Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация
"Академия технологии и управления"
(АНПОО «Академия технологии и управления»)

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

профессионального модуля

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

по специальности 31.02.02 Акушерское дело

Новочебоксарск, 20__ г.

Паспорт
фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств (ФОС) предназначен для проверки результатов освоения профессионального модуля ПМ.04. Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.02.02 Акушерское дело.

В результате изучения профессионального модуля обучающийся должен:

иметь практический опыт:

- проведения обследования, ухода, наблюдения и ведения беременных, рожениц, родильниц в случае акушерской и экстрагенитальной патологии под руководством врача;
- оказание доврачебной помощи беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии;
- оказание лечебно-диагностической, профилактической помощи больным новорожденным под руководством врача;
- оказание доврачебной помощи новорожденному при неотложных состояниях;

уметь:

- проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача;
- проводить акушерские пособия на фантомах при патологических родах;
- оказывать доврачебную помощь при акушерке и экстрагенитальной патологии;
- осуществлять уход за пациентом в периоперативном периоде;
- осуществлять уход за недоношенным новорожденным;
- оказывать медицинские услуги в неонатологии;
- оказывать доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях;

знать:

- виды акушерской патологии;
- особенности течения и ведения беременности, родов, послеродового периода на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии;
- консервативные методы лечения акушерской и экстрагенитальной патологии;
- основные виды акушерских операций;
- уход за пациентом в периоперативном периоде;
- доврачебную помощь при неотложных состояниях в акушерстве;
- признаки недоношенности ребенка;
- заболевания периода новорожденности, их проявления у новорожденных при различной степени зрелости;
- этапы выхаживания и принципы терапии недоношенных детей;
- особенности вакцинации БЦЖ недоношенных детей;
- неотложные состояния у новорожденных;
- доврачебная помощь при неотложных состояниях у новорожденных.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

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

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

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

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

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

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

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

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 4.1. Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией и новорожденному.

ПК 4.2. Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.

ПК 4.3. Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.

ПК 4.4. Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии.

ПК 4.5. Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.

№, п/п	**Назначение фонда оценочных средств**	**Контролируемые дидактические единицы**	**Вид оценочных материалов**	**Результат**
7 (5) семестр				
1	Текущий контроль Практические занятия	Уход и наблюдение за беременными. Осложнения со стороны матери и плода. Выявление показаний для прерывания беременности	Приложение 1	проводит обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача; проводит акушерские пособия на фантомах при патологических родах; оказывает доврачебную помощь при акушерке и экстрагенитальной патологией; осуществлять уход за пациентом в периоперативном периоде;
2	Текущий контроль Практические занятия	Отеки беременных показания для госпитализации.	Приложение 2	
3	Текущий контроль Практические занятия	Неотложная помощь при тяжелой степени гестоза. Показания к досрочному родоразрешению	Приложение 3	
4	Текущий контроль Практические занятия	Профилактические курсы медикаментозной терапии по предупреждению гестоза беременным группы риска, а также беременным с лабораторными данными изменения гемостаза	Приложение 4	
5	Текущий контроль Практическое занятие	Показания к досрочному родоразрешению, способы и методы родоразрешения. Реабилитация. Этапы.	Приложение 5	
6	Текущий контроль Практическое занятие	Уход и наблюдение за беременной, роженицей, родильницей с заболеваниями мочевыделительной системы.	Приложение 6	

7	Текущий контроль Практическое занятие	Показания для прерывания беременности. Сроки и методы родоразрешения	Приложение 7	осуществлять уход за недоношенным новорожденным; оказывает медицинские услуги в неонатологии; оказывает доврачебную помощь новорожденному при неотложных состояниях; определяет виды акушерской патологии; особенности течения и ведения беременности, родов, послеродового периода на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии; консервативные методы лечения акушерской и экстрагенитальной патологии; основные виды акушерских операций; уход за пациентом в периоперативном периоде; доврачебную помощь при неотложных состояниях в акушерстве; признаки недоношенности ребенка; заболевания периода новорожденности, их проявления у новорожденных при различной степени зрелости; этапы выхаживания и принципы терапии недоношенных детей;
8	Текущий контроль Практическое занятие	Показания для прерывания беременности.	Приложение 8	
9	Текущий контроль Практическое занятие	Показания к прерыванию беременности. Сроки и методы родоразрешения. Особенности ведения послеродового периода	Приложение 9	
10	Текущий контроль Практическое занятие	Аномалии развития плаценты, пуповины влияние на течение беременности, родов.	Приложение 10	
11	Текущий контроль Практическое занятие	Акушерская тактика ведения беременности, родов и послеродового периода при маловодии и многоводии	Приложение 11	
12	Текущий контроль Практическое занятие	Формы плацентарной недостаточности.	Приложение 12	
13	Текущий контроль Практическое занятие	Выявление беременных группы риска по преждевременным родам. Профилактика осложнений в родах и РДС-синдрома у новорожденного.	Приложение 13	
14	Текущий контроль Практическое занятие	Методы родовозбуждения. Признаки и степени переношенности (перезрелости) у новорожденного.	Приложение 14	
15	Текущий контроль Практическое занятие	Оказание неотложной доврачебной помощи при аномалиях сократительной деятельности матки.	Приложение 15	
16	Текущий контроль Практическое занятие	Особенности ведения родов при патологии прелиминарного периода, уход и наблюдение за роженицей.	Приложение 16	
17	Текущий контроль Практическое занятие	Выполнение назначений врача по коррекции аномалии родовой деятельности.	Приложение 17	
18	Текущий контроль Практическое занятие	Оказание неотложной доврачебной помощи	Приложение 18	
19	Текущий контроль Практическое занятие	Методы родоразрешения при анатомически и клинически узком тазе.	Приложение 19	
20	Текущий контроль Практическое занятие	Биомеханизм родов при узком тазе. Ведение родов	Приложение 20	

21	Текущий контроль Практическое занятие	Особенности ведения родов при разгибательных прилежаниях головки плода	Приложение 21	особенности вакцинации БЦЖ недоношенных детей; неотложные состояния у новорожденных; доврачебная помощь при неотложных состояниях у новорожденных. ОК 1,2,3,4 ПК 1.2,1.5,2.1,2.2,2.3,3.1,3.2,3.3,3.4,3.4,3.5, ПК 4.1,4.2,4.3,4.4,4.5
22	Текущий контроль Практическое занятие	Методы диагностики тазовых предлежаний плода	Приложение 22	
23	Текущий контроль Практическое занятие	Методы родоразрешения	Приложение 23	
8(6) семестр				
24	Текущий контроль	Уход и наблюдение за состоянием родильницы при гематоме мягких родовых путей	Практическое занятие Приложение 24	знает о строении и функциях органов и систем организма человека при оказании акушерско-гинекологической помощи; определяет строение человеческого тела и функциональные системы человека ОК 1,2,3,4 ПК 1.2, 1.5, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.4, 3.5, ПК 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5
25	Текущий контроль	Уход и наблюдение за роженицей при расхождение и разрыве лонного сочленения	Практическое занятие Приложение 25	
26	Текущий контроль	Подготовка набора инструментов, стерильного материала, медикаментов для оперативного лечения. Особенности ведения послеоперационного периода.	Практическое занятие Приложение 26	
27	Текущий контроль	Особенности проведения влагалищного исследования. Особенности диспансерного наблюдения. Определение объема кровопотери	Практическое занятие Приложение 27	
28	Текущий контроль	Акушерская тактика при кровотечениях в III периоде родов. Особенности ухода и наблюдения за роженицей и родильницей. Современные методы лечения	Практическое занятие Приложение 28	
29	Текущий контроль	Акушерская тактика при геморрагическом шоке во время родов. Комплекс лечебных мероприятий	Практическое занятие Приложение 29	
30	Текущий контроль	Уход и наблюдение за родильницей при послеродовой язве, нагноение швов промежности. Комплекс лечебных мероприятий.	Практическое занятие Приложение 30	
31	Текущий контроль	Уход и наблюдение за родильницей при нагноившейся гематоме. Комплекс лечебных мероприятий.	Практическое занятие Приложение 31	
32	Текущий контроль	Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 32	
33	Текущий контроль	Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 33	

34	Текущий контроль	Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 34	
35	Текущий контроль	Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 35	
36	Текущий контроль	Роль акушерки в профилактики послеродового сепсиса, уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 36	
37	Текущий контроль	Роль акушерки в профилактики послеродового лактационного мастита, уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 37	
38	Текущий контроль	Роль акушерки в профилактики осложнений, уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 38	
39	Текущий контроль	Акушерская тактика при возникших осложнениях. Послеоперационный уход и наблюдение.	Практическое занятие Приложение 39	
40	Текущий контроль	Акушерская тактика при возникших осложнениях. Послеоперационный уход и наблюдение.	Практическое занятие Приложение 40	
41	Текущий контроль	Роль акушерки в профилактике осложнений. Послеоперационный уход	Практическое занятие Приложение 41	
42	Текущий контроль	Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 42	
43	Текущий контроль	Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 43	
44	Текущий контроль	Роль акушерки в профилактики осложнений со стороны матери и плода вовремя кесарево сечения. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 44	
45	Текущий контроль	Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 45	
46	Текущий контроль	Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей. Осложнения, роль акушерки в профилактике осложнений.	Практическое занятие Приложение 46	
47	Текущий контроль	Особенности ведения позднего послеродового периода. Осложнения роль акушерки в профилактике осложнений	Практическое занятие Приложение 47	
48	Текущий контроль	Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей.	Практическое занятие Приложение 48	
49	Текущий контроль	Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей	Практическое занятие Приложение 49	
	Промежуточная аттестация	Соответствие требованиям ФГОС СПО 31.02.02 Акушерское дело утв. приказом Министерства	Оценочные средства для проведения экзамена	

		образования и науки РФ от 11 августа 2014 г. N 969		

Формы проведения промежуточной аттестации:

МДК 01.01 Физиологическое акушерство	6 (4) семестр	Экзамен
МДК 01.02 Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам	6 (4) семестр	Экзамен
МДК.01.03. Сестринский уход за здоровым новорожденным	6 (4) семестр	Экзамен
УП. 01 Учебная практика	5 (3) семестр	Дифференцированный зачет
ПП. 01 Производственная практика (по профилю специальности)	5 (3) семестр 6 (4) семестр	Дифференцированный зачет Дифференцированный зачет
ПМ. 01 Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода	6 (4) семестр	Экзамен

Дифференцированный зачет по учебной практике выставляется на основании результатов выполнения отчета о прохождении практики, анализа дневника практики и характеристики об уровне освоения студентом компетенций.

Дифференцированный зачет по производственной практике (по профилю специальности) выставляется на основании результатов выполнения отчета о прохождении практики и данных аттестационного листа по результатам производственной практики, анализа дневника практики и характеристики об уровне освоения студентом компетенций.

Критерии и оценочная шкала
для промежуточной аттестации по практике (учебной, производственной (по профилю специальности), производственной (преддипломной).

Во время устной защиты руководитель практики от академии оценивает результаты прохождения практики по следующей примерной шкале:

Дескрипторы сформированности компетенций	Шкала оценки
Студент практику не прошел по неуважительной причине. Студент не представил отчётных документов.	0 (оценка не выставляется)
Комплект документов неполный. Цель практики выполнена эпизодически: не отработаны или некачественно применены на практике профессиональные компетенции (примеры и результаты деятельности отсутствуют). Высказаны серьёзные замечания от представителей организации, а работа студента оценена на «неудовлетворительно». Студент удовлетворительно не ответил на вопросы по отчету по практике. Отчет по практике представлен в срок, однако является неполным и не соответствует стандарту подготовки, что свидетельствует о несформированности у студента надлежащих компетенций.	1-2 (неудовлетворительно)
Комплект документов полный, но некоторые документы не подписаны или заверены недолжным образом. Цель практики выполнена частично: недостаточно отработаны и применены на практике три и менее профессиональные компетенции (кратко представлены некоторые примеры и результаты деятельности без комментариев представителей организации, которые оцениваются экспертным образом). Высказаны критические замечания от представителей организации, а работа студента оценена на «удовлетворительно». Студент отвечал неполно, неуверенно прокомментировал отчет по практике. Отчет по практике представлен в срок, однако имеются существенные дефекты в соответствии отчета стандарту подготовки, что свидетельствует о недостаточной сформированности у студента надлежащих компетенций.	3 (удовлетворительно)
Комплект документов полный, но некоторые документы не подписаны или заверены недолжным образом. Цель практики выполнена почти полностью: частично отработаны и применены на практике три и менее профессиональные компетенции (кратко представлены некоторые примеры и результаты деятельности без комментариев представителей организации, которые оцениваются экспертным образом). Незначительные замечания от представителей организации, а работа студента оценена на «хорошо». Студент убедительно и уверено прокомментировал отчет по практике. Отчет по практике представлен в срок, однако имеются несущественные дефекты в соответствии отчета стандарту подготовки, что свидетельствует о сформированности у студента надлежащих компетенций, однако страдающих от неявной выраженности.	4 (хорошо)
Комплект документов полный, все документы подписаны и заверены должным образом. Цель практики выполнена полностью или сверх того: полноценно отработаны и применены на практике три и более профессиональные компетенции (представлены многочисленные примеры и результаты деятельности с комментариями представителей организации, которые оцениваются экспертным образом). Замечания от организации отсутствуют, а работа студента оценена на «отлично». Студент аргументированно и убедительно прокомментировал отчет по практике. Отчет по практике представлен в срок, не имеется дефектов в соответствии отчета стандарту подготовки, что свидетельствует о полной сформированности у студента надлежащих компетенций.	5 (отлично)

Приложение1

Практическое занятие

Уход и наблюдение за беременными. Осложнения со стороны матери и плода. Выявление показаний для прерывания беременности

Беременная должна встать на учет в женской консультации до срока беременности

1. 5 недель
2. 12 недель
3. 14 недель
4. 16 недель
5. 20 недель

Физиологическая беременность продолжается

1. 240 дней
2. 280 дней
3. 320 дней
4. 220 дней
5. 300 дней

Перинатальный период продолжается

1. с 12 недель беременности до рождения плода
2. с 20 недель беременности до 7-х суток после родов включительно
3. с 28 недель беременности до 56-го дня после родов включительно
4. с 28 недель беременности до 7 суток после родов включительно
5. с 32 недель беременности до 7 суток после родов включительно

Беременная должна посещать женскую консультацию в первой половине беременности

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в 10 дней
3. 1 раз в 2 недели
4. 1 раз в месяц
5. 2 раза в триместр

Во второй половине беременности беременная должна посещать женскую консультацию

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в 10 дней
3. 1 раз в 2 недели
4. 1 раз в месяц
5. 2 раза в триместр

При наблюдении в женской консультации каждая беременная обязательно должна быть осмотрена

1. терапевтом, хирургом, стоматологом, лор-специалистом
2. терапевтом и стоматологом, при наличии показаний - другими специалистами
3. терапевтом, гематологом, стоматологом, венерологом
4. стоматологом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами
5. терапевтом, инфекционистом, стоматологом, венерологом

Здоровая беременная должна быть осмотрена терапевтом

1. 2 раза за беременность
2. 2 раза в месяц
3. 2 раза в триместр
4. 1 раз в 2 месяца
5. 3 раза в месяц

Выкидышем называется прерывание беременности

1. до 12 недель
2. до 20 недель
3. до 25 недель
4. до 28 недель
5. до 30 недель

Женщина получает дородовый отпуск при сроке беременности

1. 30 недель
2. 32 недели

3. 35 недель
4. 28 недель
5. 34 недели

Клинический анализ крови у беременных в женской консультации проводится

1. 2 раза в месяц
2. 1 раз в месяц
3. 3 раза за беременность
4. 2 раза в триместр
5. 1 раз в 2 месяца

При наблюдении в женской консультации исследование общего анализа мочи беременным проводится

1. 2 раза в триместр
2. 1 раз в месяц
3. 2 раза в месяц
4. 1 раз в неделю
5. к каждому посещению врача

Реакция Вассермана в течение беременности проводится

1. 1 раз
2. каждые 2 месяца
3. 1 раз в месяц
4. 3 раза
5. 2 раза в триместр

Исследование мазков на гонококки Нейссера у беременных производится

1. 1 раз за беременность
2. 1 раз в месяц
3. каждые 2 месяца
4. 3 раза за беременность
5. 2 раза в триместр

Ультразвуковое исследование с целью пренатальной диагностики должно проводиться

1. однократно в I триместре беременности
2. однократно в II триместре беременности
3. трижды в I,II и III триместрах беременности
4. в I и II триместрах беременности
5. по строгим показаниям

Беременным женщинам проводится иммунопрофилактика

1. столбняка
2. кори
3. дифтерии
4. полиомиелита
5. стафилококковой инфекции

Основной задачей психопрофилактической подготовки беременной к родам является

1. разъяснение влияния факторов внешней среды на течение беременности и развитие плода
2. ознакомление с основами гигиены режима и питания беременных
3. разъяснение физиологической сущности родов и течения послеродового периода
4. устранение психогенного компонента родовой боли
5. ознакомление беременных со строением и функциями половых органов, клиническим течением родов

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам начинается

1. с 12 недель
2. с 15-16 недель
3. с 20-22 недель
4. с 26-28 недель
5. с 32-35 недель

Перво- и повторнобеременные начинают ощущать шевеления плода соответственно

1. с 16 и 14 недель
2. с 18 и 16 недель
3. с 20 и 18 недель

4. с 22 и 20 недель
5. с 24 и 22 недель

Влагалищное исследование при диспансерном наблюдении за беременной во II триместре

1. должно проводиться при подозрении на предлежание плаценты
2. проводится для уточнения характера предлежащей части
3. должно проводиться при каждой явке
4. проводится один раз за триместр
5. проводится только при наличии показаний

Для уточнения 30-недельного срока беременности можно использовать

1. рентгенологический метод
2. УЗИ
3. ЭКГ и ФКГ плода
4. амниоскопию
5. цитологический метод

Признак Пискачека относится к группе

1. предположительных признаков беременности
2. сомнительных признаков беременности
3. вероятных признаков беременности
4. достоверных признаков беременности

Признак Горвица-Гегара относится к группе

1. предположительных признаков беременности
2. сомнительных признаков беременности
3. вероятных признаков беременности
4. достоверных признаков беременности

Биологические методы диагностики беременности относятся к группе

1. вероятных признаков беременности
2. предположительных признаков беременности
3. сомнительных признаков беременности
4. достоверных признаков беременности

Появление молозива относится к группе

1. вероятных признаков беременности
2. предположительных признаков беременности
3. сомнительных признаков беременности
4. достоверных признаков беременности

Среди признаков беременности раннего срока прекращение менструаций относится к группе

1. вероятных признаков беременности
2. предположительных признаков беременности
3. сомнительных признаков беременности
4. достоверных признаков беременности

Цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки относится к группе

1. вероятных признаков беременности
2. предположительных признаков беременности
3. сомнительных признаков беременности
4. достоверных признаков беременности

К сомнительным признакам беременности относятся

1. пальпация частей плода, выслушивание сердечных тонов плода
2. ультразвуковая и рентгенологическая регистрация изображения плода, регистрация сердечной деятельности плода
3. прекращение месячных, цианоз слизистой влагалища, изменение величины, формы и консистенции матки
4. изменение аппетита, обонятельных ощущений, тошнота по утрам, неустойчивость настроения
5. положительные биологические и иммунологические реакции на беременность

Приложение2

Практическое занятие

Отеки беременных показания для госпитализации.

Ответьте на вопросы:
1. **Что такое отеки?**
2. Расскажите классификацию отеков.
3. Какие показания к экстренной госпитализации?
4. Какие показания к экстренной госпитализации?
Эталоны ответов:

1. **Что такое отеки?**

Отеки — избыточное скопление жидкости в организме вследствие усиления ее диффузии из кровеносных сосудов и задержки в тканях. Наличие отеков (за исключением сильных или быстро возникающих отеков лица или нижней части спины) не следует рассматривать как признаки патологического состояния, поскольку отеки нижних конечностей возникают у беременных в 50-80% случаев при отсутствии протеинурии, артериальной гипертензии и носят физиологический характер [1,2]. Протеинурия беременных – наличие белка в моче ≥0,3 г/сут или ≥0,3 г/л в двукратном анализе мочи, взятом через 4 часа [3-7].

2. **Расскажите классификацию отеков.**

Клиническая классификация: По степени тяжести отеков:
• 1 степень – отеки в области стоп и голеней;
• 2 степень – отеки нижних конечностей, нижней части живота и поясничнокрестцовой области;
• 3 степень – возникновение отеков на руках, появление пастозности лица («одутловатость»);
• 4 степень – генерализованные отеки.
По уровню протеинурии
• физиологическая – белок в моче <0,3 г/сут
• патологическая – белок в моче ≥ 0,3 г/сут

3. **Какие показания к экстренной госпитализации?**

Экстренная госпитализация - при генерализованных отеках до 30 недель в многопрофильную больницу, после 30 недель родовспомогательное учреждение; - нарастание протеинурии до 30 недель в многопрофильную больницу, после 30 недель родовспомогательное учреждение.

4. **Какие показания к экстренной госпитализации?**

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:
Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: • общий анализ крови 6 параметров; • общий анализ мочи; • определение суточной протеинурии в моче.
Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: • УЗИ почек; • биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина).
Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводится
Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:
Общий анализ крови 6 параметров; • общий анализ мочи; • определение суточной протеинурии в моче; • проба по Зимницкому; • УЗИ почек. 11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: • проба Реберга; • биохимический анализ крови (креатин, мочевина, общий белок)

Приложение3

Практическое занятие

Неотложная помощь при тяжелой степени гестоза. Показания к досрочному родоразрешению

Ответьте на вопросы:
1. Что такое гестоз беременных? 2. Какая этиология, патогенез и классификация гестозов?
3. Каковы принципы их лечения? Как заподозрить начало гестоза второй

половины беременности при приеме женщины в консультации (ранние
признаки гестоза)?
4. Какие формы поздних гестозов существуют? Каковы особенности
лечения поздних гестозов на современном этапе?
5. Какие сочетанные формы гестозов существуют? Какова клиника, диагностика, современные методы лечения? Какое течение и ведение родов и послеродового периода при гестозах? Какие группы беременных с повышенным риском возникновения позднего гестоза существуют, ведение их в женской консультации?

Ситуационные задачи

Задача №1

Беременная О.Н., 20 лет поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность 8 недель, умеренная рвота. При сестринском обследовании получены следующие данные: у беременной 2 недели назад появились тошнота, рвота по утрам, но вскоре рвота участилась до 10 раз в сутки до и после приема пищи. Появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, похудела на 3 кг. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, боится повторения рвоты, жалуется на усталость, на контакт идет, но выражает опасение за исход беременности.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные сухие. АД 100/80 мм рт. ст. Ps 100 уд. В минуту. Температура тела 37,7. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Пациентке назначено лечение: пустырник, церукал, метионин, витамин Е, кокарбоксилаза 2,0 внутримышечно, подсчет водного баланса.

Задания:

1. Выявите потребности пациентки, удовлетворение которых нарушено,
сформулируйте и обоснуйте проблемы беременной.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с
мотивацией.

Задача № 2

Беременная 18 лет, страдающая врожденным пороком сердца, находится на лечении в стационаре. Ночью внезапно проснулась от ощущения удушья при осмотре возбуждена, сидит на кровати, губы и ногтевые фаланги пальцев цианотичны. В углах рта розовые пенистые выделения, вены шеи набухшие. ЧДД 28 в мин., Ps 100уд.в мин., АД 130/75 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите и обоснуйте осложнение беременности
2. Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебнойпомощи с аргументацией каждого этапа.

Задача №3

Оцените тяжесть гестоза, если женщина 26 лет, беременна на сроке 33 недели, находится в стационаре с жалобами на недавно возникшие отеки на ногах и брюшной стенке. Объективно: АД 155/90, отставание в массе плода на 2 недели, протеинурия 0,66 г/л.

Задания:

1. Определите и обоснуйте осложнение беременности
2. Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи с аргументацией каждого этапа

Задача№ 4.

Оцените тяжесть гестоза, если женщина 25 лет, страдающая хроническим холециститом, беременна на сроке 32 недель, находится в стационаре с 25 жалобами на недавно возникшие отеки на ногах. Объективно: АД 160/100, отставание в массе плода нет, протеинурия 0,145 г/л.

Задания:

1. Определите и обоснуйте осложнение беременности
2. Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи с аргументацией каждого этапа

Приложение4

Практическое занятие

Профилактические курсы медикаментозной терапии по предупреждению гестоза беременным группы риска, а также беременным с лабораторными данными изменения гемостаза

Фактором риска развития позднего гестоза является

а) гипертоническая болезнь

б) возраст первородящей 35 лет и старше
в) артериальная гипотензия
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
Поздний гестоз - это осложнение, возникающее
а) только во время беременности
б) при высоком содержании в организме пролактина и тромбоксана
в) при хориокарциноме
г) при всем перечисленном
д) ни при чем из перечисленного
Ведущие звенья патогенеза позднего гестоза
а) генерализованная вазодилатация капилляров
б) гиповолемия, чередующаяся с гиперволемией
в) снижение вязкости крови
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
Изменения в организме матери при гестозе влияют на плод следующим образом
а) преждевременное истощение функции коры надпочечников
б) развивается гиповолемия
в) развивается гипогликемия
г) верно все перечисленное
д) все перечисленное неверно
Ухудшение состояния роженицы с поздним гестозом в родах является основанием
а) для более быстрого родоразрешения вплоть до операции кесарева сечения
б) для более активной стимуляции родовой деятельности
в) для рассечения шейки матки и применения вакуум-экстракции плода
г) ни для чего из перечисленного
При назначении лечения беременной с поздним гестозом необходимо учитывать все следующие факторы, кроме
а) срока беременности
б) состояния матери и плода
в) длительности течения позднего гестоза
г) наличия страхового полиса
Началу позднего гестоза соответствует увеличение среднего артериального давления у беременной (по сравнению с ее исходным средним АД)
а) на 5 мм рт. ст.
б) на 10 мм рт. ст.
в) на 15 мм рт. ст.
г) на 20 мм рт. ст.
д) на 25 мм рт. ст.
Абсолютным показанием к кесареву сечению у беременных с поздним гестозом является
а) гипоксия плода
б) гипотрофия плода
в) внутриутробная гибель плода
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
Лечение позднего гестоза направлено
а) на нормализацию микроциркуляции
б) на нормализацию гемодинамики
в) на ликвидацию гиповолемии
г) на ликвидацию гипопротеинемии
д) на все перечисленное
Поздние гестозы у беременных имеют следующие начальные клинические проявления 1) задержка жидкости 2) жажда 3) никтурия 4) обезвоживание, сгущение крови
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные

г) верно 4
д) ничего из перечисленного
При позднем гестозе отмечаются следующие патогенетические механизмы 1) снижение объема циркулирующей крови 2) снижение объема циркулирующей плазмы 3) снижение объема циркулирующих эритроцитов 4) повышение вязкости крови
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
Показаниями к прерыванию беременности при тяжелом течении позднего гестоза являются 1) пульс до 110-120 ударов в минуту 2) повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль/л 3) дизурические и диспептические симптомы 4) сухой обложенный язык, запах ацетона изо рта
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
Для позднего гестоза характерно нарушение функции плаценты 1) дыхательной 2) питательной 3) гормональной 4) защитной
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всех перечисленных функций
г) верно 4
д) ни одной из перечисленных функций
К позднему гестозу беременных относится, как правило 1) отеки 2) протеинурия в) гипергликемия 4) гиперинсулинемия
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
Преморбидным фоном в развитии позднего гестоза, как правило, являются 1) патология печени 2) хронические инфекции 3) заболевания почек 4) аутоиммунные заболевания
а) верно 1, 3
б) верно 2, 4
в) все перечисленное
г) ничего из перечисленного
Для средней степени тяжести позднего гестоза беременных наиболее характерно 1) значительная тошнота, выраженная саливация 2) частота пульса 90-100 ударов в минуту 3) систолическое АД 100-110 мм рт. ст. (при исходной нормотонии) 4) полиурия
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

Приложение5

Практическое занятие
Показания к досрочному родоразрешению, способы и методы родоразрешения. Реабилитация. Этапы.

Досрочное родоразрешение показано при наличии
а) эклампти́ческой комы
б) анурии
в) преэклампсии
г) всего перечисленного
д) ничего из перечисленного

Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании плаценты является
а) разновидность предлежания (полное, неполное)
б) состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта)
в) предлежание плода (головное, тазовое)
г) сопутствующая экстрагенитальная патология
д) возраст роженицы
Показаниями для родоразрешения путем операции кесарева сечения является все перечисленное, кроме
а) сосудистых осложнений диабета
б) лабильного диабета со склонностью к кетоацидозу
в) прогрессирующей гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути при сроке 34 недели беременности и меньше
г) тазового предлежания плода при сроке беременности не менее 36 недель
д) наличия тяжелого токсикоза беременных
Ухудшение состояния роженицы с поздним гестозом в родах является основанием
а) для более быстрого родоразрешения вплоть до операции кесарева сечения
б) для более активной стимуляции родовой деятельности
в) для рассечения шейки матки и применения вакуум-экстракции плода
г) ни для чего из перечисленного
Для выбора метода родоразрешения при переношенной беременности, как правило, следует 1) определить длину плода 2) измерить толщину плаценты 3) установить длину плода 4) сопоставить ультразвуковые критерии зрелости плаценты со сроком беременности
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны
Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании плаценты является
а) разновидность предлежания (полное, неполное)
б) состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта)
в) предлежание плода (головное, тазовое)
г) сопутствующая экстрагенитальная патология
д) возраст роженицы
Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет
а) предлежание плода (головное, тазовое)
б) состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта)
в) состояние плода (живой, мертвый)
г) выраженность кровотечения
д) возраст роженицы
Показаниями для родоразрешения путем операции кесарева сечения является все перечисленное, кроме
а) сосудистых осложнений диабета
б) лабильного диабета со склонностью к кетоацидозу
в) прогрессирующей гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути при сроке 34 недели беременности и меньше
г) тазового предлежания плода при сроке беременности не менее 36 недель
д) наличия тяжелого токсикоза беременных
Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II-III стадии
а) 32 недели
б) 36 недель
в) 37-38 недель
г) 39-40 недель

При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения
а) амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина
б) кесарево сечение в плановом порядке
в) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
г) роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков
д) правильно в) и г)
Выбор метода родоразрешения в пользу кесарева сечения осуществляют, как правило, если имеется следующее вставление головки плода
а) передний асинклитизм
б) задний асинклитизм
в) высокое прямое вставление стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом)
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

Приложение 6

Практическое занятие
Уход и наблюдение за беременной, роженицей, родильницей с заболеваниями мочевыделительной системы.

