний свод, а левую руку укладывают на переднюю брюшную стенку и приближают её к правой руке, исследуют матку, затем переводят обе руки сначала в правый свод, затем в левый свод влагалища - исследуют придатки матки.

В конце исследования обращают внимание на характер, цвет и запах выделений

Задача №5

Вызов к женщине, упала на острый предмет на стройке.

Жалобы: на боль в области половых органов, кровотечение.

Объективно**:** состояние средней тяжести, бледная, стонет, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 уд./мин. В области лобка, больших половых губ гематома и рваная рана.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера скорой помощи по оказанию неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику введения влагалищного тампона.

Эталон ответа к задаче 5

1. Диагноз**:** травма наружных половых органов, гематома, рваная рана наружных половых органов, наружное кровотечение.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза: падение на острый предмет на стройке, а также на основании объективного осмотра и клинических симптомов: гематомы в области лобка и больших половых губ, рваной раны, кровотечения, бледности кожных покровов, снижения АД, тахикардии.

2. Алгоритм действий фельдшера:

- провести первичную обработку раны;
- наложить асептическую "Т" образную повязку;
- положить холод на область гематомы через повязку;
- срочно госпитализировать на носилках в гинекологическое отделение больницы, где проводится вторичная обработка раны, а также специфическая профилактика столбняка путем введения противостолбнячной сыворотки;
- при транспортировке приступить к инфузионной терапии плазмозамещающими растворами с добавлением аскорбиновой кислоты.

3. Техника введения влагалищных тампонов:

- уложить женщину на гинекологическое кресло;
- во влагалище ввести зеркало Куско, обнажив шейку матки;
- корнцангом ввести во влагалище тампон, смоченный лекарственным составом;
- удерживая тампон около шейки матки, удалить из влагалища зеркало, а а затем и корнцанг.

Через 10 - 12 часов потягиванием за свободный конец тесьмы женщина сама удаляет тампон из влагалища.

Задача №6

На прием в женскую консультацию обратилась пациентка К., 28 лет, с жалобами на отсутствие наступления беременности в течение 3-х лет.

Из анамнеза: родов - 0, аборт - 1, с последующим воспалением придатков матки. В последние 3 года регулярно живет половой жизнью без применения контрацептивов.

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые оболочки обычной окраски, без особенностей. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Молочные железы без особенностей. Пульс 72 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, АД - 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки конической формы, без особенностей. Наружный маточный зев расположен по центру, точечной формы.

Бимануально-влагалищное исследование: влагалище узкое не рожавшей женщины, длиной 10см. Своды свободны, боковые симметричные. Шейка матки конической формы, направлена книзу, кзади. Тело матки в anteflexio-anteversio, обычных размеров, плотной консистенции, с четкими контурами, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей. Выделения слизистые.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче 6

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни.

Настоящие проблемы:

- беспокойство из-за отсутствия беременности в течение 3-х лет;
- дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения.

Потенциальные проблемы:

- риск оперативного вмешательства;
- абсолютная форма бесплодия.

2. Диагноз: Вторичное бесплодие.

Диагноз выставлен на основании:

жалоб - отсутствие наступления беременности в течение 3-х лет;

анамнеза - родов - 0, аборт - 1, с последующим воспалением придатков матки.

В последние 3 года регулярно живет половой жизнью без применения контрацептивов.

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

Успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследования, лечения;

Получить у пациентки информированное согласие на обследование; Подготовить врачу «Медицинскую карту амбулаторного больного» (уч.ф.№025/У), необходимый материал, инструментарий, медикаменты для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального и ректо-абдоминального исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);

Выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HBsAg, HCvAg.

Зависимые вмешательства:

Подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У).

Поставить пациентку на «Д» учет;

Подготовить врачу необходимый материал, инструментарий для взятия мазков из урогенитального тракта на ИППП методом ПЦР, для бактериологического исследования;

Объяснить пациентке как измерять базальную температуру, вести график;

По назначению врача выписать направления на лабораторные исследования в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи, а также на
-УЗИ органов малого таза с допплерометрией, (объяснить пациентке как подготовиться к исследованию);
-УЗИ молочных желез, щитовидной железы
-гистеросальпингографию ГСГ (эхогистеросальпингографию ЭГСС)
-рентгенографию черепа и турецкого седла;
-на консультацию к андрологу (для супруга);
-для определения гормонального профиля выписать направления на анализы: в фолликулярную фазу
- кровь на ФСГ, ЛГ, ЛТГ, соматотропный гормон, эстрадиол, тестостерон, дегидроэпиандростерона сульфат, ТТГ, гормоны щитовидной железы; в лютеиновую фазу – определить содержание прогестерона.

Задача № 7

К врачу женской консультации обратилась пациентка Н., 25 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли внизу живота, иррадиирущие в поясничную область, недомогание, обильные гнойные выделения из половых путей, с примесью крови. Пациентка обеспокоена своим состоянием.

Из анамнеза: роды – 1, аборт – 1 (5 дней назад был произведен искусственный аборт на 7-8 нед беременности).

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, без особенностей. Температура 37,5. Пульс 82 в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 115/70 мм.рт.ст. на обеих руках.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев расположен по центру, щелевидной формы. Из шеечного канала обильные гнойные выделения.

Бимануально-влагалищное исследование: матка болезненна, несколько увеличена в размерах, мягковатой консистенции. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче 7

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни, личной гигиене, поддержании нормальной температуры тела.

Настоящие проблемы:

дискомфорт из-за постоянных ноющих болей внизу живота, иррадиирущие в поясничную область, недомогание, обильные гнойные выделения из половых путей, с примесью крови;

повышение температуры тела;

беспокойство за свое состояние;

дефицит знаний о своем состоянии, предстоящем обследовании, лечении.

Потенциальные проблемы:

восходящая инфекция (проникновение инфекции в вышележащие отделы половой системы);

внематочная беременность

спаечная болезнь;

вторичное бесплодие;

истмико-цервикальная недостаточность;
невынашивание последующей беременности;
недостаточность лютеиновой фазы;
хронические воспалительные заболевания гениталий;
эндометриоидная болезнь, миома матки;
образование синехий в матке;
гиперплазия эндометрия;
акушерская патология при последующей беременности.
2. Диагноз: Эндометрит на фоне искусственного аборта.
Диагноз выставлен на основании:
жалоб - на постоянные ноющие боли внизу живота, иррадиирущие в поясничную область, недомогание, обильные гнойные выделения из половых путей, с примесью крови. Пациентка обеспокоена своим состоянием;
анамнеза - роды – 1, аборт – 1 (5 дней назад был произведен искусственный аборт на 7-8 нед. беременности);
данных объективного исследования - кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, без особенностей. Температура 37,5. Пульс 82 в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 115/70 мм.рт.ст. на обеих руках;
осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев расположен по центру, щелевидной формы. Из шеечного канала обильные гнойные выделения.
бимануально-влагалищного исследования - матка болезненна, несколько увеличена в размерах, мягковатой консистенции. Придатки с обеих сторон без особенностей.
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:
Успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследованиях, принципах лечения;
Получить у пациентки информированное согласие на обследование;
Подготовить врачу «Медицинскую карту амбулаторного больного» (уч.ф. №025/У),
необходимый материал, инструментарий, медикаменты для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального, ректо-влагалищного исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, (выписать соответствующее направление);
Выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HBsAg, HCvAg.
Зависимые вмешательства:
Подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У);
Выписать направления на госпитализацию в стационар;
Если пациентка откажется от госпитализации - отказ зафиксировать в амбулаторной карте гинекологической больной, заполнить бланк «Отказ от госпитализации»;
Подготовить врачу необходимый материал, инструментарий для взятия мазков из урогенитального тракта на ИППП методом ПЦР, для бактериологического исследования (выписать направления);

По назначению врача выписать направления на лабораторные исследования по общепринятой схеме, а также на УЗИ органов малого таза (объяснить пациентке как подготовиться к исследованию);

Выполнить назначения врача по лечению данного заболевания.

Задача №8

На прием к врачу женской консультации обратилась пациентка М., 38 лет, с жалобами на учащенное мочеиспускание, запоры, эмоциональную лабильность. Пациентка обеспокоена своим состоянием.

Из анамнеза: менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. Родов – 2, абортов – 2. Последняя менструация 20 дней назад. За последние 1.5-2 года менструации стали более обильными, продолжительными, болезненными.

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые без особенностей, обычной окраски. Пульс 76 в минуту, ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, без особенностей. Наружный маточный зев закрыт, щелевидной формы, расположен по центру.

Бимануально-влагалищное исследование: шейка матки длиной 2,5 см, направлена книзу, кзади, подвижная. Наружный маточный зев закрыт, расположен по центру. Матка увеличена соответственно 10 неделям беременности, плотная, с гладкой поверхностью, безболезненна при пальпации. В области придатков патологии не выявлено. Из половых путей выделения светлые.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответак задаче 8:

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни, физиологических отправлениях.

Настоящие проблемы:

дискомфорт из-за учащенного мочеиспускания, запоров;

дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечении

Потенциальные проблемы:

меноррагии;

метроррагии;

выраженное нарушение функции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки);

нарушение питания, перекрут «ножки» субсерозного узла, некроз субмукозного узла с развитием восходящей инфекции;

инфицирование, нагноение, абсцедирование узла;

выворот матки при рождении субмукозного узла;

анемия;

быстрый рост опухоли;

малигнизация опухоли;

осложнения течения беременности, родов при миоме матки.

2. Диагноз: Миома матки 10-ти недель беременности.

Диагноз выставлен на основании:

жалоб - на учащенное мочеиспускание, запоры, эмоциональную лабильность. Пациентка обеспокоена своим состоянием;

анамнеза - менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. Родов – 2, абортов – 2. Последняя менструация 20 дней назад. За последние 1.5-2 года менструации стали более обильными, продолжительными, болезненными;
данных объективного исследования - кожные покровы, видимые слизистые без особенностей, обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст.
осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки цилиндрической формы, без особенностей. Наружный маточный зев закрыт, щелевидной формы, расположен по центру.
бимануально-влагалищного исследования - шейка матки длиной 2,5 см, направлена книзу, кзади, подвижная. Наружный маточный зев закрыт, расположен по центру. Матка увеличена соответственно 10 неделям беременности, плотная, с гладкой поверхностью, безболезненна при пальпации. В области придатков патологии не выявлено. Из половых путей выделения светлые.
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:

- успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследования, принципах лечения;
- получить у пациентки информированное согласие на обследование;
- подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной» (уч.ф. №025/У), необходимый материал, инструментарий для осмотра НПО, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального(бимануального), ректо-влагалищного исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
- выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HbBsAg, HCvAg.

Зависимые вмешательства:

- подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У). Поставить пациентку на «Д» учет, проинформировав о необходимости посещать врача женской консультации в первый год 1 раз в три месяца, со второго года наблюдения – 2 раза в год;
- подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для взятия мазков на ИППП методом ПЦР, аспирата из полости матки;
- выписать направление на УЗИ, (объяснить подготовку к исследованию);
- выполнять назначения врача по лечению данного заболевания

Задача №9

В женской консультации на профилактическом осмотре у пациентки В., 39 лет, используя метод осмотра шейки матки в зеркалах на слизистой влагалищной части шейки матки обнаружена белая бляшка, спаянная с подлежащей тканью (не снимается тампоном).

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа кзадаче 9

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни.
Настоящие проблемы:
дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения.
Потенциальная проблема:
переход в предрак;

рак шейки матки.
2. Диагноз: Лейкоплакия шейки матки
Диагноз выставлен на основании:
осмотра шейки матки в зеркалах - на слизистой влагалищной части шейки матки обнаружена белая бляшка, спаянная с подлежащей тканью (не снимается тампоном).
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:
Успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследованиях, принципах лечения;
Подготовить врачу необходимый материал, инструментарий для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального, ректо-влагалищного исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, (выписать соответствующее направление);
Выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HBsAg, HCvAg.
Зависимые вмешательства:
Подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У);Подготовить врачу необходимый материал, инструментарий, медикаменты,
аппаратуру для взятия мазков из урогенитального тракта на цитологию, ИППП методом ПЦР, для бактериологического исследования, проведения расширенной кольпоскопии (проба Шиллера), биопсии шейки матки, (выписать направления);
Выполнить назначения врача по лечению данного заболевания.

Задача № 10

В женскую консультацию обратилась пациентка Л., 19 лет с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд в области наружных половых органов, плохой сон. Жалобы возникли через 4 дня после полового контакта. Пациентка обеспокоена своим состоянием.

Объективно: кожные покров, видимые слизистые без особенностей, обычной окраски, пульс 74 в минуту, ритмичный, АД - 110/70 мм.рт.ст., со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки конической формы, наружный маточный зев точечной формы расположен по центру. Выделения из шеечного канала пенистые, обильные, салатного цвета.

Бимануально-влагалищное исследование: шейка матки длиной 3 см, расположена книзу, кзади. Матка в anteflexio-anteversio, обычных размеров, безболезненная при пальпации, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Задание:
1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче 10:

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни, личной гигиене.
Настоящие проблемы:
дискомфорт из-за обильных пенистых выделений из половых путей;
зуд в области наружных половых органов;

плохой сон;
дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения
Потенциальные проблемы:
восходящая инфекция;
хронизация процесса;
спаечная болезнь;
бесплодие.
2. Диагноз: ИППП - трихомониаз?
Диагноз выставлен на основании:
жалоб - на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд в области наружных половых органов, плохой сон. Жалобы возникли через 4 дня после полового контакта. Пациентка обеспокоена своим состоянием;
осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки конической формы, наружный маточный зев точечной формы расположен по центру. Выделения из шеечного канала пенистые, обильные, салатного цвета.
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:
успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследования, принципах лечения;
получить у пациентки информированное согласие на обследование;
подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной» (уч.ф. №025/У), необходимый материал, инструментарий, медикаменты для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального, ректо-влагалищного исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HbBsAg, HCvAg.
Зависимые вмешательства:
подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У). Поставить пациентку на «Д» учет;
подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для взятия мазков на ИППП методом ПЦР, культурологического метода исследования содержимого урогенитального тракта;
выписать направление на УЗИ (объяснить подготовку к исследованию);
выполнять назначения врача по лечению данного заболевания;
проинформировать пациентку о необходимости обследования, лечения полового партнера, исключения половой жизни в период лечения (или использования презерватива), применение назначенных врачом противотрихомонадных средств с гигиеническими процедурами.

Задача №11

Больная Р., 45 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слизистые бели, иногда с примесью крови, контактные кровянистые выделения из половых путей, нарушение сна, плохой аппетит, раздражительность. Пациентка очень обеспокоена своим состоянием.

Из анамнеза: менструальный цикл не нарушен. Родов – 2, абортов – 3. Соматически здорова.

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, без особенностей. Пульс 70, ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст. на обеих руках.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка цилиндрической формы, из цервикального канала свисает полип овальной формы, диаметром 5 мм, розового цвета с гладкой поверхностью.

Бимануально- влагалищное исследование: тело матки нормальной величины, с четкими контурами, плотной консистенции, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Выделения слизистые, умеренные, без запаха.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа кзадаче 11

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни, сне, еде.

Настоящие проблемы:

дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения;

дискомфорт из-за слизистых белей с примесью крови;

контактные кровянистые выделения из половых путей;

нарушения сна;

раздражительность;

плохой аппетит.

Потенциальные проблемы:

маточные кровотечения;

малигнизация полипа цервикального канала.

2. Диагноз: Полип цервикального канала.

Диагноз выставлен на основании:

жалоб - на слизистые бели, иногда с примесью крови, контактные кровянистые выделения из половых путей, нарушение сна, плохой аппетит, раздражительность. Пациентка очень обеспокоена своим состоянием;

анамнеза - менструальный цикл не нарушен. Родов – 2, абортов – 3. Соматически здорова;

осмотра шейки матки в зеркалах - шейка цилиндрической формы, из цервикального канала свисает полип овальной формы, диаметром 5 мм, розового цвета с гладкой поверхностью;

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследования, принципах лечения;

получить у пациентки информированное согласие на обследование;

подготовить врачу«Амбулаторную карту гинекологической больной» (уч.ф. №025/У), необходимый материал, инструментарий, медикаменты для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального, ректо-влагалищного исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, онкоцитологию (выписать соответствующие направления);

выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HBsAg, HCvAg.

Зависимые вмешательства.

Подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У).
Поставить пациентку на «Д» учет;
Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для взятия мазков на ИППП методом ПЦР (выписать направления), аппаратуру для проведения расширенной кольпоскопии;
Выписать направления на лабораторные исследования, на консультацию к специалистам в соответствии стандартам оказания медицинской помощи для операции «Полипэктомия. Раздельное диагностическое выскабливание матки» с последующим гистологическим исследованием;
Выписать направление на госпитализацию в стационар.

Задача №12

В женскую консультацию обратилась пациентка Р., 60 лет, с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища на протяжении недели, нарушение сна, аппетита. Пациентка встревожена своим состоянием.

Из анамнеза: менопауза 10 лет.

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, без особенностей. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Молочные железы без особенностей. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 80 в мин., АД - 120/80, 130/80 мм.рт.ст.

Осмотр шейки матки в зеркалах: из наружного зева шейки матки мажущие кровянистые выделения.

Бимануально-влагалищное исследование: состояние внутренних половых органов соответствует возрастным изменениям. Своды свободны. Матка плотной консистенции, ограничена в подвижности. Придатки не определяются.

Задание:
1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа кзадаче 12

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни, личной гигиене, еде, сне.
Настоящие проблемы:
дискомфорт из-за мажущих кровянистых выделений из половых путей;
нарушения сна;
нарушение аппетита;
тревога, беспокойство за свое состояние;
дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения.
Потенциальные проблемы:
риск оперативного вмешательства;
ухудшение состояния;
ациклические кровотечения;
рак эндометрия; гиперплазия эндометрия;
феминизирующая опухоль яичника.
2. Диагноз: Рак эндометрия.
Диагноз выставлен на основании:
жалоб - на мажущие кровянистые выделения из влагалища на протяжении недели, нарушение сна, аппетита. Пациентка встревожена своим состоянием;
анамнеза - менопауза 10 лет;
осмотра шейки матки в зеркалах - из наружного зева шейки матки мажущие кровянистые выделения;

бимануально-влагалищного исследования - состояние внутренних половых органов соответствует возрастным изменениям. Своды свободны. Матка плотной консистенции, ограничена в подвижности. Придатки не определяются.
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:
Успокоить пациентку, провести беседу о заболевании, методах обследования;
Получить у пациентки информированное согласие на обследование;
Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной» (уч.ф. №025/У), необходимый материал, инструментарий, медикаменты для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального(бимануального), ректо-вагинального исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
Выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HBsAg, HCvAg.
Зависимые вмешательства.
Подготовить врачу, «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У). Поставить пациентку на диспансерный учет;
Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для взятия мазков на ИППП методом ПЦР, для цитологического исследования аспирата эндометрия;
Выписать направления на лабораторные исследования, на консультацию к специалистам в соответствии стандартам оказания медицинской помощи для операции «Раздельное диагностическое выскабливание матки» с последующим гистологическим исследованием;
Выписать направление на госпитализацию в стационар.

