

**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

«ТИХВИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

**УТВЕРЖДЕНА
распоряжением**

от «21» 01 2021 г.

№ 32-0/д

Директор

ГБПОУ ЛО «ТМК»

Н.Н. Зайцев



Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации
(непрерывного образования)

Актуальные аспекты акушерского дела

(срок освоения 36 часов)

г. Тихвин

2021 год

РАССМОТРЕНА
на совещании
по методической работе
Протокол №____
от «__» ____ 2021 г.

Методист
_____ Чикалова Л.Г.

1. Формализованное описание программы

- 1.1. Программа повышения квалификации разработана для лиц, имеющих среднее специальное образование по специальности «Акушерское дело», «Лечебное дело».
- 1.2. Программа разработана на основе Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования (ФГОС СПО), составлена с учетом требований, изложенных в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, в приказах Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», Минздрава России от 3 августа 2012 г. N 66н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам», Минздрава России от 10 февраля 2016 года №83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

2. Цель реализации программы

С целью совершенствования имеющихся компетенций, овладения современными тенденциями в акушерском деле в рамках квалификации акушер/акушерка, в ходе освоения программы слушатель должен:

уметь:

- осуществлять общение с пациентами на основе принципов медицинской деонтологии;
- проводить обследование пациента при неотложных состояниях в акушерстве;
- определять тяжесть состояния пациента, выделять ведущий синдром;
- проводить дифференциальную диагностику;
- работать с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;
- оказывать посиндромную неотложную медицинскую помощь;
- оказывать доврачебную помощь пациентке в родах вне лечебного учреждения
- организовывать деятельность по наблюдению за состоянием беременной, роженицы при тяжелых формах гестозов, оказывать доврачебную помощь;
- организовывать деятельность по наблюдению за состоянием беременной, роженицы и родильницы при кровотечениях, оказывать доврачебную помощь;
- организовывать деятельность по наблюдению за состоянием родильниц в послеродовом
- периоде с гнойно- септическими заболеваниями, оказывать доврачебную помощь
- оценивать эффективность оказания неотложной медицинской помощи;
- осуществлять фармакотерапию на догоспитальном этапе;
- организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам;
- обучать пациентов само- и взаимопомощи;
- организовывать и проводить медицинскую сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;
- пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
- осуществлять мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

знать:

- этиологию и патогенез неотложных состояний в акушерстве;
- основные параметры жизнедеятельности;
- особенности диагностики неотложных состояний в акушерстве;
- алгоритм действия при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;
- принципы оказания неотложной медицинской помощи в акушерстве;
- принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
- особенности ведения родов вне лечебного учреждения;

- неотложные состояния при тяжелых формах гестозов, осложнения гестоза, тактику и алгоритм оказания неотложной помощи при тяжелых формах гестозов;
- классификацию, причины и клиническую картину акушерских кровотечений, осложнения кровотечений, геморрагический шок, тактику и алгоритм оказания неотложной помощи;
- тактику и алгоритм оказания неотложной помощи пациенткам с гнойно-септическими заболеваниями после родов и аборта;
- правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение;
- медицинскую этику и деонтологию, психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства;
- правила внутреннего трудового распорядка;
- правила по охране труда и пожарной безопасности.

3. Формализованные результаты обучения

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Актуальные аспекты акушерского дела» направлена на совершенствование компетенций, приобретенных при обучении по специальности «Акушерское дело», необходимых для профессиональной деятельности, и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по вопросам оказания медицинской помощи в акушерстве.

Общие компетенции:

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 выполнение 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 профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения задания.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Профессиональные компетенции:

ПК 1.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 1.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 1.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 1.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 1.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 1.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 1.7. Организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам;

4. Структура и содержание программы

4.1. Категория слушателей:

- лица, имеющие среднее специальное образование по специальности «Акушерское дело», «Лечебное дело», работающие на должностях акушер/акушерка, фельдшер ФАП, фельдшер скорой и неотложной помощи

4.2 Трудоемкость обучения 36 академических часов

4.2.Продолжительность программы – 6 дней.

4.3. Симуляционное обучение - 4 часа

4.4.Формы обучения – очная, очно-заочная.

4.5. Режим занятий по очной форме обучения – 36 аудиторных часов в неделю.

4.6.Учебный план

программы дополнительного профессионального образования

Актуальные аспекты акушерского дела

№ п/п	Наименование разделов	Количество часов обязательной аудиторной нагрузки		
		Лекции	Практические занятия	Всего часов
1.	Структура и функции родовспомогательных учреждений в регионе	1	-	1
2.	Вопросы диагностики, клинического течения и ведения неосложненных родов. Современные принципы обезболивания родов. Ведение нормального послеродового периода	2	1	3
3.	Особенности беременности и родов при тазовом предлежании плода.	2	1	3
4.	Вопросы ранних и поздних гестозов беременных. Профилактика.	2	2	4
5.	Особенности ведения беременности и родов при некоторых видах экстрагенитальной патологии	2	2	4
6.	Самопроизвольное и искусственное прерывание беременности. Преждевременные роды и переносная беременность	2	2	4
7.	Патология сократительной деятельности матки в родах.	2	1	3

8.	Неправильные положения и предлежания плода, особенности течения и ведения родов при них.	2	2	4
9.	Кровотечения во время беременности. Кровотечения в родах и в раннем послеродовом периоде.	2	2	4
10.	Симуляционное обучение		4	4
5.	Итоговая аттестация (экзамен)	2		2
	ИТОГО	19	17	36

	<p>беременности. Профилактика акушерского травматизма. <u>Практическое занятие</u> Оказание помощи при кровотечениях в родах и в раннем послеродовом периоде. Профилактика акушерского травматизма.</p>	2
<p>Тема 10 Симуляционное обучение</p>	<p><u>Симуляционное обучение</u> 1. Отработка сестринских манипуляций: -измерение частоты сердечных сокращений, -измерение частоты дыхательных движений, -измерение артериального давления механическим тонометром, -общая термометрия, -техникой осмотра матки «в зеркалах», - пальпации молочных желез, -постановка очистительной клизмы, -катетеризация мочевого пузыря женщины мягким катетером, -подкожное введение лекарственного препарата, -внутримышечное введение лекарственного препарата, -внутривенное введение лекарственного препарата (струйно), -внутривенное введение лекарственного препарата (капельно), -взятие крови из периферической вены. 2. Отработка практических навыков на тренажере. Оказание акушерского пособия в родах. Стандарты оказания помощи. Ведение третьего периода разными способами. Признаки отделения последа. Проверка целостности последа. Заполнение документации. Тактика акушерки при осложнениях в родах. Методы определения кровопотери во время беременности, родах, послеродовом периоде. Реакция организма на кровопотерю. Алгоритм оказания неотложной помощи в зависимости от причин, их вызывающих. Методы остановки кровотечения. Противопоказание к применению кардиотонических и сосудистых средств до остановки кровотечения. Подготовка женщины к оперативному вмешательству. Фармакологические средства, используемые при данной патологии. Способы введения препаратов. Определение резус-принадлежности и группы крови. Методы обследования системы свертывания крови.</p>	4

5. Материально-технические условия реализации программы

Реализация программы предполагает наличие учебных кабинетов для симуляционного обучения.