Гломерулонефрит у беременных
1. чаще встречается в острой стадии
2. считается одной из причин предлежания плаценты
3. рано осложняется развитием гестоза
4. при благоприятном течении является показанием к госпитализации за 3 недели до родов
5. обычно не сопровождается гипотрофией плода

Изменения уродинамики у беременных не имеют зависимости
1. от гормонального фона
2. от размеров матки
3. от положения на спине или на боку
4. от состояния вен яичникового сплетения
5. от увеличения минутного объема сердца

Пиелонефрит у беременных
1. чаще встречается во второй половине беременности
2. чаще левосторонний
3. обычно стрептококковой этиологии
4. не оказывает влияния на эритропоэз
5. может сопровождаться артериальной гипертензией

Острый пиелонефрит беременных
1. обычно не сопровождается выраженной интоксикацией
2. не представляет сложностей в дифференциальной диагностике
3. является противопоказанием к катетеризации мочеточников
4. может осложняться развитием бактериально-токсического шока
5. при безуспешной терапии является показанием к прерыванию беременности и последующей операции на почках

Пиелонефрит
1. при наличии частых обострений является показанием к прерыванию беременности
2. повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений
3. в I триместре беременности лучше лечить антибиотиками группы аминогликозидов
4. характеризуется быстрым регрессом после прерывания беременности
5. обычно обостряется на 4-6 и 12-14 день послеродового периода

При лечении гломерулонефрита у беременных противопоказано назначение
1. ограничений жидкости
2. салуретических мочегонных препаратов
3. кардиотонических средств
4. кортикостероидов
5. иммунодепрессантов

Приложение7

Практическое занятие

Показания для прерывания беременности. Сроки и методы родоразрешения

1. Аборт
   - 1. это прерывание беременности в сроке до 29 недель
   - 2. называется поздним, начиная с 18 недель
   - 3. в поздних сроках может быть осуществлен путем экстрааминального введения гипертонического раствора
   - 4. может быть причиной невынашивания, бесплодия
   - 5. абсолютно противопоказан при высоком риске сенсибилизации по резус-фактору
2. Мини-аборт
   - 1. может быть выполнен в амбулаторных условиях
   - 2. производится при задержке менструации до 3О дней
   - 3. выполняется после расширения цервикального канала до 8 номера расширителей Гегара
   - 4. производится с помощью кюретки N2
   - 5. не имеет осложнений
3. Поздний аборт может быть выполнен
   - 1. по желанию женщины старше 3О лет
   - 2. по социальным показаниям
   - 3. без согласия женщины при хромосомной патологии у плода
   - 4. женщине, имевшей контакт по краснухе в I триместре беременности
   - 5. по поводу полного предлежания плаценты, обнаруженного при УЗИ
4. Врач может отказать в производстве искусственного аборта при выявлении
   - 1. эрозии шейки матки
   - 2. миомы матки
   - 3. носительства вируса иммунодефицита
   - 4. гонококков в мазках из цервикального канала
   - 5. хронической инфекции любой локализации
5. Выскабливание полости матки
   - 1. является единственным способом искусственного аборта
   - 2. не требует общего обезболивания
   - 3. может быть начато только после влагалищного исследования, выполненного оператором
   - 4. может быть выполнено без использования абортцанга
   - 5. должно заканчиваться обработкой полости матки антисептиком

Ответьте на вопросы:

1. **Расскажите о показаниях прерывания беременности**

Показания для прерывания беременности:
- желание женщины
- медицинские показания и согласие женщины: заболевания, состояния, угрожаемые здоровью женщины. Прерывание беременности по медицинским показаниям производится независимо от срока беременности и по согласию женщины.
- социальные показания и согласие женщины: определены и утверждены Постановлением Правительства РФ от 11.08.03, приказом МЗ РФ № 485: - решение суда о лишении или ограничении родительских прав - беременность в результате изнасилования - пребывание женщины в местах лишения свободы - наличие инвалидности 1 - 11 группы у мужа или смерть мужа во время беременности Прерывание беременности по социальным показаниям производится в сроке до 22 – х недель по желанию женщины. Разрешение на прерывание беременности дается комиссией в составе руководителя ЛПУ, акушера - гинеколога (заключение о сроке беременности), юриста, специалиста по социальной работе и при наличии показаний, утвержденных Постановлением Правительства. Обследование для операции - см. выше. При прерывании беременности малого срока (задержка до 20 дней) показано УЗИ матки или подтверждение беременности тестами, исследование крови на ВИЧ – инфекцию, гепатиты, сифилис, бактериоскопия влагалищного мазка, содержимого уретры, цервикального канала, у первобеременных определяется группа крови и резус – фактор.

2. **Расскажите о сроках и методах прерывания беременности**

Прерывание беременности производится в медицинском учреждении:

- в ранние сроки до 4 – 6 недель – мини – аборт производится методом – вакуум – аспирации без расширения шейки матки трубкой диаметром 5 – 7 мм в течение 15 – 20 сек. Объем кровопотери 15 – 20 мл.

- до 12 недель - искусственный медицинский аборт. Операция состоит из подготовки шейки матки - расширение шейки с помощью расширителей Гегара, ламинарий, электровибратора, ламицеля и эвакуации содержимого полости матки методом кюретажа и (или) вакуум – экскохлеации (0,6 – 0,8 атм)

- в поздние сроки 13 - 22 недели. Прерывание беременности в поздние сроки производится экстра – и интраамниальным введением жидкости, применением простагландинов, бета – адреноблокаторов, сокращающих, антагонистов прогестерона - мифепристона, амниотомии, гистеротомии

3. Какие методы прерывания беременности вы знаете?

Прерывание беременности производится путем:
- выскабливания полости матки
- гистеротомии
- вакуум – аспирации содержимого полости матки
- введения лекарственных препаратов

Приложение8

Практическое занятие
Показания для прерывания беременности.

Ответьте на вопросы:

1.Расскажите о социальных показаниях прерывания беременности.

2. Расскажите о медицинских показаниях прерывания беременности.

Эталоны ответов:

1.Расскажите о социальных показаниях прерывания беременности:

1. Наличие инвалидности 1-11 группы у мужа.
2. Смерть мужа во время беременности у жены.
3. Пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы.
4. Признание в установленном порядке безработными женщины или ее мужа,
5. Наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав.
6. Женщина, не состоящая в браке.
7. Расторжение брака во время беременности.
8. Беременность в результате изнасилования.
9. Отсутствие жилья, проживание в общежитии, на частной квартире.
10. Наличие у женщины статуса беженки или вынужденной переселенки.
11. Многодетность (число детей 3 и более).
12. Наличие в семье ребенка-инвалида,
13. Доход на одного члена семьи менее прожиточного минимума, установленного дня данного региона.

2. **Расскажите о медицинских показаниях прерывания беременности**:

Медицинские показания к прерыванию беременности устанавливаются комиссией в составе акушера-гинеколога, врача той специальности, к которой относится заболевание беременной, и руководителя амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения.

1. инфекционные и паразитарные болезни (туберкулез различной локализации, ВГ, сифилис, ВИЧ, краснуха и контакт с этой инфекцией в первые 3 мес беременности);
2. злокачественные новообразования всех локализаций-
3. Болезни эндокринной системы (тяж и среднетяж. дифф. токс. зоб, врожденный и приобретенный гипотиреоз, осложн-й СД, гипер- и гипопаратиреоз, несахарный диабет, активная форма синдрома Иценко-Кушинга, феохромоцитома);
4. заболевания кроветворной системы (гипо- и апластическая анемия, талассемия, острый и хронический лейкоз, лимфогранулематоз, тромбоцитопения, геморрагический капилляротоксикоз);
5. психические расстройства (алкогольные, лекарственные, шизофренические и аффективные психозы, невротические расстройства, хронический алкоголизм, токсикомания, умственная отсталость, прием психотропных средств во время беременности);
6. болезни нервной системы и органов чувств (воспалительные болезни, наследственные и дегенеративные болезни ЦНС, рассеянный склероз, эпилепсия, миастения, сосудистые заболевания

головного мозга, опухоли мозга, отслойка сетчатки, глаухома, отосклероз, врожденная глухота и глухонемота);
7. болезни системы кровообращения [все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса, врожденные пороки сердца, болезни миокарда, эндокарда и перикарда, нарушения ритма сердца, оперированное сердце, болезни сосудов, гипертоническая болезнь ПБ — III стадии (по А.Л.Мясникову), злокачественные формы гипертонической болезни],
8. болезни органов дыхания (хроническая пневмония III стадии, бронхоэкта-тическая болезнь, стеноз трахеи или бронхов, состояние после пневмонэк-томии или лобэктомии);
9. болезни органов пищеварения (стеноз пищевода, хронический активный гепатит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, цирроз печени с признаками портальной недостаточности, острая жировая дистрофия печени, желчнокаменная болезнь с частыми обострениями, нарушения всасывания в кишечнике);
10. болезни мочеполовой системы (острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, хронический пиелонефрит, протекающий с хронической почечной недостаточностью и артериальной гипертен-зией, двусторонний гидронефроз, гидронефроз единственной почки, поли-кистоз почек, стеноз почечной артерии, острая и хроническая почечная недостаточность любой этиологии);
11. осложнения беременности, родов и послеродового периода (пузырный занос, перенесенный не менее двух лет назад, гестоз, не поддающийся комплексному лечению в стационаре, неукротимая рвота беременных, критическое состояние маточно-плодово-плацентарного кровотока, хорионэпи-телиома);
12. болезни кожи и подкожной жировой клетчатки (пузырчатка, тяжелые формы дерматозов беременных);
13. заболевания опорно-двигательной системы и соединительной ткани (осте-охондропатия, ампутация руки или ноги, острое или хроническое течение системной красной волчанки, узелковый полиартерпит);
14. врожденные пороки развития и наследственные заболевания (врожденная патология, установленная методом пренатальной диагностики, высокий риск рождения ребенка с врожденной, наследственной патологией, прием лекарственных средств во время беременности, оказывающих эмбрно- и фетотоксическое действие);
15. физиологические состояния (физиологическая незрелость — несовершеннолетие, возраст женщины 40 лет и старше);

Приложение9

Практическое занятие

Показания к прерыванию беременности. Сроки и методы родоразрешения. Особенности ведения послеродового периода

Мини-аборт – это искусственное прерывание беременности, которое производят:
а) в сроки до 5 нед;
б) под контролем ультразвукового исследования (до и после вмешательства);
в) только в лечебных учреждениях;
г) с обязательным обезболиванием;
д) в сроки до 3-х недель.
Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится
a) независимо от срока беременности
b) до 22 недель
c) на сроке до 6 недель
d) на сроке до 12 недель
В России методика вакуумной аспирации используется:
а) до 10 недель беременности
б) до 12 недель беременности
в) до 22 недель беременности
г) до 6 недель беременности
Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится:
a) на сроке до 12 недель

b) на сроке до 6 недель
c) независимо от срока беременности
d) до 22 недель

В настоящее время на территории РФ разрешено использование медикаментозного аборта до срока:

а) 100 дней беременности
б) 63 дня беременности
в) 73 дня беременности
г) 80 дней беременности

К безопасным методам прерывания беременности относят:

а) вакуум-аспирацию
б) кюретаж полости матки
в) интраамниотическое введение гипертонических растворов

В перечень обязательных исследований для аборта I триместре входит:

а) УЗИ
б) клинический и биохимический анализ крови
в) микроскопия мазка влагалищного секрета
г) определение группы крови и Rh-фактора

Вакуумная аспирация предполагает эвакуацию содержимого полости матки в сроки до:

а) до 12 недель беременности
б) до 16 недель беременности
в) до 18 недель беременности
г) до 22 недель беременности

Законодательством установлены основания для искусственного прерывания беременности все перечисленное, кроме:

а) по желанию женщины
б) по желанию семьи женщины
в) по медицинским показаниям
г) по социальным показаниям

Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности:

а) 11-12 недель
б) 9-10 недель
в) 7-8 недель
г) 4-6 недель
д) все перечисленное неверно

Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае:

а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 Гр
б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 Гр
в) при поглощенной дозе на плод более 1 Гр
г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

Какие варианты прерывания (завершения) беременности существуют? Исключите неверное:

1. роды
2. кесарево сечение
3. выкидыш в ранние сроки (до 12 недель)
4. выкидыш в поздние сроки (до 22 недель)
5. преждевременные роды (до 37 недель)
6. внематочная беременность
7. аборт искусственный (до 12 недель)
8. несостоявшаяся беременность (I-II триместр)
9. привычное невынашивание (I-II триместр)
10. экстракорпоральное оплодотворение

Приложение10

Практическое занятие

Аномалии развития плаценты, пуповины влияние на течение беременности, родов.

Ответьте на вопросы:

1. Расскажите о короткой и длинной пуповине.
2. Расскажите об истинных и ложных узлах пуповины.
3. Расскажите о патологическом прикреплении пуповины.
4. Расскажите об аномалии артерии пуповины.
5. Расскажите о гиперплазии плаценты.
6. Расскажите о гипоплазии плаценты.
7. Расскажите об инфарктах плаценты.
8. Расскажите о новообразованиях плаценты.

Эталоны ответов:

1. Расскажите о короткой и длинной пуповине

Аномалии пуповины заключаются в изменении ее длины (короткая, длинная), образовании узлов, патологическом прикреплении, неправильном развитии сосудов, гематомах, кистах, гемангиомах, тератомах.

Различают абсолютно и относительно короткую пуповину. Абсолютно короткой считается пуповина короче 40 см. Относительно короткая пуповина, которая встречается гораздо чаще, имеет нормальную длину (40-70 см), ее "укорочение" возникает в результате обвития вокруг частей плода (шеи, туловища, конечностей) или вследствие образования истинных узлов.

Короткая пуповина может быть причиной неправильных положений плода. В родах тяжелые осложнения, обусловленные короткой пуповиной, заключаются в замедлении продвижения плода по родовому каналу, отслойке плаценты вследствие натяжения пуповины; иногда происходит разрыв пуповины с кровотечением из ее сосудов. Все эти осложнения приводят к острой гипоксии плода.

Длинная пуповина (более 70 см) является более частой аномалией и может стать причиной обвития вокруг частей плода или образования истинных узлов. Самым грозным осложнением для плода при длинной пуповине становится выпадение ее петель при излитии околоплодных вод.

2. Расскажите об истинных и ложных узлах пуповины.

Истинный узел пуповины встречается в 0,5% всех родов, чаще при длинной пуповине. Такой узел образуется в ранние сроки беременности, когда плод малых размеров имеет возможность "проскользнуть" в петлю пуповины. Затягивание истинных узлов пуповины во время беременности и родов может быть причиной острой гипоксии и гибели плода.

Ложные узлы пуповины представляют собой ее ограниченные утолщения вследствие варикозного расширения пупочной вены или скопления вартонова студеня. Отрицательного влияния на плод ложные узлы пуповины не оказывают.

3. Расскажите о патологическом прикреплении пуповины.

Патологическое прикрепление пуповины бывает краевым и оболочечным (плевистое прикрепление пуповины).

Краевым называется прикрепление пуповины к периферии плаценты. Беременность и роды при краевом прикреплении пуповины протекают без осложнений.

При оболочечном прикреплении пуповина прикрепляется не к самой плаценте, а к плодным оболочкам на некотором расстоянии от края плаценты (рис. 22.3). Оболочечное прикрепление пуповины при одноплодной беременности наблюдается в 1%, при многоплодной беременности - значительно чаще. Причиной оболочечного прикрепления пуповины считают первичный дефект имплантации пуповины, когда она прикрепляется не к участку трофо-бласта, который формирует плаценту, а в зону трофобласта перед decidua capsularis. Сосуды пуповины при этом направляются к плаценте по оболочкам. Если участок оболочек с проходящими по нему сосудами располагается над внутренним зевом шейки матки ниже предлежащей части плода, говорят о предлежании сосудов. В родах (чаще при излитии околоплодных вод) разрыв сосудов при оболочечном прикреплении пуповины может привести к острой гипоксии и гибели плода.

В 5-8% наблюдений оболочечное прикрепление пуповины сочетается с аномалиями развития и хромосомной патологией плода. При оболочечном прикреплении пуповины повышен риск задержки роста плода, преждевременных родов.

4.Расскажите об аномалии артерии пуповины.

Единственная артерия пуповины в 25-50% случаев сочетается с пороками развития плода (расщелина неба, пороки сердца, почек, мочевых путей, половых органов, опорно-двигательного аппарата).
Единственная артерия пуповины встречается в 3-4 раза чаще при многоплодной беременности и при сахарном диабете у матери.
Антенатальная диагностика этой аномалии не вызывает затруднений: при УЗИ в поперечном сечении петли пуповины определяются только два сосуда.
При выявлении единственной артерии пуповины требуется тщательное обследование плода и новорожденного на предмет выявления пороков развития.

5.Расскажите о гиперплазии плаценты.

Гиперплазия плаценты. При гиперплазии масса плаценты может достигать 1000 г и более. Гиперплазия плаценты является одним из диагностических критериев гемолитической болезни плода у беременных с резус-сенсибилизацией, наблюдается при многоплодной беременности, при сахарном диабете у матери, при внутриутробном инфицировании, а также у курящих беременных. Антенатально диагноз гиперплазии плаценты устанавливают при УЗИ на основании изучения ее площади и толщины.
Акушерская тактика зависит от причины гиперплазии плаценты, срока беременности и состояния плода.

6.Расскажите о гипоплазии плаценты.

Гипоплазия плаценты - уменьшение ее массы (менее 400 г), отражает плацентарную недостаточность. Гипоплазия плаценты наблюдается при гипертонической болезни, гестозе, длительной угрозе прерывания беременности, задержке роста плода. Ультразвуковыми критериями гипоплазии плаценты являются уменьшение ее площади и толщины.
При гипоплазии плаценты следует тщательно следить за состоянием плода; проводить профилактику внутриутробной гипоксии. Акушерская тактика зависит от состояния плода и срока беременности. При гипоксии плода после достижения им жизнеспособности показано кесарево сечение

7.Расскажите об инфарктах плаценты.

Инфаркты плаценты развиваются вследствие нарушений плацентарной гемодинамики (микротромбозы, длительный спазм спиральных артерий). Инфаркты чаще располагаются в толще плаценты, реже - на ее материнской поверхности. Инфаркты плаценты наблюдаются у беременных с гипертонической болезнью, тяжелой формой гестоза. Влияние на плод определяется размерами инфаркта. Небольшие инфаркты, особенно краевые, которые могут наблюдаться в норме при физиологическом старении плаценты, не оказывают отрицательного влияния на плод. При больших или множественных инфарктах плаценты, как правило, выявляется гипоксия и/или задержка роста плода.
Тактика ведения беременных с инфарктами плаценты определяется выраженностью гипоксии и задержки роста плода.

8.Расскажите о новообразованиях плаценты.

Хориоангиома плаценты является доброкачественной опухолью, развивающейся из капилляров плода, входящих в состав ворсин хориона. Размеры хориоангиомы могут варьировать от нескольких миллиметров до 7-8 см. В большинстве наблюдений хориоангиома остается бессимптомный и может стать случайной находкой при осмотре последа. Хориоангиома нередко сочетается с многоводием, гестозом. При большой хориоангиоме возможна преждевременная отслойка плаценты.
Срок и метод родоразрешения определяются акушерской ситуацией.
Трофобластическая болезнь включает в себя простой (полный или частичный) пузырный занос, инвазивный деструирующий (пузырный занос), хориокарциному, трофобластическую опухоль плацентарной площадки.
При простом пузырном заносе ворсины хориона резко увеличены, отечны, макроскопически представляют собой конгломерат кист, напоминающий грозди винограда. При микроскопическом исследовании выявляются резкое уменьшение количества кровеносных сосудов в строме ворсин хориона и выраженная пролиферация эпителия ворсин.
При частичном пузырном заносе изменения захватывают часть хориона, в матке определяются элементы эмбриона/плода. Частичный пузырный занос обусловлен хромосомными нарушениями (чаще триплоидии). Это объясняется тем, что во время оплодотворения происходит соединение одной яйцеклетки с обычным набором хромосом (23Х) с двумя сперматозоидами. Результатом

становится возникновение триплоидного набора хромосом (69XXY или 69XXX). Перерождение частичного пузырного заноса в злокачественную опухоль трофобласта бывает редко.

При полном пузырном заносе изменения захватывают весь хорион, элементы эмбриона/плода отсутствуют. Хромосомный набор представлен 46 XX, где обе X-хромосомы имеют отцовское происхождение вследствие оплодотворения яйцеклетки двумя сперматозоидами. Возможно также удвоение хромосом сперматозоида без материнской X-хромосомы. Полный пузырный занос в 20% случаев может трансформироваться в злокачественные опухоли трофобласта.

Клиническая картина пузырного заноса, как правило, развивается в первые 18 нед беременности и включает в себя маточные кровотечения различной интенсивности (иногда вместе с кровью выделяются кистозно измененные ворсины хориона); не соответствующее сроку беременности увеличение матки, обусловленное большими размерами ворсин, скоплением крови в матке.

В ранние сроки у 10-30% пациенток с пузырным заносом наблюдаются неукротимая рвота и артериальная гипертензия.

Диагностика пузырного заноса основывается на описанных выше клинических признаках и результатах дополнительных исследований. При УЗИ выявляются элементы пузырного заноса в виде гомогенной мелкозернистой массы. При полном пузырном заносе эмбрион/плод не определяется; при неполном пузырном заносе с частичным повреждением ворсин хориона возможна визуализация эмбриона/плода. У 50% пациенток определяются двусторонние текалютеиновые кисты яичников, которые после удаления пузырного заноса самостоятельно подвергаются обратному развитию

Информативным методом диагностики пузырного заноса является определение содержания b-субъединицы ХГ в сыворотке крови беременной: при пузырном заносе оно резко увеличено (более 100 000 МЕ/л).

После диагностики пузырного заноса следует немедленно опорожнить матку. Методом выбора при удалении пузырного заноса является вакуум-аспирация содержимого матки. При установлении диагноза во второй половине беременности, неэффективности попыток изгнания пузырного заноса медикаментозными методами, массивном кровотечении производят чревосечение, вскрывают тело матки и удаляют пузырный занос.

Высокий риск рецидива пузырного заноса, развития деструирующего пузырного заноса и хориокарциномы требует тщательного контроля состояния больных в течение 1 года, который осуществляют совместно с онкологами. Наблюдение включает гинекологическое обследование и УЗИ, при которых обращают внимание на скорость уменьшения матки, текалютеиновых кист яичников. Уровень b-субъединицы ХГ практически не определяется в крови женщины через 14 нед после удаления пузырного заноса. Динамическое определение содержания ХГ в сыворотке крови продолжают, как правило, 1 раз в 2 месяца. Наблюдение прекращают, если при трех исследованиях подряд ХГ не определяется. Из-за возможности малигнизации и возникновения метастазов в легкие выполняют рентгенографию грудной клетки через 4 и 8 нед после удаления пузырного заноса.

После перенесенного пузырного заноса в течение года рекомендуется предохраняться от беременности.

Деструирующий пузырный занос - врастание измененных ворсин хориона в миометрий (вплоть до серозного покрова), иногда с метастазированием во влагалище, наружные половые органы, легкие. Гистологическая картина содержимого матки аналогична таковой при простом пузырном заносе (кистозно измененные ворсины хориона с резко выраженной пролиферацией клеток трофобласта, отсутствие кровеносных сосудов в строме ворсин). Точный диагноз деструирующего пузырного заноса может быть установлен только при гистологическом исследовании удаленной матки (прорастание ворсин в миометрий).

У 75% больных деструирующий пузырный занос развивается после простого пузырного заноса, реже после родов, абортов, внематочной беременности.

Клиническая картина включает в себя те же симптомы, что и при простом пузырном заносе. При деструирующем пузырном заносе могут быть поражены вены матки и малого таза. Кроме обильного кровотечения из матки, возможно и массивное внутрибрюшное кровотечение.

Предварительный диагноз деструирующего пузырного заноса после удаления из матки пузырного заноса устанавливают на основании сохраняющегося увеличения матки, текалютеиновых кист яичников, высокого содержания ХГ в сыворотке крови, а также появления метастазов в других органах.

Лечение заключается в назначении курсов химиотерапии (метотрексат, дактиномицин), при неэффективности которой (отсутствие снижения уровня ХГ, появление или нарастание

метастазирования) показана экстирпация матки с последующим продолжением курсов химиотерапии.

Хориокарцинома - злокачественная опухоль, происходящая из эпителиальных клеток ворсин хориона. Наиболее часто она располагается в теле матки, реже - в области патологической имплантации плодного яйца (в маточной трубе, яичнике, брюшной полости - эктопическая хориокарцинома). Рост опухоли может быть экзофитным, в сторону полости матки, и эндофитным, с внедрением опухоли в толщу миометрия вплоть до серозной оболочки матки. Хориокарцинома метастазирует преимущественно гематогенным путем. Метастазы обнаруживают во влагалище, легких, головном мозге и печени.

В 50% наблюдений хориокарциноме предшествует пузырный занос (особенно деструирующий); реже хориокарцинома развивается через несколько месяцев после аборта и родов.

Заболевание проявляется кровяными выделениями из матки. Источником наружного кровотечения могут быть также метастазы хориокарциномы во влагалище. При расположении опухоли в толще миометрия и нарушении серозного покрова матки (эндофитный рост) возникает обильное внутрибрюшное кровотечение. Причиной кровотечения в брюшную полость могут также быть метастазы в печень и кишечник.

Важным симптомом заболевания является быстро прогрессирующая анемия вследствие кровотечений и интоксикации, обусловленной всасыванием продуктов распада опухоли.

В процессе гинекологического обследования обращают внимание на признаки беременности: цианотичность влагалища и шейки матки, увеличение матки, превышающее гестационную норму, текалютеиновые кисты яичников, увеличение молочных желез, выделение молозива. Осмотр шейки матки в зеркалах позволяет выявить метастазы опухоли во влагалище.

Клиническая картина заболевания во многом определяется локализацией метастазов. При поражении легких возникают кашель с мокротой, боли в грудной клетке. Головные боли и неврологическая симптоматика отмечаются при метастазах в головной мозг. Метастазы в органы пищеварения могут быть причиной тошноты, рвоты, желудочно-кишечных кровотечений.

Диагностика хориокарциномы основывается на клинической картине, данных лабораторных исследований (содержание b-субъединицы ХГ и трофобластического b-глобулина в сыворотке крови), результатах гистологического исследования соскоба из матки. Для выявления и уточнения локализации метастазов проводят УЗИ органов брюшной полости, компьютерную и магнито-резонансную томографию.

С целью лечения больных хориокарциномой применяют противоопухолевые средства (метотрексат, винкристин, дактиномицин, циклофосфан и др.). Показаниями к хирургическому лечению (экстирпация матки) являются массивное кровотечение и неэффективность лекарственной противоопухолевой терапии. При метастазах химиотерапию проводят в комбинации с лучевой терапией.

Наблюдение за больными (гинекологическое обследование, рентгенография легких, ежемесячное определение ХГ) продолжают в течение 2-х лет.

Критериями излеченности хориокарциномы являются восстановление менструальной функции, уменьшение матки (при сохраненной матке), нормализация содержания в сыворотке крови ХГ и трофобластического b-глобулина.

Приложение11

Практическое занятие

Акушерская тактика ведения беременности, родов и послеродового периода при маловодии и многоводии

Ответьте на вопросы:

1.Расскажите классификацию многоводия и маловодия.

2. Расскажите о механизмах, влияющих на объем амниотической жидкости.

3. Расскажите о жалобах при маловодии и многоводии.

4. Расскажите о физикальном обследовании при маловодии и многоводии.

Эталоны ответов:

1.Классификация многоводия и маловодия:

Многоводие: острое (тяжелой степени); хроническое (умеренной и легкой степени).
Маловодие: первичное (18-25недель);вторичное (после 26 недель)

2. Механизмы, влияющие на объем амниотической жидкости:

А) проглатывание плода. В доношенном сроке плод проглатывает 210-760 мл амниотической жидкости в день. Условия, которые вызывают проблему с глотанием, являются частой причиной полигидрамниона – например, атрезия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, гипоксия плода, нервно-мышечные нарушения или аномалии головного мозга;

Б) мочеиспускание плода. Это основной источник амниотической жидкости во второй половине беременности, в случаях почечного agenesis или обструкции мочевых путей плода амниотическая жидкость почти отсутствует. Плод реагирует на изменения, регулируя количество мочеиспускания, тем самым способствуя регуляции амниотического объема. При доношенном сроке беременности объем мочи составляет около 700-900 мл в день. При тяжелом состоянии плода - при анемии приводит к последующему увеличению сердечного выброса, что ведет к нарастанию объема амниотической жидкости;

В) секреция фетальной легочной жидкости и полости рта;

Г) абсорбция околоплодных вод происходит через внутримышечные и трансмембранные пути. Это включает перемещение жидкости между кровью плода и плацентой через внутриматочные мембраны, такие как амнион и хорион;

Условия, которые влияют на любой из этих механизмов, могут приводить к аномальным количествам околоплодных вод, либо полигидрамниону (слишком много), либо олигогидрамниону (слишком мало)

3. Расскажите о жалобах при маловодии и многоводии.

Жалобы на изменения характера шевеления плода (жалобы на плохое шевеление плода при маловодии), возможны боли в животе; появление одышки, нарушения сна при положении на спине, быстрое увеличение живота(при многоводии).

4. Расскажите о физикальном обследовании при маловодии и многоводии.

измерение окружности живота и высоты стояния дна матки: при многоводии - высота стояния дна матки и окружность живота значительно превышают срок гестации;

а) наружное акушерское исследование: матка напряжена, тугоэластической консистенции, части плода прощупываются с затруднением, положение плода чаще неправильное, плод подвижен, предлежащая часть плода высоко, при пальпации может отмечаться симптом флюктуации. Из-за чрезмерного растяжения матки могут быть осложнения (преждевременные роды, при излитии околоплодных вод- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, выпадение петель пуповины, послеродовое кровотечение, эмболия).

б) аускультация сердечного ритма плода – при многоводии затруднена из-за повышенного количества амниотической жидкости;

в) измерение окружности живота и стояния дна матки: при маловодии – из-за уменьшенного количества амниотической жидкости при измерении окружности живота и высоты стояния дна матки – нормативные показатели гравидограммы не соответствуют гестационному сроку (кроме того часто при маловодии развиваются ЗВУР плода или МГВП).