Задача №13

В женскую консультацию обратилась пациентка Н., 32 лет, с жалобами на упорные боли и стойкий зуд вульву, нарушение сна, раздражительность. Пациентка обеспокоена своим состоянием.

Из анамнеза: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 7 дней назад. Роды – 1, аборт – 1 в 7-8 нед., без осложнений. Соматически здорова

Объективно: кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, без особенностей. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Молочные железы без особенностей. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 80 в мин., АД - 120/80, 120/80 мм.рт.ст.

Осмотр наружных половых органов: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно. Отмечается гиперемия вульвы, слизистой преддверия влагалища.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев расположен по центру, щелевидной формы, закрыт. Слизистая шейки матки, влагалища гиперемированы. На стенках влагалища, в верхней трети, определяются удлиненные сосочки розово-малинового цвета.

Бимануально-влагалищное исследование: матка нормальных размеров, плотной консистенции, с четкими контурами. Придатки не определяются. Своды свободны. Выделения умеренные.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче 13

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни, личной гигиене, сне, движении.
Настоящие проблемы:
дискомфорт из-за упорных болей и стойкого зуда во влагалище;
выделения из половых путей;

нарушения сна;
раздражительность;
беспокойство за свое состояние;
дефицит знаний о своем состоянии, предстоящем обследовании, лечении.
Потенциальные проблемы:
присоединение вторичной бактериальной и протозойной инфекций;
диссеминация папиломавирусной инфекции;
рак шейки матки, вульвы, влагалища;
предраковое диспластическое состояние шейки матки;
цервикальная внутри эпителиальная неоплазия I-III степени.
2. Диагноз: Папилломавирусная инфекция – влагалищные кондиломы.
Диагноз выставлен на основании:
жалоб - на упорные боли и стойкий зуд вульву, нарушение сна, раздражительность. Пациентка обеспокоена своим состоянием;
анамнеза - менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 7 дней назад. Роды – 1, аборт – 1 в 7-8 нед., без осложнений. Соматически здорова;
осмотра наружных половых органов - оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно. Отмечается гиперемия вульвы, слизистой преддверия влагалища;
осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки цилиндрической формы, наружный зев расположен по центру, щелевидной формы, закрыт. Слизистая шейки матки, влагалища гиперемированы. На стенках влагалища, в верхней трети, определяются удлиненные сосочки розово-малинового цвета;
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:
успокоить пациентку, провести беседу об ее состоянии, методах обследования, принципах лечения;
подготовить врачу амбулаторную карту гинекологической больной (уч.ф.№025/У);
получить у пациентки информированное согласие на обследование;
подготовить врачу необходимый материал, инструментарий, медикаменты для осмотра наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, влагалищного, влагалищно-абдоминального, ректо-вагинального исследований, взятия мазков на бактериоскопическое исследование из урогенитального тракта, онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
выписать направления на анализы: кровь на RW, ВИЧ, HbsAg, HcvAg.
Зависимые вмешательства:
подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.ф.№030/У). Поставить пациентку на «Д» учет;
подготовить врачу необходимый инструментарий, материал для взятия мазков на ИППП методом ПЦР, по методу Папаникалау;
подготовить врачу необходимый материал, инструментарий, оборудование для проведения кольпоскопии;
выписать направления на лабораторные исследования
-эндонуклеазный анализ ДНК, выделенный из инфицированных тканей;
-гибридизация с применением нуклеиновых кислот;
Выполнять назначения врача по лечению данного заболевания.

Задача №14

К врачу женской консультации обратилась пациентка А.,19 лет, с жалобами на постоянные боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, общую слабость, утомляемость, повышение температура тела до 38,5 С.

Из анамнеза: Б -0, Р-0, последняя менструация 2 недели назад. Свое заболевание связывает с беспорядочной половой жизнью. 7 дней назад был незащищенный половой акт.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без особенностей, пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 115/75 на обеих руках, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки конической формы. Наружный маточный зев закрыт, точечный, расположен по центру, выделения гнойные.Бимануально-влагалищное исследование: тело матки слегка увеличено, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей.Выделения гнойные.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче 14

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности, сексуальной жизни личной гигиене, поддержании нормальной температуры тела.
Настоящие проблемы:
дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения;
дискомфорт из-за болей внизу живота, гнойных выделений из половых путей, общей слабости, утомляемости, повышения температура тела до 38,5 С
Потенциальные проблемы:
ухудшение состояния;
хронизация процесса;
генерализация процесса;
нарушение менструального цикла;
спаечный процесс в малом тазу;
первичное бесплодие.
2. Диагноз: Гонорейный эндометрит.
Диагноз выставлен на основании:
жалоб - на постоянные боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, общую слабость, утомляемость, повышение температура тела до 38,5 С;
анамнеза - Б -0, Р-0, последняя менструация 2 недели назад. Свое заболевание связывает с беспорядочной половой жизнью. 7 дней назад был незащищенный половой акт;
осмотра шейки матки в зеркалах - шейка матки конической формы. Наружный маточный зев закрыт, точечный, расположен по центру, выделения гнойные;
бимануально-влагалищного исследования - тело матки слегка увеличено, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей. Выделения гнойные.
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:
Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечения;
Получить информированное согласие пациентки на обследование;
Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануального влагалиного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, (выписать соответствующие направления);
Выписать направления на анализы: кровь на RW, HCvAg, HBsAg, ВИЧ.
Зависимые вмешательства

Подготовить врачу «Контрольную карту диспансерного наблюдения», (уч. ф. № 030/У), поставить пациентку на диспансерный учет, проинформировав о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в женской консультации;
Подготовить врачу необходимый инструментарий, материал, медикаменты для взятия мазка на ИППП (выписать направление);
Выписать направления на УЗИ (объяснить подготовку к исследованию);
Полового партнера обследовать в условиях женской консультации и направить в КВД для дальнейшего обследования и лечения;
Выполнить назначения врача по лечению данного заболевания.

Задача №15

К врачу женской консультации обратилась пациентка О., 38 лет, с жалобами на сильные боли во время менструации, скудные выделения шоколадного цвета в течение 3-5 дней до и после менструации.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без особенностей, пульс 72 в мин., ритмичный, АД - 120/80 мм.рт.ст.

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки не изменена, цилиндрической формы. Наружный маточный зев щелевидной формы, расположен по центру.

Бимануально-влагалищное исследование: матка шарообразной формы, отклонена кзади, болезненна при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения слизистые, без запаха.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче 15

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной безопасности,сексуальной жизни, личной гигиене.
Настоящие проблемы:
дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечении;
дискомфорт из-за сильных болей во время менструации, выделений до и после менструации шоколадного цвета в течение 3-5 дней.
Потенциальные проблемы:
ухудшение состояния;
малигнизация;
миомы матки;
нарушение менструальной функции;
анемия;
первичное и вторичное бесплодие;
диспареуния;
болевой синдром.
2. Диагноз: Аденомиоз.
Диагноз выставлен на основании:
жалоб - на сильные боли во время менструации, скудные выделения шоколадного цвета в течение 3-5 дней до и после менструации;
бимануально-влагалищного исследования - матка шарообразной формы, отклонена кзади, болезненна при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения слизистые, без запаха.
3. Тактика акушерки:
Независимые вмешательства:
Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечении;
Получить информированное согласие;

Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануально - влагалищного и ректально – влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);
Выписать направления на анализы: кровь на RW, HBsAg, HCvAg, ВИЧ.
Зависимые вмешательства
Выписать направления на УЗИ (объяснить подготовку к исследованию);
Поставить на диспансерный учет; завести форму № 030/ У «Контрольная карта диспансерного наблюдения», проинформировать о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в ж/к;
Выписать направление для госпитализации в стационар для дальнейшего обследования и лечения (гистероскопия, диагностическая лапароскопия, РДВ с ГСГ, КТ и/или МРТ).

Задача№16

Пациентка К., 66 лет, на приеме у гинеколога отмечает кровянистые скудные выделения из половых путей, недержание мочи, ощущение инородного тела в области наружных половых органов.Из анамнеза: менопауза 16 лет.

При объективном исследовании: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без особенностей, пульс 78 в мин. ритмичный, АД -120/80, 130/80 мм.рт.ст..

При осмотре наружных половых органов: половая щель не смыкается из-за выбухания стенок влагалища и шейки матки. Вокруг наружного зева отмечается изъявление ярко-красного цвета, неправильной формы, диаметром около 2 см., кровоточащее при
дотрагивании.

Задание:

1. Выявить потребности пациента, удовлетворение которых нарушено, выявите проблемы пациента
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Спланировать тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче 16

1. У пациентки нарушены потребности: в общении, собственной
безопасности, всексуальной жизни, личной гигиене, движении, физиологических отправлениях.

Настоящие проблемы:

дефицит знаний о своем состоянии, методах обследования, лечения;

дискомфорт из-за кровянистых скудных выделений из половых путей, недержания мочи, ощущения инородного тела в области наружных половых органов.

Потенциальные проблемы:

полное выпадение матки;
инфицирование декубитальной язвы;
малигнизация язвы.

2. Диагноз: Опущение стенок влагалища, неполное выпадение матки,декубитальная язва шейки матки.

Диагноз выставлен на основании:

жалоб - отмечает кровянистые скудные выделения из половых путей, недержание мочи, ощущение инородного тела в области наружных половых органов;

анамнеза - менопауза 16 лет;

данных осмотра наружных половых органов - половая щель не смыкается из-за выбухания стенок влагалища и шейки матки. Вокруг наружного зева отмечается

изъявление ярко-красного цвета, неправильной формы, диаметром около 2 см., кровоточащее при дотрагивании.

3. Тактика акушерки:

Независимые вмешательства:

Провести беседу с пациенткой о ее состоянии, методах обследования, лечении;

Получить информированное согласие;

Подготовить врачу «Амбулаторную карту гинекологической больной», (уч. ф. №025/У), инструменты, материал для осмотра шейки матки в зеркалах, бимануально-влагалищного и ректально-влагалищного исследования, взятия мазков на бактериоскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта, на онкоцитологию (выписать соответствующие направления);

Выписать направления на анализы: кровь на RW, HBsAg, HCvAg, ВИЧ.

Зависимые вмешательства:

Выписать направление на УЗИ, (объяснить подготовку к исследованию);

Подготовить все необходимое для взятия аспирата из полости матки, (выписать направление);

Выписать направления на анализы для оперативного лечения (клинический анализ крови, кровь на группу, резус – фактор, кровь на RW,ВИЧ, HbsAg, HcvAg, биохимическое исследование крови, гемостазиограмма, кровь на сахар, клинический анализ мочи, консультация к специалистам: терапевту, анестезиологу; ЭКГ, рентген грудной клетки);

Поставить на диспансерный учет, завести «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (уч.форма № 030/У), проинформировать о необходимости не менее 4 раз в год посещать врача в ж/к;

Выписать направление на госпитализацию в стационар для решения вопроса о возможности оперативного лечения.

КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Ситуационная задача 101

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Только что родилась девочка. Из анамнеза выявлено, что ребенок родился от 1 беременности, срок гестации 39 недель. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар на первой минуте 8 баллов.

Вопросы.

1. Определите, доношен ребенок или нет. Обоснуйте свой ответ.
2. Назовите признак, определяющий доношенность. Дайте определение понятию «гестационный возраст».
3. Назовите критерии зрелости новорожденного ребенка по таблице Пертусса.
4. Перечислите дополнительные признаки, характеризуют доношенного ребенка.
5. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар, когда и по каким признакам проводится эта оценка.

Эталон решения ситуационной задачи 101

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Определение доношенности ребенка:** ребенок доношенный. Обоснование: – гестационный возраст 39 недель; – антропометрические показатели: масса тела 3500 г, рост 52 см	
2.	**Определяющий признак доношенности**: гестационный возраст, который определяется количеством полных недель, прошедших между первым днем последней менструации и датой родов	
3.	**Критерии зрелости новорожденного ребенка по таблице Пертусса:** – розовый цвет кожных покровов, – твердые оформленные ушные раковины,	

	– ореола сосков более 5 мм, – полностью исчерченные стопы, – сформированные половые органы	

1	*2*	*3*
4.	**Дополнительные признаки, характеризуют доношенного ребенка:** признаки функциональной зрелости, антропометрические показатели К признакам функциональной зрелости относятся: – способность удерживать температуру тела, – наличие и выраженность сосательного, глотательного и др. безусловных рефлексов, – ритмичные дыхательные движения и сердечные сокращения, – отсутствие приступов апноэ и цианоза, признаков расстройства микроциркуляции. Антропометрические показатели: – масса тела от 2500 г до 4000 г, – длина тела от47 см до53 см, – окружность головы от 34 см до 36 см, – окружность груди от 32 см до 34 см	
5.	**Оценка состояния ребенка по шкале Апгар** 8 баллов соответствует удовлетворительному состоянию новорожденного. Оценка по шкале Апгар проводится на 1-ой и 5-ой минуте жизни по 5 признакам. Каждый признак может быть оценен от 0 до 2 баллов *(см. таблицу*)*. Оценка: – 9 – 10 баллов – состояние хорошее – 8 баллов – состояние удовлетворительное – 6 – 7 баллов – асфиксия легкой степени – 4 – 5 баллов – асфиксия средней степени – 0 – 3балла – состояние тяжелое	

***Шкала Апгар**

Симптомы	0 баллов	1 балл	2 балла
Частота сердцебиений	Пульс отсутствует	Замедление (менее 100 уд. в 1мин.)	Более 100 уд. в 1 мин.
Дыхательные движения	Отсутствуют	Редкие, нерегулярные, отдельные судорожные вдохи	Хорошие, громкий крик
Мышечный тонус	Вялый	Конечности несколько согнуты	Активные движения
Реакция на носовой катетер или рефлекс на раздражение подошв	Отсутствуют	Гримаса	Кашель, чихание
Цвет кожи	Общая бледность или цианоз	Тело розовое, конечности синюшные	Весь розовый (красный)

Ситуационная задача 102

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала, только что родился мальчик. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности 2 родов, протекавших без особенностей, срок гестации 40 недель. При осмотре: розовый цвет кожных покровов, твердые оформленные ушные раковины, ореола сосков более 5 мм, полностью исчерченные стопы, половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку. Оценка по шкале Апгар 9 баллов.

Вопросы.

1. Доношен ребенок или нет, обоснуйте свой ответ.
2. Назовите, на какие внешние признаки Вы еще обратите внимание.
3. Назовите действия акушерки сразу после рождения ребенка.
4. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар. Объясните, как проводится оценка.
5. Назовите сроки прикладывания новорожденного ребенка к груди.

Эталон решения ситуационной задачи 102

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Доношен ребенок или нет, обоснование ответа.** Ребенок доношенный, т.к. срок гестации 40 недель	
2.	**Внешние признаки доношенности, характерные для данного ребенка:** – пропорциональное телосложение, – хорошо развита подкожно-жировая клетчатка, – пупочное кольцо находится посередине между лоном и мечевидным отростком, – ногтевая пластинка доходит до конца фаланги	
3.	**Действия акушерки сразу после рождения ребенка.** Акушерка должна предотвратить переохлаждение ребенка, для чего принять его в теплые пеленки, обтереть кожу, поменять пеленку на сухую и провести «кожный контакт»	
4.	**Оценка состояния ребенка по шкале Апгар.** Оценка состояния ребенка по шкале Апгар 9 баллов, что соответствует хорошему состоянию. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар проводится на 1-ой и 5-ой минуте жизни по 5 признакам: частота сердцебиений, дыхательные движения, мышечный тонус, реакция на носовой катетер или рефлекс на раздражение, цвет кожи. Каждый признак может быть оценен от 0 до 2 баллов Оценка: – 9 – 10 баллов – состояние хорошее – 8 баллов – состояние удовлетворительное – 6 – 7 баллов – асфиксия легкой степени – 4 – 5 баллов – асфиксия средней степени – 0 – 3балла – состояние тяжелое	
5.	**Сроки первого прикладывания к груди.** Первое прикладывание новорожденного к груди матери проводят в первые 30 мин. после рождения, когда у ребенка появляется инстинктивный поиск пищи	

Ситуационная задача 103

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Только что приняли новорожденного. Ребенок громко закричал, при осмотре конечности согнуты и приведены к туловищу, кисти сжаты в кулачки, кожа ярко розовая, пульс 120 уд. в 1 мин., рефлексы выражены.

Вопросы.

1. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар, обоснуйте ответ.
2. Назовите стрессы, которые испытывает новорожденный сразу после рождения.
3. Перечислите изменения, которые происходят в организме ребенка после рождения.
4. Назовите сроки перевода новорожденного из родильного зала в палату.
5. Назовите формы пребывания новорожденных и родильниц в родильном доме, преимущества совместного пребывания матери ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 103

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Оценка состояния данного ребенка по шкале Апгар.** Каждый признак оценен на 2 балла: – громкий крик – 2 б. – конечности согнуты и приведены к туловищу – 2 б. – кожа ярко розовая – 2 б. – пульс 120 уд. в 1 мин. – 2 б. – рефлексы выражены – 2 б. Сумма = 10 баллов, что соответствует хорошему состоянию	
2.	**Стрессы, которые испытывает новорожденный сразу после рождения.** 1. Экологический стресс – связан с попаданием ребенка после рождения в совершенно другую экологическую среду. 2. Температурный стресс – обусловлен более низкой температурой окружающей среды по сравнению с внутриматочной температурой. 3. Гравитационный стресс – возникает из-за появления гравитации. 4. Сенсорный стресс – связан с появлением массы зрительных, тактильных, звуковых, вестибулярных и др. раздражителей. 5. Антигенный (бактериальный) стресс – обусловлен заселением кожи, кишечника, слизистых оболочек микробами (идет становление нормального биоценоза). 6. Кислородный стресс – связан с изменением типа дыхания. 7. Пищевой стресс – связан с изменением способа получения питательных веществ	
3.	**Изменения, происходящие в организме ребенка после рождения.** Организм ребенка приспосабливается к условиям внешней среды: – устанавливается легочное дыхание; – устанавливается внеутробное кровообращение (начинает функционировать малый круг кровообращения); – начинают функционировать пищеварительные органы; – появляется самостоятельная терморегуляция; – повышается обмен веществ	

4.	**Сроки перевода новорожденного из родильного зала.** Новорожденного из родильного зала переводят через 2 часа	
5.	**Формы пребывания новорожденных и родильниц в родильном доме, преимущества совместного пребывания матери ребенка.** В родильном доме пребывание новорожденного и матери может быть совместное и раздельное	

1	*2*	*3*
	Более распространенной формой является совместное пребывание матери и ребенка, которое способствует более тесному психологическому контакту, мать быстрее приобретает навыки ухода за ребенком, снижается инфицирование новорожденных из-за отсутствия контакта с другими детьми, создаются благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери	

Ситуационная задача 104

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала только что родился ребенок со сроком гестации 39 недель. Беременность и роды протекали без особенностей. При осмотре цвет кожных покровов розовый, крик громкий, активные движения, выражена пульсация пуповины, при отсасывании слизи кашель и чихание.