Оборудование учебных кабинетов для практических занятий:

1. Мебель и стационарное учебное оборудование:

- стол для преподавателя;
- столы для слушателей;
- стул для преподавателя;
- стулья для слушателей;
- тумбочка;
- шкаф книжный;
- шкафы для хранения наглядных пособий;
- шкафы для хранения учебно-методических комплексов и дидактических материалов;
- классная доска;
- информационный стенд для слушателей
- компьютерные столы и кресла для преподавателя и слушателей;
- кушетка медицинская
- кровать функциональная
- столик для инструментов (манипуляционный столик)
- стол для перевязочного материала
- стерильные салфетки, перевязочный материал
- светильник бестеневой передвижной
- штатив для капельных внутривенных вливаний
- набор манжеток для измерения АД
- система для капельного внутривенного введения жидкости одноразовая
- тонометр
- фонендоскоп
- биксы
- сантиметровая лента
- аппарат вакуум-экстрактор
- емкости для дезинфицирующих средств разные
- **тренажер вагинальных исследований**
- **одеваемая модель для обучения обследованию молочной железы**

- **фантомы акушерские (для демонстрации биомеханизма родов)**
- **манекен «Роженица с младенцем» с компьютерным управлением.**
- корнцанги
- ножницы
- пинцеты
- мочевые катетеры разные
- термометры медицинские
- пеленки стерильные
- простыни стерильные
- комплект одноразовый для принятия родов, обработки новорожденного
- раствор антисептика
- наглядные пособия (таблицы, схемы, структуры, диаграммы, презентации)
- медицинская документация
- рекомендации для обучающихся
- акушерско-гинекологические инструменты

2. Технические средства обучения:

- компьютеры для преподавания и слушателей;
- мультимедийный проектор;
- интерактивная доска;
- локальная сеть и Интернет;
- экран;

6. Учебно-методическое обеспечение программы

- учебно-методические комплексы и дидактический материал по разделам и темам программы;
- методические учебные материалы (на электронных носителях);
- нормативная документация;
- учебная и справочная литература;
- компьютерные программы (обучающие, контролирующие);
- электронные учебники (учебные пособия) по разделам и темам программы;
- учебно-методические материалы для внеаудиторной самостоятельной работы слушателей;
- учебные материалы для контрольных процедур определения сформированности профессиональных компетенций.

Перечень рекомендуемых учебных изданий, Интернет-ресурсов, дополнительной литературы

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-83 от 21.11.2011.
3. Федеральный закон "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" 30 марта 1999 года N 52-ФЗ (с изменениями и дополнениями).
4. Приказ от 05.05.2000 г. №149 «О внесении изменений и дополнений в приказ МР от 26.11.97 №345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»»
5. Нормативные документы, регламентирующие работу ЛПО в области системы и политики здравоохранения.
6. В.В. Абрамченко и соав. "Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии", С-П, "СпеЛит", 2005
7. В.Л. Осипова, З.М. Загретдинова, Учебное пособие «Внутрибольничная инфекция», Изд.: «ГЭОТАР - Медиа», М.: 2012
8. И.М.Красильникова, Е.Г. Моисеева Учебное пособие «Неотложная доврачебная медицинская помощь» ГЭОТАР-Медиа, 2014
9. Э. Бегг, «Клиническая фармакология», 2013 Изд.: «Бином»
10. Э.К. Айламазян Гестоз: теория и практика/ Э.К. Айламазян, Е.В. Мозговая.- М.: МЕДпресс-информ, 2008
11. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 2016/ Ред. В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 497 с
12. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
13. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».
14. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
15. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».

Профильные web-сайты Интернета:

1. Министерство здравоохранения РФ (<http://www.rosminzdrav.ru/>).
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://rospotrebnadzor.ru>).
3. ФГУЗ Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

(<http://www.fcgsen.ru>)

4. Информационно-методический центр «Экспертиза» (<http://www.centrekspertiza.ru/>).

5. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru/>).

Нормативно-правовая документация:

Нормативно-правовые акты, регламентирующие диагностическую и лечебную деятельность по РФ.

Ссылки на электронные источники информации:

Информационно-правовое обеспечение:

1. Справочная правовая система «Консультант Плюс».
2. Справочная правовая система «Гарант».

7. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программы осуществляется аттестационной комиссией в виде итоговой аттестации - экзамена, состоящего из двух этапов:

1 этап – тестирование (50 тестовых заданий) на основе пятибалльной системы оценок, соответственно проценту правильных ответов:

70-79% - 3 (удовлетворительно);

80-89% - 4 (хорошо);

90-100% - 5 (отлично);

2 этап

1) профессиональная задача на основе пятибалльной системы оценок:

- **оценка 5 (отлично)** выставляется, если слушатель показывает знание вопроса в полном объеме, свободно владеет профессиональной терминологией, ответ логичен, способ решения задачи профессионально грамотен.

- **оценка 4 (хорошо)** выставляется, если слушатель показывает достаточный объем знаний, владеет профессиональной терминологией, но при ответе допускает незначительные ошибки и неточности (использует устаревшие данные, избегает использования специальной терминологии, дает неточные формулировки, не называет все признаки понятий, нарушает логику и последовательность в ответе).

- **оценка 3 (удовлетворительно)** выставляется, если слушатель показывает слабые знания, ответ краток, имеет место некорректное использование профессиональной терминологии, неточное понимание сущности основных категорий.

- **оценка 2 (неудовлетворительно)** выставляется, если слушатель показывает значительные пробелы в знаниях, допускает принципиальные ошибки в ответе, не понимает сущности процесса и/или не представляет проекта решения профессиональной задачи.

2) практическое умение - на основе пятибалльной системы оценок, в соответствии с оценочной таблицей для каждой манипуляции.

Слушатель считается аттестованным, если имеет общую положительную оценку (3,4 или 5).

Примечание: при выведении общей оценки преимущественное значение имеет оценка за решение профессиональной задачи

8. Составители программы

8.1. Павлова Ольга Михайловна – методист ОПК ГБПОУ ЛО «Тихвинский медицинский колледж».

8.2. Суворова И.А. – преподаватель ГБПОУ ЛО «Тихвинский медицинский колледж».

**Тестовые задания
для итоговой аттестации
по программе дополнительного профессионального образования
«Актуальные аспекты акушерского дела»**

1.1. Структура родовспомогательных учреждений.

1. Родильный дом первого уровня оказывает помощь:

Ответы:

1. роды при доношенной беременности
2. роды при недоношенной беременности с 32 нед
3. выхаживание недоношенных
4. женщинам с тяжелой соматической патологией, в стадии ремиссии

2. Каким приказом регламентируется порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство» :

Ответы:

1. № 101-Л
2. №572Н
3. №275Н
4. №149

3. В случае преждевременных родов с 22 недели беременности, женщина госпитализируется в акушерский стационар, имеющий:

Ответы:

1. врача неонатолога
2. отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных
3. отделение реанимации и интенсивной терапии для беременной
4. самые современные фармакологические препараты

4. Рекомендуемое время пребывания женщины после родов в акушерском стационаре

Ответы:

1. 7 суток
2. 1 сутки
3. 3 суток
4. 5 суток

5. Прерывание беременности по медицинским показаниям проводится в сроке

Ответы:

1. до 28 недель
2. до 22 недель
3. до 12 недель
4. на любом сроке

1.2. Психологические аспекты работы с пациентами в акушерской практике.

1. Преграды при общении, которые связаны с непониманием собеседника.