г) наружное акушерское исследование: подвижность плода ограничена – это может явиться причиной неправильного положения плода, образования сращений между кожными покрововами плода и амнионом в виде тяжей и нитей, части плода определяются ясно;

д) при вагинальном исследовании при многоводии отмечается укорочение шейки матки, напряженный плодный пузырь, при маловодии – плоский плодный пузырь.

<u>Выберите правильные ответы:</u>

Причины маловодия у беременной все, кроме:

1. Агенезии почек
2. Гестоза
3. Плацентарной недостаточности
4. Антенатальной гибели плода
5. Гемолитической болезни плода

Роды у женщин с многоводием могут осложняться:

1. Несвоевременным излитием околоплодных вод
2. Слабостью родовой деятельности
3. Дискоординацией родовой деятельности
4. Кровотечением

5. Всем вышеперечисленным

Характерные осложнения для плода при многоводии все, кроме:

1. Внутриутробной гипоксиия
2. Внутричерепного кровоизлияния
3. Выпадения мелких частей
4. Интранатальной гибели
5. Поперечного положения плода

Тактика акушера в родах при многоводии и маловодии:

1.Ранняя амниотомия
2. Родостимуляция
3. Роды на боку
4. Кесарево сечение

Причиной многоводия не является:

1. Пороки развития центральной нервной системы плода
2. Неиммунная водянка плода
3. Пороки развития желудочно-кишечного тракта плода
4 Сахарный диабет у матери
5. Переношенная беременность

Многоводие характеризуется:

1. Количеством околоплодных вод до 0,5 л
2. Количеством околоплодных вод от 0,5 л до 0,8 л
3. Количеством околоплодных вод от 0,8 л до 1,0 л
4. Количеством околоплодных вод от 1,0 л до 1,5 л
5. Количеством околоплодных вод более 1,5 л

Приложение12

Практическое занятие

Формы плацентарной недостаточности.

Плацентация начинается

А. с 3-й недели развития зародыша
Б. когда сосуды врастают в ворсинки хориона
В. когда вторичные ворсинки превращаются в третичные
Г. верно все перечисленное

Различают следующие виды плацентарной недостаточности

А. первичная
Б. вторичная
В. острая
Г. хроническая

Основными функциями плаценты являются

А. дыхательная
Б. питательная
В. выделительная
Г. гормональная
Д. все перечисленные

У женщин с тяжелой преэклампсией после родоразрешения противопоказан утеротоник:

А. Окситоцин
Б. метилэргометрин
В. Энзапрост Ф

Плацента выполняет следующую роль в иммунологических взаимоотношениях матери и плода при нормальной беременности

А. препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток
Б. обеспечивает антигенную стимуляцию матери
В. формирует механизмы взаимной толерантности матери и плода
Г. все перечисленное

Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе мать - плацента - плод приводит к развитию следующих осложнений
А. преэклампсии
Б. преждевременному прерыванию беременности
В. гемолитической болезни новорожденного
Г. всего перечисленного
На плацентарную недостаточность указывает
А. снижение уровня эстриола на одно или более стандартных отклонений от среднего уровня
Б. уменьшение экскреции эстриола с мочой ниже 12 мг/сут
В. все перечисленное
Хроническая плацентарная недостаточность возникает
А. при обширных инфарктах в плаценте
Б. при преждевременной отслойке плаценты
В при длительно текущей преэклампсии
Ультразвуковая оценка III степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности
А. 26-29 недель
Б. 30-33 недели
В. 34-37 недель
Г. 38-40 недель
Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается
А. к 16-й неделе беременности
Б. к 20-й неделе беременности
В. к 24-й неделе беременности
Г. к 28-й неделе беременности
Д. к 32-й неделе беременности
При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности, как правило, развивается
А. первичная плацентарная недостаточность
Б. ранний токсикоз беременных
В. гипертония беременных
Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается
А. в усилении надпочечниками плода продукции кортизола
Б. в повышении продукции тиреотропного гормона у плода
В. в снижении выработки прогестерона тканями плаценты
Г. в усиленной продукции гистамина тканями плаценты
Хроническая плацентарная недостаточность возникает 1) при обширных инфарктах в плаценте 2) при преждевременной отслойке плаценты 3) при эклампсии и преэклампсии 4) при длительно текущей нефропатии
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны
Острая плацентарная недостаточность есть следствие 1) длительной угрозы преждевременного прерывания беременности 2) изосерологической несовместимости крови матери и плода 3) перенашивания беременности 4) экстрагенитальной патологии
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны
На плацентарную недостаточность указывает
а) снижение уровня эстриола на одно или более стандартных отклонений от среднего уровня
б) уменьшение экскреции эстриола с мочой ниже 12 мг/сут
в) все перечисленное
г) ничего из перечисленного

Приложение13

Практическое занятие

Выявление беременных группы риска по преждевременным родам. Профилактика осложнений в родах и РДС-синдрома у новорожденного.

Невынашивание беременности – это:
1. Прерывание беременности в сроках от момента зачатия до 37 недель
2. Прерывание беременности в сроках от момента зачатия до 28 недель
3. Прерывание беременности в сроках от 12 до 37 недель
4. Прерывание беременности в сроках от 22 до 37 недель
5. Прерывание беременности в сроках от 28 до 37 недель

2. Самопроизвольный выкидыш (аборт) – это прерывание беременности в сроках от момента зачатия до:
1. 16 нед.
2. 28 нед.
3. 22 нед.
4. 20 нед.
5. 37 нед.

3. Преждевременные роды это роды в сроке беременности:
1. От 22 до 37 недель
2. От 22 до 28 недель
3. От 28 до 36 недель
4. От 22 до 36 недель
5. От 28 до 37 недель

4. Причины невынашивания беременности:
1. Инфекционные
2. Иммунологические
3. Эндокринные
4. Патология матки
5. Все вышеперечисленные

5. При хромосомных аномалиях у плода беременность прерывается:
1. В 16-18 недель
2. В 5-7 недель
3. В 8-10 недель
4. В 28-30 недель
5. В 36-38 недель

6. Назовите основные причины неразвивающейся беременности:
1. Генетические
2. Инфекционные
3. Экстрагенитальная патология
4. Стрессовые состояния
5. Нерациональное питание

7. Причиной преждевременных родов не является:
1. Многоводие
2. Многоплодие
3. Инфекции, передающиеся половым путем
4. Истмико-цервикальная недостаточность
5. Наличие в анамнезе гестоза первой половины беременности

8. У женщины с нормальным циклом после задержки менструации на 12 дней появились небольшие кровянистые выделения. Можно предположить диагноз:
1. Начавшийся самопроизвольный выкидыш
2. Нарушение менструальной функции
3. Нарушенная внематочная беременность
4. Пузырный занос
5. Все вышеперечисленное

9. Индивидуальные критические сроки для невынашивания беременности – это:
1. Срок наступления самопроизвольного выкидыша в прошлом
2. Период плацентации
3. Период имплантации
4. Дни, соответствующие менструации
5. Период органогенеза

10. Для клинической картины угрожающего аборта характерно все, кроме:
1. Ощущения тяжести или небольших тянущих болей внизу живота
2. Кровянистых выделений из половых путей
3. Шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт
4. Тонус матки повышен
5. Величина матки соответствует сроку беременности

11. Для профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденных используют:
1. Глюкокортикоиды
2. Амброксола гидрохлорид
3. Эуфиллин
4. Партусистен
5. Сульфат магния

12. Пренатальную профилактику респираторного дистресс-синдрома плода проводят в сроке беременности:
1. 22-36 недель
2. 28-36 недель
3. 28-34 недели
4. 22-34 недели
5. 26-34 недели

13. Идиопатический респираторный дистресс-синдром - это
а) расстройство дыхания
б) ателектаз легкого
в) отечно-геморрагический синдром
г) гиалиновые мембраны
д) все перечисленное

Приложение14

Практическое занятие

Методы родовозбуждения. Признаки и степени переношенности (перезрелости) у новорожденного.

Переношенной называется беременность, которая:
1. Длится более 280 дней
2. Длится более 294 дней
3. Длится более 294 дней и заканчивается рождением ребенка с признаками биологической перезрелости
4. Длится более 287 дней
5. Длится более 290 дней

Пролонгированная беременность – это беременность, которая:
1. Длится более 280 дней
2. Длится более 294 дней и заканчивается рождением ребенка с признаками биологической перезрелости
3. Длится более 294 дней и заканчивается рождением ребенка без признаков перезрелости
4. Длится более 287 дней
5. Длится более 290 дней

Причины переношенной беременности все, кроме:
1. Инфантилизм
2. Перенесенные аборты
3. Воспалительные заболевания внутренних органов

4. Истмико-цервикальная недостаточность
5. Наследственный фактор

Переношенная беременность характеризуется:
1. Наличием патологических изменений в плаценте
2 Нарушением функции плаценты
3. Запоздалым созреванием плаценты
4. Уменьшением количества околоплодных вод
5. Всем вышеперечисленным

Окончательный диагноз истинного перенашивания беременности устанавливают на основании:
1. Анамнеза
2. Осмотра последа
3. Данных клинического обследования женщины
4. Осмотра новорожденного
5. Данных лабораторного обследования женщины

Симптомокомплекс перезрелого плода включает все, кроме:
1. Отсутствие сыровидной смазки
2. Сухость и мацерацию кожных покровов ладоней и стоп
3. Плотные кости черепа, узкие швы и роднички
4. Длинные ногти
5. Нормальная плотность хрящей ушных раковин и носа

Клиническими признаками перенашивания беременности являются:
1. Уменьшение окружности живота и высоты стояния дна матки
2. Уменьшение массы тела беременной
3. Снижение двигательной активности плода
4. Изменение характера сердечных тонов плода
5. Все вышеперечисленные

При определении тактики ведения родов при перенашивании беременности учитывают:
1. Возраст беременной
2. Особенности акушерско-гинекологического анамнеза
3. Наличие сопутствующей акушерской патологии
4. Предполагаемую массу плода
5. Все вышеперечисленное

Показания к кесареву сечению при переношенной беременности:
1. Анатомический узкий таз, крупный плод
2. Внутриутробная гипоксия плода
3. Осложненный акушерский анамнез
4. Отсутствие эффекта от подготовки шейки матки к родам в сроке более 294 дней беременности
5. Все вышеперечисленные

Для подготовки шейки матки к родам при перенашивании беременности используют:
1. Эстрогены
2. Антигестагены
3. Простагландины
4. Цервикальные дилататоры природного и синтетического происхождения
5. Все вышеперечисленное

С целью родовозбуждения при перенашивании беременности применяют все, кроме:
1. Амниотомии
2. Цервикальных дилататоров природного и синтетического происхождения
3. Внутривенного введения простагландинов
4. Внутривенного введения окситоцина
5. Сочетанного внутривенного введения простагландинов и окситоцина

Наиболее частыми осложнениями запоздалых родов являются:
1. Травматизм матери и плода
2. Слабость родовых сил
3. Прогрессирование хронической гипоксии плода
4. Клиническое несоответствие головки плода и таза матери
5. Все вышеперечисленные

Причина гибели плода при переношенной беременности:
1. Инфекция
2. Аномалии развития
3. Асфиксия
4. Родовая травма
5. Анемия

Приложение15

Практическое занятие

Оказание неотложной доврачебной помощи при аномалиях сократительной деятельности матки.

1. Сократительная деятельность матки характеризуются следующими параметрами:
1. Базальный тонус
2. Интенсивность
3. Частота схваток
4. Продолжительность схваток
5. Всеми вышеперечисленными

2. Наиболее частой формой аномалий родовой деятельности является:
1. Чрезмерно сильная родовая деятельность
2. Патологический прелиминарный период
3. Первичная слабость родовой деятельности
4. Дискоординированная родовая деятельность
5. Вторичная слабость родовой деятельности

3. Причинами первичной слабости родовой деятельности являются все перечисленные, кроме:
1. Нейроэндокринные нарушения
2. Аномалии развития матки
3. Органические заболевания центральной нервной системы
4. Гипоксия плода
5. Инфекции и интоксикации

4. Причинами вторичной слабости родовой деятельности являются:
1. Клинически узкий таз
2. Неправильные вставления головки
3. Ригидность шейки матки
4. Необоснованное использование обезболивающих и утеротонических средств
5. Все вышеперечисленные

5. Диагноз аномалий родовой деятельности устанавливается на основании:
1. Времени излития околоплодных вод
2. Клинической характеристики параметров родовой деятельности, скорости сглаживания и раскрытия шейки матки
3. Внутриутробного состояния плода
4. Данных кардиографии
5. Всего вышеперечисленного

6. Для патологического прелиминарного периода не характерно:
1. Схваткообразные нерегулярные боли внизу живота и в пояснице
2. Продолжительность болей от 6 до 24 часов и более, нарушение сна, утомление
3. Отсутствие готовности шейки матки к родам
4. Повышение тонуса матки и ее нижнего сегмента
5. Сглаживание шейки матки

7. Женщина предъявляет жалобы на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота в течение 9 часов, утомление. При влагалищном исследовании шейка матки «недостаточно» зрелая. Предварительный диагноз:
1. Предвестники родов
2. Физиологический прелиминарный период
3. Патологический прелиминарный период

4. Срочные роды
5. Дискоординированная родовая деятельность

8. Диагностическими критериями слабости родовой деятельности являются:

1. Редкие, удовлетворительной силы или частые, но слабые и короткие схватки
2. Замедленная скорость раскрытия маточного зева
3. Замедленное продвижение предлежащей части
4. Увеличение продолжительности родов
5. Все вышеперечисленные

9. Вторичная слабость родовой деятельности характеризуется:

1. Нарушением ритма сокращений матки
2. Дистоцией шейки матки
3. Наличием судорожных сокращений матки
4. Отсутствием координированности сокращений между правой и левой половиной матки, верхними и нижними ее отделами
5. Ничем из вышеперечисленного

10. Осложнениями слабости родовой деятельности могут быть:

1. Хориоамнионит
2. Гипотоническое кровотечение
3. Несвоевременное излитие околоплодных вод
4. Внутриутробная гипоксия плода
5. Все вышеперечисленные

11. Тактика при первичной слабости родовой деятельности, открытии шейки матки на 4 см, безводном периоде 6 часов, удовлетворительном состоянии матери и плода:

1. Вскрытие плодного пузыря
2. Медикаментозный сон-отдых
3. Стимуляция родовой деятельности
4. Кесарево сечение
5. Дальнейшее наблюдение

12. Для лечения слабости родовой деятельности применяют:

1. Эстрогены
2. Спазмолитики
3. Утеротонические лекарственные средства
4. Гестагены
5. Токолитики

13. Максимальная скорость внутривенного капельного введения окситоцина при проведении родостимуляции при слабости родовой деятельности:

1. 15 капель в минуту
2. 20 капель в минуту
3. 50 капель в минуту
4. 40 капель в минуту
5. 50 капель в минуту

14. Показаниями для операции кесарева сечения при слабости родовой деятельности являются:

1. Утомление роженицы
2. Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии
3. Наличие признаков несоответствия размеров таза и головки плода
4. Плотные оболочки плодного пузыря
5. Затяжные роды

15. Причинами развития дискоординированной родовой деятельности являются все, кроме:

1. Пороков развития матки
2. Патологического прелиминарного периода
3. Ригидности шейки матки
4. Многоводия
5. Гипоэстрогении

16. Дискоординация родовой деятельности – это:

1. Смещение «водителя ритма» по горизонтали (правая и левая половина матки сокращаются в разном ритме)
2. Смещение «водителя ритма» по вертикали (на тело или нижний сегмент матки)
3. Возникновение нескольких «водителей ритма» в матке
4. Нарушение тройного нисходящего градиента в сократительной деятельности матки
5. Все вышеперечисленное

17. При дискоординации сократительной деятельности матки внутриамниотическое давление по сравнению с нормой:
1. Повышено
2. Понижено
3. Не изменено
4. Зависит от толщины стенки матки
5. Зависит от степени болезненности схваток

18. К дискоординированной родовой деятельности не относится:
1. Дискоординация
2. Гипертонус нижнего сегмента
3. Судорожные схватки
4. Циркулярная дистония
5. Патологический прелиминарный период

19. Клиническими проявлениями дискоординированной родовой деятельности являются:
1. Болезненные, нерегулярные схватки
2. Схватки разной интенсивности и продолжительности
3. Замедленное раскрытие шейки матки, отек шейки матки
4. Гипоксия и асфиксия плода
5. Все вышеперечисленные

20. Для лечения дискоординированной родовой деятельности применяют:
1. Внутривенное введение ❑-адреномиметиков
2. Эпидуральную анестезию
3. Сон-отдых
4. Простагландины
5. Окситоцин

21. Показания к оперативному родоразрешению при дискоординированной родовой деятельности:
1. Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии
2. Внутриутробная гипоксия плода
3. Раннее излитие околоплодных вод
4. Продолжительность безводного периода более 6 часов
5. Первородящая 20 лет

22. Осложнения при дискоординированной родовой деятельности:
1. Ранне излитие околоплодных вод
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. Родовой травматизм матери и плода
4. Гипотоническое кровотечение
5. Все вышеперечисленное

23. Стремительные роды у повторнородящих протекают менее чем за:
1. 30 мин
2. 1 час
3. 2 часа
4. 3 часов
5. 4 часа

24. Стремительные роды у первородящих женщин протекают менее чем за:
1. 30 минут
2. 1 час
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 4 часа

25. Быстрые роды у первородящих продолжаются:

1. 1-2 часа
2. 2-4 часа
3. 4-6 часов
4. 6-7 часов
5. 8 часов

Приложение16

Практическое занятие

Особенности ведения родов при патологии прелиминарного периода, уход и наблюдение за роженицей.

Для патологического прелиминарного периода характерны схватки:

а) нерегулярные, слабые, малоболезненные
б) нерегулярные, слабые, безболезненные
в) регулярные, слабые, болезненные
г) нерегулярные, слабые, болезненные в течение 1–6 ч
д) нерегулярные, болезненные в течение более 6 ч

Продолжительность патологического прелиминарного периода составляет:
а) 2-3 часа
б) 3-4 часа
в) 4-6 часов
г) 6-8 часов
д) более 10 часов

Для лечения патологического прелиминарного периода обычно применяют
а) промедол;
б) пудендальную анестезию;
в) электроаналгезию;
г) ингаляционный эндотрахеальный наркоз;
д) правильно а) и в)

Продолжительность нормального преламинарного периода составляет:
а) 2-3 часа
б) 3-4 часа
в) 4-8 часов
г) 6-8 часов
д) 8-9 часов

Доношенная беременность, прелиминарный период продолжается более 12 часов, тонус матки повышен, длина шейки матки 2,5 см, наружный зев закрыт, показано:
а) наблюдение в течение 6 часов
б) кесарево сечение
в) ГОМК, затем в/венное капельное введение простенона
г) ГОМК, затем в/венное капельное введение окситоцина
д) амниотомия

Беременность доношенная, патологический прелиминарный период, после медикаментозного сна-отдыха схватки остаются слабыми, шейка матки «зрелая» , показано
а) наблюдение в течение 6 часов
б) ведение пропедил-геля
в) введение утеротонических средств (окситоцин, простагландины)
г) назначение спазмолитиков через каждые 3 часа в течение суток
д) в/венное введение гинипрала

Доношенная беременность «незрелая» шейка матки, крупный плод, патологический преламинарный период, течение суток эффекта от проводимой терапии нет, показано:
а) введение спазмолитиков в течение 3-х дней
б) кесарево сечение
в) амниотомия с последующим в/венным введением энзапроста
г) повторить медикаментозный сон (ГОМК)
д) наблюдение

Для стимуляции родовой деятельности применяется β-адреноблокатор:
а) ганглерон
б) окситоцин
в) гинипрал
г) анаприлин
д) сульфат магния

Короткие и слабые регулярные схватки характерны для:
а) прелиминарного периода
б) патологического прелиминарного периода
в) слабости родовой деятельности
г) дискоординированной родовой деятельности

Приложение17

Практическое занятие

Выполнение назначений врача по коррекции аномалии родовой деятельности.

1. К аномалиям родовой деятельности относят
- 1. первичную слабость родовой деятельности
- 2. вторичную слабость родовой деятельности
- 3. чрезмерно сильную родовую деятельность
- 4. дискоординированную родовую деятельность
- 5. атипический подготовительный период

2. К группе высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности относятся женщины, имеющие
- 1. различные нарушения менструального цикла в анамнезе
- 2. первую беременность
- 3. ожирение
- 4. половой инфантилизм
- 5. тазовое предлежание плода

3. По данным литературы, первичная слабость родовой деятельности наблюдается
- 1. у 2-1О% рожениц
- 2. у 15-2О% рожениц
- 3. у 25% рожениц
- 4. у 3О% рожениц
- 5. у 4О% рожениц

4. По данным литературы, вторичная слабость родовой деятельности наблюдается приблизительно
- 1. у 2.4% рожениц
- 2. у 1О.О% рожениц
- 3. у 2О.О% рожениц
- 4. у 25.О% рожениц
- 5. у 3О.О% рожениц

5. В группе первородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью
- 1. от 1О до 12 часов
- 2. от 8 до 1О часов
- 3. от 4 до 6 часов
- 4. от 2 до 4 часов
- 5. менее двух часов

6. В группе повторнородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью
- 1. от 12 до 1О часов
- 2. от 1О до 8 часов
- 3. от 6 до 4 часов
- 4. от 4 до 2 часов
- 5. менее двух часов

7. В группе первородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью
- 1. до 7 часов
- 2. до 6 часов
- 3. до 5 часов
- 4. до 4 часов

- 5. до 2 часов

8. В группе повторнородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью
- 1. до 7 часов и менее
- 2. до 6 часов и менее
- 3. до 5 часов и менее
- 4. до 4 часов и менее
- 5. до 2 часов и менее

9. Классификация аномалий родовых сил, предложенная профессором И.И.Яковлевым
- 1. основана на оценке состояния тонуса и возбудимости матки
- 2. построена на оценке структурных изменений шейки матки
- 3. рассматривает 3 разновидности тонического напряжения матки в родах
- 4. относит 2О% родов к течению на фоне гипертонуса матки
- 5. относит 6.6% родов к течению на фоне гипотонуса матки

10. Слабость родовой деятельности чаще встречается в группе
- 1. первородящих женщин
- 2. повторнородящих женщин
- 3. рожениц в возрасте от 2О до 24 лет
- 4. рожениц с многоводием
- 5. рожениц с переношенной беременностью

11. Первичная слабость родовой деятельности
- 1. возникает преимущественно у первородящих женщин
- 2. диагностируется в первом периоде родов
- 3. нередко сочетается с преждевременным излитием околоплодных вод
- 4. сопровождается запоздалым излитием околоплодных вод
- 5. может быть диагностирована уже в первые два часа от начала родовой деятельности

12. Современный подход к лечению слабости родовой деятельности включает мероприятия, направленные
- 1. на повышение энергетических ресурсов организма
- 2. на создание определенного гормонального фона
- 3. на сохранение физиологического биоритма
- 4. на активацию моторной деятельности матки
- 5. на полное и длительное прекращение сократительной деятельности матки

13. Лечение первичной слабости родовой деятельности
- 1. зависит от продолжительности родов
- 2. зависит от состояния шейки матки
- 3. во всех случаях сводиться к назначению родостимулирующих средств
- 4. включает применение спазмолитиков
- 5. может включать предоставление медикаментозного сна-отдыха

14. Для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева менее 6 см целесообразно назначение
- 1. внутривенного капельного введения раствора О.5 мг простенона и 5 ЕД окситоцина в 3ОО мл 5% раствора глюкозы
- 2. внутривенного струйного введения раствора окситоцина
- 3. родостимулирующей терапии с использованием маммофизина и прозерина
- 4. внутривенного введения 1 мл О.О2% раствора метилэргометрина
- 5. интравагинального введения геля с простагландином

15. Вторичная слабость родовой деятельности
- 1. часто встречается при преждевременных родах
- 2. чаще наблюдается в родах крупным плодом
- 3. сопровождается гипоксией плода
- 4. является типичным осложнением при переднем виде затылочного вставления головки плода
- 5. может осложняться развитием некроза в тканях мягких родовых путей

16. Вторичная слабость родовой деятельности
- 1. встречается чаще, чем первичная
- 2. встречается преимущественно у первородящих женщин
- 3. диагностируется в конце первого периода родов

- 4. нередко развивается в родах при тазовом предлежании плода
- 5. часто встречается в родах при заднем виде затылочного вставления

17. При вторичной слабости родовой деятельности целесообразно назначение
    - 1. родостимулирующей терапии по схеме Штейна-Курдиновского
    - 2. внутривенного капельного введения раствора окситоцина
    - 3. внутривенного введения 1 мл О.О2% раствора метилэргометрина
    - 4. внутривенного капельного введения раствора О.5 мг простенона в 3ОО мл 5% раствора глюкозы
    - 5. при внутривенном капельном введении бета-адреномиметических средств
18. При вторичной слабости родовой деятельности роды могут быть закончены
    - 1. путем операции кесарева сечения
    - 2. путем операции наложения акушерских щипцов
    - 3. путем операции перинеотомии
    - 4. путем операции вакуум-экстракции плода
    - 5. при внутривенном капельном введении бета-адреномиметических средств
19. Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов
    - 1. встречается чаще других видов аномалий родовой деятельности
    - 2. встречается чаще при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
    - 3. приводит к выраженным нарушениям маточно-плацентарного кровообращения
    - 4. может быть причиной тяжелых внутричерепных травм у плода
    - 5. может осложняться гипотоническим кровотечением в послеродовом периоде
20. Быстрые и стремительные роды
    - 1. могут осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
    - 2. встречаются чаще при позднем токсикозе беременных
    - 3. сопровождаются развитием гипоксии плода
    - 4. могут быть причиной тяжелых неврологических заболеваний новорожденного
    - 5. ингаляционный наркоз фторотаном
21. С целью регуляции чрезмерно сильной родовой деятельности используют
    - 1. препараты, обладающие бета-адреномиметической активностью
    - 2. внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата
    - 3. препараты группы токолитиков
    - 4. внутримышечное или подкожное введение 1-2 мл 2% раствора промедола
    - 5. ингаляционный наркоз фторотаном
22. Дискоординированная родовая деятельность
    - 1. наблюдается относительно редко
    - 2. может проявляться в виде доминанты нижнего сегмента матки
    - 3. может проявляться в виде дистоции шейки матки
    - 4. проявляется отсутствием нарастания степени раскрытия маточного зева
    - 5. требует применения утеротонических средств
23. При дискоординированной родовой деятельности
    - 1. основные мероприятия должны быть направлены на усиление сократительной деятельности матки
    - 2. широко применяются спазмолитические препараты
    - 3. оправдано применение бета-адреномиметических средств
    - 4. можно применять ингаляционный фторотановый наркоз
    - 5. широкое применение получили транквилизаторы
24. Тест Смита
    - 1. заключается в внутривенном введении раствора окситоцина
    - 2. заключается в внутривенном введении раствора простагландина Е
    - 3. позволяет оценить возбудимость матки
    - 4. позволяет оценить тонус матки
    - 5. позволяет оценить готовность организма матери к родам
25. Комплексная медикаментозная подготовка беременных к родам
    - 1. обычно проводится в течение одного дня
    - 2. включает назначение внутримышечных инъекций фолликулина по 5ООО ЕД в сутки
    - 3. включает назначение внутримышечных инъекций эстрадиола дипропионата по 2ОООО ЕД в сутки
    - 4. включает назначение внутримышечных инъекций 1 мл 2% масляного раствора синестрола

- 5. включает введение в цервикальный канал геля с раствором 5 мг энзапроста-Ф

26. С целью предоставления медикаментозного сна-отдыха может быть назначено
    - 1. внутримышечное введение 2 мл 2% раствора промедола
    - 2. внутримышечное введение литической смеси, включающей 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 1% раствора димедрола
    - 3. внутримышечное введение 24 мл 25% раствора сульфата магния
    - 4. внутримышечное введение 2 мл ношпы
    - 5. вдыхание газовой смеси с фторотаном
27. Гормонально-глюкозо-кальциево-витаминный фон
    - 1. назначается для лечения бурной родовой деятельности
    - 2. включает внутримышечное введение 125 мг оксипрогестерона капроната
    - 3. включает внутривенное введение 5 ЕД окситоцина
    - 4. включает внутримышечное введение витаминов группы В
    - 5. включает внутримышечное введение токоферола
28. Родовозбуждение
    - 1. может быть проведено при наличии созревающей шейки матки
    - 2. должно включать преждевременную амниотомию
    - 3. обычно начинается с внутримышечного введения 1ОООО ЕД фолликулина
    - 4. включает внутривенное струйное введение 5 ЕД окситоцина
    - 5. может включать назначение 8 порошков хинина сульфата по О.О5 г и 4 внутримышечных инъекций 1.25 ЕД окситоцина
29. Родостимуляция может осуществляться
    - 1. внутривенным струйным введением 5 ЕД окситоцина в 2О мл 4О% раствора глюкозы
    - 2. внутривенным капельным введением 2О ЕД окситоцина в 5ОО мл 5% раствора глюкозы
    - 3. внутривенным капельным введением 5 ЕД окситоцина в 5ОО мл 5% раствора глюкозы
    - 4. внутривенным капельным введением раствора О.5 мг простенона в 3ОО-5ОО мл физиологического раствора, начиная с 8-1О капель в минуту
    - 5. внутривенным введением 1 мл О.О2% раствора метилэргометрина
30. Родостимуляция внутривенным введением окситоцина
    - 1. опасна возможностью развития бурной родовой деятельности
    - 2. обычно проводится для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева 2-4 см
    - 3. должна проводится при постоянной токографии
    - 4. требует мониторного контроля за состоянием плода
    - 5. должна осуществлятся с помощью специальных дозаторов
31. Для лечения дистоции шейки матки может быть использовано
    - 1. внутривенное введение 5 мл баралгина
    - 2. внутримышечное введение 2 мл 1.5% раствора ганглерона
    - 3. внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата
    - 4. внутримышечное введение 2 мл О.5% раствора седуксена
    - 5. парацервикальное введение раствора лидазы
32. Применение наркотических анальгетиков
    - 1. оправдано при лечении некоторых форм слабости родовой деятельности
    - 2. показано при лечении бурной родовой деятельности
    - 3. показано для обезболивания второго периода родов
    - 4. может влиять на состояние новорожденного
    - 5. в виде внутримышечного введения 1 мл 2% раствора промедола позволяет полностью снять родовую деятельность

Приложение18

Практическое занятие
Оказание неотложной доврачебной помощи

Вопрос № 1

В машине скорой помощи Вы принимаете роды. Появилась голова, туго обвитая пуповиной, которая препятствует дальнейшему рождению плода. Ваши действия:

а) рассечь пуповину между зажимами; (+)

б) рассечь пуповину без зажимов;

в) постараться снять пуповину через голову;
г) оставить вес без изменения и ждать полного рождения плода.
Вопрос № 2
У женщины детородного возраста после задержки менструации в течении 2 недель после акта дефекации появилась резкая боль внизу живота, иррадиирующая в надключичную область, рвота, кратковременная потеря сознания, кровянистые выделения из влагалища. Неотложная помощь на дому будет заключаться в следующих мероприятиях:
а) назначение обезболивающих средств;
б) введение сокращающих матку средств;
в) назначение антибиотиков;
г) инфузионная терапия (плазмозамещающие растворы);
д) немедленная госпитализация в гинекологическое отделение. (+)
Вопрос № 3
При наличии наружного кровотечения дифференциальный диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в первую очередь следует проводить
а) с предлежанием плаценты (+)
б) с прервавшейся внематочной беременностью
в) с начавшимся абортом
г) с неполным абортом
д) с трубным абортом
Вопрос № 4
Каким размером прорезывается головка при родах в заднем виде затылочного предлежания?
а) средний косой (+)
б) малый косой
в) вертикальный
г) прямой
Вопрос № 5
Причинами преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты могут быть
а) тиреотоксикоз
б) подслизистые узлы миомы матки
в) многоводие
г) многоплодная беременность
д) любая хроническая патология со стороны здоровья роженицы и наличие вследствие этого токсикозов второй половины беременности (+)
Вопрос № 6
Роды произошли на дому живым доношенным мальчиком. Выделился послед. При осмотре врача СП дефектов не обнаружено. Началось профузное маточное кровотечение. Ваша тактика?
а) срочная госпитализация без оказания неотложной помощи;
б) введение окситоцина, метилергометрина внутривенно или внутримышечно;
в) наружный массаж матки;
г) срочная госпитализация после предварительного введения внутривенно окситоцина (метилергоометрина) , массажа матки с прижатием аорты кулаком. (+)
Вопрос № 7
У беременной в сроке 7 месяцев дома отошли околоплодные воды. Вызван врач, который обнаружил выпавшую из влагалища пуповину (последняя пульсирует). Ваши действия:
а) заправить пуповину во влагалище;
б) затампонировать влагалище;
в) срочно госпитализировать машиной скорой помощи в положении с приподнятым тазовым концом; (+)
г) транспортировать машиной скорой помощи в положении на боку.
Вопрос № 8
Наиболее частой причиной послеродового кровотечения является:
а) разрыв промежности;
б) гипотония матки; (+)
в) гематомы родовых путей;
г) врастание (истинное приращение) плаценты;
д) остатки плаценты (ее частей) в полости матки.