Вопросы.

1. Назовите критерии живорождения и нормативный документ, определяющий критерии живорождения новорожденного ребенка.
2. Назовите признак, определяющий доношен ребенок или нет.
3. Назовите средние антропометрические показатели характерные для доношенного ребенка.
4. Расскажите сроки, цель и метод проведения кожного контакта.
5. Назовите сроки и как проводят отделение ребенка от матери.

Эталон решения ситуационной задачи 104

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Критерии живорождения и нормативный документ, определяющий критерии живорождения новорожденного ребенка.** Критерии живорождения: – самостоятельное дыхание, – сердцебиение, – пульсация пуповины, – движения мышц. Для живорожденного ребенка характерны все признаки или хотя бы один из них. Нормативный документ: приказ МЗСР РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н«О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи»	
2.	**Определяющий признак доношенности –** гестационный возраст (39 недель)	

3.	**Средние антропометрические показатели характерные для доношенного ребенка:** Масса от 2500 г до 4000 г Длина тела от 47 см до 55 см Окружность головы 35 – 36 см Окружность груди 33 – 34 см	
4.	**Сроки, цель и метод проведения кожного контакта.** – Сразу после рождения ребенка в удовлетворительном состоянии и отсутствии противопоказаний его обсушивают теплой пеленкой и выкладывают на живот к матери не менее чем на 30 мин. (кожный контакт) и накрывают сухой пеленкой	
1	*2*	*3*
	– Тесный контакт «кожа к коже» после рождения способствует заселению новорожденного материнской микрофлорой, пробуждает у матери материнский инстинкт, снимает стресс у новорожденного и у матери, предохраняет переохлаждение новорожденного	
5.	**Сроки и как проводят отделение ребенка от матери**. Отделение ребенка от матери проводят после прекращения пульсации пуповины (примерно через 1-2 мин. после рождения) путем наложения 3-х зажимов Кохера	

Ситуационная задача 105

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась мама новорожденного ребенка. Ее беспокоит следующая ситуация: масса тела ребенка при рождении была 3100 г, в настоящее время малышу исполнилось 3 дня, а его масса тела составляет 2900 г. Ребенок спокойный, хорошо сосет грудь.

Вопросы.

1. Назовите состояние, которое развилось у ребенка. Подтвердите расчетом.
2. Перечислите возможные причины развития этого состояния.
3. Дайте совет матери по особенностям ухода за ребенком.
4. Назовите переходные состояния, которые могут встречаться у новорожденного.
5. Назовите сроки и критерии выписки новорожденного.

Эталон решения ситуационной задачи 105

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Состояние, развившееся у ребенка.** Физиологическая убыль массы тела, которая составила 200 г, что соответствует ≈ 6,5% (норма до 10%)	
2.	**Причины развития физиологической убыли массы тела:** – относительное недоедание ребенка в первые дни жизни; – потеря жидкости с мочой, испражнениями, через кожу и легкие; – возможные срыгивания; – высыхание кожи и пуповинного остатка	

3.	**Советы матери по особенностям ухода за ребенком.** 1. Маме необходимо успокоиться, т.к. ее переживания могут привести к уменьшению молока. 2. Для предупреждения большой потери массы тела необходимо раннее прикладывание к груди, кормление по требованию ребенка, своевременное выявление недостатка грудного молока и рациональная тактика при этом. 3. Соблюдение оптимального теплового режима	

1	*2*	*3*
4.	**Переходные состояния, которые могут встречаться у новорожденного:** 1. физиологическая желтуха; 2. половой криз; 3. мочекислый инфаркт; 4. физиологическая эритема; 5. транзиторная лихорадка	
5.	**Сроки и критерии выписки доношенного новорожденного**. Выписка новорожденного обычно проводится на 4-5 день, возможна и ранняя выписка на 2-3 сутки. Критерии выписки: – нет признаков заболевания; – проведены профилактические прививки; – отпал пуповинный остаток; – восстановилась масса тела или имеет место тенденция к ее восстановлению; – проведен неонатальный скрининг	

Ситуационная задача 106

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась мама 3-хдневного новорожденного ребенка. Во время проведения утреннего туалета она обнаружила у него желтушную окраску кожных покровов. При расспросе мамы и осмотре ребенка Вы выявили: ребенок сосет активно, общее состояние не нарушено, Т тела 36,5^0 С, кожные покровы и слизистые оболочки желтушной окраски, пуповинный остаток под скобой. Кал и моча обычного цвета.

Вопросы.

1. Назовите состояние, которое развилось у ребенка. Обоснуйте ответ.
2. Назовите его возможную причину, сроки исчезновения выявленных изменений.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации, особенности ухода за ребенком.
4. Назовите переходные состояния, которые встречаются у новорожденного.
5. Назовите цели и сроки проведения неонатального скрининга, перечислите заболевания, на выявление которых он направлен.

Эталон решения ситуационной задачи 106

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Состояние, которое развилось у ребенка, обоснование ответа.** Физиологическая желтуха. Обоснование:	

	– желтуха появилась на 3-и сутки, – общее состояние не нарушено, – ребенок сосет активно, – Т тела 36,5^0 С, – кал и моча обычного цвета	

1	*2*	*3*
2.	**Возможная причина, сроки исчезновения выявленных изменений.** Физиологическая желтуха обусловлена накоплением в крови и тканях свободного билирубина, образующегося при разрушении красных клеток крови – эритроцитов. Функционально незрелая печень ребенка не может обеспечить переработку большого количества билирубина в нетоксическую форму и выделение его из организма. Исчезает физиологическая желтуха к 10-ому – 14-ому дню жизни	
3.	**Тактика акушерки, особенности ухода за ребенком:** – успокоить женщину и сообщить врачу. – при выраженной желтухе ребенка чаще прикладывать к груди, – осуществлять контроль уровня билирубина; – выполнять назначения врача	
4.	**Физиологические переходные состояния новорожденных:** – половой гормональный криз; – мочекислый инфаркт почек; – физиологическая эритема; – транзиторная лихорадка; – физиологическая желтуха; – физиологическая убыль массы тела	
5.	**Цели и сроки, техника проведения неонатального скрининга, заболевания, на выявление которых он направлен.** Неонатальный скрининг на врожденные и наследственные заболевания доношенному новорожденному проводится на 4-ые сутки. У новорожденных берется несколько капель крови из пятки разовым скарификатором. Капли собирают на тест-бланк из специальной бумаги, пропитываются кровью пятна, обозначенные на тест-бланке кружками. Неонатальный скрининг позволяет выявить заболевания: – врожденный гипотиреоз, – фенилкетонурию, – галактоземию, – адреногенитальный синдром, – муковисцидоз	

Ситуационная задача 107

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась мама 4-хдневного новорожденного ребенка – мальчика. Во время пеленания она обнаружила симметричное увеличение грудных желез. При осмотре ребенка: грудные железы увеличены, кожа над ними без видимых изменений. Наблюдается отек сосков и мошонки. Температура тела $36,7^0$ С. Ребенок активно сосет грудь.

Вопросы.

1. Назовите состояние, которое развилось у ребенка. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины возникновения данного состояния.
3. Назовите особенности проявления данного состояния у девочек и мальчиков.
4. Определите тактику акушерки в данной ситуации, дайте рекомендации матери по особенностям ухода.
5. Назовите прививки, которые должен получить новорожденный в родильном доме, место и способ введения вакцин.

Эталон решения ситуационной задачи 107

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Состояние, которое развилось у ребенка. Обоснование ответа.** Половой гормональный криз, что подтверждается симметричным увеличением грудных желез при отсутствии изменений кожи над ними, отеком сосков и мошонки.	
2.	**Причины возникновения данного состояния.** Половой гормональный криз вызван влиянием эстрогенов, попавших от матери в организм ребенка во время беременности и родов	
3.	**Особенности проявления полового криза у девочек и мальчиков.** Помимо развития физиологического мастита, проявляющегося нагрубанием молочных желез, как и у девочек, так и у мальчиков, у девочек в первые дни жизни из половой щели могут появляться кровянистые или слизистые выделения серо-белого цвета. У мальчиков отмечается гиперпигментация и умеренный отек мошонки и кожи вокруг сосков	
4.	**Тактика акушерки, особенности ухода.** 1. Необходимо сообщить врачу, успокоить женщину. 2. При выраженном нагрубании молочных желез для предохранения раздражения кожи рекомендуют накладывать теплую стерильную повязку. 3. Тщательно соблюдать гигиенический уход за ребенком	
5.	**Прививки, которые должны получить новорожденный в родильном доме.** – в первые 24 часа проводят вакцинацию против вирусного гепатита В, вакцину вводят в/м, в переднюю поверхность бедра; – на 3-ий – 7-ой день жизни проводят вакцинацию против туберкулеза вакциной БЦЖ, которая вводится в/к в верхнюю треть левого плеча	

Ситуационная задача 108

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы акушерка послеродового отделения. Во время обхода Вы обратили внимание, что одна из кормящих женщин плачет. При разговоре с ней Вы выяснили, что ее беспокоит то, что ее ребенку уже 2 сутки, а у нее практически нет молока.

Вопросы.

1. Объясните женщине, когда и как должно вырабатываться грудное молоко.
2. Объясните, почему в каждое кормление следует кормить ребёнка из одной молочной железы.
3. Дайте рекомендации по организации кормления ребенка дома, объясните, нужно ли давать ребенку водичку между кормлениями.
4. Назовите 10 принципов успешного вскармливания.
5. Составьте план беседы по режиму и питанию кормящей матери.

Эталон решения ситуационной задачи 108

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Сроки и этапы становления лактации.** Лактация начинается ещё до рождения ребенка. На 30–32 неделе беременности в молочных железах образуется особая жидкость – молозиво. Процесс лактации контролируется с помощью специальных гормонов (пролактин, окситоцин) и прекращается после отнятия ребенка от груди. Со 2-3 дня после рождения ребенка появляется переходное молоко, а к 10-14 дню формируется зрелое молоко, состав которого остается постоянным на все время кормления грудью	
2.	**Обоснование правила кормления грудью: каждое кормление следует кормить ребёнка из одной молочной железы.** Необходимо, чтобы каждое кормление ребенок полностью освобождал грудь, т.к. состав молока неодинаков. В начале кормления ребенок получает «переднее» молоко, которое более жидкое, содержит больше У и Б, а при полном опорожнении груди и «заднее» молоко, которое более калорийное и содержит больше Ж	
3.	**Рекомендации по организации кормления ребенка дома, нужно ли давать ребенку водичку между кормлениями.** Новорожденный ребенок дома должен получать грудь по требованию без соблюдения ночного перерыва. При этом он не нуждается в дополнительном введении жидкости. Вода снижает питательную ценность молока, увеличивает риск попадания инфекции и нагрузку на почки, может ухудшиться сосательная активность новорожденного и угаснуть лактация	
4.	**10 принципов успешного грудного вскармливания.** 1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала и рожениц. 2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления грудного вскармливания. 3. Информировать всех беременных и рожениц о преимуществах и технике грудного вскармливания. 4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение 1-ого получаса после родов. 5. Показать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.	

	6. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение 1-ого получаса после родов. 7. Показать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей. 8. Практиковать круглосуточное нахождение матери и ребенка рядом в одной палате. 9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких устройств и средств, имитирующих грудь (соски и др.). 10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы	
1	*2*	*3*
5.	**План беседы по режиму и питанию кормящей матери.** 1. Преимущества и значение грудного вскармливания. 2. Роль режима и питания кормящей матери в поддержании лактации. 3. Особенности режима дня кормящей женщины. 4. Диета кормящей женщины (обязательные продукты, входящие в ежедневный рацион, питьевой режим, продукты увеличивающие лактацию, продукты ухудшающие вкус грудного молока)	

Ситуационная задача 109

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения с совместным пребыванием матери и ребенка. Кормящая женщина жалуется на болезненное уплотнение в левой молочной железе. Температура тела нормальная, самочувствие хорошее. Удалось выяснить, что женщина для сохранения формы груди носит тесный бюстгальтер. Во время кормления держит ребенка близко к себе, его подбородок упирается ей в грудь, рот раскрыт широко. Малыш сосет медленно, слышно, как он глотает. Ночью ребенка мать не кормит.

Вопросы.

1. Объясните причину изменений в молочной железе.
2. Определите правильность прикладывания ребенка к груди.
3. Дайте рекомендации матери по уходу за молочными железами.
4. Составьте план беседы с женщиной по стимуляции рефлекса окситоцина.
5. Назовите показания для сцеживания грудного молока.

Эталон решения ситуационной задачи 109

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Причины изменений в молочной железе.** Болезненное уплотнение в левой молочной железе возникло из-за закупорки млечного протока. Плохой отток молока из груди обусловлен давлением белья и длинными промежутками между кормлениями вечером и ночью	
2.	**Правильность прикладывания ребенка к груди.** К груди ребенок приложен правильно. Но в настоящее время лучше женщине порекомендовать другую позицию – «из-под руки», т.к. это способствует лучшему опорожнению млечного протока	

3.	**Рекомендации матери по уходу за молочными железами:** – несколько дней прикладывать ребенка чаще к левой грудной железе, в которой имеется болезненное уплотнение; – слегка массировать уплотнение во время сосания ребенком груди; – после кормления остатки молока сцеживать; – белье и одежда должны быть свободными и не вызывать блокирования млечных протоков	
4.	**План беседы по стимуляции рефлекса окситоцина:** – Психологическая поддержка – придать уверенность в успехе кормления грудью, устранить или уменьшить тревогу, боль, концентрировать положительные эмоции о ребенке, создать спокойную обстановку	
1	*2*	*3*
	– Практическая помощь: максимально поддерживать контакт с ребенком, перед кормлением принять теплое питье, согреть грудь (теплый компресс, теплый душ), наклониться вперед, стимулировать сосок, массаж груди и спины	
5.	**Показания для сцеживания грудного молока:** – Облегчение состояния кормящей женщины при закупорке млечного протока и нагрубании молочной железы. – Поддержка лактации, если мать и ребенок болеют, при разлуке с ребенком. – Кормление ребенка, пока он учится сосать (при втянутых сосках у матери, затруднениях в координации сосания). – Обеспечение молоком маловесных и больных детей, не способных высосать достаточный объем	

Ситуационная задача 110

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы акушерка послеродового отделения. К Вам обратилась молодая женщина 18 лет. У нее первый ребенок, она очень обеспокоена тем, что не сможет правильно ухаживать за своим малышом дома, считая, что ничего не умеет. Она просит Вас обучить ее ежедневному уходу за ребенком.

Вопросы.

1. Перечислите моменты ежедневного ухода за ребенком в домашних условиях.
2. Перечислите моменты ухода, которые повторяются в течение дня, кратность их проведения.
3. Расскажите технику ухода за пупочной ранкой, назовите сроки ее заживления.
4. Назовите возможные способы пеленания новорожденного и охарактеризуйте их.
5. Расскажите, как и кем будет осуществляться наблюдение за новорожденным после выписки из родильного дома.

Эталон решения ситуационной задачи 110

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Моменты ежедневного ухода за ребенком в домашних условиях:** – уход за кожей (умывание, подмывание, обработка кожных складок, проведение гигиенической ванны);	

	– уход за слизистыми; – уход за пупочной ранкой; – пеленание	
2.	**Моменты ухода, повторяющиеся в течение дня, кратность.** 1. Умывание 2 раза в сутки. 2. Подмывание после каждого акта дефекации. 3. Обработка всех кожных складок 2 раза в сутки и паховых и ягодичных складок – после каждого подмывания. 4. Проведение туалета пупочной ранки 2 раза в сутки. 5. Обработка слизистых оболочек глаз не менее 2 раз в сутки, носовые ходы – по мере накопления корочек. 6. Пеленание после каждого мочеиспускания	

1	*2*	*3*
3.	**Техника ухода за пупочной ранкой, сроки ее заживления.** Обработка пупочной ранки проводится 2-3 раза в день. Перед обработкой необходимо вымыть руки. Ребенка распеленать, положить на спину, на чистую пеленку. Развести края пупочной ранки и обработать 3% раствором перекиси водорода, очистить с помощью ватной палочки и обработать 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Заживление пупочной ранки происходит на 7-ой – 10-ый день от момента отпадения пуповинного остатка	
4.	**3 способа пеленания новорожденного.** 1. Закрытый способ – в родильном доме в первые дни. 2. Свободное пеленание – когда свободны ручки, постоянно всем здоровым детям. 3. Широкое пеленание – при подозрении на дисплазию тазобедренного сустава	
5.	**Наблюдение за новорожденным после выписки из родильного дома** осуществляется медицинскими работниками детской поликлиники или ФАП путем проведения патронажей. Патронаж – форма работы ЛПУ, основной целью которой является проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий. Первичный патронаж проводится в первый день выписки новорожденного, последующие патронажи проводятся не реже 2 раз в неделю	

Ситуационная задача 111

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Палата совместного пребывания матери и ребенка родильного дома. Новорожденный, возраст 3 дня. Со слов матери, отказывается брать грудь, она настаивает, чтобы его покормили молочной смесью из бутылочки. Акушерка пытается помочь кормящей женщине приложить ребенка к груди, прикладывая его лицом к груди матери, одной рукой держит её грудь, другой рукой – поддерживает голову ребенка снизу. Затем пытается подтолкнуть его к груди, но малыш отбрасывает голову кзади и кричит.

Вопросы.

1. Назовите причину отказа ребенка от груди. Расскажите технику прикладывания ребенка к груди.
2. Определите ошибку кормящей женщины.

3. Назовите преимущества грудного вскармливания для ребенка.
4. Дайте рекомендации матери в данной ситуации.
5. Назовите признаки достаточности питания ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 111

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Причина отказа ребенка от груди. Техника прикладывания ребенка к груди.** Сопротивление ребенка связано с неправильной техникой оказания ему помощи: подталкиванием головы ребенка к груди.	