Ответы:

1. плохое самочувствие

2. коммуникативные барьеры
3. неумение правильно излагать мысль
4. неправильный настрой на беседу

2. Психологическая компетентность современного специалиста.

Ответы:

1. умение вести беседу
2. оказывать позитивное влияние на партнера
3. конструктивно разрешать конфликтные ситуации
4. все ответы верные

3. Психологические эмоциональные расстройства у женщин после родов

Ответы:

1. отсутствие молока
2. послеродовая депрессия
3. боязнь новорожденного ребенка
4. отсутствие менструаций

4. Наука, определяющая нормы поведения, взаимоотношения медицинских работников, пациентов и общества называется

Ответы:

1. физиология
2. медицинская деонтология
3. медицинская психология
4. медицинская философия

5. Врачебная тайна распространяется

Ответы:

1. при усыновлении детей бесплодными супружескими парами
2. если женщина, находящаяся во втором браке, не хочет, чтобы муж знал о бывших беременностях от первого брака
3. результаты обследования, оперативных вмешательств
4. все ответы верные

ТЕМА: УЧАСТИЕ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.

2.1. Санитарно-противоэпидемический режим в родовспомогательных учреждениях

1. Дезинфекция – это:

Ответы:

1. удаление с объектов всех видов грязи
2. удаление патогенных микроорганизмов
3. уничтожение и удаление с объектов патогенных микроорганизмов, их токсинов
4. уничтожение всех видов микроорганизмов

2. В присутствии людей рециркулятор может работать

Ответы:

1. непрерывно в течение всего времени
2. 30 мин

3. 60 мин
4. 2 часа

3. Стерилизация – это:

Ответы:

1. Уничтожение всех видов микроорганизмов (включая бактерии и их споры, грибы, вирусы и прионы)
2. уничтожение патогенных микроорганизмов
3. использование горячего воздуха в стерилизационной камере в течении 30 минут
4. освобождение какого-либо предмета от условно- патогенных микроорганизмов

4. Физический метод контроля стерилизационного процесса это

Ответы :

1. использование химических индикаторов
2. контроль параметров стерилизационного оборудования (температура, давление, влажность)
3. посев смывов на питательные среды
4. использование споровых тест-культур

5. Сроки сохранения стерильности медицинских изделий в УФО- камерах, без дозагрузки

Ответы :

1. 6 часов
2. 3 суток
3. 7 суток
4. 1 сутки

2.2. ВИЧ-инфекция. Профилактика профессионального инфицирования гепатитами В, С и ВИЧ-инфекции.

1. При загрязнении глаз персонала кровью больного необходимо обработка:

Ответы:

1. 1% протарголом
2. 1% хлорамином
3. промыть обильно проточной водой
4. 0,05% перманганата калия

2. При загрязнении кожи кровью необходима обработка:

Ответы:

1. 1% хлорамином
2. 1% борной кислоты
3. 3% хлорамином
4. 70 % спиртом

3. Особо опасные медицинские отходы помещаются в упаковку ;

Ответы :

1. белого цвета
2. желтого цвета
3. красного цвета
4. черного цвета

4. Меры профилактики ВИЧ инфекции медицинских работников:

Ответы:

1. правильное использование презервативов
2. применение спермицидов
3. использование перчаток при инвазивных манипуляциях
4. применение оральных контрацептивов

5. Наиболее ранние сроки обнаружения антител к вирусу ВИЧ со дня заражения:

Ответы:

1. через 12 месяцев
2. через 3-4 дня
3. через 4-6 недели
4. через 5-6 месяцев

6. Универсальные меры инфекционной безопасности медперсонала :

Ответы :

1. все ответы верные
2. применять защитные средства при работе с биологическими средами пациента
3. лабораторные анализы рассматривать как потенциально инфицированные
4. белье испачканное кровью стирается отдельно, после дезинфекции

7. Гепатит С передается

Ответы:

1. энтерально
2. парентерально
3. горизонтально
4. через пищевые продукты

8. Диагностика ВИЧ инфекции

Ответы:

1. ОАК
2. ОАМ
3. биохимический анализ крови
4. ИФА, иммуноблотинг, ПЦР

9. Какой гепатит называют «ласковый убийца»

Ответы:

1. А
2. С
3. D
4. В

10. При попадании крови на халат и одежду

Ответы:

1. снять халат и сдать в стирку
2. обработать это место Хлормисепт Люкс, обеззаразить перчатки, снять халат, погрузить в раствор Хлормисепт Люкс на 1 час, затем сдать в стирку
3. продолжать работать, в конце смены сдать халат в стирку
4. замочить халат в 70% растворе спирта на 1 час, сдать в стирку

ТЕМА: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ , КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РОДОВ.

3.1 Роды, периоды, особенности оказания акушерского пособия при патологических родах.

1. Началом родов следует считать:

Ответы:

1. излитие околоплодных вод
2. появление схваток с периодичностью 20 минут
3. прижатие головки ко входу в малый таз
4. появление регулярных схваток и сглаживание шейки

2. Родовые схватки характеризуются:

Ответы:

1. периодичностью, длительностью, продолжительностью, болезненностью и силой сокращения
2. нерегулярностью и производительностью
3. тем, что роженица может их ослабить или усилить по собственному желанию
4. тем, что они начинаются в нижнем сегменте и распространяются до дна

3. Период изгнания начинается с момента:

Ответы:

1. отхождения вод
2. полного открытия
3. потуг
4. когда головка опустилась на тазовое дно

4. Отхождение околоплодных вод происходит в норме:

Ответы:

1. при полном раскрытии шейки матки
2. при раскрытии 5-6 см
3. с началом потуг
4. с начала родовой деятельности

5. Клинические признаки окончания второго периода родов:

Ответы:

1. излитие задних околоплодных вод
2. рождение плода
3. сокращение матки
4. рождение последа

6. Партограмма - это:

Ответы:

1. графическое изображение течения родов
2. обязательный вкладьш к истории при патологическом течении родов.
3. графическое изображение кардиограммы плода
4. отображение способов ведения родов

7. Средняя физиологическая кровопотеря в родах:

Ответы:

1. 1% от массы тела
2. 10% от массы тела
3. 0,5% от массы тела
4. 5% от массы тела

8. Частые осложнения поперечного положения плода:

Ответы:

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

9. Ведение родов при поперечном положении плода:

Ответы:

1. сохранение вод
2. кесарево сечение
3. наружный поворот плода
4. амниотомия при открытии на 4 см.

10. Преждевременными называют роды при сроке беременности

Ответы:

1. с 22 недели до 36 нед 6 дн
2. с 28 недель до 36 нед 6 дн
3. с 26 недель до 32 недель
4. до 22 недель

3.1 Гестозы, клиническая картина, неотложные состояния при тяжелых формах гестозов. Тактика и алгоритм оказания неотложной помощи.