Вопрос № 9
При предлежании плаценты обильное кровотечение чаще бывает
а) до родов (+)
б) во время родов
в) после родов
г) до и во время родов
д) через 2 часа после родов
Вопрос № 10
Тяжелая недостаточность почек развивается в случае:
а) артериальной гипертензии, обусловленной беременностью;
б) ессенциальной гипертензии;
в) феохромоцитомы;
г) красной волчанки;
д) эклампсии. (+)
Вопрос № 11
Тактика при не отделившемся последе, когда не прошло 30 минут после рождения ребенка, а кровопотеря превысила физиологическую норму:
а) сокращающие в/в
б) ручное отделение и выделение последа (+)
в) транспортировка
Вопрос № 12
Какая наиболее вероятная причина начавшегося кровотечения из влагалища во время беременности сроком 8 недель?
а) разрыв (апоплексия) яичника;
б) начавшийся самопроизвольно аборт; (+)
в) дисфункция яичников;
г) пузырный занос.
Вопрос № 13
Пациентку следует предупредить о том, что поразить плод на ранних сроках беременности и вызвать аномалии может
а) гепатит
б) туберкулез
в) ветряная оспа
г) краснуха (+)
д) пневмония
Вопрос № 14
В качестве причины обильного маточного кровотечения у женщины детородного возраста следует в первую очередь заподозрить:
а) рак половых органов;
б) нарушение маточной беременности (аборт);(+)
в) нарушение менструального цикла;
г) травму половых органов.
Вопрос № 15
Наиболее частой причиной вызова скорой помощи к больной с терминальной стадией рака матки является
а) высокая температура
б) уремия (+)
в) боли в животе - непроходимость кишечника
г) гиповолемический шок
д) кровотечение
Вопрос № 16
Больная 36 лет обратилась в приемный покой общепрофильной больницы с обильным кровотечением из влагалища после диатермокоагуляции. Последняя менструация была 3 недели тому назад в срок, нормальная. Кровотечение продолжается в течение 6 часов. У больной бледность кожных покровов, головокружение, резкая слабость. АД 80/50 мм.рт.ст..
Предположительный диагноз:
а) дисфункциональное маточное кровотечение;

б) неполный аборт (или аборт в ходу);
в) рак шейки матки и кровотечение в результате повреждения сосуда после диатермокоагуляции; (+)
г) разрыв варикозного узла влагалища.
Вопрос № 17
Осложнением, связанным с приступом эклампсии при тяжелой форме гестоза, не является
а) обструкция дыхательных путей
б) отслойка сетчатки глаза
в) отслойка плаценты
г) кровоизлияние в гипофиз
д) разрыв мочевого пузыря (+)
Вопрос № 18
Роды произошли на дому живым доношенным мальчиком. Выделился послед. При осмотре врача СП дефектов не обнаружено. Началось профузное маточное кровотечение. Предполагаемый диагноз?
а) гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде; (+)
б) гипокоагуляционное кровотечение;
в) кровотечение из разрывов мягких родовых путей;
г) разрыв матки.
Вопрос № 19
Основным симптомом при задержке в матке детского места или его частей является
а) резкая боль в надлобковой области
б) отсутствие наружного кровотечения
в) кровотечение из половых путей (+)
г) уменьшение матки в объеме
д) высокая температура тела
Вопрос № 20
Тактика в 1 периоде фибриллярных подергиваний у больной с эклампсией?
а) ингаляционный наркоз (+)
б) эуфиллин 2,4%10,0
в) магнезиальная терапия по Бровкину
Вопрос № 21
Какое из приведенных мероприятий является первоочередным при первичном туалете новорожденного?
а) снять первородную смазку;
б) обмыть новорожденного;
в) освободить от содержимого верхние дыхательные пути; (+)
г) отделить от матери (пересечь пуповину);
д) обработать глаза сульфацилом натрия.
Вопрос № 22
Больная 26 лет обратилась вызвала скорую помощь с жалобами:4 часа тому после физической нагрузки внезапно почувствовала острую боль в правой подвздошной области, иррадиирующую в поясницу. Последняя менструация прошла в срок 16 дней назад, протекла без особенностей. При осмотре больная бледная, отмечает слабость, головокружение, температура 36,6°С, АД 100/80 мм.рт.ст. Живот несколько напряжен: болезнен в нижних отделах, где положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Выделений из влагалища нет. Стул был, мочится без особенностей. Предположительным диагнозом будет:
а) почечная колика;
б) острый аппендицит;
в) разрыв яичника или его кисты; (+)
г) острый аднексит;
д) нарушенная внематочная беременность.
Вопрос № 23
Самый ранний симптом, указывающий на тяжелую (50 %) отслойку плаценты:
а) боль
б) внутриутробная гибель плода
в) нарушение гемодинамики (падение АД, частый слабый пульс, бледность) (+)

г) кровотечение из половых путей
д) изменение консистенции и конфигурации матки
Вопрос № 24
Жещина с I беременностью в возрасте 20 лет, в сроке 5 месяцев находится в терапевтическом отделении с обострением хронического гепатохолецистита. После проведенной инфузионной терапии в объеме1,5 литров у беременной возникла головная боль, снижение зрения, тошнота, боль в подложечной области. АД=170/110. Наиболее вероятный диагноз:
а) эклампсия;
б) преэклампсия;(+)
в) гипертония беременных;
г) обострение холецистита;
д) перфоративная язва желудка.
Вопрос № 25
При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование должно быть произведено:
а) немедленно
б) ссоблюдением правил асептики и антисептики
в) только в условиях стационара (+)
г) после подключения системы для в/в вливания
Вопрос № 26
Немедленное лечение послеродового кровотечения вследствие гипотонии матки состоит
а) в выскабливании матки
б) во внутривенном введении фибриногена
в) в тампонаде матки
г) в массаже матки (+)
д) в наблюдении
Вопрос № 27
Причинами преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты могут быть
а) токсикозы второй половины беременности
б) пороки сердца
в) гипертоническая болезнь
г) хроническое воспаление матки
д) любая хроническая патология со стороны здоровья роженицы и наличие вследствие этого токсикозов второй половины беременности(+)
Вопрос № 28
У беременных с токсикозом и выраженной вследствие этого гипертонией наиболее опасным симптомом является
а) головные мигренеподобные боли
б) отеки конечностей
в) надчревная боль (+)
г) резкое увеличение весад) носовое кровотечение
Вопрос № 29
Каких действий требуют от врача скорой медицинской помощи, при наличии перечисленных клинических критериев, позволяющих прогнозировать приступ эклампсии:фибриллярные подергивания мышц лица и кистей, субъективные жалобы на резкую головную боль, боль в эпигастральной области, нарушение зрения, наличие диастолического давления на момент осмотра выше 120 мм рт. ст. либо подъем ДАД выше 110 мм рт. ст. в течение последних 6 часов
а) начать внутривенное введение сернокислой магнезии 2-4 г/час на солевом растворе
б) по показаниям - интубацию трахеи с последующей ИВЛ с помощью портативных дыхательных аппаратов
в) срочная госпитализация без применения медикаментозной терапии
г) транспортная иммобилизация и госпитализация в акушерский стационар
д) по возможности создать полную тишину, начать с внутривенного введения сернокислой магнезии 2-4 г/час на солевом растворе, на фоне инфузии контроль за уровнем АД. При наличии эффекта госпитализация в акушерский стационар (+)
Вопрос № 30
Когда должно произойти отхождение околоплодных вод?
а) при раскрытии шейки матки на 4 см

б) при раскрытии шейки матки на 5-6 см
в) с началом потуг
г) при раскрытии близком к полному (+)
Вопрос № 31
Внематочная беременность может прерываться
а) по типу трубного аборта
б) по смешанному типу
в) по типу разрыва трубы
г) по типу трубного аборта, по типу разрыва трубы (+)
д) верных ответов нет
Вопрос № 32
Осложнением, связанным с приступом эклампсии при тяжелой форме гестоза, не является
а) отек легких
б) нарушение мозгового кровообращения, отек головного мозга
в) диссеминированное внутрисосудистое свертывание
г) острая почечная недостаточность
д) острая кишечная непроходимость (+)
Вопрос № 33
К эмболии околоплодными водами предрасполагает
а) разрыв околоплодных оболочек
б) повышение давления в амниотической полости
в) интенсивная родовая деятельность
г) разрыв околоплодных оболочек, повышение давления в амниотической полости, интенсивная родовая деятельность (+)
д) гнойно-воспалительные заболевания матки и придатков у матери
Вопрос № 34
Основной клинический симптом предлежания плаценты;
а) боль внизу живота
б) нарушение гемодинамики (+)
в) кровотечение из половых путей
г) анемия
Вопрос № 35
При эклампсической коме для обеспечения проходимости дыхательных путей врач скорой помощи не должен выполнять
а) запрокидывание головы
б) введение воздуховода
в) выведение нижней челюсти
г) придание положения Тренделенбурга (+)
д) интубация трахеи и ИВЛ (при недостаточности дыхания)
Вопрос № 36
В третьем триместре беременности предлежание плаценты может быть заподозрено при наличии:
а) острой боли в животе;
б) безболезненного влагалищного кровотечения;(+)
в) прекращения движений плода;
г) бледности кожных покровов, частого пульса, артериальной гипотензии без наружного кровотечения.
Вопрос № 37
Наркоз закисью азота с кислородом на догоспитальном этапе при тяжелом гестозе не показан
а) во время приступа эклампсии (+)
б) перед внутривенным введением лекарств
в) обезболивания начавшихся родов
г) предупреждения приступа эклампсии во время транспортировки
д) перед внутримышечным введением лекарств
Вопрос № 38
Симптомами внематочной беременности не являются
а) задержки месячных
б) боли внизу живота

в) Френикус-симптом
г) повышение температуры, озноб (+)
д) тошнота, рвота
Вопрос № 39
У женщины 28 лет появились схваткообразная боль внизу живота, по поводу чего вызвана машина скорой помощи. Считает, что срок беременности 3 месяца, беременность желанная. Ваша тактика:
а) срочная госпитализация в гинекологическое отделение;
б) срочная госпитализация в гинекологическое отделение с предварительным введением магния сульфата 25%-10 мл в/м, баралгина; (+)
в) теплая грелка на живот;
г) очистительная клизма;
д) госпитализация в гинекологическое отделение с предварительной консультацией хирурга.
Вопрос № 40
Для угрожающего разрыва матки в родах наиболее характерен следующий симптом:
а) слабость родовой деятельности;
б) частые, резко болезненные схватки;(+)
в) внезапное прекращение родовой деятельности;
г) начавшееся маточное кровотечение.
Вопрос № 41
Какова нормальная продолжительность II периода родов у первородящих?
а) 1 час(+)
б) 2 часа
в) 3 часа
г) 30 минут
д) 1-2 часа
Вопрос № 42
Наиболее частой причиной вызова скорой помощи к больной с запущенным раком яичников является
а) кишечная непроходимость (+)
б) головные боли - метастазы в мозг
в) кровотечение
г) уремия
д) боли в пояснице - метастазы в позвоночник
Вопрос № 43
Для окончания второго периода родов на догоспитальном этапе в объем помощи не входит
а) придания роженице удобной позы (на спине, с согнутыми в коленях и широко разведенными ногами)
б) обработки наружных половых органов роженицы дезинфицирующим раствором
в) обработки дезинфицирующим раствором своих рук
г) оказания акушерского пособия при рождении плода
д) введение сокращающих матку средств (+)
Вопрос № 44
Сколько можно ждать самостоятельного отделения и рождения последа при удовлетворительном состоянии роженицы и отсутствии кровотечения?
а) 1 час
б) 2 часа
в) 30 минут — 1 час
г) 30 минут (+)
Вопрос № 45
Диагностическим симптомом эктопической трубной беременности является
а) боль в животе(+)
б) незначительное постоянное влагалищное кровотечение
в) отрицательный тест на беременность
г) увеличение матки и ее придатков
д) артериальная гипертония
Вопрос № 46

Сколько раз бывает рвота при раннем токсикозе беременности легкой степени?
а) 1 раз в сутки
б) 2-3 раза в сутки (+)
в) 5-6 раз в сутки
г) более 10 раз в сутки
Вопрос № 47
Роды "в ходу" характеризуются
а) прогрессирующим сглаживанием шейки матки и ее раскрытием (+)
б) увеличением количества кровянисто-серозных выделений
в) увеличивающейся частотой и продолжительностью схваток
г) постоянно нарастающей болью в области матки
д) учащенным мочеиспусканием
Вопрос № 48
Больная 28 лет вызвала скорую помощь. Жалобы: озноб, высокая температура 39,6°С, тупая боль внизу живота. 3 дня тому был произведен искусственный аборт в сроке 12 недель, выписана в удовлетворительном состоянии с нормальной температурой. Общее состояние несколько нарушено. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот активно участвует в дыхании, мягкий, при пальпации безболезнен, симптомов раздражения брюшины нет. Выделения из влагалища гнойно кровянистые не обильные. От предложенной госпитализации категорически отказалась.
Предположительный диагноз:
а) перфорация матки, перитонит;
б) внематочная беременность;
в) острый эндометрит;(+)
г) разрыв яичника;
д) острый аппендицит.
Вопрос № 49
С какого мероприятия следует начинать лечение приступа эклампсии?
а) снятие повышенной возбудимости седативными средствами; (+)
б) снижение АД;
в) противоотечная терапия;
г) коррекция гомеостаза.
Вопрос № 50
Каким размером прорезывается головка при родах в лицевом предлежании?
а) малый косой
б) вертикальный (+)
в) прямой
г) большой косой

Приложение19

Практическое занятие
Методы родоразрешения при анатомически и клинически узком тазе.

1. Диагноз функционально узкого таза ставится на основании оценки
1. размеров и формы таза
2. величины головки плода
3. положения плода
4. вставления головки
5. характера родовой деятельности

2. Клинически узкий таз обычно диагностируется
1. в начале первого периода родов
2. при отрицательном признаке Вастена
3. во время беременности
4. при полном или почти полном раскрытии маточного зева
5. по характерной форме матки

3. Диагноз анатомически суженного таза ставится на основании
1. результатов измерения наружных размеров большого таза
2. результатов измерения диагональной конъюгаты
3. результатов измерения ромба Михаэлиса

4. исследования внутренних поверхностей всех стенок таза
5. рентгенопельвиометрии

4. При анатомически суженном тазе чаще встречается

1. длительное высокое стояние головки плода над входом в малый таз
2. многоводие
3. тазовое предлежание
4. неправильное положение плода
5. неправильное вставление головки плода

5. Беременные с анатомически суженным тазом должны быть

1. госпитализированы в акушерский стационар за две недели до родов
2. направлены на ультразвуковое исследование
3. родоразрешены только операцией кесарева сечения
4. под наблюдением в женской консультации до начала родов
5. направлены на прерывание беременности в ранние сроки

6. При ведении родов у женщин с анатомически суженным тазом необходимо

1. определить форму и степень сужения таза
2. определить индекс Соловьева
3. определить предполагаемую массу плода
4. прибегнуть к ранней амниотомии
5. оценить признак Вастена

7. Осложнением для плода в родах при анатомически суженном тазе может быть развитие

1. кефалогематомы
2. патологической конфигурации головки
3. гипоксии
4. внутричерепной травмы
5. синдрома дыхательных растройств (СДР)

8. Для функциональной оценки таза, кроме данных его измерения, большое значение имеет

1. анализ анамнестических данных
2. оценка размеров плода
3. оценка роста роженицы
4. оценка формы живота
5. оценка положения плода

9. К редко встречающимся в настоящее время формам узкого таза относятся

1. кососмещенный таз
2. поперечносуженный таз
3. остеомалятический таз
4. карликовый таз
5. плоскорахитический таз

10. Диагноз анатомически суженного таза может быть поставлен

1. если размеры большого таза уменьшены на 2.0 см
2. если величина истинной конъюгаты равна 10 см и менее
3. если величина диагональной конъюгаты равна 13 см
4. если величина наружной конъюгаты равна 20-21 см
5. если вертикальная диагональ ромба Михаэлиса равна 11 см

11. Простой плоский таз характеризуется

1. уменьшением только прямого размера входа в малый таз
2. уменьшением всех размеров таза
3. уменьшением всех прямых размеров малого таза
4. уменьшением поперечного размера выхода из малого таза
5. нормальными поперечными размерами малого таза

12. Плоскорахитический таз характеризуется

1. изменением и деформацией крестца
2. изменением тазовых костей
3. равными величинами D.Cristarum и D.Spinarum
4. увеличением прямого размера входа в малый таз
5. увеличением лонного угла

13. Причиной формирования анатомически суженного узкого таза может быть

1. рахит
2. врожденная аномалия строения костей таза
3. полиомиелит
4. туберкулез костей
5. травма позвоночника

14. У женщин с анатомически суженным тазом во время беременности отмечается

1. высокое стояние дна матки
2. отвислый остроконечный живот
3. значительная подвижность головки над входом в таз
4. неправильное положение плода
5. хроническая гипоксия плода

15. Узкий таз является противопоказанием

1. к акушерским шипцам
2. к кесареву сечению
3. к вакуум-экстракции плода
4. к поворотам плода
5. к извлечению плода за тазовый конец

16. Роды при узком тазе характеризуются

1. значительной частотой внутричерепных травм у новорожденных
2. высоким процентом оперативных вмешательств
3. высоким уровнем антенатальных потерь
4. высокой частотой травм мягких родовых путей
5. длительным течением

17. У роженицы с сужением таза первой степени роды могут произойти через естественные родовые пути

1. при активной родовой деятельности
2. при нормальных размерах головки плода
3. при правильном вставлении головки плода
4. при переднеголовном вставлении головки плода
5. при достаточных возможностях к конфигурации головки плода

18. Родоразрешение операцией кесарева сечения проводится в плановом порядке при сочетании первой степени сужения таза

1. с переношенной беременностью
2. с крупным плодом
3. с юным возрастом первородящей
4. с гипотрофией плода
5. с тазовым предлежанием плода

19. При третьей и четвертой степенях сужения таза показано родоразрешение путем операции

1. кесарева сечения
2. операции акушерских щипцов
3. перфорации головки
4. перинеотомии
5. вакуум-экстракции плода

20. Несоответствие головки плода размерам таза матери может возникнуть

1. при крупном плоде
2. при неправильном вставлении головки
3. при предлежании плаценты
4. при рубце на матке
5. при гидроцефалии

21. К признакам несоответствия головки плода размерам таза матери относятся

1. отсутствие поступательного движения головки плода при полном раскрытии маточного зева
2. слабость родовой деятельности
3. признак Вастена "вровень" или "положительный"
4. нарушение мочеиспускания
5. неправильное вставление головки плода

22. При несоответствии размеров таза матери и головки живого плода показано

1. применение родостимулирующей терапии
2. укладывание роженицы на бок, соответствующий позиции плода
3. применение акушерских щипцов
4. родоразрешение операцией кесарева сечения
5. родоразрешение плодоразрушающей операцией

23. Оценку признака Вастена следует проводить

1. в начале первого периода
2. после излития околоплодных вод
3. при раскрытии маточного зева 4 см
4. при полном или почти полном раскрытии маточного зева
5. при головке плода прижатой ко входу в малый таз

24. При наружной конъюгате - 17 см, диагональной - 10 см и нормальных остальных наружных размерах таза, можно поставить диагноз

1. общеравномерносуженного таза
2. плоскорахитического таза
3. кососмещенного таза
4. поперечносуженного таза
5. простого плоского таза

25. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 27 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 31 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 9 см, что позволяет оценить этот таз как

1. нормальный
2. общеравномерносуженный
3. плоскорахитический
4. кососмещенный
5. общесуженный плоский

26. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 23 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 29 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 1О см, которые свидетельствуют

1. о сужении таза первой степени
2. о сужении таза второй степени
3. о сужении таза третьей степени
4. о сужении таза четвертой степени
5. о нормальных размерах таза

27. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 24 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 28 см - C.Externa - 18 см - C.Diagonalis - 12 см, которые позволяют считать, что таз

1. общеравномерносуженный
2. нормальный
3. простой плоский
4. общесуженный плоский
5. поперечносуженный

28. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 25 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 3О см - C.Externa - 2О см - C.Diagonalis - 13 см, - Индекс Соловьева - 15 см, что дает основание считать таз

1. общеравномерносуженным
2. нормальным
3. кососмещенным
4. поперечносуженным
5. плоским

Приложение20

Практическое занятие

Биомеханизм родов при узком тазе. Ведение родов

Задача №1

У роженицы К., 21 год, установлен диагноз: I срочные роды. Смешанное ягодичное предлежание. Начало II периода родов.

1. Тактика ведения II периода родов?

Задача №2

Ягодицы проходили малый таз в правом косом размере.

1. В каком размере таза будет проходить плечевой пояс?

Задача №3

Ягодицы проходили малый таз в левом косом размере.

1. В каком размере таза будет проходить стреловидный шов?

Задача №4

У роженицы К., 23 года, размеры таза 24-26-28-18 см. При влагалищном исследовании выявлено: раскрытие ш/матки 7 см, плодный пузырь – отсутствует, предлежащая часть большая, мягкая, нечеткая, выполняет терминальную линию. Слева и спереди пальпируются ступни ног. Предполагаемая масса плода – 2800. Родовая деятельность – активная.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача.

Задача №5

В родах при открытии ш/матки на 6 см у первородящей женщины выявлены ступни плода. Предполагаемая масса плода – 3700.

1. Тактика ведения родов.

Задача №6

У повторнородящей женщины диагностирована двойня. Родовая деятельность – активная. Первый ребенок родился весом 3800. Второй ребенок – в ножном предлежании. Предполагаемая масса плода – 3200. Сердцебиение 140/хв., ритмичное, ясное.

1. Тактика ведения родов.

Задача №7

У роженицы К., 25 лет, с смешанным ягодичным предлежанием плода второй период родов вели по Цовьянову II. При рождении плода до нижнего угла лопаток выявлено запрокидывание ручек I степени.

1. Последующая тактика ведения родов

Задача №8

Первородящая 19 лет, поступила в роддом в сроке беременности 39-40 нед. с активной родовой деятельностью: схватки через 4-5 мин по 45-50 сек. Размеры таза: 23-25-27-18 см. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки на 6-7 см, плодный пузырь цел. Головка заполняет 1/3 лонного сочленения и крестца. Сагитальный шов в правом косом размере, малый родничок слева под лоном. Мыс не достигается при длине пальцев 11 см. Сердцебиение плода 136/мин., ритмичное. Предполагаемый вес плода 4200.

1. Диагноз?
2. Тактика врача.

Задача №9

Первородящая 21 год, поступила в роддом с активной родовой деятельностью: схватки через 3 мин. по 40-45 сек. Размеры таза: 26-27-30-17 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмично 136/мин. Околоплодные воды отошли 3 часа тому. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки 7 см, стреловидный шов в поперечном размере, отклоненный к лонному сочленению, диагональная коньюгата 10 см, Предполагаемый вес плода 3650 г.

1. Диагноз?
2. Тактика врача.

Задача №10

Роженица, 19 лет, поступила в роддом в сроке беременности 38-39 недель с активной родовой деятельностью: схватки через 4-5 минут по 45-50 сек. Размеры таза: 26-29-30-18 см. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки на 7 см, плодный пузырь цел, головка выполняет 1/3 лонного сочленения и крестца. Сагитальний шов в правом косом размере, малый родничок слева под лоном. Мыс не достигается при длине пальцев 11 см. Сердцебиение плода 180 за 1 минуту, ритмичное. Предполагаемая масса плода 3800 г.

1. Диагноз?
2. Тактика врача.

Задача №11

Роженица 35 лет. II беременность 40-41 нед. Размеры таза: 22-25-27-16. Схватки продолжаются 12 час., воды отошли 4 часа тому. Схватки резко болезненные. Головка прижата ко входу в малый таз.

Признак Вастена положительный. Контракционное кольцо на уровне пупка. Поведение роженицы беспокойное. При влагалищном исследовании: полное открытие шейки матки, стреловидный шов в поперечном размере. Мыс достигается. Предполагаемая масса плода 3500.

1. Диагноз?
2. Тактика врача.

Задача №12

II беременность 37 нед в 44 года. Размеры таза 23-25-27-20 см**.** Схватки продолжаются 12 часов, воды отошли 4 часа назад. Схватки резко болезнены. Головка прижата к входу в малый таз. Признак Вастена вровень. Поведение роженицы беспокойное. При влагалищном исследовании: полное открытие шейки матки, стреловидный шов в поперечном размере. Мыс достигается при длине пальцев 11,5 см. Сердцебиение плода 160-180 уд за 1 мин.

1. Диагноз?
2. Тактика врача

Задача №13

Роженица 25 лет. II срочные роды. Размеры таза 25-28-31-20 см. Болеет сахарным диабетом средней степени тяжести. Ребенок от I родов родился весом 3600. Схватки продолжаются 6 час, слабые. Околоплодный пузырь цел, раскрытие ш/матки – 8 см. Предполагаемая масса плода 4700-4800. Сердцебиение плода 140/мин., ясное, ритмичное.

1. Диагноз?
2. Тактика врача

Ответы на ситуационные задания

Задача №1

1. Ручное пособие по Цовьянову II, классическое ручное пособие при тазовом предлежании.

Задача №2

1. В правом косом размере.

Задача №3

1. В правом косом размере.

Задача №4

1. Общеравномерносуженный таз I ст. Смешанное ягодичное предлежание.
2. Роды вести природным путем с использованием ручного пособия по Цовьянову II, классического ручного пособия при тазовом предлежании.

Задача №5

1. Кесарево сечение.

Задача №6

1. Роды вести природным путем с использованием ручного пособия по Цовьянову II, классического ручного пособия при тазовом предлежании.

Задача №7

1. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании, выведение головки посредством приема Левре-Ляшапель-Морисо.

Задача №8

1. I беременность 39-40 нед в 19 лет. I срочные роды. I период родов. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз I ст. Продольное положение плода, головное предлежание, I позиция, передний вид.
2. Кесарево сечение.

Задача №9

1. I период I срочных родов. Плоскорахитический таз II ст. сужения. Задний асинклитизм Литцмана. Раннее отхождение околоплодных вод.
2. Кесарево сечение.

Задача №10

1. Срочные роды, I период родов. Простой плоский таз I ст. сужения. Внутриутробная гипоксия плода I ст. Продольное положение плода, головное предлежание, I позиция, передний вид.
2. Кесарево сечение.

Задача №11

1. II беременность 40-41 нед в 35 лет. Общесуженный плоский таз III ст. сужения. Клиническое несоответствие III ст.
2. Кесарево сечение.

Задача №12

1. II беременность 37 нед в 44 года. Поперечносуженный таз I ст. Внутриутробная гипоксия плода I ст. Клиническое несоответствие II ст.
2. Кесарево сечение.

Задача №13

1. II срочные роды в 25 лет. I период родов. Крупный плод. Слабость родовой деятельности. Сахарный диабет средней ст. тяжести.
2. Кесарево сечение.

Приложение21

Практическое занятие

Особенности ведения родов при разгибательных прилежаниях головки плода

Ответьте на вопросы:

1. Каковы границы плоскости входа в малый таз?

Важнейшая плоскость таза ограничена спереди симфизом и верхним краем лонных костей, по бокам linea terminalis, сзади мысом и боковыми отростками крестцовой кости.

2. Что такое проводная линия таза?

Если соединить между собой центры всех прямых размеров таза, то получиться вогнутая кпереди линия, которая называется проводной линией таза.

3. Является ли симфиз суставом?

Симфиз как полусустав обладает крайне ограниченным кругом движений. Во время беременности в связи с отечным пропитыванием и разрыхлением тканей возможны небольшие движения.