1	*2*	*3*
	Техника прикладывания ребенка к груди: 1. Внимание матери должно быть сконцентрировано на малыше, контакт «глаза в глаза». 2. Ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней. 3. Лицо ребенка находится близко от груди. 4. Подбородок прикасается к груди. 5. Над верхней губой виден больший участок ареолы, чем под нижней. 6. Заметно, как ребенок делает медленные, глубокие сосательные движения и глотает молоко. 7. Ребенок расслаблен и доволен. 8. Мать не испытывает боль. 9. Рекомендовано кормление из двух грудей, при этом одна должна быть опустошена полностью, чтобы ребенок получил и «переднее» молоко, и «заднее» молоко (более богатое жирами). 10. Учитывая суточный ритм лактации, возможно более частое прикладывание к груди в вечерние часы.	
2.	**Ошибка кормящей женщины** заключается в том, что она настаивает на кормлении ребенка из бутылочки	
3.	**Преимущества грудного вскармливания для ребенка.** 1. Грудное молоко содержит все питательные вещества, необходимые ребенку (белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы и воду). 2. Грудное молоко защищает ребенка от инфекций. 3. Дети, получающие грудное молоко, реже страдают от диареи, отита и аллергии, реже простужаются, чем дети, вскармливаемые искусственно. 4. Грудное вскармливание дает ребенку ощущение близости к матери, теплоты и комфорта. 5. Грудное вскармливание помогает установить близость с малышом	
4.	**Рекомендации матери в данной ситуации.** При прикладывании к груди следует поддерживать малыша за плечи и шею, а не за затылок. Подождать, пока он откроет рот, и только после этого придвинуть к груди. Позволить матери после разъяснений действовать самостоятельно. Не следует заставлять ребенка немедленно взять грудь. Предоставить малышу	

	возможность получить удовольствие от контакта «кожа к коже» и исследовать грудь ртом	
5.	**Критерии достаточности питания ребенка:** – достаточная прибавка в весе ребенка за первый месяц (600 - 800 г); – частота мочеиспусканий не менее 6 раз в сутки; – частота стула соответствует количеству кормлений (6 -10 раз) в первый месяц жизни; – ребенок спокоен, выдерживает интервалы между кормлениями 2 и более часа	

Ситуационная задача 112

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка дородового отделения, проводите обучение в группе беременных по вопросам грудного вскармливания.

Вопросы.

1. Расскажите, что такое лактация и механизм выработки грудного молока.
2. Назовите изменения, происходящие в составе грудного молока.
3. Перечислите возможные позиции матери и ребенка при кормлении грудью, показания к ним.
4. Назовите преимущества грудного вскармливания для женщины.
5. Назовите сроки проведения грудного вскармливания.

Эталон решения ситуационной задачи 112

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Лактация и механизм выработки грудного молока.** Лактация (от латинского lacto – «кормлю молоком») – единственный естественный, т.е. задуманный природой, способ вскармливания новорожденного ребенка грудным молоком. Процесс лактации контролируется с помощью специальных гормонов (пролактин, окситоцин) и прекращается после отнятия ребенка от груди. Пролактин– гормон, стимулирующий выработку грудного молока, выделяется после кормления, наибольшая секреция происходит ночью, угнетает овуляцию. Окситоцин − способствует отдаче молока вырабатывается до и во время кормления, способствует сокращению матки	
2.	**Изменения, происходящие в составе грудного молока.** На 30–32 неделе беременности в молочных железах образуется особая жидкость – молозиво. Стимулом для секреции молока и молозива является воздействие, оказываемое ребенком на сосок во время сосания. Со 2-ого – 3-его дня после рождения ребенка появляется переходное молоко, а к 10-ому – 14-ому дню формируется зрелое молоко, состав которого остается постоянным на все время кормления грудью	
3.	**Возможные позиции матери и ребенка при кормлении грудью, показания к ним.** – из-под руки (при закупорке млечного протока, затруднен захвата груди, кормлении близнецов);	

	– на руке (кормление маловесных и больных детей); – лежа на боку (после кесарева сечения и швах на промежности) – лежа на спине (в случае быстрого поступления молока); – лежа на животе с опорой на локти (при затруднениях с захват груди); – вертикальная поза «кенгуру» (кормление недоношенных маловесных детей); – классическое положение (сидя)	

1	*2*	*3*
4.	**Преимущества грудного вскармливания для женщины:** – грудное вскармливание несложно, удобно и бесплатно; – охраняет здоровье матери и помогает ей снизить вес, набранный за время беременности; – помогает предотвратить новую беременность; – дает матери ощущение душевного покоя; – предупреждает развитие рака молочной железы и половых органов	
5.	**Сроки проведения грудного вскармливания:** грудное вскармливание проводится до 1,5 – 2 лет	

Ситуационная задача 113

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

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

Вопросы.

1. Дайте характеристику предстоящим родам. Обоснуйте ответ.
2. Расскажите, как должна подготовиться акушерка к этим родам.
3. Назовите причины, которые привели к преждевременным родам.
4. Назовите морфологические и функциональные признаки недоношенного ребенка.
5. Назовите особенности проведения первого туалета данному ребенку

Эталон решения ситуационной задачи 113

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Характеристика предстоящих родов, обоснование.** Роды преждевременные. Обоснование: срок гестации 32 недели	
2.	**Подготовка акушерки к предстоящим родам.** – подготовить все необходимое для оказания неотложной помощи новорожденному ребенку; – обеспечить повышение температуры в родильном зале; – подготовить дополнительные средства для согревания новорожденного: подогреть лоток, пеленки, средства для обработки ребенка, – предупредить врача-неонатолога	

3.	**Причины данных родов в данной ситуации:** – поздно встала на учет по беременности (20 недель); – социально-экономические факторы (не замужем, курила); – клинический фактор (2 раза переболела ОРВИ); – осложненный акушерский анамнез (3 аборта)	
4.	**Морфологические и функциональные признаки недоношенного новорожденного.** Морфологические признаки: – непропорциональное телосложение – большая голова, короткие конечности;	

1	*2*	*3*
	– низкое расположение пупка; – выраженная гиперемия кожи; – лануго на плечах, лице, спине; – зияние половой щели у девочек, яички не опущены в мошонку у мальчиков; – недоразвитие ногтевых пластин на руках; – мягкие ушные раковины; – преобладание мозгового черепа над лицевым черепом; – открыт малый родничок; – маленькая ореола соска (меньше 5мм). Функциональные признаки: – незрелость легких (мало сурфактанта); – нарушение терморегуляции; – отсутствие или быстрое угасание безусловных физиологических рефлексов; – вялая реакция на осмотр; – слабый малоэмоциональный крик или его отсутствие; – низкая скорость клубочковой фильтрации (отеки); – склонность к инфекционным заболеваниям, в силу не совершенства иммунной системы; – малый объем желудка; – снижена ферментативная активность поджелудочной железы и кишечника; – внутриутробные запасы минеральных веществ, кальция, фосфора, белков, витаминов А, С, Е, железа, микроэлементов меньше, чем у доношенных	
5.	**Особенности проведения первого туалета этому ребенку:** – быстро отделить от матери; – осушить кожу; – поместить на подогреваемый столик; – передать врачу-неонатологу; – дальнейшие мероприятия в зависимости от состояния	

Ситуационная задача 114

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала, принимаете роды у женщины со сроком гестации 26 недель. Родился мальчик, кожные покровы синюшные, не кричит, руки и ноги вытянуты вдоль туловища, реакция на отсасывание слизи отсутствует, ЧСС 90 уд. в мин.

Вопросы.

1. Дайте характеристику данным родам. Обоснуйте ответ.
2. Назовите критерии живорождения, нормативный документ, определяющий эти критерии.
3. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар.
4. Перечислите возможные риски развития патологических состояний.
5. Назовите нормативный документ, согласно которому будет проводиться первый туалет этому ребенку.

Эталон решения ситуационной задачи 114

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Характеристика предстоящих родов, обоснование.** Роды преждевременные, т.к. срок гестации 26 недель	
2.	**Критерии живорождения и приказ, нормативный документ, определяющий эти критерии.** Критерии живорождения: плод дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи»	
3.	**Оценка состояния ребенка по шкале Апгар.** Состояние ребенка по шкале Апгар 2 балла, что соответствует тяжелой асфиксии.	
4.	**Риски развития патологических состояний:** – перинатальных поражений нервной системы – внутри желудочковые кровоизлияния и гипоксически – ишемические повреждения ЦНС, которые приводят к летальности или инвалидности – синдрома дыхательных расстройств – общего отечного синдрома – гипербилирубинемии и «ядерной желтухи» – некротизирующего энтероколита – железодефицитной анемии – пневмонии, сепсиса, менингита	
5.	**Назван нормативный документ согласно, которому будет проводиться первый туалет этому ребенку- это методическое письмо** «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении».	

Ситуационная задача 115

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Новорожденный ребенок, родился от матери 18 лет. Беременность первая, в течение всей беременности женщина принимала наркотические препараты. Ребенок родился при сроке гестации 31 неделя, с массой 1500 г.

Вопросы.

1. Дайте характеристику данному ребенку. Обоснуйте ответ.
2. Опишите его внешние и функциональные признаки.
3. Перечислите проблемы, которые могут возникнуть при выхаживании этого ребенка.
4. Назовите, какие условия необходимо создать данному ребенку в родильном зале.
5. Перечислите возможные методы согревания данного ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 115

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Характеристика ребенка, обоснование** Ребенок недоношенный, т.к. срок гестации31 неделя	
2.	**Внешние и функциональные признаки недоношенного новорожденного.** Внешние признаки: – непропорциональное телосложение; – выраженная гиперемия кожи; – распространённое лануго; – недоразвитие ногтевых пластинок; – низкое расположение пупка; – зияние половой щели у девочек, яички не опущены в мошонку у мальчиков; – мягкие ушные раковины; – преобладание мозгового черепа над лицевым черепом; – открыт малый родничок; – маленькая ореола соска (меньше 5 мм). Функциональные признаки недоношенного новорожденного: – незрелость легких (мало сурфактанта); – нарушение терморегуляции; – отсутствие или быстрое угасание безусловных физиологических рефлексов; – вялая реакция на осмотр; – слабый малоэмоциональный крик или его отсутствие; – низкая скорость клубочковой фильтрации (склонность к отекам); – склонность к инфекционным заболеваниям в силу не совершенства иммунной системы; – малый объем желудка; – снижена ферментативная активность поджелудочной железы и кишечника; – внутриутробные запасы минеральных веществ, кальция, фосфора, белков, витаминов А, С, Е, железа, микроэлементов меньше, чем у доношенных	
3.	**Проблемы, которые могут возникнуть при выхаживании этого ребенка:** – гипотермия; – проблемы со вскармливанием из-за снижения или отсутствия рефлексов сосания и глотания; – высокий риск нарушения дыхания и инфицирования	
4.	**Условия для данного ребенка в родильном зале.**	

	Соблюдение тепловой цепочки, защита от сенсорных раздражителей, адекватная оксигенотерапия, готовность к проведению реанимации	

1	*2*	*3*
5.	**Методы согревания недоношенного новорожденного:** – использование системы «Гнездо»; – согревания методом «Кенгуру»; – лучистое тепло лампы; – в инкубаторе (кувезе)	

Ситуационная задача 116

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы работаете акушеркой приемного отделения роддома. Поступает женщина 28 лет, беременность первая, срок 36 недель и 4 дня, схватки начались 6 часов назад, воды отошли в машине скорой помощи. В настоящее время схватки потужного характера. Обменной карты у женщины нет.

Вопросы.

1. Дайте характеристику данным родам. Обоснуйте ответ.
2. Назовите отделение для госпитализации женщины.
3. Назовите особенности проведения данных родов.
4. Назовите основные этапы первичного туалета новорожденного.
5. Назовите этапы оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным.

Эталон решения ситуационной задачи 116

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Характеристика предстоящих родов, обоснование.** Роды преждевременные, т.к. срок гестации 36 недель и 4 дня	
2.	**Отделение для госпитализации женщины –** обсервационное, т.к. отсутствует обменная карта	
3.	**Особенности проведения данных родов.** В зависимости от состояния ребенка, учитывая срок гестации, данные роды могут проводиться, как у доношенного ребенка	
4.	**Основные этапы первичного туалета новорожденного:** 1. Родившегося ребенка акушерка кладет на заранее приготовленный, обеззараженный, согретый, покрытый стерильной пеленкой лоток. 2. Быстрыми промокательными движениями обсушивает младенца, накрывает другой сухой, стерильной теплой пеленкой. 3. Затем выкладывает ребенка на живот к матери, надевает шапочку и носочки, укрывает стерильной пеленкой и одеялом. 4. Проводит оценку по шкале Апгар. 6. Отделяет ребенка от матери. 7. Для профилактики гонобленнореи у новорожденных акушерка однократно закладывает 1 % тетрациклиновую мазь. 8. Прикладывает к груди.	

	9. Проводит окончательную перевязку пуповины. 10. Проводит антропометрию. 11. Заполняет браслетки, повязывает ребенку и матери. 12. Заполняет медицинскую документацию	

1	*2*	*3*
5.	**Этапы оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным.** 1. Специализированный родильный дом или перинатальный центр. 2. Специализированное отделение по выхаживанию недоношенных детей при перинатальном центре или при детской больнице. 3. Наблюдение недоношенных детей в детских поликлиниках	

Ситуационная задача 117

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Новорожденный ребенок родился на сроке беременности 32 недели с массой тела 1500 г, длиной 40 см, сосательный и глотательный рефлексы отсутствуют, тепло не удерживает, при крике и беспокойстве синеет, дыхание тяжелое.

Вопросы.

1. Охарактеризуйте ребенка, обоснуйте ответ.
2. Перечислите известные Вам способы вскармливания недоношенных детей.
3. Перечислите основные моменты выхаживания недоношенных детей.
4. Выберите метод согревания данного ребенка.
5. Назовите критерии выписки недоношенного новорожденного домой.

Эталон решения ситуационной задачи 117

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Характеристика ребенка.** Ребенок недоношенный, т.к. срок гестации 32 недели	
2.	**Способы вскармливания недоношенных детей:** Способ вскармливания зависит от выраженности безусловных рефлексов, дыхания, координации между сосанием, глотанием и дыханием. В зависимости от этого ребенок может вскармливаться: – парентерально, – через зонд, – из чашечки, – из соски, – прикладывание к груди	
3.	**Методы выхаживания недоношенных детей:** – согревание; – подбор способа вскармливания; – адекватная оксигенация; – профилактика инфекционных заболеваний; – сенсорная защита; – позиционирование; – профилактика дефицитных состояний	

4.	**Способ согревания данного ребенка.** Для согревания выбран кувез (инкубатор), в котором созданы необходимые условия для поддержания наиболее комфортных для ребенка условий: влажность, температура, стерильность, обеспечение кислородом и возможность мониторирования состояния ребенка	
1	*2*	*3*
5.	**Критерии выписки маловесных детей:** – хорошее состояние здоровья; – стабильное увеличение веса (как минимум три дня подряд); – адекватная терморегуляция; – хороший сосательный рефлекс; – мама в состоянии сама ухаживать дома за малышом	

Ситуационная задача 118

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Ребенок родился от матери 26 лет, во время беременности женщина курила, перенесла ОРВИ, отмечался токсикоз во второй половине беременности. Ребенок родился при сроке гестации 39 недель, с массой 2300 г, длиной 45 см.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите причины, которые привели к развитию данного состояния у этого ребенка и другие факторы, приводящие к нему.
3. Назовите основные принципы выхаживании детей с данным заболеванием.
4. Прогноз при различных видах данного состояния.
5. Назовите методы профилактики данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 118

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза и его обоснование.** Диагноз: задержка внутриутробного развития (ЗВУР) Обоснование: при доношенной беременности у ребенка низкая масса тела при рождении и имеется задержка роста	
2.	**Причины ЗВУР в данном случае и другие факторы, приводящие к данной патологии.** Причины ЗВУР у данного ребенка: курение женщины во время беременности, токсикоз, перенесенные ОРВИ. Выделяют 3 группы факторов риска по развитию ЗВУР: 1. материнские: – возраст матери старше 36 и младше 16 лет; – недостаточное питание во время беременности; – тяжелый токсикоз 1-ой половины беременности; – тяжелые хронические заболевания сердца, легких, почек, сахарный диабет; – вредные привычки: курение, употребление наркотиков, алкоголя; – недостаточная репродуктивная функция (длительный бесплодный период, выкидыши, мертворождения в анамнезе), предшествующие аборты;	

	– рождение предыдущих детей с низкой массой тела; – профессиональные вредности (работа в горячем цехе, вибрация, ультразвук, радиация, химические факторы)	

1	*2*	*3*
	2. плацентарные: – недостаточная масса и поверхность плаценты; – аномалии сосудов плаценты; – раннее старение плаценты; – ранняя отслойка и др. 3. плодные: – многоплодная беременность; – наследственные заболевания; – врожденные пороки развития; – внутриутробное инфицирование; – гемолитическая болезнь новорожденного	
3.	**Основные принципы выхаживания детей с ЗВУР:** – создание оптимального температурного режима; – обеспечение адекватной оксигенации; – обеспечение достаточным питанием; – контроль и коррекция метаболических нарушений; – антибактериальная терапия	
4.	**Прогноз при различных видах ЗВУР.** Прогноз зависит от варианта и степени тяжести. При гипотрофическом и гипопластическом вариантах I степени тяжести дети, как правило, догоняют своих сверстников по физическому и нервно-психическому развитию к 6 мес. При II степени этих же вариантов большинство детей догоняют своих сверстников по физическому развитию к 1 году. Отмечается повышенная инфекционная заболеваемость, часто развиваются рахит, анемия. В дальнейшем может формироваться легкая мозговая дисфункция (невротические реакции, инфантилизм психики, снижение аппетита). У детей с III степенью прогноз надо давать с осторожностью. Отставание в физическом развитии и нервно-психическом развитии может отмечаться до 3-х – 4-х летнего возраста и более. У 10 – 15% этих детей в дальнейшем развиваются признаки органического поражения ЦНС (ДЦП, эпилепсия, гидроцефалия, отставание в нервно-психическом развитии). Отмечается высокая инфекционная заболеваемость	
5.	**Профилактика ЗВУР.** Профилактические мероприятия включают раннее выявление причин и их устранение, контроль массы тела беременной, УЗИ.	

Ситуационная задача 119

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Ребенку 3 дня, родился от I беременности, протекавшей с 32 недель с протеинурией, повышением АД до 140/85 мм рт. ст.

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

Родился мальчик, с массой тела 3000 г, ростом 49 см. В родах отмечалось тугое однократное обвитие пуповиной вокруг шеи. При рождении состояние ребенка средней тяжести, брадикардия в течение 1-ой минуты, дыхание нерегулярное, разлитой цианоз. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. В настоящее время у ребенка физиологические рефлексы угнетены, мышечная гипотония.

Вопросы.

1. Оцените акушерский анамнез.
2. Оцените состояние ребенка при рождении, поставьте диагноз.
3. Оцените состояние ребенка в настоящее время, поставьте диагноз.
4. Выявите проблемы пациента в настоящее время.
5. Назовите особенности ухода за данным ребенком.

Эталон решения ситуационной задачи 119

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Оценка акушерского анамнеза.** Акушерский анамнез отягощенный. Гипертония, протеинурия, воды окрашены меконием, слабость родовой деятельности, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи – факторы риска по развитию гипоксии плода	
2.	**Оценка состояния ребенка при рождении, диагноз.** *Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.* Обоснование: оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 баллов и клинические проявления: брадикардия в течение 1-ой минуты, дыхание нерегулярное, разлитой цианоз	
3.	**Оценка состояния ребенка в настоящее время.** В настоящее время у ребенка проявления острого периода перинатального повреждения ЦНС гипоксического генеза, синдром угнетения	
4.	**Проблемы ребенка.** Из-за угнетения физиологических рефлексов возможны проблемы со вскармливанием, терморегуляцией, дыханием, двигательные нарушения	
5.	**Особенности ухода.** Максимальный покой, подбор способа кормления, согревание, оксигенотерапия, выполнение врачебных назначений	

Ситуационная задача 120

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала, при осмотре новорожденного ребенка обратили внимание, что движение левой руки несколько ограничены, при пеленании отмечается крик и беспокойство. При пальпации левой ключицы определяется крепитация и болезненность, в области ключицы небольшая припухлость и гематома.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, вторых родов, с массой 4100 г, крик громкий, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.