1. В анализах крови при тяжелой степени поздних гестозов наблюдается:

Ответы:

1. лейкоцитоз
2. снижение уровня тромбоцитов
3. лейкопения
4. лимфоцитоз

2. Триада симптомов гестоза второй половины беременности :

Ответы:

1. гипертензия, протеинемия, нефропатия
2. гипертензия, отеки, протеинурия
3. тошнота, повышение давления, отеки
4. отеки, боли в животе, слюнотечение

3. Появление симптомов нарушения мозгового кровообращения характерно для:

Ответы:

1. раннего гестоза
2. нефропатии
3. эклампсии
4. преэклампсии

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

Ответы:

1. преэклампсии
2. раннем гестозе
3. эклампсии
4. нефропатии

5. Препарат выбора для лечения преэклампсии

Ответы:

1. Сульфат магния 25%
2. Но-шпа
3. Метипред
- 4 Клофелин

6. Не является характерным симптомом преэклампсии легкой степени

Ответы:

1. Тонические судороги
2. Отеки голеней
3. Повышение давления на 15 % от исходного
4. Отсутствие белка в моче

7. Препарат выбора для снижения артериального давления при преэклампсии легкой степени в амбулаторных условиях

Ответы:

1. клофелин
2. допегит
3. альмагель
4. реланиум

8. Возможная жалоба пациентки при гестозе тяжелой степени

Ответы:

1. диарея
2. бегание «мурашек» по коже
3. мелькание «мушек» перед глазами
4. плохой сон

9. Возможная жалоба пациентки при гестозе тяжелой степени

Ответы:

1. повышение температуры
2. гнойные выделения из половых путей
3. искажение вкуса
4. боли в эпигастрии

10. Возможная жалоба пациентки при гестозе тяжелой степени

Ответы:

1. головная боль
2. боль в пояснице
3. боль под левой лопаткой
4. боль в икроножных мышцах

3.2. Кровотечения в акушерстве, классификация, клиническая картина. Геморрагический шок. Тактика и алгоритм оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях.

1. Щадящий метод прерывания беременности в ранние сроки:

Ответы:

1. «Мифепристон» 600 мг
2. кюретаж
3. вакуум-аспирации
4. введение эстрогенов

2. Укажите осложнения абортов:

Ответы:

1. травма шейки матки
2. перфорация матки
3. эндометрит
4. все ответы правильные

3. Укажите причины кровотечения в первую половину беременности:

Ответы:

1. отслойка плаценты
2. повышение АД
3. тяжелый гестоз
4. предлежание плаценты

4. Основные симптомы предлежания плаценты:

Ответы:

1. повторные маточные кровотечения
2. боли внизу живота
3. повышение АД
4. молочница

5. Основные причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

Ответы:

1. общие заболевания матери
2. гестозы
3. все ответы правильные
4. дистрофические изменения матки

6. Дифференцировать преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты необходимо с:

Ответы:

1. разрывом органов брюшной полости
2. разрывом органов грудной полости
3. предлежанием плаценты
4. остеохондрозом

7. Укажите симптомы угрожающего аборта:

Ответы:

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

8. Укажите осложнения при неполном аборте:

Ответы:

1. повышение температуры тела
2. продолжающееся кровотечение
3. схваткообразные боли внизу живота
4. все ответы правильные

9. При длительной задержке мертвого плода в матке возникает осложнение, которое может привести к смерти женщины:

Ответы:

1. анемия
2. инфекция
3. ДВС синдром
4. рассасывание плода

10. Наиболее частой локализацией внематочной беременности является:

Ответы:

1. шейка матки
2. яичники
3. трубы
4. брюшная полость

11. Укажите симптом трубного аборта:

Ответы:

1. боли внизу живота
2. обильные кровотечения со сгустками
3. головная боль
4. тошнота, рвота

12. Укажите симптомы разрыва трубы:

Ответы:

1. картина внутреннего кровотечения
2. “кинжальная” боль внизу живота
3. периодические боли над лоном
4. сукровичные выделения

13. Клинические признаки пузырного заноса:

Ответы:

1. кровянистые выделения из половых путей
2. уменьшение роста матки
3. увеличение молочных желез
4. уменьшение гонадотропинов

14. Укажите причины разрыва матки:

Ответы:

1. не рациональное ведение родов
2. клиническое несоответствие размеров таза и предлежащей части плода
3. дистрофические изменения матки
4. все ответы правильные

15. Основной признак несостоятельности рубца на матке:

Ответы:

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

3.3. Гнойно – септические заболевания после родов и аборта. Доврачебная помощь.

1. Послеродовые гнойно- септические заболевания:

Ответ:

1. мастит
2. эндометрит
3. пельвиоперитонит
4. все ответы правильные

2. Причиной послеродового сепсиса является:

Ответы:

1. ранняя половая жизнь
2. остатки плодных оболочек
3. хроническая инфекция
4. все ответы правильные

3. Септический шок возникает при:

Ответы:

1. неправильном приеме антибиотиков
2. в третьем этапе развития послеродовых септических заболеваний
3. любой инфекции в послеродовом периоде
4. лактостазе

4. Лечение трещин сосков включает:

Ответы:

1. мазевые прокладки
2. витаминотерапию
3. УФО молочных желез
4. нет правильного ответа

5. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

Ответы:

1. три и более вагинальных обследования в родах
2. сбор анамнеза более 15 минут
3. отказ от очистительной клизмы перед родами
4. атопический дерматит в анамнезе

6. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

Ответы:

1. отягощенный аллергологический анамнез
2. лечение кортикостероидными препаратами
3. лечение муколитиками

4. три и более наружных акушерских обследования

7. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

Ответы:

1. при сахарном диабете
2. при использовании наружной КТГ в родах
3. отягощенный семейный анамнез
4. при продолжительности безводного периода более 3 часов

8. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

Ответы:

1. при продолжительности безводного периода 6 часов
2. при использовании до беременности комбинированных оральных контрацептивов
3. при патологической кровопотере в родах
4. при применении в родах окситоцина

9. Маститы по классификации разделяются

Ответы:

1. акушерский, хирургический
2. серозный, инфильтративный, гнойный
3. детского возраста, подросткового, зрелого
4. лактогенный, инфекционный, неизвестной этиологии

10. Послеродовый мастит

Ответы:

1. чаще вызывается золотистым стафилококком
2. чаще двухсторонний
3. чаще осложнение гнойно-септической инфекции малого таза
4. чаще вызывается синегнойной палочкой

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.

1.1. Структура родовспомогательных учреждений. Организация акушерской помощи населению

- 1. - 1
- 2. - 2
- 3. - 2
- 4. - 3
- 5. - 4

1.2. Психологические аспекты работы с пациентами в акушерской практике.

- 1. - 2
- 2. - 4
- 3. - 2
- 4. - 2
- 5. - 4

2.1. Санитарно-противоэпидемический режим в родовспомогательных учреждениях

- 1. - 3
- 2. - 1
- 3. - 1
- 4. - 2
- 5. - 3

2.2. ВИЧ-инфекция. Профилактика профессионального инфицирования гепатитами В, С и ВИЧ-инфекции.

- | | |
|--------|---------|
| 1. - 3 | 6. - 1 |
| 2. - 4 | 7. - 2 |
| 3. - 3 | 8. - 4 |
| 4. - 3 | 9. - 2 |
| 5. - 3 | 10. - 2 |

ТЕМА: Вопросы диагностики и клиники ведения родов

3.1 Роды, периоды, особенности оказания акушерского пособия при патологических родах.

1. - 4	6. - 1
2. - 1	7. - 3
3. - 2	8. - 2
4. - 2	9. - 2
5. - 2	10. - 1

3.1 Гестозы, клиническая картина, неотложные состояния при тяжелых формах гестозов. Тактика и алгоритм оказания неотложной помощи.

1. - 2	6.- 1
2. - 2	7. - 2
3. - 4	8. - 3
4. - 3	9. - 4
5. - 1	10. - 1

3.2. Кровотечения в акушерстве, классификация, клиническая картина. Геморрагический шок. Тактика и алгоритм оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях.