4. Каковы наиболее важные размеры головки?

Большой косой, малый косой, средний косой, прямой, вертикальный, большой поперечный, малый поперечныйразмеры**.**

5. Что такое членорасположение плода?

Взаимное положение различных частей плода в отношении к его туловищу и к друг другу.

6. Что такое вставление головки плода?

Отношение стреловидного шва ко входу в малый таз, точнее к его двум опознавательным пунктам - мысу и симфизу.

7. Что такое третий прием Леопольда?

Применяется для установления положения и величины предлежащей части плода.

8. Как измерить истинную конъюгату?

Из размера диагональной конъюгаты вычитают 1,5 см или из наружной вычесть 8-9 см.

9. Чем обусловлено высокое прямое стояние головки?

Высокое прямое стояние головки связано с изменением формы и размеров таза.

10. Какие следует различать виды и разновидности тазовых предлежаний?

Ягодичные (сгибательные), ножные (разгибательные). Чисто ягодичные и смешанные. Полное и неполное ножное, коленные.

11. Чем опасно запущенное поперечное положение плода?

Конечным результатом запущенного поперечного положения плода обычно бывает разрыв матки.

Ситуационная задача:

Роженица Р., 35 лет, с регулярной родовой деятельностью в течение 5 часов. Воды излились с началом родовой деятельности. Срок беременности 39 недель по менструации.

Данные анамнеза: в детстве перенесла корь. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 15 лет, умеренная, безболезненная, продолжительностью 4-5 дней через 30 дней. Замужем с 20 лет, муж здоров. Беременность пятая. Все предыдущие беременности закончились родами через естественные родовые пути, состояние новорожденных при рождении удовлетворительное, послеродовый период протекал без особенностей. Абортов, выкидышей не было. Начиная с 10недель настоящей беременности находилась под наблюдением в женской консультации. Беременность протекала без осложнений.

Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела - 36,6 °С. Рост-166 см, масса тела - 90 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс-78 в 1 мин, правильный, АД -120/80- 115/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота100 см, высота стояния дна матки над лобком- 34 см. Размеры таза: 28-31-34-22 см. Матка овоидной формы. Положение плода продольное. Предлежащая часть - голова, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. /мин, ясное, ритмичное, ниже пупка. Ориентировочная масса плода- 3400 г. Схватки регулярные по 30 секунд через 3-4 минуты хорошей силы. Данные влагалищного исследования:

наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодного пузыря нет. Голова плода над первой плоскостью, стреловидный шов в прямом размере входа, малый родничок у лона, большой родничок кзади у крестца. Экзостозов нет, таз емкий, мыс недостижим.

Задание к ситуационной задаче:

1.Диагноз.

2.Клинические признаки, подтверждающие диагноз.

3. План дальнейшего ведения этих родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче:

1. Беременность V срочные роды. I период родов. Высокое прямое стояние головки, передний вид.

2. Диагноз высокое прямое стояние головки плода установлен на основании влагалищного исследования, при котором обнаружен передний вид высокого прямого стояния головки. Диагноз передний вид высокого прямого стояния головки поставлен из-за стояния стреловидный шов в прямом размере входа, нахождения малого родничка у лона, большого родничка кзади у крестца.

3.Показано дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути.

Приложение22

Практическое занятие
Методы диагностики тазовых предлежаний плода

1. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого
по сравнению с нормальным:
а) все размеры уменьшены на 0,5–1 см;
б) хотя бы один размер уменьшен на 0,5–1 см;
в) все размеры уменьшены на 1,5–2 см;
г) хотя бы один размер уменьшен на 1,5–2 см;
д) ничего не верно?

2. Таз может считаться анатомически узким, если величина
наружной конъюгаты менее:
а) 20 см;
б) 19,5 см;
в) 19 см;
г) 18,5 см;
д) 18 см?

3. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной коньюгаты менее:
а) 12 см;
б) 11,5 см;
в) 11 см;
г) 10,5 см;
д) 10 см?

4. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный
размер входа в малый таз составляет:
а) менее 13,5 до 13 см;
б) менее 13 до 12,5 см;
в) менее 12,5 до 12 см;
г) менее 12 до 11,5 см;
д) менее 11,5 до 11 см?

5. Частота анатомически узкого таза составляет:
а) 10–8%;
б) 7–6%;
в) 5–4%;
г) 3–2%;
д) менее 2%?

6. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном
тазе состоят в следующем:
а) может быть косое асинклитическое вставление головки плода;
б) может быть высокое прямое стояние головки плода;

в) головка плода может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота;
г) во всем перечисленном;
д) ни в чем из перечисленного?
7. При следующих размерах: D.sp – 24 см, D.cr – 27 см, D.tr – 30
см, C.ext – 18 см таз следует отнести:
а) к плоскорахитическому;
б) к простому плоскому;
в) к поперечносуженному;
г) к косому;
д) к общеравномерносуженному?
8. При следующих размерах: D.sp – 26 см, D.cr – 27 см, D.tr – 31
см, C.ext – 17.5 см таз следует отнести:
а) к плоскорахитическому;
б) к простому плоскому;
в) к поперечносуженному;
г) к косому;
д) к общеравномерносуженному?
9. Для общеравномерносуженного таза характерно:
а) уменьшение только прямого размера входа в малый таз;
б) одинаковое уменьшение всех размеров малого таза;
в) удлинение крестца;
г) правильно б) и в);
д) все перечисленное?
10. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании
характерны следующие основные особенности:
а) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним
косым размером;
б) внутренний поворот головки плода совершается при переходе из
широкой части полости малого таза в узкую;
в) ведущая точка на головке плода расположена между большим и
малым родничками;
г) все перечисленные;
д) ничего из перечисленного?
11. Простой плоский таз характеризуется:
а) уменьшением всех прямых размеров полости малого таза;
б) увеличением высоты таза;
в) уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба;
г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного?
12. Указанные особенности биомеханизма родов:
1. долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз;
2. выраженное сгибание головки плода;
3. строго синклитическое вставление головки плода характерны для
следующей формы анатомически узкого таза?
а) общеравномерносуженного;
б) общесуженного плоского;
в) простого плоского;
г) поперечносуженного;
д) плоско-рахитического?
13. Степень сужения таза, как правило, определяется по уменьшению размера:
а) анатомической конъюгаты;
б) истинной конъюгаты;
в) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба;
г) высоты стояния дна матки;
д) поперечного размера матки?
14. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения:
а) I;

б) II;
в) III;
г) IV;
д) ни к чему выше перечисленному.
15. Размер истинной конъюгаты 8.5 см позволяет отнести таз к
степени сужения:
а) I;
б) II;
в) III;
г) IV;
д) ни к чему выше перечисленному.
16. Клинически узкий таз – это:
а) одна из форм анатомически узкого таза;
б) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой
деятельности;
в) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности;
г) все перечисленное;
д) ничего из перечисленного.
17. Основными причинами возникновения клинически узкого
таза являются:
а) анатомическое сужение таза;
б) крупный плод;
в) заднетеменной асинклитизм;
г) правильно, а) и б);
д) все перечисленные?
18. Роды при I степени клинически узкого таза (относительное
несоответствие) характеризуются следующим:
а) биомеханизм родов соответствует форме таза;
б) длительность родового акта больше обычной;
в) симптом Вастена отрицательный;
г) правильно, а) и б);
д) всем перечисленным?
19. Ш степень клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характеризуется следующими
признаками:
а) биомеханизм родов не соответствует форме узкого таза;
б) признак Вастена положительный;
в) отсутствует способность головки плода к конфигурации;
г) правильно, а) и в);
д) всеми перечисленными?
20. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и
отошедших водах, как правило, свидетельствуют:
а) об окончании первого периода родов;
б) о начавшемся разрыве матки;
в) о клинически узком тазе;
г) об ущемлении передней губы шейки матки;
д) обо всем перечисленном?
21. При диагностике клинически узкого таза II степени во втором периоде родов и живом плоде
наиболее правилен выбор следующего способа родоразрешения (при наличии условий):
а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином для усиления
потуг и естественногоодоразрешения;
б) наложение акушерских щипцов;
в) вакуум-экстракция плода;
г) операция кесарева сечения;
д) правильно, а) и б)?
22. При диагностике клинически узкого таза III степени в первом периоде родов и живом плоде
наиболее правильна следующая
акушерская тактика:

а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином;
б) применение приема Кристеллера или бинта Вербова;
в) проведение наружного поворота плода на тазовый конец;
г) проведение операции кесарева сечения;
д) правильно, а) и б)?
23. Положительный симптом Вастена, как правило, свидетельствует:
а) о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери;
б) об угрозе разрыва матки;
в) о наличии крупного плода;
г) обо всем перечисленном;
д) ни о чем из перечисленного?
24. При задне-теменном асинклитичсском вставлении головки доношенного некрупного плода следует применить:
а) кесарево сечение;
б) родостимуляцию окситоцином на фоне спазмолитиков;
в) внутривенное введение спазмолитиков или токолитиков;
г) акушерские щипцы;
д) вакуум-экстракцию плода?
25. Для обезболивания роженицы при узком тазе лучше применять:
а) морфиноподобные препараты;
б) антигистаминные средства;
в) спазмолитики;
г) ингаляционные анестетики;
д) правильно, а) и б)?
26. Функциональную оценку таза следует проводить:
а) в I периоде родов;
б) во II периоде родов;
в) период родов значения не имеет;
г) после излития околоплодных вод;
д) до начала родовой деятельности;
27. Отрицательный признак Вастена, как правило, свидетельствует:
а) о полном соответствии головки плода и таза матери;
б) ни о чем не свидетельствует;
в) о наличии некрупного плода;
г) о правильном вставлении головки плода;
д) правильно, а), в) и г)?
28. Если анатомически узкий таз сочетается с задне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести:
а) консервативно;
б) в зависимости от формы анатомически узкого таза;
в) в зависимости от массы тела плода;
г) только путем кесарева сечения;
д) правильно (б) и (в)?
29. При анатомически узком тазе II степени и живом плоде вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующий образом:
а) проводится всегда;
б) не проводится;
в) в зависимости от артериального давления роженицы;
г) в зависимости от предлежания плода;
д) правильно (в) и (г)?
30. Для выбора тактики ведения родов важнее всего определить:
а) форму анатомически узкого таза;
б) степень сужения таза;
в) росто-весовые показатели женщины;
г) все перечисленное;
д) правильно (а) и (б)?
31. Выбор метода родоразрешения в пользу кесарева сечения

осуществляют, как правило, если имеется следующее вставление головки плода:
а) передний асинклитизм;
б) задний асинклитизм;
в) высокое прямое вставление стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом);
г) все перечисленное;
д) ничего из перечисленного?

Приложение23

Практическое занятие
Методы родоразрешения

1. В акушерской практике
   - 1. наблюдается расширение показаний к вакуум-экстракции плода
   - 2. чаще используется классическое кесарево сечение
   - 3. широко применяется наружный поворот плода в родах
   - 4. амниоцентез используется для диагностики состояний плода
   - 5. амниоскопия используется для диагностики переношенной беременности, гипоксии плода, RH-конфликта
2. Наиболее часто в акушерской практике применяется
   - 1. корпоральное кесарево сечение
   - 2. кесарево сечение в нижнем сегменте матки
   - 3. влагалищное кесарево сечение
   - 4. экстраперитонеальное кесарево сечение
   - 5. малое кесарево сечение
3. К родоразрешающим операциям относится
   - 1. кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция
   - 2. перинеотомия
   - 3. наружно-внутренний поворот плода на ножку
   - 4. краниотомия
   - 5. амниотомия
4. Совершенствование техники кесарева сечения связано с именем
   - 1. В.И.Ельцова-Стрелкова
   - 2. Л.А.Гусакова
   - 3. И.Земмельвейса
   - 4. И.Ф.Эразмуса
   - 5. П.Чемберлена
5. Показанием к операции кесарева сечения является
   - 1. полное предлежание плаценты
   - 2. тазовое предлежание плода
   - 3. сужение таза третьей-четвертой степени
   - 4. внутриутробная гипоксия плода
   - 5. угрожающий разрыв матки
6. Кесарево сечение
   - 1. позволяет снизить перинатальную смертность
   - 2. повышает риск материнской смертности от 4 до 1О раз
   - 3. предпочтительнее выполнять по экстренным показаниям
   - 4. повышает риск гнойно-септических осложнений в 2 раза
   - 5. всегда сопровождается кровопотерей более 4ОО мл
7. Кесарево сечение
   - 1. может быть выполнено во втором триместре беременности
   - 2. может быть выполнено влагалищным доступом
   - 3. может выполняться экстраперитонеальным доступом
   - 4. выполняется только при сроках беременности от 37 до 42 недель
   - 5. является одной из самых частых родоразрешающих операций современного акушерства
8. Кесарево сечение
   - 1. по абсолютным показаниям выполняется в интересах жизни и здоровья плода
   - 2. в Санкт-Петербурге производится в 15% всех родов
   - 3. по относительным показаниям часто выполняется у первородящих женщин старше 3О лет

- 4. в анамнезе является абсолютным показанием для повторного кесарева сечения
- 5. в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации

9. Относительным показанием для кесарева сечения является
- 1. внутриутробная гипоксия плода
- 2. слабость родовой деятельности
- 3. прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности
- 4. угрожающий разрыв матки
- 5. гипотрофия плода

10. Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть
- 1. безводный период более 12 часов
- 2. мертвый плод
- 3. хронический пиелонефрит
- 4. уродства плода
- 5. длительный подготовительный период

11. Кровопотеря при операции кесарева сечения
- 1. обычно не превышает 5ОО мл
- 2. зависит от расположения плаценты
- 3. может быть уменьшена введением утеротонических средств перед разрезом кожи
- 4. до 1 литра может быть восполнена переливанием коллоидных и солевых растворов
- 5. зависит от типа разреза матки

12. Профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения может проводиться назначением антибиотиков
- 1. за 3-4 часа до начала операции
- 2. после пересечения пуповины
- 3. в первые три часа после операции
- 4. в течение 5 дней послеоперационного периода
- 5. группы стрептомицина

13. Летальность после кесарева сечения
- 1. в Санкт-Петербурге не превышает О.5%
- 2. может быть снижена за счет увеличения доли экстренных операций
- 3. в первую очередь связана с кровотечением
- 4. зависит от типа разреза на матки
- 5. выше в группе беременных с поздним токсикозом

14. В настоящее время в основном используются акушерские щипцы
- 1. Чемберлена
- 2. Лазаревича
- 3. Негеле
- 4. Симпсона-Феноменова
- 5. Киллянда

15. Акушерские щипцы
- 1. используются для окончания родов
- 2. могут быть применены в конце первого периода родов
- 3. позволяют исключить потуги
- 4. используются для коррекции вставления головки плода
- 5. позволяют изменить позицию и вид плода

16. Необходимым условием применения акушерских щипцов является наличие
- 1. живого плода
- 2. целого плодного пузыря
- 3. головки плода, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
- 4. полного раскрытия маточного зева
- 5. нормальных размеров таза

17. Показанием к проведению операции наложения акушерских щипцов может являться
- 1. клинически узкий таз
- 2. внутриутробная гипоксия плода
- 3. вторичная слабость родовой деятельности
- 4. преэклампсия

- 5. преждевременные роды

18. Подготовка к операции наложения акушерских щипцов включает
    - 1. влагалищное исследование
    - 2. общее обезболивание
    - 3. разрез промежности
    - 4. опорожнение мочевого пузыря
    - 5. применение утеротонических средств
19. Операция наложения акушерских щипцов
    - 1. может быть проведена при головке, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
    - 2. является показанием к ручному обследованию полости матки
    - 3. повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений
    - 4. всегда сопровождается патологической кровопотерей
    - 5. является основанием для предоставления послеродового отпуска в 7О дней
20. Пробная тракция в операции акушерских щипцов
    - 1. позволяет определить величину необходимой силы влечения
    - 2. проводится для определения места положения головки плода
    - 3. позволяет определить правильность наложения щипцов
    - 4. требует особого расположения рук оператора
    - 5. не является обязательным моментом
21. Показанием к перинеотомии является
    - 1. угрожающий разрыв промежности
    - 2. гипоксия плода
    - 3. вторичная слабость родовой деятельности
    - 4. интранатальная гибель плода
    - 5. клинически узкий таз
22. Перинеотомия производится
    - 1. под местной анестезией
    - 2. при головке находящейся в полости малого таза
    - 3. в родах при тазовом предлежании плода
    - 4. перед краниотомией
    - 5. при угрожающем разрыве промежности
23. Показанием к операции декапитации является
    - 1. запущенное поперечное положение плода
    - 2. угрожающий разрыв матки при поперечном положении плода
    - 3. интранатальная гибель плода в тазовом предлежании
    - 4. гидроцефалия плода
    - 5. антенатальная гибель плода в головном предлежании
24. Условием для производства краниотомии является
    - 1. фиксация головки
    - 2. целый плодный пузырь
    - 3. полное раскрытие маточного зева
    - 4. живой плод
    - 5. общее обезболивание
25. Набор для производства плодоразрушающих операций должен включать
    - 1. влагалищные зеркала, пулевые щипцы
    - 2. щипцы Симпсона-Феноменова
    - 3. крючок Брауна, ножницы Феноменова
    - 4. перфоратор БЛО
    - 5. краниокласт Брауна
26. Пудендальная анестезия показана при операции
    - 1. краниоклазии
    - 2. перинеорафии
    - 3. краниотомии
    - 4. перинеотомии
    - 5. ручного обследования полости матки

27. ДИАГНОЗ: - Беременность 37 недель. - Эклампсия. ПОКАЗАНО срочное родоразрешение путем операции

- 1. акушерских щипцов
- 2. кесарева сечения
- 3. вакуум-экстракции плода
- 4. краниотомии
- 5. перинеотомии

28. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Первый период родов. Чистое ягодичное предлежание плода. - Раннее излитие околоплодных вод. - Выпадение пуповины. ПОКАЗАНО срочное окончание родов с помощью операции

- 1. перинеотомии
- 2. экстракции плода за тазовый конец
- 3. кесарева сечения
- 4. акушерских щипцов
- 5. наружного профилактического поворота плода

29. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Первородящая 36 лет. - Первый период родов. - Чистое ягодичное предлежание плода. - Слабость родовой деятельности. - Преждевременное излитие околоплодных вод (безводный период 12 часов). Роды необходимо

- 1. предоставить естественному течению
- 2. закончить операцией кесарева сечение
- 3. закончить извлечением плода за тазовый конец
- 4. вести консервативно с назначением родостимулирующей терапии
- 5. закончить вакуум-экстракцией плода

30. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Второй период родов. - Антенатальная гибель плода. - Множественные пороки развития плода. - Гидроцефалия плода. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- 1. акушерских щипцов
- 2. кесарева сечения
- 3. вакуум-экстракции плода
- 4. декапитации
- 5. краниотомии

31. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Второй период родов. - Вторичная слабость родовой деятельности. - Интранатальная гибель плода. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- 1. перинеотомии
- 2. кесарева сечения
- 3. акушерских щипцов
- 4. краниотомии
- 5. краниоклазии

32. ДИАГНОЗ: - Роды третьи, срочные. - Первый период родов. - Преждевременное излитие околоплодных вод. - Поперечное положение плода. ПОКАЗАНО срочное окончание родов операцией

- 1. Наружно – внутреннего поворота плода на ножку
- 2. акушерских щипцов
- 3. вакуум-экстракции плода
- 4. кесарева сечения
- 5. декапетации

33. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: У роженицы потуги через 2-3 минуты по 5О секунд. - Головка плода в полости малого таза. - Сердцебиение плода не определяется. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- 1. вакуум-экстракции плода
- 2. акушерских щипцов
- 3. перинеотомии
- 4. кесарева сечения
- 5. краниотомии

34. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: - Полное раскрытие маточного зева в течение 1 час. - Схватки слабые, короткие, редкие. - Головка плода фиксирована малым сегментом во входе в малый таз. -

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 1ОО ударов в 1 минуту. ПОКАЗАНО срочное окончание родов путем операции

- 1. наложения акушерских щипцов
- 2. кесарева сечения
- 3. вакуум-экстракции плода
- 4. перинеотомии
- 5. краниотомии

35. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: - Первый период родов. - Поперечное положение доношенного живого плода. - Безводный период 3О минут. - Раскрытие маточного зева полное. ПОКАЗАНО срочное окончание родов путем операции

- 1. наружно-внутренного поворота плода на ножку
- 2. экстракции плода за тазовый конец
- 3. эвисцерации
- 4. кесарева сечения
- 5. наружного-профилактического поворота плода

36. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: - Второй период родов. - Головка плода в полости малого таза. - Потуги редкие, короткие, непродуктивные. - Сердцебиение плода ритмичное, 98 ударов в минуту. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- 1. кесарева сечения
- 2. перинеотомии
- 3. вакуум-экстракции
- 4. акушерских щипцов
- 5. краниотомии

Приложение24

Практическое занятие

Уход и наблюдение за состоянием родильницы при гематоме мягких родовых путей

Причины образования гематом мягких тканей родовых путей:

1. Изменения сосудистой стенки
2. Быстрое течение родов
3. Сдавливание тканей головкой плода
4. Проведение акушерских операций
5. Все вышеперечисленные

Гематомы наружных половых органов локализируются:

1. В области больших половых губ
2. На промежности
3. В параректальной клетчатке
4. В параметральной клетчатке
5. Все перечисленное верно

Гематомы наружных половых органов диагностируются на основании нижеперечисленных данных, кроме:

1. Сине-багрового образования в области наружных половых органов
2. Выраженной болезненности на месте образования гематомы
3. Эксцентричного расположения входа во влагалище
4. Наружного кровотечения
5. Анемии

Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется, как правило, следующим:

1. Наличием опухолевидного образования
2. Синебагровой окраской образования
3. Напряжением тканей над образованием и болезненностью
4. Возможным появлением признаков анемии
5. Всем вышеперечисленным

Тактика ведения больных при быстро нарастающей гематоме наружных половых органов должна быть следующей:

1.применяют давящую повязку
2.внутрь - витамин С, хлорид кальция
3.проводят антианемическое лечение

4.верно все перечисленное
5.все перечисленное неверно

Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется, как правило, следующим:

1) наличием опухолевидного образования
2) сине-багровой окраской образования
3) напряжением тканей над образованием и болезненностью
4) возможным появлением признаков анемии

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всем перечисленным
г) верно 4
д) ничем из перечисленного

Причины, вызывающие гематомы наружных половых органов и влагалища:

1) оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец)
2) патологические изменения в сосудистой системе
3) затяжные роды
4) ригидная промежность

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

Приложение25

Практическое занятие

Уход и наблюдение за роженицей при расхождении и разрыве лонного сочленения

При разрыве лонного сочленения в родах может одновременно повреждаться 1) мочевой пузырь 2) уретра 3) клитор 4) шейка матки

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

Возможные причины разрывов лонного сочленения в родах 1) значительное серозное пропитывание соединений и связочного аппарата таза во время беременности 2) гестоз беременных 3) крупный плод 4) оперативное родоразрешение (плодоразрушающая операция, акушерские щипцы)

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ни одна из перечисленных

Клиническая картина при расхождении лонного сочленения характеризуется 1) болью в области лобка 2) отечностью тканей и углублением между разошедшимися концами лобковых костей 3) болью при пальпации лонного сочленения 4) усилением боли в области симфиза при разведении ног, согнутых в коленях и тазобедренных суставах

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всем перечисленным
г) верно 4
д) ничем из перечисленного

Диагностика расхождений и разрывов лонного сочленения основывается 1) на учете особенностей течения родов 2) на данных клинического исследования 3) на УЗИ 4) на рентгенографии костей таза

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) на всем перечисленном
г) верно 4
д) ни на чем из перечисленного

Современные методы лечения разрывов лонного сочленения 1) создание покоя 2) тугое бинтование таза эластичным бинтом 3) положение на щите (в течение 3-5 недель) 4) разработка специальных ортопедических моделей
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
Диагностика расхождений и разрывов лонного сочленения основывается 1) на учете особенностей течения родов 2) на данных клинического исследования 3) на УЗИ 4) на рентгенографии костей таза
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) на всем перечисленном
г) верно 4
д) ни на чем из перечисленного
Клиническая картина при расхождении лонного сочленения характеризуется 1) болью в области лобка 2) отечностью тканей и углублением между разошедшимися концами лобковых костей 3) болью при пальпации лонного сочленения 4) усилением боли в области симфиза при разведении ног, согнутых в коленях и тазобедренных суставах
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всем перечисленным
г) верно 4
д) ничем из перечисленного
Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во время беременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более
а) 0.1-0.3 см
б) 0.4-0.6 см
в) 0.7-0.9 см
г) 1.0-1.2 см
д) 1.3-1.5 см

Приложение26

Практическое занятие

Подготовка набора инструментов, стерильного материала, медикаментов для оперативного лечения. Особенности ведения послеоперационного периода.

Требования к перевязочному материалу, за исключением:
А. Гигроскопичность.
Б. Эластичность.
В. Легкость стерилизации, не меняя при этом своих свойств.
Г. Стерильность.
Д. Биологическая инертность
Укажите факторы, которые влияют на развитие осложнений в послеоперационном периоде.
А. Наличие послеоперационной раны
Б. Недостаточное питание.
В. Вынужденное положение.
Г. Влияние наркоза.
Д. Возраст пациента.
Требования к первичной повязке:
А. Должна быть пропитанной лекарственными средствами.
Б. Должна быть стерильной.
В. Должна быть изготовлена из марли.
Г. Не должна вызывать аллергических реакций.
Д. Должна хорошо всасывать выделения из ран.
Вторичной повязкой называют:
А. Повязку которую накладывают на рану второй.

Б. Повязку которую накладывают в стационаре.
В. Повязку которую накладывают после вторичной хирургической обработки раны.
Г. Повязку после наложения вторичных швов.
Д. Часть повязки, которая удерживает первичную повязку.

Стерилизация – это:

А. Полное освобождение какого-либо предмета от микроорганизмов путем воздействия на него физическими или химическими факторами.
Б. Совокупность методов и приемов работы, направленных на предотвращение проникновения инфекции в рану, в организм больного, на создание стерильных условий для всей работы путем использования активных веществ, а также технических средств и физических факторов.
В. Комплекс организационно-технических мероприятий в хирургии.
Г. Правила соблюдения внутреннего распорядка в хирургическом отделении.
Д. Комплекс гигиенических мероприятий для профилактики распространения внутрибольничной инфекции.

Почему наркотические анальгетики обычно не применяют в послеоперационном периоде дольше, чем 3–5 сут?

А. Риск развития привыкания и психофизической зависимости.
Б. Отсутствие обезболивающего эффекта.
В. Появление галлюцинаций, риск делирия.
Г. Риск развития анафилаксии.
Д. Риск развития идиосинкразии.

Пассивное положение больного в постели – это:

А. Без посторонней помощи больной может занимать любое положение в постели, вставать, ходить и т. п.
Б. Без посторонней помощи больной не может принять какое-либо положение, не может менять его.
В. Вследствие болезни больной самостоятельно занимает такое положение в постели, при котором улучшается его состояние.
Г. По назначению врача больной занимает такое положение в постели, при котором улучшается его состояние.
Д. Без посторонней помощи больной может принять любое положение, но не может менять его

Различают следующие методы антисептики, за исключением:

А. Биологические.
Б. Химические.
В. Механические.
Г. Физические.
Д. Фармакологические.

Антисептика – это:

А. Учение о способах, средствах, условиях, механизмах подавления жизнедеятельности микроорганизмов в ране, патологическом очаге или организме больного в целом.
Б. Комплекс организационно-технических мероприятий в хирургии.
В. Система ухода за больными.
Г. Правила соблюдения внутреннего распорядка в хирургическом отделении.
Д. Комплекс гигиенических мероприятий для профилактики распространения внутрибольничной инфекции.

Туалет раны проводится, за исключением:

А. При любой перевязке.
Б. Снимают пропитанную раневым содержанием повязку.
В. Обрабатывают кожу вокруг раны, снимая при этом расслоенный эпидермис, следы раневого экссудата, остатки креолы.
Г. Пинцетом или зажимом с марлевым шариком удаляют гнойный экссудат, инфицированные сгустки крови, свободно лежащие некротические ткани.
Д. Рассечение узких ходов и каналов.

Назовите одну из стадий местной реакции организма при развитии инфекции:

А. Инфильтрации.

Б. Индурации.
В. Десквамации.
Г. Дилюции.
Д. Пенетрации.

Назовите микроорганизмы, которые наиболее часто вызывают нагноение послеоперационных ран:

А. Гонококк.
Б. Пневмококк.
В. Стрептококк.
Г. Кишечная палочка.
Д. Синегнойная палочка

Как стерилизуют операционный материал (халаты, маски, перевязочный материал)?

А. Кипячением.
Б. Паром под давлением.
В. Замачиванием в спирте.
Г. Замачиванием в растворе люголя.
Д. Сухим жаром.

При прямом способе контроля стерильности перевязочного материала и белья используют:

А. Посев с перевязочного материала и белья, бактериологический тест.
Б. Тест полоски.
В. Вещества с определенной точкой плавления.
Г. Термометрию.
Д. Термометрию, тест полоски

Приложение27

Практическое занятие
Особенности проведения влагалищного исследования. Особенности диспансерного наблюдения. Определение объема кровопотери

Влагалищное исследование в родах производят с целью:

1.определения целостности плодного пузыря;
2.определения степени раскрытия шейки матки;
3.определения особенностей вставления предлежащей части плода;
4.оценки состояния костного таза;

Объем физиологической кровопотери в родах:

1.100 – 150 мл;
2.0,5% от массы тела беременной;
3.0,6% от массы тела;
4.700-800 мл.

При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1.в женской консультации;
2.в приемном покое родильного отделения;
3.в родильном отделении и только при развернутой операционной;
4.в любых условиях.