2. Назовите возможные причины.
3. Выявите основную проблему у ребенка,
4. Обозначьте цели ухода.
5. Дайте основные рекомендации матери по уходу.

Эталон решения ситуационной задачи 120

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза и его обоснование.** Диагноз: родовая травма, перелом ключицы. Обоснование: нарушение движения в левой руке, беспокойство, болезненность, крепитация и гематома слева в области ключицы	
2.	**Возможные причины:** крупный плод, акушерские вмешательства, патологические роды	
3.	**Основная проблема ребенка:** болезненность в области ключицы, связанные с этим беспокойство ребенка	
4.	**Цели ухода:** Краткосрочная цель – уменьшение болезненности и припухлости. Долгосрочная цель – нормализация состояния	
5.	**Рекомендации по уходу:** – бережный уход и пеленание с использованием повязки Дезо; – помощь при кормлении грудью, подбор удобного положения; – выполнение назначений врача; – бережная транспортировка ребенка (на руках) на физиотерапевтические процедуры и обследование; – обучение матери навыкам ухода за новорожденным ребенком с данной патологией, уходу за кожей и слизистыми	

Ситуационная задача 121

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

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

Вопросы.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте ответ.
2. Назовите возможные причины.
3. Проведите дифференциальную диагностику между родовой опухолью и кефалогематомой.
4. Составьте план ухода
5. Назовите исходы.

Эталон решения ситуационной задачи 121

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза и его обоснование.**	

	Диагноз: родовая опухоль. Обоснование: припухлость появилась сразу после рождения ребенка, нет четких границ, нет флюктуации	
2.	**Основные причины возникновения родовой опухоли:** – несоответствие размеров предлежащей части и родовых путей, – слабость родовой деятельности, – крупный плод и др.	
1	*2*	*3*
3.	**Различия между родовой опухолью и кефалогематомой:**	

	Родовая опухоль	Кефалогематома
сроки появления	сразу после рождения	появляется позже
распространенность	располагается над несколькими костями черепа	ограничена размерами одной кости
консистенция	плотная	отмечается флюктуация
сроки исчезновения	рассасывается в течение 2-3 дней	рассасывается через 2-3 недели

4.	**План ухода за ребенком:** – консультация неонатолога, – выполнение назначений врача, – бережное пеленание и гигиенический уход	
5.	**Исход.** Полное рассасывание через 2-3 дня	

Ситуационная задача 122

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. В вечернее время к Вам обратилась мать новорожденного ребенка 2-хдневного возраста, чтобы Вы осмотрели ее ребенка. При осмотре Вы обнаружили у ребенка гнойные выделения из обоих глаз, веки гиперемированы и несколько отечны.

Со слов мамы, эти явления появились 2 часа назад. Состояние новорожденного удовлетворительное, Т тела 36,8^0 С, сосет активно, со стороны внутренних органов – без особенностей.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возможные сроки и источники инфицирования новорожденного ребенка.
3. Определите тактику по отношению к данному ребенку.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите осложнение, которое может развиться у ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 122

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза и его обоснование.** Диагноз: гнойный конъюнктивит. Обоснование: диагноз поставлен на основании появления у ребенка гиперемии, отечности век и гнойных выделений из обоих глаз	

2.	**Сроки инфицирования новорожденного и источники инфекции.** **Антенатально:** – перенесенное острое инфекционное заболевание бактериальной этиологии во время беременности; – наличие у беременной хронической экстрагенитальной патологии воспалительного характера; – наличие у беременной хронических гинекологических заболеваний воспалительного характера	
1	2	*3*
	Источник инфекции – мать. **Интранатально:** – длительный безводный период (более 6-8 часов); – нарушение асептики и антисептики ведения родов (например, нарушение санитарно-эпидемиологического режима в родильном зале, «домашние» роды). Источники инфекции – медицинский персонал, мать. **Постнатально:** Источники инфекции: – медицинский персонал (транзиторные носители) и больные; – мать (матери) – больные, носители; – больные новорожденные	
3.	**Тактика по отношению к ребенку.** Необходимо срочно сообщить врачу-неонатологу	
4.	**Принципы лечения.** Лечение заключается в промывании глаз раствором фурацилина (1:5000) с последующим закапыванием в каждый глаз по 1 капле 20% раствора альбуцида или закладывании в глаза 1% глазной тетрациклиновой мази 3 – 4 раза в день	
5.	**Возможное осложнение.** Гнойный конъюнктивит может осложниться дакриоциститом	

Ситуационная задача 123

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка послеродового отделения. В вечернее время к Вам обратилась мать новорожденного 3-хдневного возраста, чтобы Вы осмотрели ее ребенка. Во время осмотра Вы увидели на коже туловища малыша в области шеи и передней поверхности грудной клетки мелкоточечную сыпь розового цвета.

Состояние удовлетворительное, Т тела 36,7^0 С, сосет активно.

В палате, где находится ребенок, душно, жарко. Т воздуха + 28,0^0 С. Ребенок в шапочке в двух пеленках и укрыт одеялом.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины заболевания.
3. Определите свою тактику, принципы ухода и лечения.
4. Назовите локализованные формы гнойной инфекции у новорожденного.
5. Назовите меры профилактики неинфекционных заболеваний кожи новорожденного.

Эталон решения ситуационной задачи 123

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза и его обоснование.** Диагноз: потница Обоснование диагноза: характер сыпи, отсутствие симптомов интоксикации, связь с перегреванием позволяют поставить диагноз – потница	

1	*2*	*3*
2.	**Причины заболевания.** Появление потницы связано с перегреванием (душное помещение, несоответствие одежды температурному режиму), анатомо-физиологическими особенностями новорожденного ребенка – недоразвитие потовых желез	
3.	**Тактика, рекомендации по уходу и лечению.** *Тактика – сообщить врачу-неонатологу.* *Рекомендации по уходу и лечению:* – чаще проветривать помещение; – поддерживать температуру воздуха 22,0 – 24,0 ^{0}С; – свободное пеленание; – проводить воздушные ванны по 2-3 минуты	
4.	**Названы локализованные формы гнойной инфекции.** К локализованным формам гнойной инфекции у новорожденного относятся: гнойный омфалит, гнойный конъюнктивит, пиодермии, остеомиелит, мастит.	
5.	**Меры профилактики неинфекционных заболеваний кожи новорожденного:** – тщательный гигиенический уход за кожей новорожденного; – поддержание оптимальной температуры в помещении; – подбор одежды соответственно температуры; – регулярная смена пеленок	

Ситуационная задача 124

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Родился ребенок с массой тела 3000 г., с тугим обвитием пуповины вокруг шеи, с оценкой по шкале Апгар 5 баллов. После отсасывания слизи и тактильной стимуляции у ребенка ЧДД 30 в мин., ЧСС 90 уд. в мин., цвет кожных покровов цианотичный, ребенок вялый.

Вопросы.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у ребенка. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины, которые могут вызвать данное состояние.
3. Расскажите, что должна подготовить акушерка для проведения реанимации новорожденного.
4. Назовите этапы реанимации новорожденных при данном состоянии.
5. Составьте алгоритм неотложной помощи I этапа.

Эталон решения ситуационной задачи 124

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*

1.	**Неотложное состояние, развившееся у ребенка. Обоснование ответа.** Асфиксия новорожденного средней тяжести Обоснование: – брадикардия, брадипноэ, – цианоз кожи; – вялость ребенка; – оценка по шкале Апгар составила 5 баллов	

1	*2*	*3*
2.	**Причины, которые могут привести к асфиксии в родах**: – затяжные роды – патология пуповины – отслойка плаценты – аспирация	
3.	**К родам акушерка должна подготовить** реанимационное оборудование, источник тепла, источник кислорода, лекарственные средства: раствор адреналина в ампулах, физиологический раствор	
4.	**Этапы реанимации новорожденных при данном состоянии:** – I этап – восстановление проходимости дыхательных путей; – II этап – восстановление внешнего дыхания, ликвидация гипоксии, гиперкапнии; – III этап – ликвидация гемодинамических и метаболических расстройств	
5.	**Алгоритм оказания неотложной помощи:** – оценить состояние ребенка, ответив на 4 вопроса 1) ребенок доношенный? 2) околоплодные воды чистые? 3) новорожденный дышит и кричит? 4) у ребенка хороший мышечный тонус? Если на все 4 вопроса ответ «да» – ребенка накрыть сухой теплой пеленкой и положить на живот матери. Если хотя бы на 1 вопрос ответ «нет»: – осушить кожу, сменить пеленку; – быстро отделить ребенка от матери; – поместить ребенка под источник лучистого тепла; – провести тактильную стимуляцию дыхания; – придать положение со слегка разогнутой головой; – отсосать слизь из дыхательных путей; – провести оценку состояния за 6 секунд, ЧСС за 6 сек. х 10 (цвет кожи, дыхание); – при необходимости дать кислород	

Ситуационная задача 125

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного дома. Идут первые роды у 30-летней женщины. срок беременности 39 недель. Во время беременности отмечалась неоднократная угроза прерывания беременности, гипоксия плода. Продолжительность I периода 8 часов, было произведено вскрытие околоплодного пузыря, околоплодные воды зеленоватые, при

рождении головки и отсасывании слизи крика нет. При рождении всего ребенка кожные покровы цианотичные, при отсасывании слизи, легкая гримаса, поза «лягушки», ЧСС – 90 уд. в мин.

Вопросы.

1. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар.
2. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите условия для проведения реанимации новорожденного.
4. Назовите показания для начала ИВЛ и непрямого массажа сердца.
5. Назовите показания для окончания реанимационных мероприятий.

Эталон решения ситуационной задачи 125

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Оценка состояния ребенка по шкале Апгар.** Дыхание – 0 Мышечный тонус – 1 Цвет кожных покровов – 1 ЧСС – 1 Рефлексы – 1 Состояние средней тяжести – 4 балла	
2.	**Постановка диагноза и его обоснование** Асфиксия новорожденного, средней степени тяжести, т.к. оценка по шкале Апгар 4 балла	
3.	**Условия для проведения реанимации:** 1. предвидение реанимационной ситуации; 2. готовность персонала; 3. готовность оборудования	
4.	**Показания для начала ИВЛ и непрямого массажа сердца.** Показания для начала ИВЛ – отсутствие эффективного дыхания после восстановления проходимости дыхательных путей. Показания для начала непрямого массажа сердца – снижение ЧСС до 60 уд. в 1 мин.	
5.	**Показания для окончания реанимационных мероприятий.** 1. Восстановление дыхания и сердечной деятельности. 2. Неэффективность реанимационных мероприятий более15 мин.	

Ситуационная задача 126

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Родился мальчик со сроком гестации 38 недель. Масса тела при рождении 2750 г, рост 48 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 33 см. Врач выслушал над областью сердца грубый систолический шум, в легких дыхание жесткое. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 1 см. Выявлена катаракта.

Из анамнеза: матери 21 год, беременность первая, нежеланная, в женской консультации не наблюдалась. В первом триместре у женщины отмечался подъем температуры до 38^0 С в течение 2 дней, заболевание сопровождалось появлением пятнистой розовой сыпи на туловище и конечностях, к врачу не обращалась и не обследовалась.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте ответ. Назовите возможные причины.
2. Назовите период внутриутробного развития, когда произошло поражение плода.
3. Перечислите обследования, которые необходимо провести ребенку для уточнения диагноза.
4. Назовите специалистов, у которых должен наблюдаться этот ребенок.
5. Назовите обследования, которые проводятся беременным женщинам с целью выявления врожденной патологии у плода

Эталон решения ситуационной задачи 126

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Предварительный диагноз, обоснование.** Определены множественные пороки развития: врожденный порок сердца (над областью сердца грубый систолический шум), микроцефалия (окружность головы меньше окружности грудной клетки), катаракта. Возможно, эти пороки развития возникли вследствие перенесенной инфекции во время беременности – возможно, краснухи	
2.	**Период внутриутробного развития, когда произошло поражение плода** – первые 12 недель беременности	
3.	**Обследования, которые необходимо провести ребенку для уточнения диагноза:** нейросонография, ЭКГ, эхокардиография, аудиологический тест	
4.	**Специалисты, у которых должен наблюдаться этот ребенок:** детский невролог; окулист; отиатр; кардиолог, кардиохирург	
5.	**Пренатальная диагностика врожденных пороков развития.** – Исследование уровня биохимических маркеров врожденной патологии плода: 1 – плазменного протеина, связанного с беременностью (ПАПП-А). Диагностическое значение PAPP-A используется в I триместре беременности, при сроке около 12 недель (с 11 до 14 недели беременности). 2 – лабораторная диагностика сывороточных маркеров патологии плода при сроке 16 – 18 недель беременности: – альфафетопротеина (АФП), – хориогонина (Х), – эстриола (Э). – Трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование: 1 – в 10- 13 недель, 2 – в 18-23 недели, 3 – в 32-35 недель	

Ситуационная задача 127

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

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

Вопросы.

1. Назовите синдром, который отмечается у ребенка, чем он обусловлен.

2. Расскажите классификацию данного синдрома.
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.
4. Определите проблемы ребенка.
5. Назовите признаки обезвоживания у новорожденного

Эталон решения ситуационной задачи 127

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Определение синдрома, обоснование.** Синдром срыгивания и рвоты. Диагноз поставлен на основании клинической картины – с момента рождения отмечаются частые срыгивания и рвота. Рвота повторяется ежедневно, чаще ближе к следующему кормлению, кислым, створоженным содержимым, была значительная убыль в массе тела. Причина – гипоксическое поражение ЦНС	
2.	**Классификация синдрома срыгивания и рвоты.** I. Первичные рвоты – обусловленные патологией желудочно-кишечного тракта: – функциональные состояния (халазия, ахалазия пищевода, пилороспазм, острый гастрит); – органические поражения (атрезия пищевода, врожденная кишечная непроходимость, пилоростеноз). II. Вторичные – причина вне пищеварительного тракта. Сюда относятся: инфекционные заболевания, церебральная патология, нарушение обмена веществ	
3.	**Основные методы диагностики:** 1. Анамнез**.** Клинические проявления (сроки появления, характер рвоты, оценка общего состояния). 2. Вспомогательные методы диагностики: – рентгенография, – абдоминальное УЗИ, – ФГДС, – нейросонография. 3. Консультация хирурга, невропатолога	
4.	**Проблемы ребенка.** Настоящие проблемы – срыгивания, рвота, потеря массы тела. Потенциальные – риск развития аспирации, дефицита массы тела, обезвоживания	
5.	**Признаки обезвоживания:** снижение тургора мягких тканей, западение большого родничка, потеря массы тела, редкое мочеиспускание	

Ситуационная задача 128

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного дома.

Мальчик родился на 30-ой неделе беременности. Масса тела 1500 г, рост 38 см. Во время беременности у женщины была выявлена цитомегаловирусная инфекция, у плода были проявления гипоксии. Роды быстрые с искусственным вскрытием околоплодного пузыря.

Ребенок родился в асфиксии. Задышал через 60 сек. после оживления. После рождения появилось раздувание крыльев носа, на вдохе отмечается опускание подбородка, заметное западение мечевидного отростка грудины, рот закрыт, западение верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе. При перкуссии отмечается умеренное укорочение перкуторного звука, при аускультации определяются экспираторные шумы, дыхание ослаблено, сердечные тоны приглушены. На рентгенограмме на всем протяжении обоих легких надозноретикулярная сетка.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины развития данного состояния.
3. Оцените степень тяжести по шкале Сильвермана.
4. Назовите особенности ухода и лечения этого ребенка.
5. Назовите методы профилактики синдрома дыхательных расстройств.

Эталон решения ситуационной задачи 128

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Постановка диагноза и его обоснование.** Диагноз. Респираторный дистресс-синдром новорождённых (синонимы: синдром дыхательных расстройств, болезнь гиалиновых мембран). Обоснование – диагноз поставлен на основании данных анамнеза, подтверждает данное заболевание и клиника, т.е. появление признаков дыхательной недостаточности, развившейся через 2 часа после рождения	
2.	**Причины развития данного состояния.** Дефицит сурфактанта(ребенок родился недоношенный срок гестации 30 недель, беременность протекала на фоне цитомегаловирусной инфекции, внутриутробно плод испытывал гипоксию, все выше перечисленные факторы приводят к дефициту сурфактанта и развитию синдрома гиалиновых мембран)	
3.	**Оценка степени дыхательных расстройств по шкале Сильвермана.** – опускание подбородка на вдохе рот закрыт – 1 б. – заметное западение мечевидного отростка грудины на вдохе – 2 б. – заметное западение верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе – 2 б. – при аускультации слышны экспираторные шумы – 1 б. Сумма баллов 6 – что соответствует тяжелой степени СДР.	
4.	**Особенности ухода и лечения этого ребенка.** Ребенку необходимо обеспечить температурный комфорт, вести сурфактант в родильном зале, выбрать способ кормления, обеспечить адекватную оксигенацию	
5.	**Методы профилактики синдрома дыхательных расстройств.** – Профилактика преждевременных родов, метод затягивания родов. – Стимуляция процессов морфологического и функционального созревания легких. – Все женщины с угрозой прерывания беременности на 28-34 неделе получают в течение 3 суток кортикостероидные	

	гормоны	

Ситуационная задача 129

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка родильного зала. Родилсяребенок, от III беременности II родов от резус-отрицательной женщины. Первая беременность закончилась срочными родами, без особенностей, II беременность закончилась медицинским абортом.

Через 2 часа при осмотре Вы обнаружили, что у ребенка появилось желтушное окрашивание кожи. Уровень билирубина в пуповинной крови 72 мкмоль/л, гемоглобин 160 г/л.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз, определите, чем обусловлено это патологическое состояние.
2. Назовите особенности проведения первого туалета этому ребенку.
3. Проведите дифференциальную диагностику между патологической и физиологической желтухой.
4. Составьте план обследования и назовите основные принципы лечения.
5. Назовите показания к операции заменного переливания крови у доношенных новорожденных.