1. - 1	6. - 3	11.- 1
2. - 4	7. - 1	12. - 1
3. - 4	8. - 4	13.- 1
4. - 1	9. - 3	14. - 4
5. - 3	10.- 3	15. - 4

3.3. Гнойно – септические заболевания после родов и аборта. Доврачебная помощь.

1. - 4	6. - 2
2. - 4	7. - 1
3. - 2	8. - 3
4. - 3	9. - 2
5. - 1	10. - 1

Ситуационные задачи для итоговой аттестации по программе «Актуальные аспекты акушерского дела»

Ситуационная задача №1

Беременная А, 35 лет, поступила в ОПБ в 34-35 недель гестации по направлению ЖК. Данная беременность первая. Состоит на учете с 10 недель беременности. С 29 недель отмечает повышение АД до 130/90 — 140/90 мм рт.ст. Из сопутствующей патологии — хронический пиелонефрит с ремиссией в течение 5 лет. При поступлении активных жалоб не предъявляет. А/Д 150/100 мм рт.ст. на обеих руках. Матка в нормальном тонусе, В ДМ 34 см выше лона, ОЖ 94 см. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, слева от пупка. Отеки голеней, бедер. Белок мочи — 0,9 г/л.

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Дополнительные диагностические процедуры для подтверждения диагноза*
2. *Акушерская тактика*

Ситуационная задача №2.

В акушерскую клинику доставлена первородящая женщина 34 лет с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек»» перед глазами, отеки ног, кистей.

При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 170/110 мм.рт.ст. на левой руке и 165/100 мм.рт.ст. на правой. Матка соответствует 36-37 неделям беременности, что согласуется с предполагаемым сроком, сердцебиение плода 140 уд/мин ясное ритмичное, выслушивается слева ниже пупка. Отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Влагищное исследование: влагищная часть шейки матки укорочена до 1,5см, размягчена; цервикальный канал пропускает палец за внутренний зев, ткани в области внутреннего зева уплотнены. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Таз емкий, крестцовый мыс не достигается.

КТГ: БЧСС 160 в мин., амплитуда осцилляций > 10 уд/мин, частота мгновенных осцилляций >6 в мин, акцелераций 2, децелераций нет. Движения плода более 3, СТ нет, НСТ реактивный.

Общий анализ мочи — белок 2,1 г/л Суточная протеинурия — 6,5 г/л

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Акушерская тактика.*

Ситуационная задача №3.

Повторнородящая 30 лет (в анамнезе Б-5, Р-1, А-3) 39 недель, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схватки, продолжающиеся 5 часов. Размеры таза 23-25-28-18 см. Матка вытянута в поперечном направлении. Головка плода слева, тазовый конец-справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное-120 уд/мин, выслушивается справа на уровне пупка.

При влагищном исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Мыс достигается. Экзостозов нет.

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Акушерская тактика.*

Ситуационная задача №4.

В родильное отделение поступила беременная с жалобами на регулярные маточные сокращения каждые 5-7 минут. Воды не изливались. Срок гестации по менструации — 32-33 недели. В анамнезе два самопроизвольных выкидыша в сроках 8-9 и 14-15 недель и одни преждевременные роды в 35-36 недель весом 2.350 гр, без осложнений. До поступления в стационар беспокоили тянущие боли внизу живота и пояснице в течение 10-12 дней. При влагалищном исследовании: имеются структурные изменения шейки матки — укорочение до 1-1,5 см, канал пропускает два пальца за внутренний зев, плодный пузырь цел, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, мыс не достигается, экзостозов нет. При динамическом осмотре через 2 часа нет прогрессирующего сглаживания и раскрытия шейки матки.

Дополнительные методы диагностики

КТГ: нестрессовый тест реактивный. Сокращения матки через 6-8-10 минут различной амплитуды длительностью 20 — 30 -40 секунд. Децелераций нет.

УЗИ: плод один в головном предлежании, размеры плода соответствуют 32-33 неделям. Регистрируются дыхательная и двигательная активность плода. Плацента в теле матки спереди 1 степени зрелости, количество околоплодных вод в норме, шейка матки длиной 1,5 см, лёгкие плода «переходной» эхо-структуры.

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Дополнительные методы исследования.*
3. *Тактика ведения.*

Ситуационная задача №5.

Больная С. 28 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тошноту, слабость, тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,3.

Из анамнеза: Менструации регулярные, через 30 дней, по 5 дней умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 43 дня назад. Больная замужем. Беременностей было три: одни роды и два искусственных аборта. После последнего аборта развился двусторонний аднексит (стационарное лечение). После лечения в течение года предохранялась от беременности комбинированными оральными контрацептивами. В течение последнего года от беременности не предохранялась. Тест на беременность слабо положительный.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 86 в мин, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот правильной формы, не вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме. Мочеиспускание слегка учащено.

Влагалищное исследование : шейка матки цианотична, чистая. Выделения физиологические. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, мягкой консистенции, безболезненная. Придатки тяжисты, безболезненные

Беременность не желанная. Направлена на прерывание в гинекологическое отделение. При производстве искусственного аборта элементов плодного яйца не обнаружено. Поставлен диагноз : Нарушение менструального цикла. Обострение хр. аднексита. Назначена антибактериальная терапия.

Несмотря на лечение, боли внизу живота усиливались. Температура тела 37,1 С. При повторном бимануальном обследовании в области правых придатков пальпируется умеренное болезненное образование, мягкой консистенции, размером 4на 3 см. Выделения из цервикального канала незначительные кровянистые.

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Дополнительные методы исследования.*
3. *Какие ошибки допущены.*
4. *Тактика ведения.*

Ситуационная задача №6.

Пациентка 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. П/м — 07.08. 96 г. Дата поступления — 21.10.96 г. Настоящая беременность протекала с тошнотой и рвотой. 10.10.96 г. без видимой причины появились кровянистые выделения из влагалища, продолжались один день. 16.10 и 20.10 они повторились и были более обильными. Вмешательства, направленные на прерывание беременности, отрицает. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые несколько бледные, t - нормальная, PS — 80 уд/мин., АД — 140/90 — 150/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное.

При осмотре в зеркалах — слизистая шейки матки цианотичная. При бимануальном исследовании — матка соответствует 14 нед. беременности, своды свободны, придатки увеличены, несколько болезненны.

Дополнительные методы обследования

Концентрация ХГЧ в сыворотке крови составляет 30000 МЕ/мл

При ультразвуковом исследовании матка увеличена до 14-15 недель беременности, полость заполнена неоднородным эхопозитивным содержимым с большим количеством мелких округлых анэхогенных включений. В проекции обоих яичников визуализируются многокамерные анэхогенные тонкостенные включения размерами справа: 7,5×4,9×5,3 см, слева: 6,9×4,8×3,8 см. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Обследование.*
3. *Тактика ведения и диспансерного наблюдения.*

Ситуационная задача № 7.

Повторнородящая 30 лет, находится в родах 12 часов при беременности 39 недель. Начало родовой деятельности активное. Через 4 часа родовая деятельность изменилась, схватки стали реже, короче. Было назначено родоусиление путем в/в капельного введения окситоцина по схеме. Отмечалась бурная родовая деятельность, излились светлые околоплодные воды. Внезапно у роженицы появился сильный озноб, отмечено повышение t до 39°, цианоз лица, затрудненное дыхание. А/Д — 85/60 мм рт.ст., PS — 110 уд/мин., слабого наполнения. КТГ: БЧСС — 110 уд/мин, стрессовый тест — положительный. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода в узкой части полости малого таза, вставление правильное.