Беременная должна встать на учет в женской консультации до срока беременности

1. 5 недель
2. 12 недель
3. 14 недель
4. 16 недель
5. 2О недель

Беременная должна посещать женскую консультацию в первой половине беременности

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в 1О дней
3. 1 раз в 2 недели
4. 1 раз в месяц
5. 2 раза в триместр

Во второй половине беременности беременная должна посещать женскую консультацию

1. 1 раз в неделю

2. 1 раз в 1О дней
3. 1 раз в 2 недели
4. 1 раз в месяц
5. 2 раза в триместр

При наблюдении в женской консультации каждая беременная обязательно должна быть осмотрена

1. терапевтом, хирургом, стоматологом, лор-специалистом
2. терапевтом и стоматологом, при наличии показаний - другими специалистами
3. терапевтом, гематологом, стоматологом, венерологом
4. стоматологом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами
5. терапевтом, инфекционистом, стоматологом, венерологом

Здоровая беременная должна быть осмотрена терапевтом

1. 2 раза за беременность
2. 2 раза в месяц
3. 2 раза в триместр
4. 1 раз в 2 месяца
5. 3 раза в месяц

Женщина получает дородовый отпуск при сроке беременности

1. 3О недель
2. 32 недели
3. 35 недель
4. 28 недель
5. 34 недели

Клинический анализ крови у беременных в женской консультации проводится

1. 2 раза в месяц
2. 1 раз в месяц
3. 3 раза за беременность
4. 2 раза в триместр
5. 1 раз в 2 месяца

При наблюдении в женской консультации исследование общего анализа мочи беременным проводится

1. 2 раза в триместр
2. 1 раз в месяц
3. 2 раза в месяц
4. 1 раз в неделю
5. к каждому посещению врача

Реакция Вассермана в течение беременности проводится

1. 1 раз
2. каждые 2 месяца
3. 1 раз в месяц
4. 3 раза
5. 2 раза в триместр

Исследование мазков на гонококки Нейссера у беременных производится

1. 1 раз за беременность
2. 1 раз в месяц
3. каждые 2 месяца
4. 3 раза за беременность
5. 2 раза в триместр

Ультразвуковое исследование с целью пренатальной диагностики должно проводиться

1. однократно в I триместре беременности
2. однократно в II триместре беременности
3. трижды в I,II и III триместрах беременности
4. в I и II триместрах беременности
5. по строгим показаниям

Приложение28

Практическое занятие

Акушерская тактика при кровотечениях в III периоде родов. Особенности ухода и наблюдения за роженицей и родильницей. Современные методы лечения

1. Плотным прикреплением плаценты (Placenta Adhaerens) называют
    1. неглубокое врастание ворсин хориона в миометрий
    2. непрочное сращение ворсин хориона с децидуальной тканью
    3. прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия
    4. прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
    5. глубокое врастание ворсин хориона в миометрий
2. Плотное прикрепление плаценты (Placenta Adhaerens)
    1. чаще встречается при переношенной беременности и позднем токсикозе беременных
    2. возникает как следствие структурно-морфологических изменений эндометрия
    3. характеризуется частичным врастанием ворсин хориона в миометрий
    4. характеризуется плотным соединением ворсин хориона с отпадающей оболочкой
    5. является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки
3. Приращение плаценты
    1. часто встречается при позднем токсикозе беременных
    2. бывает полным или частичным
    3. является показанием для ручного отделения плаценты и выделения последа
    4. возникает при структурно-морфологических изменениях эндометрия
    5. является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки
4. К истинному приращению плаценты относят
    1. плотное соединение ворсин хориона с отпадающей оболочкой
    2. врастание ворсин хориона в миометрий
    3. прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
    4. развитие ворсин хориона в спонгиозном слое децидуальной оболочки
    5. прорастание ворсин хориона базального слоя отпадающей оболочки до миометрия
5. При наличии тотального истинного приращения плаценты
    1. самостоятельное ее отделение невозможно
    2. имеется врастание ворсин хориона в миометрий
    3. кровотечение обычно отсутсвует
    4. всегда бывает кровотечение в третьем периоде родов
    5. необходима ампутация или экстирпация матки
6. К основным причинам плотного прикрепления и приращения плаценты относят
    1. переношенную беременность
    2. поздний токсикоз беременных
    3. структурно-морфологические изменения эндометрия
    4. гипертоническую болезнь, заболевания почек
    5. повышенную протеолитическую активность хориона
7. Дифференциальная диагностика плотного прикрепления и приращения плаценты
    1. не имеет практического значения
    2. проводится во время операции ручного отделения плаценты
    3. проводится приемом Креде-Лазаревича
    4. основана на различиях в объеме кровопотери
    5. основана на определении признаков отделения плаценты
8. Показанием для надвлагалищной ампутации матки является
    1. плотное прикрепление плаценты
    2. продолжающееся послеродовое кровотечение при кровопотере, достигшей 1.5 литра
    3. частичное приращение плаценты
    4. предлежание плаценты
    5. атоническое кровотечение
9. Послеродовый гемостаз
    1. обеспечивается ретракцией миометрия
    2. достигается тромбообразованием в сосудах плацентарной площадки
    3. связан с сократительной активностью матки
    4. зависит от продолжительности родов
    5. нарушается при позднем токсикозе
10. Маточные артерии

1. проходят вдоль боковых стенок матки
2. подходят к матке в составе круглой маточной связки
3. отходят от внутренней подвздошной артерии
4. отходят от аорты
5. отходят от почечной артерии

11. К основным причинам нарушений в свертывающей системе крови во время беременности и родов относится
1. кровотечение при предлежании плаценты
2. поздний токсикоз беременных
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. разрыв матки
5. длительное нахождение в матке мертвого плода

12. Шоковый индекс
1. является информативным показателем гиповолемии
2. представляет отношение частоты пульса к величине систолического артериального давления
3. представляет отношение частоты пульса к величине среднего артериального давления
4. при снижении ОЦК на 2О-3О% он увеличивается до 1.0
5. в норме равен 1.0

13. Профилактика гипотонического кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде проводится введением
1. 1.0 мл метилэргометрина внутримышечно во время последней потуги
2. 1.0 мл маммофизина внутривенно в конце второго периода родов
3. 1.0 мл маммофизина внутримышечно в конце второго периода родов
4. 1.0 мл окситоцина внутримышечно во время последней потуги
5. 1.0 мл метилэргометрина внутривенно во время последней потуги

14. К основным причинам кровотечения в третьем периоде родов относятся
1. патология прикрепления плаценты
2. патология расположения плаценты
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. травма мягких родовых путей
5. снижение сократительной активности матки

15. Причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть
1. травма мягких родовых путей
2. гипотоническое и атоническое состояние миометрия
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. предлежание плаценты
5. врожденные и приобретенные коагулопатии

16. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде следует дифференцировать
1. с разрывом матки
2. с кровотечением из разрывов мягких родовых путей
3. с кровотечением, связанным с задержкой доли плаценты
4. с кровотечением, обусловленным аномалией расположения плаценты
5. с коагулопатиями

17. При кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо
1. опорожнить мочевой пузырь
2. начать восполнение объема потерянной крови
3. произвести ручное обследование полости матки и ее наружно-внутренний массаж
4. ввести средства тономоторного действия
5. при выявлении атонии незамедлительно приступать к чревосечению

18. Лечение гипотонических кровотечений
1. заключается в восстановлении функциональной способности миометрия
2. начинается с наружно-внутреннего массажа матки
3. включает инфузионно-трансфузионную терапию
4. может включать повторный массаж матки на кулаке
5. может включать удаление матки при кровопотере 1.5 литра

19. Борьба с гипотоническим кровотечением начинается
1. с ручного обследования полости матки и массажа матки на кулаке

2. с применения утеротонических средств
3. с наружного массажа матки
4. наложения шва по Лосицкой
5. с гемотрансфузии
20. При кровопотере 500 мл
1. гемотрансфузия обычно не проводится
2. показана гемотрансфузия в объеме 300 мл
3. показана гемотрансфузия в объеме 500 мл
4. показанием к гемотрансфузии может быть изменение гемодинамических показателей
5. переливаются кровезамещающие растворы
21. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
1. встречается при эмболии околоплодными водами
2. встречается при тяжелых формах позднего токсикоза
3. в первой стадии проявляется гиперкоагуляцией, связанной с появлением большого количества тромбопластина
4. в первой стадии проявляется коагулопатией потребления, связанной с уменьшением содержания прокоагулянтов
5. в первой стадии проявляется гипокоагуляцией с генерализованной активацией фибринолиза
6. требует удаления матки при кровопотере 1.5 литра
22. В течении синдрома ДВС выделяют
1. стадию гиперкоагуляции
2. стадию гипокоагуляции без генерализованной активации фибринолиза
3. стадию гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза
4. стадию полного несвертывания крови
5. острую и хроническую формы
23. При лечении синдрома ДВС применение гепарина противопоказано
1. в I стадии
2. во II стадии
3. в III стадии
4. в IV стадии
5. во всех стадиях
24. На начальном этапе терапии геморрагического шока необходимо применять
1. сердечные гликозиды
2. адреналин
3. реополиглюкин
4. 4-5% раствор бикарбоната натрия
5. значительные дозы глюкокортикоидов
25. Длительное нахождение в матке мертвого плода
1. может быть причиной гипотонического кровотечения
2. вызывает аномалии прикрепления плаценты
3. вызывает интоксикацию матери
4. обуславливает поступление в кровоток матери тканевых тромбопластических субстанций
5. может быть причиной коагулопатического кровотечения
26. Наружно-внутренний массаж матки (массаж матки на кулаке)
1. применяется при гипотоническом кровотечении
2. применяется при разрыве матки
3. относится к рефлекторным методам восстановления сократительной способности матки
4. применяется при аномалиях прикрепления плаценты
5. способствует отделению плаценты
27. Шов по В.А.Лосицкой
1. применяется при разрывах шейки матки
2. применяется при гипотоническом кровотечении
3. применяется для рефлекторного сокращения матки
4. накладывается на заднюю губу шейки матки
5. накладывается на переднюю губу шейки матки
28. Прием Креде-Лазаревича
1. применяется при плотном прикреплении плаценты

2. выполняется после легкого наружного массажа матки
3. применяется через 3О минут после рождения ребенка
4. применяется для выделения последа при наличии признаков отделения плаценты
5. позволяет определить момент отделения плаценты от стенки матки
29. Прием Абуладзе
1. применяется при плотном прикреплении плаценты
2. выполняется после наружного массажа матки
3. применяется при гипотоническом кровотечении
4. применяется для выделения последа при наличии признаков отделения плаценты
5. позволяет определить момент отделения плаценты
30. Объем переливаемой жидкости должен превышать объем кровопотери
1. в 1.5 раза при кровопотере 1 л
2. в 3 раза при кровопотере 1 л
3. в 2 раза при кровопотере 1.5 л
4. в 2 раза при кровопотере 2 л
5. в 2.5 раза при кровопотере больше 1.5 л
31. Введение тампона, смоченного эфиром, в задний свод влагалища
1. применяется при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде
2. применяется при кровотечении из разрывов мягких родовых путей
3. используется после ручного обследования полости матки
4. заменяет наружно-внутренний массаж матки
5. используется при кровопотере более 1.5 л
32. Ручное обследование полости матки показано
1. при кровотечении и отсутствии признаков отделения плаценты
2. через 3О минут после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты
3. через 1 час после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения
4. при задержке доли плаценты
5. при подозрении на задержку доли плаценты

Приложение29

Практическое занятие

Акушерская тактика при геморрагическом шоке во время родов. Комплекс лечебных мероприятий

Геморрагический шок - это
а) срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
б) несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
в) экстремальное состояние организма
г) кризис гемодинамики и микроциркуляции
д) все перечисленное

При геморрагическом шоке происходит
а) резкая активация фибринолиза
б) потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов
в) все перечисленное
г) ничего из перечисленного

В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет
а) влияние боли в родах
б) утомление роженицы
в) кровопотеря
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

Акушерский геморрагический шок - это критическое состояние, связанное с кровопотерей, в результате которой развивается
а) кризис макроциркуляции
б) кризис микроциркуляции
в) быстрое присоединение коагулопатического кровотечения
г) правильно, а) и б)

д) все перечисленное

Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать

а) 90 мм рт. ст.
б) 80 мм рт. ст.
в) 70 мм рт. ст.
г) 60 мм рт. ст.
д) 50 мм рт. ст.

Ведущим звеном в патогенезе геморрагического шока является нарушение 1) микроциркуляции 2) системы гемостаза 3) гемодинамики 4) метаболических процессов

а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Для проявлений геморрагического шока характерно 1) артериальная гипотония 2) тахикардия 3) тахипноэ 4) повышение показателя шокового индекса

а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Вторая стадия геморрагического шока (декомпенсированный обратимый шок) характеризуется 1) гипотонией (систолическое артериальное давление - 80-90 мм рт. ст.) 2) нарушением органного кровообращения 3) олигурией 4) акроцианозом на фоне общей бледности кожных покровов

а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

При геморрагическом шоке, независимо от его причины, показано быстрое и одномоментное проведение следующих мероприятий 1) остановка кровотечения 2) трансфузионно-инфузионная терапия 3) устранение дыхательной недостаточности 4) обезболивание

а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Приложение30

Практическое занятие

Уход и наблюдение за родильницей при послеродовой язве, нагноение швов промежности. Комплекс лечебных мероприятий.

Послеродовая язва

1. относится к первому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
2. проявляется нагноением швов
3. обычно не требует антибактериальной терапии
4. лечится с применением УФО
5. является показанием для перевода в обсервационное отделение

Эпителизация раневой поверхности при послеродовой язве заканчивается:

1. К 10-12 суткам послеродового периода
2. К 28 суткам послеродового периода
3. К 42 суткам послеродового периода
4. К 3-4 суткам с с начала заболевания
5. К 6-8 суткам с начала заболевания

Является ли нагноение швов на промежности и их расхождение послеродовой язвой?

1) да;
2) нет

Укажите один из компонентов общего лечения при гнойных заболеваниях:

А. Профилактика грибковых поражений кожи.
Б. Отказ от дезинтоксикационной терапии.
В. Воздержание от антибиотикотерапии.
Г. Подавление жизнедеятельности инородных микробов.
Д. Отказ от коррекции углеводного и водно-электролитного обмена.

Возможна ли локализация послеродовой язвы на промежности, влагалище, шейке матки при отсутствии разрывов?

1) да;
2) нет

Какому этапу инфицирования, согласно классификации СазоноваБартельса, соответствует послеродовая язва?

1) I этапу;
2) II этапу;
3) III этапу;
4) IV этапу.

С целью профилактики нагноения и расхождения швов на промежности при разрыве I и II степени следует использовать:

1) перманганат калия (местно);
2) лазерное облучение в области швов;
3) меры по предупреждению дефекации до 4-5 суток;
4) ультрафиолетовое облучение области швов;
5) все перечисленное выше

К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

1. лечение кортикостероидными препаратами в анамнезе
2. использование пероральных контрацептивов в анамнезе
3. отягощенный аллергологический анамнез
4. наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы
5. наличие трех и более влагалищных исследования в родах

Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

1. при позднем токсикозе
2. при сахарном диабете
3. при патологической кровопотере в родах
4. при использовании наружной кардиотокографии в родах
5. при продолжительности безводного периода свыше 6 часов

Состав микробной флоры при гнойно-септических послеродовых заболеваниях

1. остается неизменным с начала 50-х годов нашего столетия
2. одинаков в роддомах одного региона
3. может включать ассоциации аэробных и анаэробных микробов
4. зависит от продолжительности работы послеродовой койки в году
5. не имеет характерных особенностей

Название послеродовая язва применяется к инифицированным

1. ранам промежности
2. ранам шейки матки
3. ранам стенки влагалища
4. ранам передней брюшной стенки после чревосечения
5. трещинам соска молочной железы

Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

1. после продолжительных родов
2. после стремительных родов
3. после кровопотери свыше 0.5% массы женщины
4. после перинеографии
5. после запоздалых родов

К клиническим проявлениям послеродовой язвы не относится:

1. Боли в области раны промежности или вульвы
2. Повышение температуры
3. Дизурия
4. Некротический и гнойный налет в области раны
5. Выраженная интоксикация

Приложение31

Практическое занятие

Уход и наблюдение за родильницей при нагноившейся гематоме. Комплекс лечебных мероприятий.

1. Что такое гематома?
2. Причины нагноения гематомы?
3. Симптомы нагноения гематомы?

Эталоны ответов:
1. Что такое гематома?
Гематома – полость, заполненная кровяными сгустками. Возникает гематома по причине обширных травм. Маленькие гематомы не требуют особого лечения и рассасываются, в большинстве случаев, самостоятельно. Обширные гематомы требуют медицинского вмешательства**.**
2. Причины нагноения гематомы?
Гематома образуется в результате механического повреждения мягких тканей. Кровь, которая скапливается в мягких тканях, в тех случаях, когда она не рассасывается самостоятельно, приводит к ее нагноению. Вероятность нагноения увеличивается при попадании в организм инфекционных возбудителей и при наличии тяжелых хронических заболеваний, связанных с нарушением процесса метаболизма, например, при сахарном диабете и дисбалансе гормонального фона.
3.Симптомы нагноение гематомы?
болевой синдром в месте образования гематомы;
повышение температуры тела;
брадикардия;
приступы головокружения;
ухудшение общего состояния организма;
признаки интоксикации (тошнота с рвотными позывами);
если гематома расположена под черепной коробкой – ухудшение зрения, снижение остроты слуха, мигрени.
4.На чем основывается диагностика гематомы?
Диагностика нагноившейся гематомы основывается на: осмотре пациента, сборе детального анамнеза, изучении жалоб; общий анализ крови; УЗИ; магнитно-резонансной томографии;

Выберите правильный ответ:
Признаки нагноения гематомы:
1. Повышение температуры тела, озноб
2. Усиление болей
3. Ослабление болей
4. Лейкопения
5. Лейкоцитоз

Приложение32

Практическое занятие

Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

Родильницам группы высокого риска по развитию послеродовых инфекций в первые 24 часа профилактически назначается
1. однократное внутримышечное введение 400 мкг витамина В12
2. внутрь по 0.1 г хинина гидрохлорида три раза в день
3. внутрь 0.3 г аскорбиновой кислоты три раза в день
4. внутримышечное введение 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина
5. антистафилококковый гамма-глобулин внутримышечно 5 мл

Послеродовый эндометрит

1. относится ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
2. всегда сопровождается лихорадкой
3. проявляется субинволюцией матки
4. является показанием к назначению внутримышечных инъекций 0.02% раствора метилэргометрина
5. диагностируется на основании положительных симптомов раздражения брюшины

Послеродовый тромбофлебит тазовых вен

1. относится к третьему этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
2. проявляется длительным субфебрилитетом
3. сопровождается стойким учащением пульса, не соответствующим температуре
4. обычно начинается с появления острой боли в ноге
5. диагностируется с помощью клинического анализа крови

Разлитой послеродовый перитонит

1. относится к четвертому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
2. имеет типичную классическую клиническую симптоматику
3. является показанием к удалению матки
4. осложняется эмболией легких
5. в большинстве случаев возникает после кесарева сечения

Сохранение относительно высокого уровня гнойно-септической заболеваемости связано

1. с созданием крупных стационаров
2. с созданием специализированных стационаров
3. с расширением показаний к кесареву сечению
4. с широким внедрением амниоскопии в акушерскую практику
5. с распространением методов хирургического лечения невынашиваемости

Гнойно-септические послеродовые заболевания

1. склонны к генерализации
2. могут сопровождаться психозами
3. могут протекать с развитием геморрагического синдрома
4. встречаются с частотой, не превышающей 1%
5. не имеют связи с продолжительностью родов

Эпителизация раневой поверхности при послеродовой язве заканчивается:

1. К 10-12 суткам послеродового периода
2. К 28 суткам послеродового периода
3. К 4-2 суткам послеродового периода
4. К 3-4 суткам с начала заболевания
5. К 6-8 суткам с начала заболевания

Клинические признаки тяжелого послеродового эндометрита:

1. Выраженная общая интоксикация
2. Размеры матки увеличены, тонус снижен
3. Болезненность матки при пальпации
4. Лохии гнойные, с неприятным запахом
5. Все вышеперечисленное

Клиника стертых клинических форм послеродовых заболеваний:

1. Несоответствие между самочувствием родильницы и пульсом
2. Субфебрильная температура
3. Несоответствие между клиникой и общим анализом крови
4. Ухудшение состояния родильницы, несмотря на интенсивное лечение
5. Выраженная интоксикация

Общие принципы лечение послеродового эндометрита:

1. Раннее использование антибиотиков широкого спектра действия
2. Инфузионная терапия
3. Десенсибилизирующая терапия
4. Кюретаж матки по показаниям
5. Все вышеперечисленное

Приложение33

Практическое занятие

Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

Основной путь распространения инфекции при инфекционных поражениях гениталий после родов:
1. Гематогенный
2. Лимфогенный
3. Восходящий
4. Смешанный
5. Контактный

Послеродовые гнойно-септические заболевания чаще всего вызываются:
1. Условно-патогенными бактериями
2. Микоплазмами
3. Хламидиями
4. Вирусами
5. Ассоциациями аэробный и анаэробных микроорганизмов

Входные ворота послеродовой гнойно-септической инфекции:
1. Места повреждения родового канал
2. Поверхность плацентарной площадки
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Ничего из вышеперечисленного

Высокоэффективный метод диагностики послеродового эндомиометрита:
1. Ультразвуковое исследование
2. Гистероскопия
3. Клинический анализ крови
4. Оценка состояния маточных выделений
5. Бактериологическое исследование выделений

Наиболее частая причина лихорадки на 3-4 день после родов:
1. Инфекция мочевыводящих путей
2. Послеродовый эндометрит
3. Мастит
4. Тромбофлебит
5. Ничего из вышеперечисленного

Предпосылки для развития послеродового эндометрита:
1. Наличие раневой поверхности в матке после отделения последа
2. Снижение сократительной способности матки
3. Снижение иммунитета родильницы, усугубленное кровопотерей в родах
4. Дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей
5. Все вышеперечисленное

Предрасполагающие факторы развития лактационного мастита:
1. Лактостаз
2. Нарушения гигиены и правил грудного вскармливания
3. Снижение иммунологической реактивности родильницы
4. Структурные изменения молочных желез (мастопатия, рубцовые изменения и др.)
5. Все вышеперечисленное

Ко второму этапу послеродовой инфекции относится:
1. Метроэндометрит, параметрит
2. Ограниченный тромбофлебит
3. Сальпингоофорит
4. Абсцесс малого таза
5. Все вышеперечисленное

К третьему этапу послеродовой инфекции не относится:
1. Перитонит
2. Септический шок

3. Прогрессирующий тромбофлебит
4. Анаэробная газовая инфекция
5. Сальпингоофорит

К клинические проявления послеродовой язвы не относится:
1. Боли в области раны промежности или вульвы
2. Повышение температуры
3. Дизурия
4. Некротический и гнойный налет в области раны
5. Выраженная интоксикация

Приложение34

Практическое занятие

Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

К факторам риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений относятся:
1. Низкий социальный статус
2. Экстрагенитальная инфекционная патология
3. Хронические воспалительные заболевания женских половых органов
4. Сахарный диабет
5. Все вышеперечисленные

Предрасполагающие к развитию гнойно-септических осложнений факторы, связанные непосредственно с родоразрешением:
1. Продолжительность родов более 12 часов
2. Длительность безводного промежутка более 6 часов
3. Патологическая кровопотеря
4. Многократные влагалищные исследования
5. Все вышеперечисленные

Особенности послеродовых септических заболеваний в современном акушерстве:
1. Полиэтиологичность
2. Увеличение частоты стертых и малосимптомных клинических форм
3. В подавляющем большинстве вызваны стафилококками
4. Развиваются на фоне повышенной иммунологической реативности организма женщины
5. Плохо поддаются терапии

Основным возбудителем мастита является:
1. Золотистый стафилококк
2. Эпидермальный стафилококк
3. Стрептококк группы В
4. Эшерихии
5. Синегнойная палочка

К первому этапу послеродовой инфекции относятся:
1. Параметрит
2. Послеродовый эндометрит
3. Послеродовая язва
4. Тромбофлебит вен ног
5. Острый аднексит

Причинами послеродового тромбофлебита являются:
1. Изменение внутренней поверхности сосудистой стенки
2. Повышение свертываемости крови
3. Застой крови в малом тазу во время беременности
4. Рефлекторный спазм сосудов
5. Все вышеперечисленное

Осложнения прогрессирующего тромбофлебита:
1. Эндомиометрит
2. Параметрит

3. Эмболия и инфаркт легких
4. Перитонит
5. Эндокардит

Для подавления лактации при гнойном мастите используют:
1. Бромокриптин
2. Каберголин
3. Клостильбегит
4. Амоксициллин
5. Цефазолин

Основными особенностями перитонита первого типа (связанного с попаданием инфекции в брюшную полость во время операции) после операции кесарево сечение являются:
1. Раннее начало (1-2 сутки)
2. Выраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Правильно 2 и 3
5. Все ответы верны

Для синдрома системной воспалительной реакции не характерно:
1. Температура тела >38 °С или <36 °С
2. Тахипноэ <20 в минуту или раСО2 <32 мм рт.ст.
3. Тахикардия >90 в минуту
4. Лейкоцитоз >12´109/л или <4´109/л, или >10% незрелых форм лейкоцитов
5. Напряжение мышц передней брюшной стенки

Приложение35

Практическое занятие

Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

Характерным признаком кефалогематомы является:
1. Флюктуация при пальпации
2. Локализация над теменной костью
3. Выраженная болезненность при пальпации
4. Отчетливое ограничение по линии черепных швов
5. Опухоль не ограничивается пределами черепной кости

Для родовой опухоли не характерно:
1. Располагается в теменно-затылочной области
2. Голова имеет вытянутую кзади форму
3. Опухоль имеет отчетливое ограничение по линии черепных швов
4. Опухоль может захватить несколько костей и не прерваться в области
швов между ними
5. Опухоль исчезает через 24-36 часов

К пограничным состояниям новорожденного относят все перечисленные ниже, кроме:
1. Транзиторного уменьшения первоначальной массы тела
2. Транзиторной гипертензии
3. Физиологической эритемы
4. Гормонального криза
5. Физиологической желтухи

Для клиники тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерно:
1. Боли в ноге
2. Повышение температуры, озноб
3. Отек конечности
4. Местное повышение температуры
5. Все вышеперечисленное

По характеру воспалительного процесса различают мастит:
1. Негнойный (серозный, инфильтративный)
2. Гнойный (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный)
3. Лактационный
4. Нелактационный

5. Диффузный

Для инфильтративной формы мастита не характерно:

1. Острое начало
2. Боль и чувство тяжести в молочной железе
3. Определяется симптом флюктуации при пальпации
4. Гиперемия кожи молочной железы в зоне воспаления
5. В тканях железы болезненный инфильтрат без четких границ

Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

1. Родов через естественные родовые пути
2. Раннего самопроизвольного аборта
3. Операции кесарева сечения
4. Искусственного аборта
5. Позднего самопроизвольного аборта

Факторами, способствующими возникновению гнойновоспалительных осложнений в период проведения операции, являются:

1. Невосполненная кровопотеря
2. Травматичность операции
3. Длительность операции более 2-х часов
4. Нарушение микроциркуляции тканей
5. Все вышеперечисленное

Основными особенностями перитонита второго типа (связанного с парезом кишечника и динамической кишечной непроходимостью) после операции кесарево сечение являются:

1. Начало заболевания к 3-4 суткам
2. Невыраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Наличие экссудата в брюшной полости
5. Все вышеперечисленные

Своевременная изоляция инфицированных родильниц направлена на:

1. Предупреждение распространения инфекции
2. Соблюдение санэпидрежима в роддоме
3. Предотвращение формирования госпитальной инфекции
4. Все вышеперечисленное

Приложение36

Практическое занятие

Роль акушерки в профилактики послеродового сепсиса, уход и наблюдение за родильницей

Что здесь неправильно, если говорят о клинической классификации сепсиса?

А. Острый.
Б. Молниеносный.
В. Рецидивирующий.
Г. Послеоперационный.
Д. Криптогенный.

Какой из нижеперечисленных возбудителей сепсиса наиболее часто не дает метастазирование?

А. Стрептококк.
Б. Стафилококк.
В. Пневмококк.
Г. Гонококк.
Д. Кишечная палочка.

Что из указанного способствует развитию сепсиса?

А. Сахарный диабет.
Б. Гипертоническая болезнь.
В. Акромегалия.
Г. Бронхиальная астма.
Д. Кардиосклероз.

Что менее характерно для сепсиса?

А. Тахикардия.
Б. Лейкоцитоз.
В. Анурия.
Г. Повышение температуры тела.
Д. Наличие гнойного очага

Какой вид микроба (из перечисленных) наиболее часто не является возбудителем хирургического сепсиса?

А. Стрептококк.
Б. Стафилококк.
В. Пневмококк.
Г. Гонококк.
Д. Кишечная палочка.