Эталон решения ситуационной задачи 129

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Предварительный диагноз.** Патологическая гипербилирубинемия (гемолитическая болезнь новорожденного по резус-несовместимости, желтушная форма). Состояние обусловлено резус-конфликтом между матерью и ребенком	
2.	**Особенности проведения первого туалета этому ребенку:** – срочно отделить ребенка от матери; – окончательно перевязать пуповину лигатурой на расстоянии 2 см от пупочного кольца; – не прикладывать к груди до разрешения неонатолога; – срочно взять кровь из пуповины для определения группы крови и резус фактора у новорожденного, уровня билирубина в пуповинной крови и уровня гемоглобина	
3.	**Дифференциальная диагностика между патологической и физиологической желтухой.**	

Физиологическая желтуха	Патологическая желтуха
появляется в возрасте 36 часов жизни и более	раннее появление желтухи: в первые часы или в первые сутки после рождения
почасовой прирост билирубина менее 3,4 мкмоль/л/час	почасовой прирост билирубина более 5 мкмоль/л/час
нарастает медленно	отмечается интенсивное нарастание желтухи
состояние остается удовлетворительным	изменяется общее состояние ребенка
лечения не требует	требует неотложного лечения

1	2	3
4.	**План обследования и назовите основные принципы лечения.** План обследования: – определить группу крови и резус-фактор матери и ребенка; – общий анализ крови ребенка (уровень гемоглобина, эритроцитов); – определить уровень билирубина в крови у ребенка в динамике; – наблюдать за почасовым приростом билирубина; – провести пробу Кумбса; – -бдоминальное УЗИ. Принципы лечения: – фототерапия; – инфузионная терапия; – операция заменного переливания крови	
5.	**Показания к операции заменного переливания крови:** – гипербилирубинемия выше 342 мкмоль/л, независимо от суток жизни; – почасовой прирост билирубина более 6 мкмоль/л/час в период наблюдения более 4 часов; – уровень непрямого билирубина из пуповинной крови более 60 мкмоль/л, при наличии признаков прогрессирующего гемолиза; – гемоглобин ниже 100 г/л, при наличии признаков прогрессирующего гемолиза; – отечная форма; – наличие клинических признаков билирубиновой энцефалопатии независимо от цифр билирубина	

Ситуационная задача 130

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

В палате совместного пребывания находится ребенок, родившийся сутки назад. Состояние удовлетворительное, активный. Грудь сосет хорошо. Из анамнеза известно: беременность первая, первые роды. Первая и вторая половина беременности протекали без патологии. В родах околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. У матери группа крови I(0) резус положительная. У ребенка A(II) резус положительная. Во время пеленания ребенка женщина обратила внимание на желтушное окрашивание кожных покровов. Она обеспокоена, вызвала акушерку.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите тактику акушерки, назовите принципы диагностики и лечения данного состояния.
3. Окажите психологическую и практическую помощь матери.
4. Назовите методы профилактики данного состояния.
5. Назовите особенности билирубинового обмена у новорожденного.

Эталон решения ситуационной задачи 130

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Диагноз и его обоснование.** Гемолитическая болезнь	

	новорожденного, обусловленная несовместимостью крови матери и ребенка по групповой несовместимости. У матери I (0) группа крови, а у ребенка II (А) группа крови	
2.	**Тактика акушерки, принципы диагностики и лечения:** – поставить в известность врача, – выполнять назначение врача: а) взять кровь из периферической вены для определения уровня билирубина, б) взять кровь на общий анализ, в) проводить дозированную гелиотерапию, г) кормить ребенка по требованию, д) вести динамическое наблюдение	
3.	**Психологическая и практическая помощь матери.** Женщину необходимо успокоить и оказать психологическую поддержку. Провести беседу о данном состоянии, рассказать об анатомо-физиологических особенностях билирубинового обмена у новорожденных детей. При сохраняющемся беспокойстве предложить седативные средства (пустырник, валериану)	
4.	**Методы профилактики данного состояния:** – объяснять женщинам вред аборта в плане сенсибилизации организма; – всем женщинам переливание крови проводить строго по жизненным показаниям. – всем женщинам, имеющим резус-отрицательную кровь, в течение 24 – 72 часов после родов или медицинского аборта следует ввести анти-D-глобулин (200 – 250 мкг)	
5.	**Особенности билирубинового обмена у новорожденного.** – В результате гемолиза образуется большое количество билирубина. – Функциональная способность клеток печени к метаболизму билирубина снижена – накапливается билирубин. – Повышенное поступление непрямого билирубина из кишечника в кровь, обусловленное ацидозом, переохлаждением, гипопротеинемией, гипогликемией	

Ситуационная задача 131

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

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

Объективно: состояние удовлетворительное, Т тела 36, 6^0 С. На коже в области паховых складок и вокруг ануса умеренно выраженная гиперемия кожи без четких границ. При беседе с мамой выяснилось, что ребенок часто и подолгу лежит в мокрых пеленках (т.к. с ее слов, «его это не беспокоит»).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите возможные причины заболевания. Что привело к его развитию в данном конкретном случае?
4. Назначьте лечение.
5. Дайте советы по профилактике данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 131

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза** Диагноз: **опрелости I степени**	
2.	**Обоснование диагноза:** – типичная локализация – естественные складки кожи; – связь с дефектами ухода; – отсутствие симптомов интоксикации; – изменения со стороны кожи в виде ее гиперемии	
3.	**Возможные причины заболевания –** возникают в естественных складках кожи вследствие ее раздражения при нарушениях ухода за ребенком. В данном конкретном случае ребенок часто и подолгу лежит в мокрых пеленках	
4.	**Лечение.** 1. выяснить и устранить причину; 2. соблюдение основных гигиенических правил, которые являются и профилактикой: – регулярная смена пелёнок*;* – регулярная смена одноразовых подгузников, ребёнок не должен находиться в одном подгузнике более трёх часов; – обязательное подмывание с мылом после каждой смены пелёнок или одноразовых подгузников, гигиеническими влажными салфетками стоит пользоваться только в крайнем случае, когда нет возможности подмыть малыша; – проведение 2-3 раза в день воздушных ванн, – обработка кожных складок детским растительным маслом, бипантеном, детским кремом; – детское бельё стирать специальными моющими средствами для детей грудного возраста, тщательно прополаскивать, проглаживать бельё с двух сторон	
5.	**Советы по профилактике** – см. п.4	

Ситуационная задача 132

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вы – акушерка ФАП, проводите патронаж к ребенку 18-дневного возраста. При осмотре выявлено: пупочная ранка покрыта корочкой, при снятии – выделения серозного характера. Края ранки и кожа вокруг пупка не изменены.

Общее состояние удовлетворительное, Т тела 36,6^0 С, сосет активно, по органам – без изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите принципы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 132

№	Выполнение задания	Выполнил/

п/п		Не выполнил
1.	**Постановка диагноза.** Диагноз: омфалит катаральный	
2.	**Обоснование диагноза:** – процесс заживления пупочной ранки затянулся; – пупочная ранка покрыта корочкой, при снятии – выделения серозного характера; – отсутствие симптомов интоксикации	
3.	Тактика акушерки: ребенок лечится дома. – сообщить врачу педиатру, закрепленному за ФАП, согласовать лечение – проводятся активные ежедневные патронажи к новорожденному до выздоровления; – проводится термометрия 2 раза в день; – назначается лечение	
4.	Лечение: проведение 3-4 раза в день туалета пупочной ранки: – промывание ее 3 % раствором перекиси водорода; – прижигание 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	Профилактика: – соблюдение правил гигиенического ухода за новорожденным; – проведение 1 раз в день туалета пупочной ранки после отпадения пуповинного остатка до момента заживления пупочной ранки	

Ситуационная задача 133

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерка ФАП при проведении патронажа обнаружил у 10-дневного ребенка выделения из пупочной ранки гнойного характера. Края ранки уплотнены, кожа вокруг гиперемирована. Ребенок вялый, при проведении термометрии – Т тела 37, 3 ^{0}С. Сосет неохотно, срыгивает.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите источники и пути передачи инфекции по развитию данной патологии в неонатальном периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 133

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза** Диагноз: **омфалит гнойный**	

1	*2*	*3*
2.	**Обоснование диагноза:** – гнойный характер выделений из пупочной ранки, уплотнение	

	краев, гиперемия кожи вокруг ранки; – наличие симптомов интоксикации (ребенок вялый, субфебрильная Т, нарушение сосания)	
3.	**Тактика акушерки:** ребенок лечитсяв условиях стационара. – организация госпитализации ребенка; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН	
4.	**Принципы лечения:** Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – проведение 3 - 4 раза в день туалета пупочной ранки: – промывание ее 3 % раствором перекиси водорода; – прижигание 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	**Источники и пути передачи инфекции в неонатальном периоде.** **Источниками инфекции** могут быть: медицинский персонал (транзиторные носители); мать (матери) – больные, носители; больные новорожденные; после выписки из родильного дома – члены семьи, контактирующие с ребенком (больные, носители). **Пути передачи инфекции:** аэрогенный; контактный	

Ситуационная задача 134

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Вызов акушерки к ребенку 10-дневного возраста.

Ребенок родился от I беременности, во время которой женщины отмечалось обострение хронического пиелонефрита при сроке беременности 24 – 26 недель.

В настоящее время мама жалуется на общую вялость ребенка и вялость сосания, срыгивания после кормления и появление у малыша «какой-то сыпи».

При осмотре: Т тела 37,6^0 С. На коже лица, туловища множественные пузырьки диаметром 1 – 2 мм, заполненные серозным или гнойным содержимым, окруженные воспалительным ободком.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите факторы риска по развитию данной патологии в антенатальном периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 134

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза** Диагноз: **везикулопустулез**	

1	*2*	*3*
2.	**Обоснование диагноза:** – наличие на коже лица и туловища множественных везикул и пустул;	

	– наличие симптомов интоксикации (ребенок вялый, субфебрильная Т, нарушение сосания); – наличие в анамнезе фактора риска – обострение хронического пиелонефрита при сроке беременности 24 – 26 недель	
3.	**Тактика акушерки:** ребенок лечитсяв условиях стационара. – организация госпитализации ребенка; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН	
4.	**Принципы лечения:** Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – прижигание элементов сыпи 1 – 2раза в день 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	**Факторы риска по развитию гнойно-септических заболеваний новорожденных в антенатальном периоде:** – перенесенное острое инфекционное заболевание бактериальной этиологии во время беременности; – наличие у беременной хронической экстрагенитальной патологии воспалительного характера; – наличие у беременной хронических гинекологических заболеваний воспалительного характера	

Ситуационная задача 135

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Три дня назад, осматривая новорожденного ребенка 10-тидневного возраста, акушерка ФАП отметил у него явления полового гормонального криза в виде физиологической мастопатии.

Сегодня к этому ребенку вызов на дом. Мама предъявила жалобы на повышение Т тела до 38,2^0 С, беспокойство малыша, отказ от груди.

При осмотре: в области правой грудной железы инфильтрат багрово-синюшного цвета, из выводных протоков при надавливании гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику акушерки ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по уходу за ребенком при проявлениях полового гормонального криза в виде мастопатии.

Эталон решения ситуационной задачи 135

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза** Диагноз: **гнойный мастит**	
1	*2*	*3*
2.	**Обоснование диагноза:** – наличие инфильтрата в области правой грудной железы;	

	– наличие симптомов интоксикации (Т тела до 38,2^0 С, беспокойство малыша, отказ от груди); – развитие на фоне физиологического мастита	
3.	**Тактика акушерки:** ребенок лечитсяв условиях стационара. – организовать госпитализацию ребенка; – подать экстренное извещение в ЦГСЭН	
4.	**Принципы лечения:** Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – хирургическое вскрытие гнойника с последующим применением антисептических, антибактериальных и способствующих заживлению средств	
5.	**Рекомендации по уходу за ребенком при проявлениях полового гормонального криза в виде мастопатии:** гигиенические меры профилактики инфицирования (чистота детского белья, нельзя выдавливать содержимое из молочных желез)	

Ситуационная задача 136

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерка ФАП принимает роды на дому.

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

Роды I, срочные, при сроке 39 недель беременности. Продолжительность 1-ого периода 3 часа 45 минут, 2-ого периода – 20 минут, безводный период – 25 минут, воды окрашены мекониеим.

Родилась девочка с массой тела 3350 г, ростом 51 см. оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричала сразу, но слабо. В течение 1-ой минуты – дыхание нерегулярное, периоральный цианоз.

1. Оцените акушерский анамнез.
2. Оцените состояние ребенка при рождении.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному.
5. Определите дальнейшую тактику акушерки в сложившейся ситуации.

Эталон решения ситуационной задачи 136

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Оценка акушерского анамнеза.** Акушерский анамнез отягощен: угроза прерывания в 16 и 24 недели, железодефицитная анемия с 28 недель беременности – факторы риска по внутриутробной гипоксии плода. Роды стремительные. Околоплодные воды окрашены мекониеим, что свидетельствуют о внутриутробной гипоксии	

1	*2*	*3*

2.	**Оценка состояния ребенка при рождении.** Ребенок доношенный. По шкале Апгар на 1-ой минуте – состояние удовлетворительное (6 баллов), на 5-ой минуте – состояние хорошее (8 баллов). В течение 1-ой минуты – проблемы с дыханием: крик слабый, дыхание нерегулярное, периоральный цианоз	
3.	**Диагноз: Асфиксия легкой степени**	
4.	**Алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному.** Необходимо провести начальные действия первичных реанимационных мероприятий: – Поддержание Т тела: ребенка уложить под источник лучистого тепла и обсушить теплой пеленкой. – Придать ребенку положение со слегка запрокинутой головой на спине. – Если в течение 10 сек. не появилось адекватное самостоятельное дыхание, санировать ротовую полость с помощью баллончика или специального катетера для санации верхних дыхательных путей, вводя катетер на глубину до 5 см, продолжительность санации не более 5 сек. – Провести тактильную стимуляцию путем похлопывания новорожденного по стопам или поглаживания по спине в течение не более 10-15 секунд. – Оценить дыхание и ЧСС. При появлении адекватного дыхания и ЧСС 100 и более уд. в 1 мин., розовых или с небольшим акроцианозом кожных покровов – реанимацию прекратить и организовать наблюдение (мониторинг)	
5	**Дальнейшая тактика фельдшера в сложившейся ситуации:** Вызвать бригаду скорой помощи и госпитализировать женщину и ребенка в родовспомогательное учреждение	

Ситуационная задача 137

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерка ЦРБ принимает роды у роженицы Г., 30 лет. Роды вторые, в сроке 39-40 недель. Родился мальчик без признаков асфиксии, через 10 мин. выделился послед – цел, оболочки все.

Объективно: роженица жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 – 120/80 мм рт. ст. Пульс 84 уд./мин., ритмичный. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Выделения из половых кровянистые незначительные.

Вопросы:

1. Оцените состояние женщины.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Сформулируйте параметры наблюдения за родильницей в раннем послеродовом периоде
4. Назовите инструменты, необходимые для осмотра родовых путей.
5. Перечислите изменения в половых органах в послеродовом периоде

Эталон решения ситуационной задачи 137

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Оценка состояния:**	

	Состояние удовлетворительное. Подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения	
2.	**Постановка диагноза и его обоснование:** Ранний послеродовый период после вторых срочных родов. **Обоснование:** из условий задачи следует, что родился плод и послед. В течение следующих 2 часов послеродовый период считается ранним	
3.	**Наблюдение за родильницей в раннем послеродовом периоде:** Ранний послеродовый период – это первые 2 часа после окончания родов, чрезвычайно ответственный промежуток времени, в течение которого происходят важные физиологические процессы приспособления материнского организма к новым условиям существования – необходимо внимательно следить за общим состоянием родильницы, каждые 20 - 30 минут, её пульсом, артериальным давлением, температурой тела, – каждые 15 минут контролировать состояние матки через переднюю брюшную стенку, – следить за степенью кровопотери, – при оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся из полости матки в последовом и раннем послеродовом периодах, – физиологическая кровопотеря в родах 0,2% от массы тела. Предельно допустимая кровопотеря в родах 0,5% от массы тела	
4.	**Инструменты, необходимые для осмотра родовых путей:** – большие влагалищные зеркала, – два корнцанга или окончатых зажима, – пинцет	
5.	**Изменения в половых органах в послеродовом периоде:** – сразу после родов размер матки равен 20-недельному сроку беременности (дно на 1-2 п.п. ниже пупка), к концу 1 суток дно – на уровне пупка, – выделение лохий (кровь, слизь, продукты распада мышечной ткани и децидуальная ткань) – всего 500-1500 мл (в первые 3 дня лохии кровянистые, 3-4 сутки – кровянисто-серозные, через неделю - серозные), – формирование шейки матки начинается с внутреннего зева (через 3 суток пропускает один палец), – формирование шеечного канала заканчивается к 10 дню, внутренний зев закрывается полностью, – наружный зев смыкается к 3 неделе, – стенки влагалища приобретают прежний тонус через 3 недели,	

1	*2*	*3*
	– слизистая влагалища становится тонкой, понижается секреция желёз (гипоэстрогения), – тонус мышц промежности восстанавливается к 10-12 дню,	

	– инволюция мышц передней брюшной стенки заканчивается к 4-6 неделе, – у кормящих матерей менструация отсутствует в течение всего времени кормления грудью, у не кормящих восстанавливается через 6-8 недель после родов	

Ситуационная задача 138

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Родильница И., 26 лет. Рост 172 см, вес 79 кг. После срочных родов находится на родовом столе. Через 1 час после их окончания при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается.

В анамнезе: четыреберемeнности, одна из них закончилась срочными родами без осложнения, две – самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд./мин. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей - алая кровь.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите признаки гипотонии матки.
3. Назовите причины гипотонии матки.
4. Укажите кровопотерю, при которой необходимо произвести удаление матки.
5. Охарактеризуйте методы послеродовой контрацепции.

Эталон решения ситуационной задачи 138

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Предположительный диагноз:** Ранний послеродовый период после вторых срочных родов. Осложнённый акушерский анамнез. Гипотоническое кровотечение	
2.	**Признаки гипотонии матки.** Основной признак гипотонии матки – это нарушение её сократительной деятельности. Матка мягкая, плохо реагирует на массаж и введение сокращающих матку средств	
3.	**Причины гипотонии матки**: – крупный плод, – многоводие, – многоплодие, – отягощенный акушерский анамнез (множественные аборты, роды, выкидыши, как самопроизвольные, так и индуцированные), – гипертензивные расстройства при беременности	

1	*2*	*3*
4.	**Кровопотеря, при которой необходимо произвести удаление матки.** Удаление матки производят при кровопотере, превышающей 1000 мл и продолжающемся кровотечении	

5.	**Методы послеродовой контрацепцияи:** – ЛАМ (связанная с кормлением грудью - условия: кормление не реже чем каждые 3-4 часа днём и 1 раз ночью, сохранение аменореи, возраст ребёнка менее 6 мес.), – КОК (не ранее 2-3 недель после родов с предварительным контролем свёртываемости крови) сразу после окончания кормления грудью или через 6 месяцев после родов, – гестагены (мини – пили) – через 6 недель после родов у кормящих и через 3 недели у некормящих, – ВМК (после родов – в родильном доме; через 4-6 недель после родов – в ж/к), – хирургическая стерилизация	

Ситуационная задача 139

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Беременная Ж., 28 лет, поступила с родовой деятельностью при доношенной беременности. Беременность вторая, протекала без осложнений. Первая беременность закончилась мини-абортом без осложнений. Продолжительность родов 11 час. 30 мин. Лекарственные средства не вводились. Ребенок родился с оценкой 8-9 баллов. Масса плода 3900 г. Послед родился самостоятельно через 10 мин. без дефектов. Через 15 мин. после рождения последа из половых путей появились обильные кровянистые выделения. Кровопотеря одномоментно достигла 500 мл и продолжается.