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Акушерская тактика.*

Ситуационная задача № 8.

Роженица П, 28 лет, повторнородящая с нормальными размерами таза, поступила на родоразрешение с регулярной родовой деятельностью. Срок беременности 38 недель. АД - 170/110 мм рт.ст., выраженные отеки. Через 2 часа после поступления — появились фибриллярные подергивания мимической мускулатуры, затем тонические судороги сменились клоническими. Сердцебиение плода 145 уд/мин, глуховатое. Влагалищное исследование: плодного пузыря нет, раскрытие маточного зева полное. Головка в узкой части малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

Дополнительное обследование

КТГ: БЧСС- 145 уд/мин амплитуда осцилляций — 6 -10 уд./мин, частота осцилляций — более 6 /мин, акцелераций — нет, децелерации — переменные

Анализ мочи: белок 0,5 г/л

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Ошибки ведения.*
3. *Тактика ведения.*

Ситуационная задача № 9.

Первородящая 20 лет. Беременность 40 недель. В анамнезе 2 искусственных аборта. В родах 8 часов, утомлена. Схватки через каждые 5-6 минут по 25-30, слаб умеренно болезненные. Околоплодные воды не изливались. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в 1 мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит головка плода, плотно прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди.

Задание к ситуационной задаче

1. *Предположительный диагноз.*
2. *Акушерская тактика.*

Ситуационная задача № 10

У роженицы 25 лет на 3-и сутки после родов появилась температура до 40°C гектического характера, озноб, тахикардия до 120 уд. в мин. При объективном обследовании: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые синюшного цвета, на конъюнктивах петехиальная сыпь, на конечностях мелкоочечные кровоизлияния, на лице сыпь в виде "бабочки". В анализе крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты $18 \cdot 10^9$, СОЭ 70 мм в час, п/я 6, с/я 70, м 5, л 12.

Задание к ситуационной задаче

1. Предположительный диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Прогноз.

Ситуационная задача № 11

У роженицы с 4-х суток послеоперационного периода после операции кесарева сечения в нижнем сегменте по Пфанненштилю отмечается повышение температуры до 38-39°C, ознобы. В развернутом анализе крови: лейкоциты $15,3 \cdot 10^9$, СОЭ 70 мм в ч, п/я 5, с/я 73, м 6, л 14, гемоглобин 96 г/л.

При осмотре: отмечается выраженная инфильтрация швов на передней брюшной стенке $10 \cdot 12$ см.

При влагалищном исследовании на 7-е сутки: матка до 15 недель, пальпация матки затруднена и болезненна из-за выраженной инфильтрации и гиперемии швов на передней брюшной стенке. Цервикальный канал пропускает палец, гнойные выделения с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. В течение 3 суток (с 4-го дня) проводится внутриматочный диализ, массивная антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Эффект незначительный. Переведена в гинекологическое отделение.

Задание к ситуационной задаче

- 1. Предположительный диагноз.*
- 2. Акушерская тактика.*

Ситуационная задача № 12.

Повторнородящая 29 лет поступила с указанием на подтекание вод в течение 17 часов. В родах 8 часов. Размеры таза: 25-28-30-20 см., диагональная конъюгата 12,5 см. положение плода поперечное. Сердцебиение ясное, 136 уд/мин. У роженицы отмечается повышение температуры до 38,6 градусов. Из половых путей гнойные выделения. При влагалищном исследовании найдено: раскрытие маточного зева на 10 см, плодного пузыря нет, предлежит плечико. Таз емкий.

Задание к ситуационной задаче

- 1. Предположительный диагноз.*
- 2. Допущенная ошибка.*
- 3. Оценить размеры таза.*
- 4. Причины подъёма температуры.*
- 5. План лечения.*

Ситуационная задача № 13.

На 4-е сутки после родов родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38 °С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка чувствительная при пальпации, на 12 см выше лона. Молочные железы - умеренное нагрубание.

Задание к ситуационной задаче

- 1. Предположительный диагноз. Обоснование диагноза.*
- 2. Причины осложнения.*
- 3. Дополнительные методы исследования.*

Ситуационная задача № 14.

Больная 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5°С. Менструальная функция не нарушена. 12-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5 ° С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно, без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 120 уд/мин, АД 120/ 80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненный во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина – Блюмберга резко положительный. При влагалищном исследовании: шейка матки

эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12-14-18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удастся; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гнойные.

Задание к ситуационной задаче

1. *Обоснуйте предположительный диагноз.*
2. *Проанализируйте причины осложнения.*
3. *Определите дополнительные методы исследования.*

Ситуационная задача № 15.

Девушка 25 лет, обратилась с жалобой к заведующему акушерского отделения, где она находилась на лечении. Ей провели операцию кесарево сечение, экстирпацию матки с трубами, после которой категорически запрещается прием пищи в течение 2х дней, не предупредив её об этом. На замечания девушки акушерка нагрубила, сказав, что она не обязана за этим следить.

Задание к ситуационной задаче

1. *Проанализируйте ошибки акушерки*
2. *Определите правильную тактику акушерки.*

Ситуационная задача № 16.

Девушка 16 лет, обратилась в женскую консультацию по месту жительства с просьбой о прерывании беременности. Была направлена на прием к акушерке. Акушерка, узнав возраст пациентки, начала возмущаться: «В наше время такого не было! У Вас что, головы нет на плечах? Нужно думать о последствиях. Пожалуй, я буду вынуждена рассказать родителям».

Задание к ситуационной задаче

1. *Проанализируйте нарушения акушерки.*
2. *Определите правильную тактику акушерки.*

Ситуационная задача № 17.

Молодая женщина 32 года, обратилась на прием к акушерке по поводу беременности. Из анамнеза жизни известно, что она переболела краснухой. Это заболевание на ранних сроках обуславливает врожденные уродства в 60-70 % случаев. Акушерка посоветовала женщине прервать беременность, аргументируя это тем, что у неё родится урод. Женщина начала нервничать и её состояние резко ухудшилось. Поднялось давление, случилась истерика.

Задание к ситуационной задаче

1. *Проанализируйте ошибки в поведении акушерки.*
2. *Определите правильную тактику акушерки.*

Ситуационная задача № 18.

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

Задание к ситуационной задаче

- 1. Выделите проблемы женщины.*
- 2. Составьте план по решению проблем*

Ситуационная задача № 19.

К акушерке смотрового кабинета поликлиники обратилась за советом 24-летняя женщина, у которой было два самопроизвольных выкидыша при сроке беременности 5/6 недель. В женскую консультацию не успевала обратиться. В связи с болями в животе и обильными кровянистыми выделениями вызывала скорую помощь. Оба раза женщину доставляли в гинекологическое отделение, где производили выскабливание полости матки по поводу неполного выкидыша. В данных ей рекомендациях не разобралась.

В анамнезе: месячные с 14 лет, через 30-35 дней, по 5-7 дней, обильные и умеренно болезненные. В зарегистрированном браке второй год. Вес женщины 47 кг. В женскую консультацию обращалась 2 раза, но данные рекомендации по обследованию не выполнила, так как училась в институте и подрабатывала, убирая помещение офиса. Боится, что доктор ЖК будет ею недоволен. Скоро заканчивает институт, хочет иметь детей. Просит помочь советом.