Для лечения больных с послеродовым сепсисом большое значение имеет применение 1) свежезамороженной плазмы 2) гепарина 3) антистафилококковой плазмы 4) лизоцима

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всего перечисленного
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

Для ранней диагностики возможных септических осложнений после операции кесарева сечения в послеоперационном периоде важно следующее 1) учет факторов риска септических осложнений 2) учет динамики пульса и артериального давления 3) оценка соответствия характера и количества лохий дню послеоперационного (послеродового) периода 4) измерение трехчасовой температуры тела женщины

а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Осложнениями сепсиса являются все перечисленные, кроме:

1. Пневмонии
2. Тромбозы, эмболии
3. Кровотечения
4. Асцита
5. Септического эндокардита

В основе развития септического шока лежит:

1. Синдром системного воспалительного ответа и расстройство гемодинамики
2. Повышение артериального давления
3. Высокая температура
4. Септический эндокардит
5. Перитонит

Относительного анаэробного сепсиса являются верными следующие утверждения:

1. Чаще возникает при криминальном прерывании беременности
2. Может быть следствием внутригоспитальной клостридиальной инфекции
3. Сопровождается гемолизом эритроцитов
4. Рано развивается олиго- и анурия вследствие гемоглобинурии
5. В крови повышен уровень общего и неконъюгированного билирубина

Приложение37

Практическое занятие

Роль акушерки в профилактики послеродового лактационного мастита, уход и наблюдение за родильницей

По классификации Б.А.Гуртового, послеродовые маститы разделяются

1. на серозный мастит
2. на инфильтративный мастит
3. на гнойный мастит
4. на акушерский мастит

5. на хирургический мастит
Послеродовый мастит
1. развивается при инфицировании сосков во время кормления ребенка
2. рассматривается как заболевание, обусловленное госпитальной инфекцией
3. чаще встречается у повторнородящих
4. может быть диагностирован подсчетом количества лейкоцитов в молоке
5. развивается чаще всего вследствие гематогенного распространения инфекции
Послеродовый мастит
1. обычно вызывается золотистым стафилококком
2. чаще является вторичным процессом
3. чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом
4. в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами
5. в большинстве случаев бывает двухсторонним
Профилактика послеродового мастита
1. должна начинаться в раннем послеродовом периоде
2. включает обработку сосков 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого
3. включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов
4. должна включать назначение сразу после родов внутримышечных инъекций полиглобулина 3 мл
5. включает УФО сосков и ареол
Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется
1. острым началом
2. развитием заболевания на 6-8 неделе послеродового периода
3. общей слабостью, недомоганием, головной болью
4. увеличением и поражением молочной железы
5. болью в молочной железе
Лактационный мастит
1. обычно развивается на 2-3 неделе послеродового периода
2. не входит в статистический отчет роддома, если заболевание началось после выписки из стационара
3. на первой стадии развития требует только симптоматической терапии
4. в серозной стадии диагностируется редко
5. обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции
Инфильтративная форма лактационного мастита
1. формируется из серозной в течение 2-3 недель
2. диагностируется при обнаружении увеличения железы в объеме
3. характеризуется только местными проявлениями
4. является показанием к хирургическому лечению
5. часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита
Показанием для подавления лактации является
1. гангренозная форма мастита
2. любая форма мастита с рецидивирующим течением
3. инфильтративная форма мастита
4. абсцедирующая форма мастита
5. стремительное прогрессирование мастита
Оптимальным средством для подавления лактации при абсцедирующем мастите является
1. верошпирон
2. бромкамфора
3. парлодел
4. синестрол
5. прогестерон
С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать
1. апликации пузыря со льдом
2. фуросемид по 4О мг внутрь ежедневно в течении 2-3 дней
3. эндоназальный электрофорез пиридоксина
4. парлодел по 2.5 мг внутрь два раза в день в течении 3 суток
5. солевые слабительные

С целью повышения неспецифических защитных механизмов больной маститом рекомендуется применение
1. антистафилококкового гамма-глобулина
2. пентоксила
3. калия оротата
4. парлодела
5. продигиозана

Для лечения трещин сосков применяется
1. мазь календулы
2. 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого
3. ультрафиолетовое облучение сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней
4. временный отказ от кормления больной грудью
5. масляный раствор экстрадиола дипропионата

При лечении лактационных маститов рекомендуется использовать
1. бензилпенициллин
2. стрептомицин
3. цепорин
4. метициллин
5. кефзол

Приложение38

Практическое занятие

Роль акушерки в профилактики осложнений, уход и наблюдение за родильницей

Основными особенностями перитонита третьего типа (инфицирование брюшины ввиду несостоятельности швов на матке) после операции кесарево сечение являются:
1. Начало заболевания к 4-9 суткам
2. Выраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Умеренный лейкоцитоз
5. Все вышеперечисленные

Перечислите факторы риска развития тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде:
1. Варикозное расширение вен нижних конечностей
2. Ожирение
3. Пожилой возраст
4. Длительной оперативное вмешательство
5. Все вышеперечисленные

Для профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде после кесарева сечения применяют:
1. Аспирационно-промывное дренирование полости матки
2. Антибактериальную терапию
3. Утеротоническую терапию
4. Физические факторы
5. Низкомолекулярные гепарины

Тактика ведения неосложненного послеоперационного периода после влагалищной гистерэктомии:
1. Опорожнение кишечника не ранее 5-х суток
2. Ранние активные движения в постели, дыхательная гимнастика
3. Вставание на 2-е сутки
4. Длительная (до 7 дней) катетеризация мочевого пузыря

Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает:
1. Проведение инфузионной терапии
2. Раннее вставание
3. Назначение дипиридамола
4. Назначение отхаркивающих лекарственных средств и дыхательной гимнастики
5. Назначение низкомолекулярных гепаринов

О развитии перитонита в послеоперационном периоде могут свидетельствовать:

1. Застойное содержимое в желудке
2. Рвота
3. Напряжение мышц передней брюшной стенки
4. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
5. Снижение температуры тела

В раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу прервавшейся трубной беременности (с большой кровопотерей), лечение должно быть направлено 1) на устранение гиповолемии 2) на нормализацию белко-вого обмена 3) на проведение противовоспалительной терапии 4) на улучшение функции печени

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) на все перечисленное
г) верно 4
д) ни на что из перечисленного

Тактика ведения неосложненного послеоперационного периода после влагалищной гистерэктомии:

1. Опорожнение кишечника не ранее 5-х суток
2. Ранние активные движения в постели, дыхательная гимнастика
3. Вставание на 2-е сутки
4. Длительная (до 7 дней) катетеризация мочевого пузыря

Для лечения больных с послеродовым сепсисом большое значение имеет применение 1) свежезамороженной плазмы 2) гепарина 3) антистафилококковой плазмы 4) лизоцима

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всего перечисленного
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

По преимущественной локализации гнойных метастазов различают следующие формы септикопиемии после родов 1) перитонеальную 2) пульмональную 3) тромбофлебитическую 4) кардиальную

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

Приложение39
Практическое занятие

Акушерская тактика при возникших осложнениях. Послеоперационный уход и наблюдение.

В зависимости от пути инфицирования выделяют следующие основные клинические формы перитонита, развившего-ся после кесарева сечения 1) вследствие послеоперационного расхождения швов на матке 2) на фоне хориоамнионита 3) вследствие длительного пареза кишечника 4) вследствие разрыва гнойного образования придатков матки

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
д) все перечисленное неверно

Для профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде после кесарева сечения применяют:

1. Аспирационно-промывное дренирование полости матки
2. Антибактериальную терапию
3. Утеротоническую терапию
4. Физические факторы
5. Низкомолекулярные гепарины

Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает:

1. Проведение инфузионной терапии

2. Раннее вставание
3. Назначение дипиридамола
4. Назначение отхаркивающих лекарственных средств и дыхательной гимнастики
5. Назначение низкомолекулярных гепаринов

Для токсической стадии гинекологического перитонита, как правило, характерно 1) снижение фагоцитарной активности лейкоцитов 2) снижение уровня общего белка и альбуминоглобулинового коэффициента в сыворотке крови 3) резко положительная реакция на С-реактивный белок 4) снижение числа моноцитов

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

Профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений включает:

1. Лечение гинекологических заболеваний
2. Лечение экстрагенитальной инфекционной патологии
3. Рациональное ведение родов
4. Обеспечение строго санитарно-гигиенического режима в учреждении
5. Все вышеперечисленное

Для послеродового мастита нехарактерно:

1. Повышение температуры тела с ознобом
2. Нагрубание молочных желез
3. Болезненный инфильтрат в железе без четких границ
4. Свободное отделение молока
5. Гиперемия кожи молочной железы

Факторы риска развития перитонита после операции кесарева сечения 1) большая длительность операции и ее трав-матичность 2) интраперитонеальная методика операции на фоне хориоамнионита 3) экстренность операции 4) воле-мические нарушения, имеющиеся в первые дни после операции

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

С какого момента начинается предоперационный период?

_____

Предоперационный период заканчивается:

_____

Предоперационный период включает следующие основные этапы:

_____

Приложение 40

Практическое занятие

Акушерская тактика при возникших осложнениях. Послеоперационный уход и наблюдение.

Ответьте на вопросы:

1.Какие особенности ведения послеоперационного периода при травмах родовых путей?

Эталон ответа: Наружные половые органы обрабатывают дезинфицирующими растворами (0,02–0,1% раствор калия перманганата, раствор хлоргексидина, раствор гидроксиметил-хиноксилиндиоксида) не менее 3 раз в день в течение первых 2–3 суток, при глубоких разрывах влагалища можно проводить антибактериальную терапию, спринцевания влагалища дезинфицирующими растворами (0,02–0,1% раствор калия перманганата, раствор хлоргексидина, раствор гидроксиметилхиноксилиндиоксида) с 3–4-х суток после родов.

2.Основные этапы лечения акушерского перитонита?

Эталон ответа: 3 этапа: предоперационная подготовка, оперативное вмешательство (хирургическая санация очага), интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

3. Определение понятия «послеродовые гнойно-септические заболевания»?

Эталон ответа: это болезни, наблюдаемые у женщин в послеродовом периоде (от момента выделения последа до конца 6-й недели), непосредственно связанные с беременностью и родами и обусловленные инфекцией, преимущественно бактериальной.

4. Какие осложнения родов способствуют развитию послеродовых септических осложнений?

Эталон ответа: длительный безводный промежуток, слабость родовой деятельности, многократные влагалищные исследования, хориоамнионит в родах, травмы родовых путей, кровотечения, оперативные вмешательства в родах (кесарево сечение, акушерские щипцы, эпизио- и перинеотомия, ручное отделение последа, ревизия полости матки).

5. Основные принципы лечения послеродового эндометрита?

Эталон ответа: рациональная антибиотикотерапия и хирургическая санация полости матки (вакуум-аспирация содержимого полости матки, выскабливание стенок полости матки и удаление остатков децидуальной или плацентарной ткани под контролем гистероскопии, промывное дренирование матки антисептическими растворами).

6. Что такое послеродовой параметрит? Причины послеродового параметрита? Классификация параметрита по локализации процесса?

Эталон ответа: это воспаление околоматочной клетчатки. Параметрит может развиваться по 3 группам причин: как самостоятельная форма (первичный); как реактивное воспаление клетчатки при воспалении придатков матки или тромбофлебитах (вторичный); как частичное проявление септической инфекции (образование в клетчатке септических метастазов). передний параметрит (паравезицит), задний параметрит, боковой параметрит (верхний и нижний).

7. Какие лабораторные и инструментальные исследования необъодимы при подозрении на сепсис?

Эталон ответа:

- Посев крови до назначения антибиотиков.
- Определение лактата в сыворотке крови.
- Исследования, направленные на поиск источника инфекции (рентгенограмма легких, УЗИ органов брюшной полости, Эхо-КС).
- Клинический анализ крови, тромбоциты, анализ мочи, коагулограмма, электролиты плазмы.
- Бактериологическое исследование в зависимости от клиники (лохий, мочи, отделяемого из раны, носоглотки).
- Биомаркеры (С-реактивный белок, прокльцитонин, пресепсин).

Приложение 41

Практическое занятие
Роль акушерки в профилактике осложнений. Послеоперационный уход

1.Расскажите о профилактике кровотечений
2.Расскажите о профилактике гнойно-воспалительные осложнений
3.Расскажите о профилактике тромбоэмболических осложнений

1.Расскажите о профилактике кровотечений

Быстрая диагностика массивной кровопотери и коагулопатии (прикроватный тест, тромбоэластография)

А) До остановки кровотечения: допустимая артериальная гипотония (систолическое АД не более 90-100 мм рт. ст.)

Б) Быстрая остановка кровотечения хирургическим путем.

В) Предотвращение/лечение гипотермии, ацидоза и гипокальциемии.

Г) Кислородотерапию желательно начинать сразу по поступлению в операционную через назальные канюли либо лицевую маску, при снижении SpO2 ниже 96% и/или наличии признаков дыхательной недостаточности.

2. Расскажите о профилактике гнойно-воспалительные осложнений

Главный метод специфической профилактики послеоперационных осложнений - назначение антибактериальных препаратов. Ингибиторозащищенные аминопенициллины являются основной группой антибиотиков, используемых в акушерской практике для профилактики послеродовых

инфекционно-воспалительных заболеваний. Однократное предоперационное введение амоксициллин/клавуланата имеет высокую клиническую эффективность, способствует снижению назначений антибактериальной терапии в послеродовом периоде.
Соблюдение правил асептики и антисептики.
3.Профилактика тромбоэмболических осложнений
Все женщины должны пройти документальную оценку факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ):
- на ранних сроках беременности или до беременности;
- при госпитализации по любой причине;
- повторно непосредственно перед и после операции.
НМГ являются препаратами выбора для послеоперационной тромбопрофилактики. НМГ являются безопасными при грудном вскармливании.
Во всех случаях (при отсутствии противопоказаний) должны использоваться эластическая или пневмокомпрессия нижних конечностей.
Противопоказания к назначению НМГ.
НМГ следует избегать у женщин с высоким риском кровотечения.
К факторам риска кровотечений при использовании НМГ являются:
А) Женщины с дородовым или с массивным послеродовым кровотечением;
Б) Женщины с повышенным риском кровотечения (например, предлежание плаценты);
В) Женщины с геморрагическими заболеваниями (болезнь фон Виллебранда, гемофилии или приобретенные коагулопатии);
Г) Женщины с тромбоцитопенией (количество тромбоцитов менее 75х109);
Д) Острый инсульт в течение последних 4 недель (ишемический или геморрагический);
Е) Тяжелые заболевания почек (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин);
Ж) Тяжелые заболевания печени;
З) Неконтролируемая артериальная гипертензия (артериальное давление выше 200 мм.рт.ст. систолическое или выше 120 мм.рт.ст. диастолическое)

Приложение 42

Практическое занятие
Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

Ответьте на вопросы:
1. Расскажите о раннем переводе из отделения в послеродовое отделение.
2. Расскажите о ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде.
3. Расскажите об послеоперационном обезболевании.
4. Расскажите о питании родильниц.
Эталоны ответов:
1. Ранний перевод из отделения реанимации в послеродовое отделение:
- через 6-8 часов после операции, выполненной в условиях нейроаксиальной (спинномозговой, эпидуральной, комбинированной спинальноэпидуральной) анестезии;
- через 8-12 часов после операции, выполненной в условиях общей анестезии;
- в ночные часы (с 23 до 8 часов) перевод осуществляется в плановом порядке с 8 утра. Исключение:
1. Преэклампсия;
2. Кровотечение до, во время операции или в раннем послеоперационном периоде;
3. Тяжелая соматическая патология, требующая мониторинга гемодинамики и функции жизненно важных органов, а также наблюдение врача реаниматолога.
4. Технические сложности во время операции, расширение объема операции (миомэктомия, гистерэктомия, спаечный процесс и т.д.) Удаление мочевого катетера должно производиться после активизации пациентки и не раннее, чем через 4-6 часов после ведения последней дозы анестетика в эпидуральное пространство
2.Ранняя активизация. Важный момент ведения послеоперационного периода - ранняя активизация пациента. Суть ее заключается в том, что через 4-6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить. Это позволяет свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких (особенно вероятны после общей анестезии), а также тромбоэмболических осложнений при длительной иммобилизации. Противопоказаниями к ранней

активизации являются: - температура тела выше 38°С; - тромбофлебит вен нижних конечностей; - кровотечение; - выраженный болевой синдром у женщин (ВАШ>50мм).

3. Адекватное послеоперационное обезболивание.

А. Всем пациенткам (при отсутствии противопоказаний) назначаются:

В конце операции, или в начале раннего послеоперационного периода, в/в инфузия парацетамола (перфалгана)

Традиционные НПВС как альтернатива для снижения потребления опиоидов.

Б. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками.

В. При выраженном болевом синдроме (ВАШ>50 мм) добавить сильные опиоиды (в/в).

Г. При средней интенсивности боли (ВАШ=30-50 мм) – слабые опиоиды

4. Энтеральное питание родильницы.

Энтеральное питание. Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, разрешается прием жидкости сразу же после окончания операции. Начиная с первого часа после операции, они могут получать пищу, соответствующую общему столу, за исключением хлеба, овощей и фруктов. Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, разрешается прием жидкости через 2 часа после окончания операции. Этой категории родильниц энтеральное питание может быть назначено через 4-6 часов после операции – бульон; через 24 часа – общий стол.

Приложение 43

Практическое занятие

Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

Генерализация инфекционных послеродовых процессов

1. чаще наблюдается у больных сахарным диабетом
2. обусловлена физиологическими изменениями иммунологической системы организма родильницы
3. чаще встречается после акушерских операций в родах
4. происходит только при высоко вирулентной микробной флоре
5. не зависит от характера инволюции матки

К третьему этапу послеродовой инфекции не относится:

1. Перитонит
2. Септический шок
3. Прогрессирующий тромбофлебит
4. Анаэробная газовая инфекция
5. Сальпингоофорит

Особенности ведения послеоперационного периода после восстановительной операции при разрыве промежности III степени заключаются в следующем

1) индивидуальный стол в течение 5 суток
2) слабительные средства на 6-й день
3) снятие швов с кожи промежности на 7-й день
4) обработка влагалища

а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) во всем перечисленном
г) верно 4
д) ни в чем из перечисленного

Осложнения прогрессирующего тромбофлебита:

1. Эндомиометрит
2. Параметрит
3. Эмболия и инфаркт легких
4. Перитонит
5. Эндокардит

Для инфильтративной формы мастита не характерно:

1. Острое начало
2. Боль и чувство тяжести в молочной железе
3. Определяется симптом флюктуации при пальпации
4. Гиперемия кожи молочной железы в зоне воспаления

5. В тканях железы болезненный инфильтра без четких границ

Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

1. Родов через естественные родовые пути
2. Раннего самопроизвольного аборта
3. Операции кесарева сечения
4. Искусственного аборта
5. Позднего самопроизвольного аборта

Основными особенностями перитонита первого типа (связанного с попаданием инфекции в брюшную полость во время операции) после операции кесарево сечение являются:

1. Раннее начало (1-2 сутки)
2. Выраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Правильно 2 и 3
5. Все ответы верны

Относительного анаэробного сепсиса являются верными следующие утверждения:

1. Чаще возникает при криминальном прерывании беременности
2. Может быть следствием внутригоспитальной клостридиальной инфекции
3. Сопровождается гемолизом эритроцитов
4. Рано развивается олиго- и анурия вследствие гемоглобинурии
5. В крови повышен уровень общего и неконъюгированного билирубина

Какие осложнения беременности способствуют снижению сократительной деятельности матки?_____

Эталон ответа:

а) многоводие;
б) многоплодие;
в) крупный плод;
г) неправильное положение плода;
д) неправильное вставление головки.

Какие осложнения последового периода могут наблюдаться при слабости родовой деятельности?_____

Эталон ответа:

Нарушение механизмов отделения плаценты.

Приложение44

Практическое занятие

Роль акушерки в профилактики осложнений со стороны матери и плода вовремя кесарево сечения. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

Рациональная профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения

1. может заключаться в однократном капельном внутривенном введении 2.0 г клафорана сразу после пережатия пуповины
2. может заключаться в однократном введении антибиотика широкого спектра действия в течение первых 3 часов послеоперационного периода
3. должна всегда начинаться введением антибиотика перед началом операции
4. может заключаться в парентеральном применении 2-х антибиотиков в течении 5-ти дней послеоперационного периода
5. начинается с разреза кожи и внутривенного введения 1.0 г ампиокса

Кесарево сечение

1. позволяет снизить перинатальную смертность
2. повышает риск материнской смертности от 4 до 10 раз
3. предпочтительнее выполнять по экстренным показаниям
4. повышает риск гнойно-септических осложнений в 2 раза
5. всегда сопровождается кровопотерей более 400 мл

Кесарево сечение

1. может быть выполнено во втором триместре беременности
2. может быть выполнено влагалищным доступом
3. может выполняться экстраперитонеальным доступом
4. выполняется только при сроках беременности от 37 до 42 недель
5. является одной из самых частых родоразрешающих операций современного акушерства

Кесарево сечение

1. по абсолютным показаниям выполняется в интересах жизни и здоровья плода
2. по относительным показаниям часто выполняется у первородящих женщин старше 3О лет
3. в анамнезе является абсолютным показанием для повторного кесарева сечения
4. в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации

Относительным показанием для кесарева сечения является

1. внутриутробная гипоксия плода
2. слабость родовой деятельности
3. прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности
4. угрожающий разрыв матки
5. гипотрофия плода

Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть

1. безводный период более 12 часов
2. мертвый плод
3. хронический пиелонефрит
4. уродства плода
5. длительный подготовительный период

Кровопотеря при операции кесарева сечения

1. обычно не превышает 500 мл
2. зависит от расположения плаценты
3. может быть уменьшена введением утеротонических средств перед разрезом кожи
4. до 1 литра может быть восполнена переливанием коллоидных и солевых растворов
5. зависит от типа разреза матки

Профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения может проводиться назначением антибиотиков

1. за 3-4 часа до начала операции
2. после пересечения пуповины
3. в первые три часа после операции
4. в течение 5 дней послеоперационного периода
5. группы стрептомицина

Летальность после кесарева сечения

1. может быть снижена за счет увеличения доли экстренных операций
2. в первую очередь связана с кровотечением
3. зависит от типа разреза на матки
4. выше в группе беременных с поздним токсикозом

ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Первородящая 36 лет. - Первый период родов. - Чистое ягодичное предлежание плода. - Слабость родовой деятельности. - Преждевременное излитие околоплодных вод (безводный период 12 часов). Роды необходимо

1. предоставить естественному течению
2. закончить операцией кесарева сечение
3. закончить извлечением плода за тазовый конец
4. вести консервативно с назначением родостимулирующей терапии
5. закончить вакуум-экстракцией плода

ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Первый период родов. Чистое ягодичное предлежание плода. - Раннее излитие околоплодных вод. - Выпадение пуповины. ПОКАЗАНО срочное окончание родов с помощью операции

1. перинеотомии
2. экстракции плода за тазовый конец
3. кесарева сечения
4. акушерских щипцов

5. наружного профилактического поворота плода

ДИАГНОЗ: - Роды третьи, срочные. - Первый период родов. - Преждевременное излитие околоплодных вод. - Поперечное положение плода. ПОКАЗАНО срочное окончание родов операцией

1. наружно-внутреннего поворота плода на ножку
2. акушерских щипцов
3. вакуум-экстракции плода
4. кесарева сечения
5. декапетации

Приложение45

Практическое занятие

Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

1. К факторам риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений относятся:

1. Низкий социальный статус
2. Экстрагенитальная инфекционная патология
3. Хронические воспалительные заболевания женских половых органов
4. Сахарный диабет
5. Все вышеперечисленные

2. Предраспологающие к развитию гнойно-септических осложнений факторы, связанные непосредственно с родоразрешением:

1. Продолжительность родов более 12 часов
2. Длительность безводного промежутка более 6 часов
3. Патологическая кровопотеря
4. Многократные влагалищные исследования
5. Все вышеперечисленные

3. Особенности послеродовых септических заболеваний в современном акушерстве:

1. Полиэтиологичность
2. Увеличение частоты стертых и малосимптомных клинических форм
3. В подавляющем большинстве вызваны стафилококками
4. Развиваются на фоне повышенной иммунологической реативности организма женщины
5. Плохо поддаются терапии

4. Основной путь распространения инфекции при инфекционных поражениях гениталий после родов:

1. Гематогенный
2. Лимфогенный
3. Восходящий
4. Смешанный
5. Контактный

5. Послеродовые гнойно-септические заболевания чаще всего вызываются:

1. Условно-патогенными бактериями
2. Микоплазмами
3. Хламидиями
4. Вирусами
5. Ассоциациями аэробный и анаэробных микроорганизмов

6. Входные ворота послеродовой гнойно-септической инфекции:

1. Места повреждения родового канал
2. Поверхность плацентарной площадки
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Ничего из вышеперечисленного

7. Высокоэффективный метод диагностики послеродового эндомиометрита:

1. Ультразвуковое исследование
2. Гистероскопия
3. Клинический анализ крови
4. Оценка состояния маточных выделений
5. Бактериологическое исследование выделений

8. Наиболее частая причина лихорадки на 3-4 день после родов:

1. Инфекция мочевыводящих путей
2. Послеродовый эндометрит
3. Мастит
4. Тромбофлебит
5. Ничего из вышеперечисленного

9. Предпосылки для развития послеродового эндометрита:

1. Наличие раневой поверхности в матке после отделения последа
2. Снижение сократительной способности матки
3. Снижение иммунитета родильницы, усугубленное кровопотерей в родах
4. Дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей
5. Все вышеперечисленное

10. Предрасполагающие факторы развития лактационного мастита:

1. Лактостаз
2. Нарушения гигиены и правил грудного вскармливания
3. Снижение иммунологической реактивности родильницы
4. Структурные изменения молочных желез (мастопатия, рубцовые изменения и др.)
5. Все вышеперечисленное

11. Основным возбудителем мастита является:

1. Золотистый стафилококк
2. Эпидермальный стафилококк
3. Стрептококк группы В
4. Эшерихии
5. Синегнойная палочка

Приложение46

Практическое занятие

Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей. Осложнения, роль акушерки в профилактике осложнений.

Для клиники тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерно:

1. Боли в ноге
2. Повышение температуры, озноб
3. Отек конечности
4. Местное повышение температуры
5. Все вышеперечисленное

Для инфильтративной формы мастита не характерно:

1. Острое начало
2. Боль и чувство тяжести в молочной железе
3. Определяется симптом флюктуации при пальпации
4. Гиперемия кожи молочной железы в зоне воспаления
5. В тканях железы болезненный инфильтра без четких границ

Для подавления лактации при гнойном мастите используют:

1. Бромокриптин
2. Каберголин
3. Клостильбегит
4. Амоксициллин
5. Цефазолин

По характеру воспалительного процесса различают мастит:

1. Негнойный (серозный, инфильтративный)
2. Гнойный (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный)
3. Лактационный

4. Нелактационный
5. Диффузный

Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:
1. Флегмонозный
2. Гангренозный
3. Абсцедирующий
4. Инфильтративно-абсцедирующий
5. Инфильтративный

Для серозного мастита характерно:
1. Боли в молочной железе
2. Высокая температура
3. Увеличение подмышечных лимфоузлов
4. Инфильтрация в молочной железе с четкими контурами
5. Ухудшение оттока молока

Для послеродового мастита нехарактерно:
1. Повышение температуры тела с ознобом
2. Нагрубание молочных желез
3. Болезненный инфильтрат в железе без четких границ
4. Свободное отделение молока
5. Гиперемия кожи молочной железы

Основной компонент комплексного лечения мастита:
1. Противогистаминные лекарственные средства
2. Постельный режим
3. Сцеживание молочной железы
4. Антибактериальные средства
5. Аналгезирующие средства

В серозной стадии острого мастита не применяется:
1. Оперативное лечение
2. Антибактериальная терапия
3. Предупреждение застоя молока
4. Торможение лактации
5. Физические методы терапии

Показанием для оперативного лечения мастита не являются:
1. Серозный мастит
2. Инфильтративный мастит
3. Абсцедирующий мастит
4. Гангренозный мастит
5. Флегмонозный мастит

Акушерский перитонит чаще всего возникает после:
1. Родов через естественные родовые пути
2. Раннего самопроизвольного аборта
3. Операции кесарева сечения
4. Искусственного аборта
5. Позднего самопроизвольного аборта

Факторами, способствующими возникновению гнойновоспалительных осложнений в период проведения операции, являются:
1. Невосполненная кровопотеря
2. Травматичность операции
3. Длительность операции более 2-х часов
4. Нарушение микроциркуляции тканей
5. Все вышеперечисленное

Приложение47

Практическое занятие
Особенности ведения позднего послеродового периода. Осложнения, роль акушерки в профилактике осложнений

К первому этапу послеродовой инфекции относятся:
1. Параметрит

2. Послеродовый эндометрит
3. Послеродовая язва
4. Тромбофлебит вен ног
5. Острый аднексит

Ко второму этапу послеродовой инфекции относится:
1. Метроэндометрит, параметрит
2. Ограниченный тромбофлебит
3. Сальпингоофорит
4. Абсцесс малого таза
5. Все вышеперечисленное

К третьему этапу послеродовой инфекции не относится:
1. Перитонит
2. Септический шок
3. Прогрессирующий тромбофлебит
4. Анаэробная газовая инфекция
5. Сальпингоофорит

К четвертому этапу распространения послеродовой инфекции относится:
1. Сепсис
2. Разлитой перитонит
3. Септический шок
4. Параметрит
5. Пельвиоперитонит

К клинические проявления послеродовой язвы не относится:
1. Боли в области раны промежности или вульвы
2. Повышение температуры
3. Дизурия
4. Некротический и гнойный налет в области раны
5. Выраженная интоксикация

Эпителизация раневой поверхности при послеродовой язве заканчивается:
1. К 10-12 суткам послеродового периода
2. К 28 суткам послеродового периода
3. К 42 суткам послеродового периода
4. К 3-4 суткам с с начала заболевания
5. К 6-8 суткам с начала заболевания

Клинические признаки тяжелого послеродового эндометрита:
1. Выраженная общая интоксикация
2. Размеры матки увеличены, тонус снижен
3. Болезненность матки при пальпации
4. Лохии гнойные, с неприятным запахом
5. Все вышеперечисленное

Клиника стертых клинических форм послеродовых заболеваний:
1. Несоответствие между самочувствием родильницы и пульсом
2. Субфебрильная температура
3. Несоответствие между клиникой и общим анализом крови
4. Ухудшение состояния родильницы, несмотря на интенсивное лечение
5. Выраженная интоксикация

Общие принципы лечение послеродового эндометрита:
1. Раннее использование антибиотиков широкого спектра действия
2. Инфузионная терапия
3. Десенсибилизирующая терапия
4. Кюретаж матки по показаниям
5. Все вышеперечисленное

Причинами послеродового тромбофлебита являются:
1. Изменение внутренней поверхности сосудистой стенки
2. Повышение свертываемости крови
3. Застой крови в малом тазу во время беременности
4. Рефлекторный спазм сосудов

5. Все вышеперечисленное
Осложнения прогрессирующего тромбофлебита:
1. Эндомиометрит
2. Параметрит
3. Эмболия и инфаркт легких
4. Перитонит
5. Эндокардит

Приложение48

Практическое занятие

Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей.