При осмотре: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 100 уд./мин., слабого наполнения и напряжения. Матка дряблая, дно на уровне пупка. При наружном массаже матка сократилась, но через 5 мин. вновь расслабилась.

Вопросы:

1. Назовите патологию, о которой идет речь и какими данными это подтверждается.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Сформулируйте профилактику послеродовых кровотечений.
4. Назовите препараты для лечения гипотонии матки.
5. Ведение послеродового периода в соответствии с клиническими рекомендациями

Эталон решения ситуационной задачи 139

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	Данное состояние вызвано **гипотонией матки,** что подтверждается наличием обильных кровянистых выделений из половых путей, объемом кровопотери, потерей тонуса маточной мускулатуры. Состояние родильницы следует расценить как состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пульс 100 уд./мин., АД 90/60 мм рт. ст., что свидетельствует о развитии геморрагического шока	
2.	**Тактика акушерки:** – вызвать врача-акушера и анестезиолога, – произвести катетеризацию мочевого пузыря, – ввести сокращающие матку препараты (окситоцин, метилэргометрин) в/в,	

1	*2*	*3*

	– установить контакт с веной и начать переливание жидкости с целью восполнения ОЦК, – на низ живота положить пузырь со льдом, – периодически проводить легкий наружный массаж матки, – проводить подсчет кровопотери, – проводить контроль состояния, АД, Ps, – одновременно проводить подготовку к операции ручного обследования полости матки, ассистировать врачу при операции и восполнении кровопотери	
3.	**Профилактика послеродового кровотечения** осуществляется путем рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода – 10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину при наличии подготовленных специалистов	
4.	**Препараты для лечения гипотонии матки:** **Энзапрост (**аналог простогландина - используется при атонических кровотечениях и атони, усиливая сокращения матки). Начальная доза 2,5 мг глубокая в/м инъекция, возможно в миометрий. Повторная доза: 2,5 мг каждые 15 минут, но не более 20мг. В/в – нельзя! **Окситоцин (послеродовые кровотечения):** 10 ЕД в/м или 5 ЕД в/вено медленно. Повторная доза 5-20 ЕД в/в капельно в 1 литре раствора со скоростью 60 капель/минуту. Максимальная доза 60 ЕД. Противопоказания: при лечении атонического кровотечения – нет. **Метилэргометрин:***Начальная доза: 0*,2 мг в/м или в/в медленно. Повторная доза: 0,2 мг в/м через 15 минут, если кровотечени6е продолжается, не более 5 доз (суммарно 1,0мг).	
5.	**Ведение послеродового периода в соответствии с клиническими рекомендациями:** 1. В послеродовых отделениях должны быть предусмотрены палаты совместного пребывания родильниц и новорожденных. Желательно, чтобы количество коек в палатах совместного пребывания было не более 2 материнских и 2 детских. Оптимальными являются одноместные (1 материнская и 1 детская койки) палаты совместного пребывания. 2. При утверждении порядка посещения беременных и родильниц родственниками администрации родильного дома (отделения) необходимо предусмотреть свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку. 3. Время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях – 5 суток. Рекомендуемый срок нахождения родильницы в стационаре – 3 суток 4. В послеродовый период ежедневно измеряется температура тела 2 р. в сутки, пульс, АД – 2 р. в сутки, проводится осмотр и пальпация молочных желез, пальпаторно определяется высота стояния дна матки, осуществляется контроль состояния швов на промежности.	

1	2	3
	5. Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребенка в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введен антирезус иммуноглобулин. 6. При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2-х лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности. 7. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. 8. Швы на промежности (в случае наложения узловых кожных швов) могут быть сняты на 5-7 сутки участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации (поликлинике). Внутрикожные швы не снимаются. 9. Перед выпиской, по желанию женщины ей выполняется УЗИ органов малого таза	

Ситуационная задача 140

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерка ФАП вызвана на домашние роды к повторно беременной Г., 28 лет. Роды 4-ые, в сроке 37 недель, начались 1, 5 часа назад. Через 10 мин. родился ребенок мужского пола весом 2700 г, 48 см без признаков асфиксии.

Объективно: в момент осмотра роженица жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД – 120/80, 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд./мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Кровопотеря 100 мл.

Вопросы:

1. Выявите проблемы женщины.
2. Определите состояние роженицы.
3. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
4. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
5. Перечислите возможные осложнения стремительных родов.

Эталон решения ситуационной задачи 140

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	**Проблемы женщины:** – роды домашние, стремительные, – в домашних условиях невозможно гарантировать безопасность матери и ребенка	
2.	**Оценка состояния роженицы.** Состояние женщины оценивается, как удовлетворительное, что подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения	

1	2	3
3.	**Предположительный диагноз:** роды 4-ые в домашних условиях, стремительные, в сроке 37 недель беременности, III период родов. **Обоснование:** – из условий задачи следует, что женщина повторно беременная, что у неё произошли 4-ые роды в сроке 37 недель беременности, – состояние матки (плотная, шаровидной формы, дно её на уровне пупка, из влагалища свисает пуповинный остаток) подтверждает III период родов	
4.	**Тактика акушерки** состоит в предупреждении развития осложнений данных родов. Для этого необходимо: – вывести мочу катетером, – установить капельницу, – следить за состоянием женщины (цвет кожных покровов, наличие жалоб, АД, пульс), – контролировать появление признаков отделения последа (рассказать о признаках отделения последа и методах его выделения), – положить холод, груз на живот после рождения, ввести 1,0 мл окситоцина, – произвести осмотр и оценку последа; оценить кровопотерю, – провести первичный туалет и антропометрию плода, – подготовить женщину и новорожденного к транспортировке в стационар Если нет возможности перевода в стационар, провести осмотр родовых путей и наблюдать родильницу и новорожденного после родов.	
5.	**Возможные осложнения стремительных родов.** **Для ребенка:** – остраягипоксия плода, – родовые травмы плода (вывих плечиков, переломы конечностей, позвоночника и ключицы, кефалогематома, внутричерепные кровоизлияния с последующим развитием парезов и параличей), – гибель плода во время родов из-за отслойки плаценты, родовой травмы. **Для матери:** – отслойка плаценты и массивное кровотечение, – травмы родовых путей (разрывы шейки матки, влагалища, промежности), – расхождение лонного сочленения; – гипотоническое или атоническое кровотечение в третьем и послеродовом периодах, – эмболия околоплодными водами, – задержка частей последа	

Ситуационная задача 141

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерка ФАП вызвана к женщине на 5-ые сутки после срочных родов, осложнившихся гипотоническим кровотечением. Производилось ручное обследование полости матки. Кровопотеря составила 500 мл, гемотрансфузии не было. Дома у родильницы температура повысилась до 38^0С. Пульс 106 уд./мин., ритмичный. Язык чистый, влажный. Молочные железы мягкие, безболезненные.

Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Дно матки на 4 см ниже пупка. Лохии серозно-кровянистые, мутные, с запахом. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено. Анализ крови: Hb 96 г/л, L - 11,5 х 10 ^{9}/л, формула со сдвигом влево. Анализ мочи – без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику акушерки в данном случае.
3. Перечислите факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.
4. Назовите принципы противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах.
5. Назовите принципы терапии послеродовых воспалительных заболеваний.

Эталон решения ситуационной задачи 141

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Предположительный диагноз:** Послеродовый период 5 сутки. Эндомиометрит. Анемия 1 степени. **Обоснование**: явные признаки воспаления (Т 38,0^0 С, мутные с запахом лохии, большая матка, воспалительная кровь). В родах кровотечение и ручное обследование полости матки	
2.	**Тактика акушерки:** срочная госпитализация родильницы в гинекологическое отделение	
3.	**Факторы писка послеродовых воспалительных заболеваний (ГВЗ):** – нарушение правил гигиены, – пролонгирование беременности при мёртвом плоде, – задержка частей плаценты в полости матки, – предшествующая анемия и расстройство питания, – затяжные роды, – длительный безводный период, – частые влагалищные исследования, – кесарево сечение и другие оперативные роды, – предшествующие ЗППП, – послеродовые кровотечения, – повторные аборты	
4.	**Принципы противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах:** – во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки – дезинфицирующих средств. Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживают; – после уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха	

	применяют ультрафиолетовое облучение с последующим проветриванием помещения;	

1	*2*	*3*
	– при уборке по типу заключительной дезинфекции ультрафиолетовое облучение проводят дважды: первый раз – после обработки всех объектов и помещения дезинфицирующим средством, второй раз – после протирания их ветошью, смоченной в водопроводной воде (при повышении влажности воздуха эффективность ультрафиолетового облучения возрастает). Затем помещение проветривают; – использованные при осмотре, обработке женщин и проведении манипуляций инструменты и другие изделия медицинского назначения подвергаются обработке по общепринятой схеме; – перед и после каждой манипуляции, медицинский персонал тщательно моет руки. Используются стерильные перчатки	
5.	**Принципы терапии послеродовых воспалительных заболеваний:** – санация гнойного очага (под гистероскопическим контролем удаление некротизированных децидуальных тканей, остатков плацентарной ткани, при осложнённых формах – гистерэктомия), – антибактериальная терапия, – дезинтоксикационная терапия	

Ситуационная задача 142

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

У родильницы на 3-ий день после кесарева сечения поднялась температура до 38,7^{0}С.,трижды была рвота застойным содержимым. Язык суховат, обложен белым налетом.

Пульс – 110 уд./мин. Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика очень вялая. Повязка сухая. Выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом. Стимуляция кишечника без эффекта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациентки.
4. Сформулируйте классификацию послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Назовите факторы риска развития послеродового перитонита.

Эталон решения ситуационной задачи 142

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**

1	2	3
1.	**Предположительный диагноз:** Послеродовый послеоперационныйперитонит после кесарева сечения, третьи сутки. Послеродовый эндометрит	
2.	**Обоснование диагноза:** – после кесарева сечения поднялась температура до 38,7^{0}С, – рвота застойным содержимым, – язык суховат, обложен белым налетом, – пульс – 110 уд. в мин., – живот вздут, резко болезненный при пальпации,	

1	2	3
	– слабо выраженные симптомы раздражения брюшины, перистальтика кишечника очень вялая, – выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом, – стимуляция кишечника без эффекта	
3.	**Тактика ведения пациентки:**релапаротомия. Экстирпация матки с маточными трубами, дренирование брюшной полости, антибактериальная терапия, дезинтоксикация, антигистаминные препараты	
4.	**Классификация послеродовых инфекционных заболеваний** Сазонова-Бартельса. Согласно этой классификации, различные формы послеродовой инфекции рассматривают как отдельные этапы единого динамически протекающего инфекционного процесса. **Первый этап**– инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой эндометрит, послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке матки). **Второй этап** – инфекция распространилась за пределы родовой раны, но осталась локализованной в пределах малого таза: метрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза). **Третий этап –** инфекция вышла за пределы малого таза, и имеет тенденцию к генерализации: разлитой перитонит, септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит. **Четвертый этап**– генерализованная инфекция: сепсис (септицемия, септикопиемия)	
5.	**Факторы риска развития послеродового перитонита:** – дооперационное инфицирование полости матки, – длительный безводный период, – массивная кровопотеря, – наличие остатков плацентарной ткани, – погрешности оперативной техники, – несостоятельность швов на матке	

Ситуационная задача 143

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

На 2-ые сутки послеродового периода, в воскресенье, родильница жалуется акушерке на боли в лобке с иррадиацией в низ живота. Женщине 23 года, во время беременности отмечала боли в костях, портились зубы, лекарственные средства не назначались. Женщина проживает в северной области. Роды были через естественные родовые пути, продолжительностью 8 часов, кровопотеря составила 250 мл. Таз нормальных размеров, ребенок родился 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.

Вопросы:

1. Выделите проблемы родильницы, объясните, в связи с какой патологией, какими причинами возникли проблемы.
2. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
3. Перечислите мероприятия по уходу и лечению данного осложнения.
4. Проведите дифференциальный диагноз в данном случае.
5. Дайте определение термину «симфизит».

Эталон решения ситуационной задачи 143

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	**Проблемы** родильницы – боли в области лонного сочленения, опасение серьезных осложнений за свою жизнь, невозможность проведения самоухода и ухода за ребенком. Следует заподозрить симфизит, развившийся на фоне остеомаляции, о чем свидетельствуют боли в костях до и после родов. Развитию осложнения способствовало проживание на севере и отсутствие соответствующей профилактики (препараты кальция, жирорастворимые витамины А, Е, D, соответствующее питание, ультрафиолет)	
2.	**Тактика акушерки:** До прихода врача успокоить женщину и начать организацию ухода и лечения, необходимую при данной патологии.	
3.	**Мероприятия по уходу и лечению данного осложнения:** – строгий постельный режим, – функциональная жесткая кровать, пеленание таза, – создать необходимые удобства для длительного пребывания, – обеспечить уход за ребенком, – назначить обезболивающие средства, препараты кальция, витамины А, Е, Д, местное УФО	
4.	**Дифференциальная диагностика** симфизита после родов проводится с инфекционными болезнями мочевыводящего тракта, костей таза, грыжами (бедренными или паховыми), люмбаго, сдавливанием нерва вследствие патологии межпозвоночного диска, а также тромбозом бедренной вены	
5.	**Определение термину «симфизит».** Медицинский термин «симфизит» означает наличие воспалительного процесса в соединении между лобковыми костями таза. Нарушения в данном соединении могут	

	выражаться в увеличении подвижности костей, их расхождения вследствие воздействия различных факторов.	

Ситуационная задача 144

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

На 5-ые сутки после родов при снятии швов у родильницы обнаружено полное расхождение швов промежности и плотный инфильтрат с гнойным отделяемым вокруг раны. Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель, нерегулярно. Во время беременности был выявлен кольпит, должное обследование и санация не проводились. В родах произошёл разрыв промежности 2 степени с последующим зашиванием разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Вопросы:

1. Выделите проблемы родильницы.
2. Перечислите причины, способствующие расхождению швов.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения при полном расхождении швов с нагноением.
5. Назовите меры профилактики гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний

Эталон решения ситуационной задачи 144

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Проблемы родильницы.** **Настоящие проблемы:** – полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями, – отказ родильницы от лечения. **Потенциальные проблемы:** – нарушение топографии промежности, – опущение матки, влагалища, – распространение инфекции	
2.	**Причины расхождения швов**: – инфекция, особенно кольпит, – нарушение трофики тканей, – неправильный уход за швами, – нарушение режима, гигиены, питания, – нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, – проблемы с шовным материалом	
3.	**Тактика акушерки:** успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.	
4.	**Местное лечение:** – орошение антибактериальными растворами, дренаж с	

	гипертоническим раствором, **Общее лечение:** – антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей, **При очищении раны** – наложение вторичных швов	
5.	**Меры профилактики гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.** Антенатально: – диагностика и лечение инфекций мочевыделительных путей, – диагностика и лечение анемии и расстройств питания, – диагностика и лечение сахарного диабета, – диагностика и лечение ЗППП и вагинальных инфекций, – диагностика и своевременное лечение при дородовом излитии околоплодных вод. В родах: – строгое соблюдение асептики и стерилизации (обработка рук и передней брюшной стенки, стерилизация хирургического инструментария, применение индивидуальных комплектов и наборов на роды), – ограничение вагинальных исследований при преждевременном разрыве плодных оболочек, – ведение партограммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения родов (предупреждение затяжных родов),	

1	*2*	*3*
	– строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах, – соблюдение стерильности в операционной и родильном зале, – избегать необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения необоснованной эпизиотомии. Послеродовый период: ранняя выписка (3-и сутки)	

Ситуационная задача 145

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерке обсервационного отделения вечером на обходе родильница 23 лет пожаловалась на чувство жара, озноб, головную боль и боли внизу живота. В анамнезе половая жизнь с 16 лет, 2 искусственных аборта, хронический аднексит, трихомониаз. Брак не регистрирован. Женскую консультацию посетила несколько раз, обследована не полностью. Три дня назад произошли первые срочные роды живым доношенным мальчиком массой 3600. В родах – преждевременное излитие околоплодных вод. Безводный период составил 20 часов. Первичная и вторичная родовая слабость. Проводилась родостимуляция окситоцином. От назначения антибиотиков отказалась.

Акушерка измерила температура тела – 38,6^0 С, пульс – 96 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Матка на 2 см ниже пупка, болезненная, мягковатой консистенции. Лохии – бурого цвета, с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Выявите проблемы пациентки, их причины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите этапы профилактики послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Назовите методы послеродовой контрацепции.

Эталон решения ситуационной задачи 145

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Проблемы родильницы.** Настоящие проблемы: лихорадка; головная боль; боль внизу живота. Потенциальные проблемы: риск развития более тяжелой степени инфекционно-септического процесса. Причина – в изначальном инфицировании женщины, недостаточном обследовании и санации перед родами, осложнении в родах (слабость родовой деятельности и длительный безводный период), субинволюция матки, отказ от лечения	
2.	**Предположительный диагноз:** послеродовый эндометрит после первых срочных родов. Осложнённый акушерско-гинекологический анамнез. **Обоснование:** – повышение температуры, – озноб, головная боль, – боль внизу живота, – болезненность матки,	

1	*2*	*3*
	– выделения, характерные для эндометрита (бурого цвета, с неприятным запахом), – затяжные роды, – длительный безводный период	
3.	**Тактика акушерки**: – сообщить дежурному врачу акушеру-гинекологу, – положить пузырь со льдом на низ живота, – приготовить родильницу и новорожденного к переводу в отдельную обсервационную палату для дальнейшего лечения, – успокоить родильницу и вселить уверенность в благополучном исходе при её сотрудничестве, – с диагностической целью во время озноба необходимо взять кровь на посев, – до введения антибиотиков необходимо взять мазки на гонококки и на посев из влагалища, – измерение температуры каждые 2-3 часа,	

	– дальнейшие назначения акушерка выполняет под руководством врача (антибактериальная терапия, сокращающие средства)	
4.	**Профилактика послеродовых воспалительных заболеваний.** Антенатально: – диагностика и лечение инфекций мочевыделительных путей, – диагностика и лечение анемии и расстройств питания, – диагностика и лечение сахарного диабета, – диагностика и лечение ЗППП и вагинальных инфекций, – диагностика и своевременное лечение при дородовом излитии околоплодных вод. В родах: – строгое соблюдение асептики и стерилизации (обработка рук и передней брюшной стенки, стерилизация хирургического инструментария, применение индивидуальных комплектов и наборов на роды), – ограничение вагинальных исследований при преждевременном разрыве плодных оболочек, – ведение партограммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения родов (предупреждение затяжных родов), – строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах, – соблюдение стерильности в операционной и родильном зале, – избегать необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения необоснованной эпизиотомии. Послеродовый период: – ранняя выписка (3-и сутки)	
5.	**Послеродовая контрацепция:** – лактационная аменорея (ЛАМ), связанная с кормлением грудью (условия: кормление не реже чем каждые 3-4 часа днём и 1 раз ночью, сохранение аменореи, возраст ребёнка менее 6 мес.),	

1	*2*	*3*
	– КОК (не ранее 2-3 недель после родов с предварительным контролем свёртываемости крови) сразу после окончания кормления грудью или через 6 мес. после родов, – гестагены (мини – пили) – применять через 6 недель после родов у кормящих и через 3 недели у некормящих женщин, – ВМК (после родов – в родильном доме; через 4-6 недель после родов – в ж/к), – хирургическая стерилизация	

Ситуационная задача 146

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

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 уд/мин., температура тела – 36,8^{0}С. 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.