Задание к ситуационной задаче

- 1. Выделить проблемы женщины.*
- 2. Определите методы решения.*
- 2. Обоснуйте необходимость и тематику просветительской беседы .*

Ситуационная задача № 20.

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

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

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

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

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

Задание к ситуационной задаче

- 1. Выявите проблемы женщины и их причины.*
- 2. Оцените состояние женщины, поставьте предположительный диагноз и обосновать его.*
- 3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.*

Эталоны ответов на задачи

Эталон ответа к ситуационной задаче №1

1. Диагноз: Беременность 34 — 35 недель. Преэклампсия легкой степени. Хронический пиелонефрит в ст. ремиссии.

2. Необходимое дополнительное обследование: анализ крови клинический свертываемость, тромбоциты; анализ крови биохимический — общий белок, билирубин, креатинин, мочевины, АСТ, АЛТ; анализ мочи общий, анализ мочи на суточный белок; КТГ, консультация окулиста.

3. Тактика: режим стационара; ежедневно определяется протеинурия, диурез; измерение А/Д 4 раза в день. Обычный пищевой режим с увеличением потреблением белков. Если состояние пациентки стабильное (беременная остается в родильном доме до родоразрешения) — консервативное родоразрешение после 36 недель беременности. При ухудшении состояния — немедленное родоразрешение.

Эталон ответа к ситуационной задаче №2.

1. Диагноз: Беременность 35/36 недель. Тяжелая преэклампсия.

2. Тактика: Профилактика судорог показана перед родоразрешением, во время родов и, как минимум, в течение 24 часов после родоразрешения.

В/в введение сульфата магния: нагрузочная доза — 16 — 24 мл. 25% раствора в течение 20 мин, поддерживающая доза — 80 мл. 25% р-ра в 500 мл. 0,9% р-ра хлорида натрия. Гипотензивная терапия Нифедипин 10 мг. разжевать и проглотить, затем 10 мг. под язык, если давление не снижается, то Клофелин 0,3 мг. под язык

Специфическим методом лечения тяжелой преэклампсии является родоразрешение. Учитывая зрелость шейки матки, показаны индуцированные роды. Схема родовозбуждения — амниотомия. Индуцирование родовой деятельности проводится в/в капельным введением окситоцина или препаратами простагландинов, например, мизопростолом по 50 мкг, энтерально или интравагинально. Ведение влагалищных родов: мониторинг А/Д матери, контроль за состоянием плода, введение катетера для измерения почасового диуреза.

Эталон ответа к ситуационной задаче №3.

1. Беременность 39 недель. Поперечное положение плода. Общеравномерносуженный таз. I степень сужения. I период родов. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Учитывая форму матки (вытянута в поперечном направлении), отсутствие предлежащей части, расположение головки слева, диагностировано поперечное положение плода, I позиция. Уменьшение всех наружных размеров таза на 2 см, характерно для общеравномерносуженного таза.

Учитывая высокий риск в родах для матери и плода при наличии поперечного положения, показано родоразрешение путем операции кесарево сечение. Подготовка женщины к оперативному родоразрешению.

Эталон ответа к ситуационной задаче №4.

1. Беременность 32-33 недели. Угрожающие преждевременные роды.

2. УЗИ, КТГ, оценка биофизического профиля.

3. Постельный режим на левом боку, токолитической терапии (атозибан, гинипрал). Необходимо пролонгировать беременность хотя бы на двое суток для проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств: дексаметазон по 12

мг внутримышечно №3 через 12 часов. Если не удаётся предотвратить преждевременные роды, перегоспитализация пациентки в родильный дом второго или третьего уровня под наблюдением акушерки или врача. Предпочтение должно отдаваться родоразрешению через естественные родовые пути.

Эталон ответа к ситуационной задаче №5

1. Внематочная беременность справа. На основании бимануального исследования-увеличение матки, положительный тест на беременность, задержка менструации.

2. Трансвагинальное УЗИ малого таза, ХГЧ в динамике, диагностическая лапароскопия.

3. Ошибочно выставлен диагноз обострение хр. аднексита, температура у беременной женщины может быть слегка повышена из-за действия гестагенов в первом триместре. Не был учтен фактор риска внематочной беременности из-за хронического аднексита. Необходимо было назначить трансвагинальное УЗИ малого таза (все женщины в обязательном порядке направляются на УЗИ для уточнения срока беременности-приказ №50 от 10.02.2003г) Отсутствие плодного яйца, показание для контроля ХГЧ.

Назначение антибактериальной терапии тоже не оправдано.

Эталон ответа к ситуационной задаче №6.

1. Предполагаемый диагноз: Беременность 10/11 недель. Пузырный занос?

На основании: матка не соответствует сроку беременности — по п/м срок беременности 10 — 11 недель, по данным обследования — 14 недель, повторяющиеся кровянистые выделения, увеличение и болезненность придатков, явления токсикоза

2. Анализ крови на хорионический гонадотропин (при пузырном заносе количество его резко повышается), УЗИ (могут быть выявлены элементы пузырного заноса в виде гомогенной мелкозернистой массы и отсутствие плода, а также лютеиновые кисты яичников).

3. Необходимо провести вакуум-аспирацию содержимого полости матки с обязательным гистологическим исследованием. Во время и после операции показано внутривенное введение окситоцина, В послеоперационном периоде показана профилактическая монохимиотерапия метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой в течение 5 дней внутривенно.

Контроль излеченности — 3 последовательных отрицательных анализа крови на ХГЧ, взятых с интервалом 1,5-2 недели. Обычно ХГЧ определяется до 9 — 11 недель после эвакуации пузырного заноса. В течение года контроль ХГЧ каждые 3 месяца. В течение года контрацепция КОК.

Эталон ответа к ситуационной задаче №7.

1. Диагноз: Второй период вторых срочных родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Родостимуляция окситоцином. Эмболия околоплодными водами?

2. Срочный вызов врача акушер –гинеколога, анестезиолога-реаниматолога. Родоразрешение путем операции — наложение полостных акушерских щипцов.

Показания: шоковое состояние роженицы, острая гипоксия плода. Условия: полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря живой плод, правильное вставление головки, головка в узкой части малого таза.

Одновременно начинают противошоковую терапию: подготовить
- плазмозамещающие растворы — Полиглюкин, Реополиглюкин, физиологический раствор
- вазоактивные вещества — р-р адреналина гидрохлорида 0,1%, норадреналина гидрохлорида 0,02%
- кортикостероидные препараты (преднизолон, дексаметазон)

Вызвать лаборанта для оценки свертывающей системы крови.

Эталон ответа к ситуационной задаче №8.

1. Диагноз: II период вторых срочных родов, эклампсия.

2. Ошибки ведения: недооценка тяжести состояния роженицы, ведение тяжелых форм гестоза должно включать предотвращение судорог (магнезиальную терапию) и снижение чрезмерно повышенного АД.

3. Родоразрешение путем операции — наложение полостных акушерских щипцов.

Показания; приступ эклампсии во II периоде родов, гипоксия плода. Условия: полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, живой плод, правильное вставление головки, головка в узкой части малого таза.

Одновременно начинают противосудорожную терапию: подготовить сернокислый магний 20 мл 25% раствора, седуксен. Иметь в готовности инструменты для интубации пациентки на случай дыхательной депрессии.

Гипотензивная терапия: клофелин, гидралазин.

Магнезиальная терапия продолжается в течение 24 — 48 часов после родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 9.

Диагноз: Первый период первых срочных родов в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности. Плоский плодный пузырь.

Диагноз слабости родовой деятельности устанавливают на основании:

- недостаточной маточной активности;
- замедленной скорости сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева;
- длительного стояния предлежащей части во входе малого таза и замедленного продвижения при соответствии с размерами таза;
- увеличенной продолжительности родов;
- утомления роженицы и нередко внутриутробного страдания плода.

Диагноз слабости родовой деятельности следует ставить при динамическом наблюдении за роженицей в течение 2-3 ч.

В I периоде родов, при отсутствии противопоказаний, поведение роженицы должно быть активным, ей следует вставать, ходить. Необходимо контролировать функцию мочевого пузыря и кишечника. Прежде всего, где это возможно, необходимо устранить причины, вызывающие слабость родовой деятельности, при многоводии и маловодии и наличии зрелости шейки матки, или при раскрытии маточного зева на 4-5 см, вскрывают плодный пузырь.

При утомлении роженицы следует предоставить ей отдых путем дачи акушерского медикаментозного наркоза при отсутствии срочных показаний к родоразрешению (острая гипоксия плода, угроза образования акушерских свищей).

Для лечебного акушерского сна подготовить раствор натрия оксибутирата 20% (ГОМК), промедол (2% — 1 мл), раствор димедрола (1%-1 мл). Нередко достаточно предоставления роженице отдыха, чтобы после ее пробуждения восстановилась нормальная родовая деятельность. Если после предоставления лечебного сна-отдыха родовая деятельность не восстановилась, через 1 — 2 ч показано назначение утеротонических средств.

Подготовить окситоцин, 0,9% изотонического раствора натрия хлорида, инфузомат. Если введение окситоцина, в достаточной дозе, в течение 2 ч не усиливает сокращения матки и не способствует увеличению раскрытия шейки матки - можно поставить вопрос о кесаревом сечении.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 10.

1. Послеродовой период, 3-и сутки. Сепсис. ДВС-синдром.

2. Женщине показана лапаротомия. Гистерэктомия (экстирпация матки) с трубами и хорошее дренирование брюшной полости. Антибиотикотерапия (2 антибиотика, внутримышечно и внутривенно), дезинтоксикационная терапия, иммунокоррекция, лечение ДВС-синдрома, витаминотерапия, УФО крови, плазмаферез, оксигенотерапия. Женщину необходимо подготовить к операции, подготовить необходимые фармакологические средства.

3. Сомнительный.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 11.

1. Послеоперационный период 4-е сутки. Метроэндометрит. Несостоятельность швов на передней брюшной стенке.

2. Релапаротомия. Гистерэктомия (экстирпация матки) с трубами и хорошее дренирование брюшной полости. Антибиотикотерапия (2 антибиотика, внутримышечно и внутривенно), дезинтоксикационная терапия, иммунокоррекция, витаминотерапия. Подготовить женщину к операции. Приготовить необходимые фармакологические препараты.

4. Сомнительный.

Эталон ответа к ситуационной задаче №12.

1. Первый период вторых срочных родов. Запущенное поперечное положение плода. Хориоамнионит.

2. Не проводилась антибактериальная терапия в родах при длительном безводном промежутке. Не решен вопрос о плановой операции кесарево сечение.

3. Нормальные размеры таза.

4. Хориоамнионит.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 13:

1. Послеродовой период, 4-е сутки. Эндометрит. Боли внизу живота, повышение температуры тела до 38 °С. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка чувствительная при пальпации, на 12 см выше лона.

2. Ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта.

3. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазки на флору, бак. посев из цервикального канала. УЗИ. Гистероскопия.

4. Обследование: трансвагинальное УЗИ, бак посев с определением чувствительности к а/б.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 14.

1. Пельвиоперитонит.

Сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5°С. В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37, 5 ° С. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненный во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина – Блумберга резко положительный. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12-14-18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гнойные.

2. Длительное использование ВМК.

3. Пункция заднего свода влагалища. При гнойном содержимом вскрытие и

дренирование прямокишечно-маточного углубления через задний свод (бак.посев на чувствительность к а/б). Параллельно выяснение причины перитонита.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 15.

1. Эффективность лечения после хирургической операции определяется не только успешностью оперативного вмешательства, но и качеством последующего сестринского ухода. Это как раз входит в прямые обязанности акушерки, которые она не выполняет.

2. Когда женщина пришла в сознание после операции, объяснить течение послеоперационного периода. Провести беседу о питании, предупредив на какие сутки и что можно кушать и пить. Объяснить какие продукты могут приносить родственники, что необходимо исключить из меню. Контролировать питание в послеоперационном периоде. Отвечать вежливо и компетентно на поставленные вопросы.

Эталоны ответа к ситуационной задаче № 16.

1. По действующему законодательству оказание медицинской помощи больному после 15 лет не требует согласия родителей или других законных его представителей. Акушерка занимается оказанием медицинской помощи, а не воспитывает своих пациентов.

2. Акушерка обязана провести беседу о последствиях прерывания беременности и направить к психологу. Рассказать какие существуют способы прерывания беременности в таком сроке. Дать направления на обследования к прерыванию беременности. Направить на консультацию к акушер-гинекологу с датой явки. Проконтролировать явку Провести психообразовательную беседу по способам предохранения и профилактике болезней, передающихся половым путем.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 17.

1. Акушерка не имеет права выносить категоричных, резких суждений только на основании анамнеза больного. Для такого серьезного решения как прерывание беременности нужны весомые причины, подтвержденные объективным обследованием. Слова типа «родиться урод» не могут присутствовать в общении медицинского работника и пациента.

2. Успокоить женщину. Отправить на консультацию к врачу акушер-гинекологу, инфекционисту.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 18.

1. Настоящая проблема в том, что у молодой женщины искаженное представление о системе родовспоможения, назначении ЖК и родильного дома, страх осложнений

Потенциальная проблема: в том, что женщина не будет соответствующим образом обследована во время беременности и может получить осложнение в родах.

2. Объяснить женщине организационную структуру родовспоможения, возможности женской консультации и родильного дома по оказанию помощи беременной, роженице и родильнице. Рассказать о современных прогрессивных преобразованиях. Рассказать, что домашние роды не защищают роженицу и ребенка, а являются наиболее рискованными. Рассказать, что роды на дому могут привести к летальному исходу как для женщины так и для ребенка.

Рассказать о методах подготовке к родам, возможности выбора, об индивидуальных родильных залах, послеродовых палатах, совместном пребывании матери и ребенка, раннем прикладывании к груди, профилактике ВБИ. Рассказать, что без полной системы обследования женщина может поступить только в наблюдательное отделение.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 19.

1. Настоящая проблема заключена в привычном невынашивании. Женщина не обследована и неинформирована, недостаточно коммуникабельна. Потенциальная

проблема: вновь невынашивание и более тяжелые осложнения: кровотечения, воспалительные заболевания, бесплодие и др. Женщине нужно дать совет быть более настойчивой и последовательной в обследовании и лечении. Дать рекомендации в плане обследования и лечения, а также организационного плана. Уверить в благополучном исходе.

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

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

Эталон ответа к ситуационной задаче № 20.

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

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

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

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

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;

- госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

Рассказать о причине выкидышей, профилактике, методах сохраняющей терапии.