Вопросы:

1. Выявите проблемы родильницы.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Назовите современные перинатальные технологии, способствующие профилактике гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.
5. Составьте план наблюдения за родильницами.

Эталон решения ситуационной задачи 146

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Проблемы родильницы.** Действительные проблемы: – субинволюция матки. Потенциальные проблемы: – риск развития эндометрита, – риск возникновения позднего послеродового кровотечения	
2.	**Предположительный диагноз:** третьи сутки послеродового периода. Субинволюция матки. **Обоснование**: – из условия задачи следует, что 3 дня назад у женщины прошли роды, значит, в настоящее время у нее третьи сутки послеродового периода, – ВДМ на 3 сутки в норме должна быть на 3 поперечных пальца ниже пупка, значит у родильницы замедлено сокращение матки, чему способствует перерастяжение матки во время беременности крупным плодом	

1	*2*	*3*
3.	**Тактика акушерки:** – сообщить дежурному врачу, – положить холод на низ живота и объяснить родильнице, как с ним обращаться дальше, – приготовить лекарственные средства, сокращающие матку, и ввести их, по назначению врача, – для профилактики осложнений проводить наблюдение за состоянием родильницы по общепринятой схеме	

4.	**Профилактика гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний в акушерском стационаре:** – неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики, – ранее прикладывание новорожденного к груди, – система изолированного совместного пребывания матери и ребенка, – ранняя выписка из родильного дома, – ограничение использования у здоровых женщин средств и методов санитарной обработки, нарушающих биоценоз организма (поверхностные антисептики, бритье подмышек и лобка), – с целью предотвращения образования полирезистентных штаммов госпитальной инфекции в отдельно взятом акушерском стационаре следует использовать ограниченное количество антибиотиков первой очереди и их комбинаций, а антибиотики второй очереди использовать строго по показаниям	
5.	**План акушерского наблюдениярродильниц:** – выяснение жалоб родильницы, – измерение АД 2 р. в сутки, – термометрия 2 р. в сутки, – определение характеристик пульса (частота, ритм, наполнение), – осмотр и пальпация молочных желёз, – контроль сокращения матки (ВДМ, размер поперечника матки, УЗИ матки), – проведение туалета наружных половых органов, – контроль физиологических отправлений (мочеиспускание, стул)	

Ситуационная задача 147

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерку ФАП вызвала родильница Б., 23 года, с жалобами на повышение температуры тела до 38,9° С, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота. Роды вторые, своевременные 10 дней назад, осложнились дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Женщина выписана из родильного дома на пятые сутки после родов в удовлетворительном состоянии.

21 января дома у родильницы к вечеру поднялась температура тела до $38{,}3^0$ С, был озноб, обильное потоотделение, слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища, с неприятным запахом. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина.

При осмотре: температура тела $38{,}8^0$ С. Кожные покровы бледные. Зев чистый. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 уд./мин., ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца – без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки пальпируется на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровяносто-гнойные с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите возможные осложнения в данной ситуации.
4. Определите тактику акушерки.
5. Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний на этапе амбулаторного наблюдения в женской консультации:

Эталон решения ситуационной задачи 147

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Предварительный диагноз.** Послеродовый эндомиометрит	
2.	**Обоснование:** Об этом говорит начало заболевании на 8-9 сутки послеродового периода с характерными симптомами: повышение температуры, озноб, обильное потоотделение, боли внизу живота, лохии кровянистые с неприятным запахом, симптомы интоксикации – слабость, головная боль, плохой сон, наличие субъинволюции матки и болезненность ее при пальпации	
3.	**Возможные осложнения в данной ситуации:** распространение инфекции вплоть до развития сепсиса.	
4.	**Тактика акушерки:** – срочно госпитализировать родильницу в гинекологическое отделение, где ей будет проведена интенсивная комплексная терапия. До госпитализации акушерка должна: – успокоить родильницу и ее родственников, – помочь решить вопрос о вскармливании ребенка, – с целью снятия болевого симптома и предупреждения распространения инфекции, положить на низ живота пузырь со льдом, – бережно транспортировать родильницу в гинекологическое отделение ЦРБ, – при возможности начать дезинтоксикационную терапию, – после взятия мазков из влагалища на гонококки и посев можно начинать антибактериальную терапию	
5.	**Профилактика послеродовых ГВЗ на этапе амбулаторного наблюдения в женской консультации:** – выделение среди беременных группы высокого риска по развитию гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде, – своевременное выявление и санация очагов острой и хронической инфекции (обратить внимание на наличие патологии зубов, легких и почек),	

1	2	3
	– обязательное микробиологическое обследование для выявления ИППП, вирусной и неспецифической инфекции (бактериальные посевы содержимого влагалища, ПЦР, ИФА) с последующим лечением при выявлении возбудителей инфекционных заболеваний, – определение иммунного статуса, – антианемическая и общеукрепляющая терапия, – своевременная дородовая госпитализация беременных группы высокого риска по развитию гнойно-воспалительных осложнений в современный, хорошо оснащенный стационар	

Ситуационная задача 148

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды первые в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 мин. родился второй мальчик массой 3000 г, в момент прорезывания головки второго плода в/в введен метилэргометрин. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер. Послед выделился через 10 мин., сразу после рождения последа выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план дальнейшего ведения родов.
3. Дайте определение гипотонии и атонии матки в родах.
4. Назовите причины развития гипотонии матки.
5. Перечислите основные принципы борьбы с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 148

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	**Предположительный диагноз.** Первые срочные роды, двойня. Ранний послеродовый период. Кровотечение	
2.	**План дальнейшего ведения родов:** – утеротоническая терапия, – ручное обследование стенок полости матки, – осмотр родовых путей при помощи зеркал	
3.	**Гипотония матки** - это такое состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки. Под воздействием мероприятий и средств, стимулирующих сократительную деятельность матки, мышца матки сокращается, но сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия. **Атония матки** - это такое состояние, при котором	

	стимулирующие матку средства не оказывают на нее никакого действия. Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича	

1	*2*	*3*
4.	**Причины развития гипотонии матки:** – чрезмерное перерастяжение матки (многоводие, многоплодие и наличие крупного плода), – чрезмерное утомление мышечного слоя матки (длительное течение родового акта, нерациональное использование больших доз сокращающих матку препаратов, быстрые и стремительные роды), – структурные изменения рубцового, воспалительного или дегенеративного характера, – перенесенные острые и хронические воспалительные процессы с вовлечением миометрия, – рубцы матки различного происхождения, – миомы матки, – многочисленные и частые выскабливания стенок полости матки, – многорожавшие женщины с небольшими промежутками между родами, – роженицы с проявлениями инфантилизма, аномалиями развития половых органов	
5.	**Основные принципы борьбы с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде:** – все мероприятия начинать как можно раньше, – учитывать исходное состояние здоровья пациентки, – строго соблюдать последовательность мероприятий по остановке кровотечения, – все проводимые лечебные мероприятия должны носить комплексный характер, – исключить повторное использование одних и тех же методов борьбы с кровотечением (повторные ручные вхождения в матку, перекладывание зажимов), – применять современную адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, – использовать только внутривенный способ введения лекарственных препаратов, т.к. в сложившихся обстоятельствах всасываемость в организме резко снижена, – своевременно решать вопрос об оперативном вмешательстве: операция должна проводиться до развития тромбогеморрагического синдрома, в противном случае она часто уже не спасает родильницу от смертельного исхода, – не допускать снижения артериального давления ниже критического уровня на продолжительное время, что может привести к необратимым изменениям в жизненно важных органах (коре большого мозга, почках, печени, сердечной	

	мышце)	

Ситуационная задача 149

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

К акушерке женской консультации обратилась молодая женщина 20 лет, студентка: жалуется на распирающие боли в области молочных желез. Роды были 2 недели назад, протекали без осложнений. Родила мальчика массой 3600 г. Объективно: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 68 уд./мин., температура тела – $37{,}2^0$ С, кожные покровы обычной окраски. Молочные железы – равномерное умеренное нагрубание, потертости вокруг соска, при пальпации болезненные. Соски с трещинами. Живот мягкий, безболезненный. Матка за лобком, выделения серозные, скудные, физиологические отправления в норме. Женщина учится, днем ребенка кормят сцеженным молоком.

Вопросы:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.
4. Перечислите причины развития и стадии мастита.
5. Назовите классификацию лактационных маститов.

Эталон решения ситуационной задачи 149

№ п/п	**Выполнение задания**	**Выполнил/ Не выполнил**
1	*2*	*3*
1.	**Проблемы роженицы.** Действительные проблемы: – боли в молочной железе, – трещины сосков; – лактостаз. – затруднение кормления ребенка вследствие трещин. Потенциальные проблемы: риск развития мастита	
2.	**Предположительный диагноз:** Поздний послеродовый период. Лактостаз. Трещины сосков. **Обоснование:** равномерное нагрубание и болезненность молочных желез, затруднение сцеживания, трещины сосков	
3.	**Акушерка должна:** – объяснить родильнице причины её состояния, – объяснить родильнице, как правильно кормить ребенка и ухаживать за молочными железами, – научить уходу за сосками, – дать рекомендации по лечению трещин (УФО, дарсонвализация, мази), – дать рекомендации по борьбе с лактостазом (кормление, сцеживание, ультразвук, окситоцин для облегчения сцеживания),	

	– напомнить родильнице о преимуществах грудного вскармливания, – рекомендовать взять академический отпуск, – поставить в известность врача	
4.	**Причины развития и стадии мастита:** – недостаточное соблюдение личной гигиены, – низкий социально-экономический уровень пациентки, – наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии (пиодермия, нарушение жирового обмена, сахарный диабет), – сниженная иммунореактивность организма, – осложненные роды, – осложненное течение послеродового периода (раневая инфекция, замедленная инволюция матки, тромбофлебиты), – недостаточность млечных протоков в молочной железе, – аномалии развития сосков, – трещины сосков, – неправильное сцеживание молока	
1	*2*	*3*
5.	**Классификация послеродового (лактационного) мастита**: 1. Серозный (начинающийся) мастит. 2. Инфильтративный мастит. 3. Гнойный мастит: а) инфильтративно-гнойный мастит (диффузный, узловой), б) абсцедирующий мастит (фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, абсцесс позади железы – ретромаммарный), в) флегмонозный мастит (гнойно-некротический), г) гангренозный мастит	

Ситуационная задача 150

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Акушерку ФАП вызвали к пациентке 25 лет, которая неделю назад выписалась из родильного отделения. Предъявляет жалобы на боли и нагрубание в правой молочной железе, появившиеся еще в родильном доме. Дома состояние ухудшилось, особенно после того, когда из-за болей перестала прикладывать к этой грудной железе ребенка и сцеживать молоко. Температура тела 38,2^0 С.

Объективно:общее состояние удовлетворительное,правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение. Подмышечные лимфатические узлы увеличены, плотные, подвижные, болезненные при пальпации.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.

3. Определите тактику ведения пациентки.
4. Составьте программу лечения пациента при данной патологии.
5. Назовите критерии эффективности проводимого лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 150

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	*2*	*3*
1.	**Постановка диагноза.** Предположительный диагноз. **Острый лактогенный мастит правой молочной железы в стадии абсцедирования, осложненный катаральным подмышечным лимфаденитом**	
2.	**Обоснование диагноза.** Диагноз поставлен на основании: 1. данных анамнеза: – пациентка – кормящая мать; – боли в области правой железы и ее уплотнение появились еще в родительном доме, что свидетельствует о запущенности процесса; – после выписки из стационара перестала кормить ребенка правой грудью и сцеживать из нее молоко; 2. жалоб на боли и нагрубание в правой молочной железе; 3. данных объективного обследования: – правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована;	

1	*2*	*3*
	– при пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение, что свидетельствует о скоплении гноя в тканях (сформировался абсцесс); – увеличение регионарных лимфатических узлов; – температура тела $38,2^0$ С	
3.	**Тактика ведения пациентки.** Пациентка должен быть госпитализирована в гнойное хирургическое отделение для проведения хирургического лечения	
4.	**Программа лечения.** – Больной показана экстренная операция – вскрытие, ревизия и дренирование абсцесса. – После вскрытия в фазу воспаления (гидратации) проводят ежедневные перевязки с промыванием раны водными растворами антисептиков, применением протеолитических	

	ферментов, повязок с гипертоническим раствором, обеспечением адекватного дренирования, использованием ультразвука, лазера. Со 2-ого – 3-его дня возможно применение антибактериальных мазей, препараты, стимулирующие клеточную регенерацию. – В фазе регенерации начинается процесс образования грануляционной ткани. Наиболее эффективны мази, содержащие стимулирующие вещества (5% и 10% метилурациловая мазь, мази с антибиотиками – тетрациклиновая, гентамициновая и др.). Для ускорения заживления раны накладывают вторичные швы (ранние и поздние), а также стягивание краев раны лейкопластырем. – Общее лечение: антибактериальные, дезинтоксикационные, иммуностимулирующие средства, симптоматическое лечение	
5.	**Критерии эффективности проводимого лечения:** – при своевременном вскрытии абсцесса и назначении соответствующего лечения фаза воспаления должна завершиться к 4-ому – 5-ому дню – нормализуется температура тела, улучшается общее состояние, стихают местные признаки воспаления; – фаза регенерации должна начаться со 2-ого – 3-его дня начала лечения – в ране появляется сочная ярко-красная грануляционная ткань	

ЭТАЛОН ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

ГБПОУ «Саткинский медицинский техникум»

Рассмотрено на заседании ЦМК _____ «___»_____201 г

Утверждаю Зам. директора по УР _____ «____»_____201 г

ПМ.02 ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

МДК 02.03 ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Задание для экзаменующихся №1

Оцениваемые компетенции: ПК 2.1-2.6, ОК 1, 2, 3, 4,5.

Условия выполнения:

Внимательное прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики, в условиях имитирующих стационар на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы, рецептурный справочник.

Время выполнения задания – 20 минут.

1.13 мая на ФАП обратилась женщина 22 лет.

Предъявляет жалобы на задержку менструации, тошноту и рвоту по утрам, сонливость, быструю утомляемость.

Последняя менструация 18.04.-21.04. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, регулярные, безболезненные, кровопотеря умеренная.

Беременностей не было. Замужем с 21 года, от беременности не предохранялась.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. Пульс 88. АД 110/80, 110/70 мм рт ст.

При осмотре в зеркалах шейка не изменена, слизистая влагалища и шейки матки цианотичные, выделения слизистые.

Матка увеличена, шаровидной формы, подвижная, после осмотра приходит в тонус. Придатки не определяются.

1. **Обоснуйте предварительный диагноз.**
2. **Составьте план лечения**

2. На ФАП обратилась пациентка с жалобами на кровотечение из половых путей, которое продолжается в течение 8 дней.

Последняя менструация 2 месяца назад. Измеряла базальную температуру в течение месяца, Т 37,2^{0}С. Тест на беременность отрицательный.

Менструации с 14 лет, по 5 дней, регулярные, безболезненные, цикл 30 дней.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, пульс 90, АД 110/70мм рт ст.

На зеркалах шейка не изменена, выделения кровянистые обильные. Матка немного больше нормы, мягковатая, безболезненная. Придатки не определяются.

1. **Обоснуйте предварительный диагноз.**
2. **Определите показания к госпитализации.**
3. **Назначьте лечение.**

Подпись преподавателя _____

Эталон оценки ситуационной задачи 1

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	**Диагноз:** Послеродовая язва	выполнено 27%
2	**Настоящие проблемы** 1.полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями, 3.отказ родильницы от лечения.	6% выполнено выполнено
3	**Потенциальные проблемы:** 1.нарушение топографии промежности, 2.опущение матки, влагалища, 3.распространение инфекции	9% выполнено выполнено выполнено
4	**Причины расхождения швов**: 1.инфекция, особенно кольпит, 2.нарушение трофики тканей, 3.неправильный уход за швами, 4.нарушение режима, гигиены, питания, 5.нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, 6.проблемы с шовным материалом	18% выполнено выполнено выполнено выполнено выполнено выполнено
5.	**Тактика акушерки:** успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача.	6% выполнено
6.	**Местное лечение:** 1.орошение антибактериальными растворами, дренаж с гипертоническим раствором, **При очищении раны** 2.наложение вторичных швов	6% выполнено выполнено
7.	**Меры профилактики гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.** Антенатально: 1.диагностика и лечение инфекций мочевыделительных путей, 2.диагностика и лечение анемии и расстройств питания, 3.диагностика и лечение сахарного диабета, 4.диагностика и лечение ЗППП и вагинальных инфекций, 5.диагностика и своевременное лечение при дородовом излитии околоплодных вод. В родах:	15% выполнено выполнено выполнено выполнено выполнено 21%

	1.строгое соблюдение асептики и стерилизации (обработка рук и передней брюшной стенки, стерилизация хирургического инструментария, применение индивидуальных комплектов и наборов на роды), 2.ограничение вагинальных исследований при преждевременном разрыве плодных оболочек, 3.ведение партограммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения родов (предупреждение затяжных родов),	выполнено выполнено выполнено

	4.строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах, 5.соблюдение стерильности в операционной и родильном зале, 6.избегать необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения необоснованной эпизиотомии. 7.Послеродовый период: ранняя выписка (3-и сутки)	выполнено выполнено выполнено выполнено
	Выполнено более 90%	**отлично**
	Более 80 90%	**хорошо**
	Более 70-80%	**удовлетворительно**
	Менее 70%	**неудовлетворительно**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основные источники:

1. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970436127.html
2. Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970437483.htm
3. Физиологическое акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970431016.html
4. Гинекология [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970429945.html
5. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни : учебник [Электронный ресурс] / Дзигуа, М. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970430965.html
6. Акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970427613.html
7. Акушерско-гинекологический массаж [Электронный ресурс] / Шнейдерман М. Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970430026.html
8. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. № 01.2016 [Электронный ресурс] / гл. ред. Е.А. Соснова - М. : Медицина, 2016. - http://www.medcollegelib.ru/book/2313-8726-2016-1.htm