Для профилактики несостоятельности послеоперационного рубца на матке после интраперитонеального кесарева сечения необходимо
а) использовать биосовместимые соединительные элементы
б) правильно выбирать шовный материал при зашивании разреза на матке
в) обеспечить герметичность полости матки при зашивании разреза на матке
г) правильно б) и в)
д) верно все перечисленное
Для профилактики послеоперационных септических осложнений (после операции интраперитонеального кесарева сечения) в послеоперационном периоде можно использовать (по показаниям)
а) аспирационно-промывное дренирование полости матки
б) антибактериальную терапию
в) оценку состояния матки с помощью гистероскопии
г) правильно б) и в)
д) верно все перечисленное
План реабилитационных мероприятий для женщины, перенесшей операцию кесарева сечения, составляется с учетом
а) необходимости контрацепции в течение не менее 2 лет
б) показаний к операции кесарева сечения
в) течения послеоперационного периода
г) правильно а) и в)
д) всего перечисленного
Качество послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения в основном зависит 1) от выбора методики операции 2) от техники зашивания разреза на матке во время операции 3) от степени чистоты влагалищного мазка до операции 4) от ведения послеоперационного периода
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
Для ранней диагностики возможных септических осложнений после операции кесарева сечения в послеоперационном периоде важно следующее 1) учет факторов риска септических осложнений 2) учет динамики пульса и артериального давления 3) оценка соответствия характера и количества лохий дню послеоперационного (послеродового) периода 4) измерение трехчасовой температуры тела женщины
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны
В оценке полноценности рубца на матке после операции кесарева сечения (у беременной) имеет значение 1) методика операции 2) течение послеоперационного периода 3) интервал времени между операцией и настоящей беременностью 4) масса плода при данной беременности
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2

в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
Особенности ведения послеоперационного периода после восстановительной операции при разрыве промежности III степени заключаются в следующем 1) индивидуальный стол в течение 5 суток 2) слабительные средства на 6-й день 3) снятие швов с кожи промежности на 7-й день 4) обработка влагалища
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) во всем перечисленном
г) верно 4
д) ни в чем из перечисленного
Условиями для возникновения послеоперационного перитонита являются все перечисленные, кроме
а) недостаточности швов
б) инфицирования брюшной полости во время операции
в) некроза ткани культи дистальнее лигатуры (при больших культях)
г) недостаточно тщательного гемостаза
д) продолжительности операции до 2.5-3 часов
Причины развития послеоперационного перитонита 1) инфицирование брюшной полости во время операции 2) несостоятельность швов 3) развитие некроза ткани дистальнее лигатуры при оставлении больших культей 4) оставление инородного тела в брюшной полости
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
В раннем послеоперационном периоде реабилитация больных с эндометриозом направлена
а) на уменьшение структурных изменений в малом тазу
б) на уменьшение сопутствующих эндокринных нарушений
в) на уменьшение болевых ощущений
г) на все перечисленное
д) ни на что из перечисленного
В раннем послеоперационном периоде для реабилитации больных, оперированных по поводу распространенных форм эндометриоза, применяют (по показаниям)
а) переменное магнитное поле низкой частоты
б) гипербарическую оксигенацию
в) лечебную физкультуру
г) верно а) и в)
д) все перечисленное
Применением переменного магнитного поля низкой частоты в первые дни послеоперационного периода с целью реабилитации у больных, оперированных по поводу распространенных форм эндометриоза, достигается следующее воздействие на организм 1) противовоспалительное 2) болеутоляющее 3) дегидратирующее 4) активизирующее иммунокомпетентную систему
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
д) все перечисленное неверно

Приложение49

Практическое занятие
Осложнения со стороны матери и плода. Послеоперационный уход и наблюдение за родильницей

Осложнение беременности и родов, указывающее на возможный риск разрыва матки в родах 1) крупный плод 2) лобное вставление головки плода 3) переношенная беременность 4) многоводие
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные осложнения
г) верно 4
д) ни одно из перечисленных осложнений
При невосстановленных разрывах промежности II степени возможно развитие следующих осложнений 1) опущение и выпадение влагалища 2) опущение и выпадение матки 3) недержание газов и кала 4) диспареуния
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
Основными особенностями перитонита первого типа (связанного с попаданием инфекции в брюшную полость во время операции) после операции кесарево сечение являются:
1. Раннее начало (1-2 сутки)
2. Выраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Правильно 2 и 3
5. Все ответы верны
Основными особенностями перитонита второго типа (связанного с парезом кишечника и динамической кишечной непроходимостью) после операции кесарево сечение являются:
1. Начало заболевания к 3-4 суткам
2. Невыраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Наличие экссудата в брюшной полости
5. Все вышеперечисленные
Основными особенностями перитонита третьего типа (инфицирование брюшины ввиду несостоятельности швов на матке) после операции
кесарево сечение являются:
1. Начало заболевания к 4 ❑ 9 суткам
2. Выраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Умеренный лейкоцитоз
5. Все вышеперечисленные
Для синдрома системной воспалительной реакции не характерно:
1. Температура тела >38 °С или <36 °С
2. Тахипноэ <20 в минуту или раСО2 <32 мм рт.ст.
3. Тахикардия >90 в минуту
4. Лейкоцитоз >12´109/л или <4´109/л, или >10% незрелых форм лейкоцитов
5. Напряжение мышц передней брюшной стенки
Осложнениями сепсиса являются все перечисленные, кроме:
1. Пневмонии
2. Тромбозы, эмболии
3. Кровотечения
4. Асцита
5. Септического эндокардита
В основе развития септического шока лежит:
1. Синдром системного воспалительного ответа и расстройство гемодинамики
2. Повышение артериального давления
3. Высокая температура
4. Септический эндокардит
5. Перитонит
Своевременная изоляция инфицированных родильниц направлена на:

1. Предупреждение распространения инфекции
2. Соблюдение санэпидрежима в роддоме
3. Предотвращение формирования госпитальной инфекции
4. Все вышеперечисленное

Профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений включает:

1. Лечение гинекологических заболеваний
2. Лечение экстрагенитальной инфекционной патологии
3. Рациональное ведение родов
4. Обеспечение строго санитарно-гигиенического режима в учреждении
5. Все вышеперечисленное

Программа проведения промежуточной аттестации по учебной дисциплине МДК 04.01. Патологическое акушерство

1. Общие положения

Освоение учебной дисциплины МДК 04.01. Патологическое акушерство завершается промежуточной аттестацией обучающихся в форме экзамена.

Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач.

Целью комплексного экзамена по учебной дисциплине МДК 04.01. Патологическое акушерство является оценка степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Экзамен обеспечивает оперативное управление образовательной деятельностью обучающихся.

Проведение экзамена по учебному предмету МДК 04.01. Патологическое акушерство предполагает:

- на уровне обучающегося – освоение умений, знаний общих и профессиональных компетенций образовательной деятельности;
- на уровне преподавателя – оценивание результативности профессионально-педагогической деятельности, эффективности созданных педагогических условий;
- на уровне администрации — оценивание результативности деятельности академии, состояния образовательного процесса, условий образовательного взаимодействия.

Процедура экзамена по учебному предмету МДК 04.01. Патологическое акушерство разработана академией самостоятельно и доведена до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения.

Содержание материалов экзамена по учебной дисциплине МДК 04.01. Патологическое акушерство определяется преподавателем спецдисциплины.

Оценка качества подготовки обучающихся - оценка уровня освоения элементов программы отвечает требованиям, предусмотренным ФГОС.

Результаты экзамена по учебной дисциплине МДК 04.01. Патологическое акушерство фиксируются оценками. Оценка – это результат процесса оценивания, условно-формальное (знаковое), количественное выражение оценки учебных достижений, обучающихся в цифрах, буквах или иным образом.

программно-учебного материала.

Уровень освоения программно-учебного материала в академии фиксируются следующими оценками: «5» (отлично), «4» (хорошо), «3» (удовлетворительно), «2» (неудовлетворительно), «1» (плохо), «зачтено», «не зачтено». Допускается сокращение слов: «отл.», «хор.», «удовл.», «неудовл.».

Оценка «5» ставится в случае, если обучающийся исчерпывающе знает весь программно-учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.

Оценка «4» ставится, если обучающийся знает весь требуемый программой учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В письменных работах пользуется литературно правильным языком, допускает только незначительные ошибки.

Оценка «3» ставится, если обучающийся знает основной программно-учебный материал. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой

помощью преподавателя. В письменных работах при изложении материала и в построении речи делает ошибки.
Оценка «2» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается незнание большой части программного материала. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.
Оценка «1» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается полное незнание проходимого программно-учебного материала.
Оценка, полученная обучающимся на экзамене, является определяющей независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля успеваемости.
Оценки за экзамен заносятся в зачетно-экзаменационную ведомость, зачетные книжки обучающихся, журнал учета занятий.
Если студент не явился на экзамен, независимо от причины, в ведомости указывается «не аттестован».
При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть разрешена досрочная сдача экзамена в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.
При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть продлена (перенесена на другие сроки) сдача экзамена в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.
Обучающийся, не согласный с результатами экзамена, имеет право на пересмотр результатов на основании заявления. В этом случае приказом ректора создается комиссия для решения спорных вопросов. Решение комиссии оформляется протоколом, который доводится до сведения, обучающегося и преподавателя.

2. Порядок проведения экзамена

Экзамен проводится в специально отведенные дни согласно утвержденному расписанию экзаменов.
Перед экзаменом проводятся консультации за счет общего числа консультационных часов на группу.
Перенос экзамена запрещается. В исключительных случаях он возможен на основании приказа ректора академии.
Экзаменационные материалы отражаются в фонде оценочных средств.
К началу экзамена подготовлены следующие документы:
- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные материалы;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается преподавателем, который вел учебные занятия по учебным дисциплинам в экзаменуемой группе. На сдачу письменного экзамена предусматривается три часа на учебную группу.
Оценка, полученная на экзамене, заносится преподавателем в зачетно-экзаменационную ведомость (в том числе и неудовлетворительная). В зачётную книжку неудовлетворительная оценка не выставляется. Экзаменационная оценка по учебным предметам за данный семестр является определяющей, независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля по учебным дисциплинам.
Присутствие на экзамене посторонних лиц без разрешения ректора или его заместителей не допускается.
При письменной форме экзамен проводится одновременно со всем составом учебной группы. Письменные работы выполняются на бумаге со штампом академии.
Обучающемуся, использующему в ходе экзамена неразрешенные источники и средства для получения информации (в том числе использование мобильного телефона), выставляется неудовлетворительная оценка.
Результаты экзамена (полученные оценки) сообщаются обучающимся на следующий день после сдачи письменного экзамена.

3. Условия написания сочинения

Место проведения экзамена: кабинет спецдисциплин (аудитория 102).
Количество билетов – 30.

Максимальное время выполнения задания: 3 часа.
Оборудование: бумага, ручка.

Экзаменационные вопросы по учебной дисциплине МДК 04.01. Патологическое акушерство

1. Многоплодная беременность, определение, классификация особенности течения беременности и родов.
2. Неправильные положения плода, определение, классификация, особенности течения беременности и родов.
3. Разгибательные вставления головки, классификация, причины, биомеханизм родов при переднеголовном вставлении. Ведение родов при переднеголовном вставлении головки, возможные осложнения.
4. Разгибательные вставления головки, классификация причины, биомеханизм родов при лобном вставлении. Ведение родов при лобном вставлении головки, возможные осложнения.
5. Разгибательные вставления головки, классификация, причины, биомеханизм родов при лицевом вставлении головки плода. Ведение родов при лицевом вставлении головки, возможные осложнения
6. Тазовые предлежания, классификация, причины, особенности ведения беременности, возможные осложнения.
7. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при чистом ягодичном предлежании. Ведение родов Пособие по методу Цовьянов 1.
8. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при смешанном ягодичном предлежании. Ведение родов. Пособие по методу Морисо – Левре.
9. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при полном ножном предлежании. Ведение родов. Пособие по методу Цовьянов 2.
10. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при не полном ножном предлежании. Ведение родов. Пособие по методу Морисо – Левре.
11. Рвота беременных. Определение, классификация, клиника, тактика ведения.
12. Отеки и протеинурия, вызванные беременностью. Классификация, клиника, тактика ведения.
13. Артериальная гипертензия без значительной протеинурии (гестационная артериальная гипертензия). Определение, классификация, клиническая картина, тактика ведения.
14. Преэклампсия. Определение, классификация, этиология, современные представления о патогенезе, клиника, неотложная помощь. Особенности ведения беременности и родов.
15. Эклампсия. Классификация, клиническая картина, неотложная помощь.
16. Пороки развития плаценты: классификация. Ведение беременности и родов, возможные осложнения. Заболевания плаценты. Трофобластическая болезнь
17. Фето-плацентарная недостаточность. Клинические проявления, тактика ведения беременности и родов.
18. Аномалии развития плода. Классификация, причины аномалий, способы диагностики.
19. Анемия беременных. Классификация, клиника, методы лечения, профилактика.
20. Хроническая артериальная гипертензия и беременность. Классификация, клиника, лечение, возможные осложнения, неотложная помощь.
21. Сахарный диабет и беременность, гестационный диабет, классификация, клиника, лечение, ведение беременности и родов профилактика осложнений.
22. Пиелонефрит и беременность, гестационный пиелонефрит. Классификация, клиника, лечение, ведение беременности и родов, профилактика осложнений.
23. Вирусный гепатит и беременность. Классификация. Клиника, лечение, ведение беременности и родов, профилактика осложнений.
24. Преждевременные роды, классификация, клиника, ведение преждевременных родов. Возможные осложнения, профилактика.
25. Переношенная беременность, клиника, ведение родов, возможные осложнения, профилактика.
26. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил.
27. Дискоординированная родовая деятельность: виды, диагностика, осложнения, лечение.
28. Бурная родовая деятельность. диагностика, профилактика, осложнения, неотложная помощь.
29. Аномалии костного таза. Классификация.
30. Особенности течения беременности при узком тазе. Особенности родов при узком тазе. Ведение родов при узком тазе.
31. Акушерские кровотечения, классификация. Неотложная помощь.
32. Предлежание плаценты, причины, классификация, клиника, особенности ведения, метод родоразрешения, профилактика.

33. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, причины, классификация, клиника, неотложная помощь, профилактика.
34. Кровотечения в третьем последовом периоде родов. Классификация, неотложная помощь.
35. Кровотечение в послеродовом периоде, классификация, неотложная помощь.
36. Разрывы промежности, вульвы, влагалища.
37. Разрыв матки. Классификация, клиническая картина, неотложная помощь, профилактика.
38. Геморрагический шок. Определение, классификация, клиника, неотложная помощь.
39. ДВС синдром, классификация, клиника, неотложная помощь.
40. Слабость родовой деятельности: виды, диагностика, лечение, осложнения, профилактика, родостимуляция.
41. Трубная беременность, признаки, осложнения, методы диагностики и лечения, доврачебная помощь
42. Шеечная беременность: признаки, акушерская тактика, доврачебная помощь
43. Причины и виды патологии оболочек и плаценты.
44. Разрывы таза в родах: причины, методы профилактики, диагностики, доврачебная помощь, уход и реабилитация
45. Антенатальная охрана плода. Выделение факторов риска.
46. Многоводие, маловодие: характеристика, причины, методы диагностики, лечения и профилактики
47. Болезни плода: причины, диагностика, тактика ведения беременности.
48. Родовой травматизм. Основные виды, причины, степени тяжести, клиника, восстановление. Роль акушерки в профилактике родового травматизма.
49. Наиболее распространённые инфекционные послеродовые заболевания: клиника, меры профилактики.
50. Эктопическая беременность: причины, виды, признаки.
51. Акушерские кровотечения во время беременности, родов. Причины, профилактика, действия по борьбе с кровотечением.
52. Гестоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
53. Беременность и роды при Rh «–» крови. Ведение, осложнения.
54. Беременность и роды при инфекционных заболеваниях (грипп, токсоплазмоз, туберкулез).
55. Послеродовой выворот матки: причины, клиника, диагностика, акушерская тактика, профилактика.
56. Плодоразрушающие операции, виды, инструменты, роль акушерки в их выполнении.
57. Операции, подготавливающие родовые пути: виды, инструменты, роль акушерки в их выполнении.
58. Возможные осложнения акушерских операций, меры их профилактики.
59. Профилактика послеродовых заболеваний в послеродовом периоде.
60. Кесарево сечение: показания, условия, подготовка беременной.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Многоплодная беременность, определение, классификация особенности течения беременности и родов.
2. Акушерские кровотечения, классификация. Неотложная помощь.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Неправильные положения плода, определение, классификация, особенности течения беременности и родов.
2. Предлежание плаценты, причины, классификация, клиника, особенности ведения, метод родоразрешения, профилактика.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Разгибательные вставления головки, классификация, причины, биомеханизм родов при переднеголовном вставлении. Ведение родов при переднеголовном вставлении головки, возможные осложнения.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, причины, классификация, клиника, неотложная помощь, профилактика.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Разгибательные вставления головки, классификация причины, биомеханизм родов при лобном вставлении. Ведение родов при лобном вставлении головки, возможные осложнения.
2. Кровотечения в третьем последовом периоде родов. Классификация, неотложная помощь.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Разгибательные вставления головки, классификация, причины, биомеханизм родов при лицевом вставлении головки плода. Ведение родов при лицевом вставлении головки, возможные осложнения
2. Кровотечение в послеродовом периоде, классификация, неотложная помощь.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Тазовые предлежания, классификация, причины, особенности ведения беременности, возможные осложнения.
2. Разрывы промежности, вульвы, влагалища.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при чистом ягодичном предлежании. Ведение родов Пособие по методу Цовьянов 1.
2. Разрыв матки. Классификация, клиническая картина, неотложная помощь, профилактика.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при смешанном ягодичном предлежании. Ведение родов. Пособие по методу Морисо – Левре.
2. Геморрагический шок. Определение, классификация, клиника, неотложная помощь.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при полном ножном предлежании. Ведение родов. Пособие по методу Цовьянов 2.
2. ДВС синдром, классификация, клиника, неотложная помощь.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Тазовые предлежания, биомеханизм родов при не полном ножном предлежании. Ведение родов. Пособие по методу Морисо – Левре.
2. Трубная беременность, признаки, осложнения, методы диагностики и лечения, доврачебная помощь

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Рвота беременных. Определение, классификация, клиника, тактика ведения.
2. Слабость родовой деятельности: виды, диагностика, лечение, осложнения, профилактика, родостимуляция.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Отеки и протеинурия, вызванные беременностью. Классификация, клиника, тактика ведения.
2. Шеечная беременность: признаки, акушерская тактика, доврачебная помощь

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Артериальная гипертензия без значительной протеинурии (гестационная артериальная гипертензия). Определение, классификация, клиническая картина, тактика ведения.
2. Разрывы таза в родах: причины, методы профилактики, диагностики, доврачебная помощь, уход и реабилитация

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Преэклампсия. Определение, классификация, этиология, современные представления о патогенезе, клиника, неотложная помощь. Особенности ведения беременности и родов.
2. Причины и виды патологии оболочек и плаценты.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Эклампсия. Классификация, клиническая картина, неотложная помощь.
2. Родовой травматизм. Основные виды, причины, степени тяжести, клиника, восстановление. Роль акушерки в профилактике родового травматизма.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Пороки развития плаценты: классификация. Ведение беременности и родов, возможные осложнения. Заболевания плаценты. Трофобластическая болезнь
2. Операции, подготавливающие родовые пути: виды, инструменты, роль акушерки в их выполнении.

Автономная некоммерческая профессиональная	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины

образовательная организация «Академия технологии и управления»	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	_____

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Фето-плацентарная недостаточность. Клинические проявления, тактика ведения беременности и родов.
2. Многоводие, маловодие: характеристика, причины, методы диагностики, лечения и профилактики

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Аномалии развития плода. Классификация, причины аномалий, способы диагностики.
2. Послеродовой выворот матки: причины, клиника, диагностика, акушерская тактика, профилактика.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Анемия беременных. Классификация, клиника, методы лечения, профилактика
2. Эктопическая беременность: причины, виды, признаки.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Хроническая артериальная гипертензия и беременность. Классификация, клиника, лечение, возможные осложнения, неотложная помощь.
2. Гестоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Автономная некоммерческая профессиональная	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины

образовательная организация «Академия технологии и управления»	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	_____

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Сахарный диабет и беременность, гестационный диабет, классификация, клиника, лечение, ведение беременности и родов профилактика осложнений.
2. Возможные осложнения акушерских операций, меры их профилактики.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Пиелонефрит и беременность, гестационный пиелонефрит. Классификация, клиника, лечение, ведение беременности и родов, профилактика осложнений.
2. Болезни плода: причины, диагностика, тактика ведения беременности.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Вирусный гепатит и беременность. Классификация. Клиника, лечение, ведение беременности и родов, профилактика осложнений.
2. Акушерские кровотечения во время беременности, родов. Причины, профилактика, действия по борьбе с кровотечением.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Преждевременные роды, классификация, клиника, ведение преждевременных родов. Возможные осложнения, профилактика.
2. Профилактика послеродовых заболеваний в послеродовом периоде.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Переношенная беременность, клиника, ведение родов, возможные осложнения, профилактика.
2. Наиболее распространённые инфекционные послеродовые заболевания: клиника, меры профилактики.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил.
2. Беременность и роды при Rh «–» крови. Ведение, осложнения.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Дискоординированная родовая деятельность: виды, диагностика, осложнения, лечение.
2. Беременность и роды при инфекционных заболеваниях (грипп, токсоплазмоз, туберкулез).

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Бурная родовая деятельность. диагностика, профилактика, осложнения, неотложная помощь.
2. Антенатальная охрана плода. Выделение факторов риска.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Аномалии костного таза. Классификация.
2. Плодоразрушающие операции, виды, инструменты, роль акушерки в их выполнении.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК 04.01. Патологическое акушерство**	

Инструкция

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.

1. Особенности течения беременности при узком тазе. Особенности родов при узком тазе. Ведение родов при узком тазе.
2. Кесарево сечение: показания, условия, подготовка беременной.

№, п/п	Назначение фонда оценочных средств	Контролируемые дидактические единицы	Вид оценочных материалов	Результат
7 (5) семестр				
1	Текущий контроль	Роль акушерки в выхаживании недоношенных детей.	Практические занятия Приложение 1	знает о строении и функциях органов и систем организма человека при оказании акушерско-гинекологической помощи; определяет строение человеческого тела и функциональные системы человека ОК 1,2,3,4 ПК 1.2,1.5,2.1,2.2,2.3,3.1,3.2,3.3,3.4,3.4,3.5, ПК 4.1,4.2,4.3,4.4,4.5
2	Текущий контроль	Осуществление ухода за недоношенным новорождённым.	Практические занятия Приложение 2	
3	Текущий контроль	Роль акушерки в выхаживании недоношенного ребёнка в кувезе.	Практические занятия Приложение 3	
4	Текущий контроль	Оформление медицинской документации	Практические занятия Приложение 4	
5	Текущий контроль	Роль и функции акушерки при оказании первичной помощи новорождённому. Последовательность действий акушерки при асфиксии.	Практическое занятие Приложение 5	
6	Текущий контроль	Последовательность действий акушерки при наличии мекония в амниотической жидкости	Практическое занятие Приложение 6	
7	Текущий контроль	Роль и функции акушерки при оказании реанимационной помощи новорождённому. Оказание лечебно-диагностической и проф илактической помощи под руководством врача. Оценка эффективности реанимационных мероприятий.	Практическое занятие Приложение 7	
8(6) семестр				
8	Текущий контроль	Тактика акушерки при родовой опухоли. Определение способа кормления ребёнка с родовой опухолью , обучение матери кормлению ребенка.	Практическое занятие Приложение 8	знает о строении и функциях органов и систем организма человека при оказании акушерско-гинекологической помощи; определяет строение человеческого тела и функциональные системы человека ОК 1,2,3,4
9	Текущий контроль	Составление плана обследования детей с энцефалопатией новорожденных	Практическое занятие Приложение 9	
10	Текущий контроль	Тактика акушерки, уход за новорождённым при кровоизлияниях.	Практическое занятие Приложение 10	
11	Текущий контроль	Тактика акушерки, уход за новорождённым при перинатальных поражениях нервной системы у новорожденного.	Практическое занятие Приложение 11	
12	Текущий контроль	Тактика акушерки при выявлении желтухи у новорождённого. Клиническая картина отёчной, желтушной и анемической форм	Практическое занятие Приложение 12	

13	Текущий контроль	Тактика акушерки при риске развития гемолитической болезни новорождённых. Организация ухода при гемолитической болезни новорождённых	Практическое занятие Приложение 13	ПК 1.2,1.5,2.1,2.2,2.3,3.1,3.2,3.3,3.4,3.4,3.5, ПК 4.1,4.2,4.3,4.4,4.5
14	Текущий контроль	Ликвидация основной причины патологического нарастания уровня билирубина в крови	Практическое занятие Приложение 14	
15	Текущий контроль	Тактика акушерки при риске развития врожденных и наследственных заболеваний. Обучение технике забора крови на выявление муковисцедоза в роддоме	Практическое занятие Приложение 15	
16	Текущий контроль	Обучение сбора мочи на анализ на фенилкетонурию.	Практическое занятие Приложение 16	
17	Текущий контроль	Уход за кожей и слизистыми новорождённого	Практическое занятие Приложение 17	
18	Текущий контроль	Роль акушерки в уходе за новорождённым при флегмоне новорождённых. Роль акушерки в уходе за новорождённым при конъюктивите новорождённых. Роль акушерки в уходе за новорождённым при везикулопустулёзе новорождённых.	Практическое занятие Приложение 18	
19	Текущий контроль	Роль акушерки в уходе за кожным пупком, амниотическим пупком новорождённого Роль акушерки в уходе за пупочной грыжей и при фунгусе пупка новорождённого	Практическое занятие Приложение 19	
20	Текущий контроль	Тактика акушерки при выявлении ребёнка с гнойно воспалительными заболеваниями	Практическое занятие Приложение 20	
21	Текущий контроль	Роль акушерки в профилактики вирусных и бактериальных инфекций новорожденного ребёнка.	Практическое занятие Приложение 21	
22	Текущий контроль	Участие при заборе материала на вирусологическое и бактериологическое исследования	Практическое занятие Приложение 22	
23	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на внутриутробную инфекцию у новорождённых.	Практическое занятие Приложение 23	
24	Текущий контроль	Тактика акушерки при риске развития врожденных и наследственных заболеваний.	Практическое занятие Приложение 24	
25	Текущий контроль	Тактика акушерки при подозрении на развитие сепсиса у новорождённых	Практическое занятие Приложение 25	
26	Текущий контроль	Профилактика гнойно-септических заболеваний у новорожденных.	Практическое занятие Приложение 26	
27	Текущий контроль	Уход и лечение кандидозов новорожденного ребёнка. Тактика	Практическое занятие	

		акушерки при выявлении кандидозов новорожденного ребёнка	Приложение 27	
28	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на врождённую краснуху у новорождённых	Практическое занятие Приложение 28	
29	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на цитомегаловирусную инфекцию у новорождённых	Практическое занятие Приложение 29	
30	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на герпетическую инфекцию новорождённых	Практическое занятие Приложение 30	
31	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на токсоплазмоз у новорождённых	Практическое занятие Приложение 31	
32	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на хламидиоз у новорождённых	Практическое занятие Приложение 32	
33	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на вирусный гепатит В у новорождённых.	Практическое занятие Приложение 33	
34	Текущий контроль	Роль акушерки при подозрении на ВИЧ у новорождённых.	Практическое занятие Приложение 34	
35	Текущий контроль	Роль акушерки в обучении матери уходу за больным новорождённым.	Практическое занятие Приложение 35	
36	Текущий контроль	Роль акушерки в профилактики заболеваний новорожденного ребенка	Практическое занятие Приложение 36	
	Промежуточная аттестация	Соответствие требованиям ФГОС СПО 31.02.02 Акушерское дело утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 11 августа 2014 г. N 969	Оценочные средства для проведения экзамена	

Приложение1

Практическое занятие

Роль акушерки в выхаживании недоношенных детей.

1. Внутриутробный период развития доношенного ребенка составляет:
1) 25 – 28 недель
2) 28 – 37 недель
3) 38 - 40 недель
4) 42 недели и более
2. Эмбриональный период развития ребенка продолжается:
1) в течение первой неделя с момента зачатия
2) с момента зачатия до рождения
3) первые 3 месяца с момента зачатия
4) первые 6 месяцев с момента зачатия
3. Оценка новорожденного по шкале Апгар проводится:
1) на первой и пятой минуте после рождения
2) на первой минуте после рождения
3) через час после рождения
4) в конце первых суток после рождения
4. Оценка по шкале Апгар включает:
1) измерение длины тела, веса, окружности головы и груди новорожденного
2) подсчет частоты пульса новорожденного
3) оценку дыхания, сердцебиения, рефлексов, тонуса мышц и цвета кожи новорожденного
4) определение размеров большого родничка новорожденного
5. Первичный туалет новорожденного проводится после рождения:
1) через 30-60 минут
2) через 2 часа
3) сразу
4) через 24 часа
6. Проявлением транзиторных особенностей работы почек у новорожденного является:
1) выделение мекония
2) мочекислый инфаркт, олигурия
3) появление бактерий в моче ребенка
4) отказ от груди, нарушения сна
7. Проведение антропометрии новорожденного в родильном зале включает:
1) измерение веса новорожденного
2) измерение окружности головы и груди новорожденного
3) измерение длины тела, веса, окружности головы и грудной клетки новорожденного
4) измерение длины тела
8. Продолжительность грудного вскармливания по рекомендации ВОЗ составляет:
1) 1 месяц
2) 6 месяцев
3) 12 месяцев
4) 2 года
9. Физиологическая убыль массы доношенного новорожденного не должна превышать:
1) 5 % от массы при рождении
2) 10% от массы при рождении
3) 12% от массы при рождении
4) 1% от массы при рождении
10. Транзиторная желтуха новорожденных обусловлена
1) гормональной перестройкой, происходящей в организме ребенка после рождения

2) функциональной незрелостью печени
3) недостаточным поступлением жидкости в организм ребенка
4) аллергической реакцией
11. Утренний туалет новорожденного включает:
1) умывание, подмывание, туалет пупочной ранки
2) гигиеническую ванну, туалет носа, ушей
3) гигиеническую ванну, очистительную клизму, обработку складочек
4) умывание, подмывание, туалет носа, глаз, обработку складок
12. К признакам недоношенности новорожденного относятся
1) срок гестации до 37 недель, масса менее 2500г.
2) срок гестации 38 недель, масса 2500г.
3) срок гестации 20 недель, масса около 700г
4) срок гестации 40 недель, масса 2500г
13. При сохранности глотательного рефлекса и отсутствии сосательного кормление недоношенного ребенка осуществляют:
1) грудью
2) через соску
3) через зонд
4) с ложечки
14. При отсутствии глотательного рефлекса кормление недоношенного ребенка осуществляют:
1) грудью
2) через соску
3) через зонд
4) с ложечки
15. Контрольное кормление ребенка применяется для определения
1) массы тела
2) количества молока, высасываемого ребенком за одно кормление
3) количество необходимого докорма
4) количество необходимого прикорма

Приложение2

Практическое занятие

Осуществление ухода за недоношенным новорождённым.

1. Родившийся ребенок в срок 30 нед. гестации является недоношенным
а) 1 степени
б) 2 степени
в) 3 степени
г) 4 степени
2. Температура воздуха в палате новорожденного недоношенного ребенка в первые дни жизни должна составлять:
а) 18-20 °С
б) 20-22 °С
в) 22-24 °С
г) 24-26 °С
3. Период новорожденности продолжается:
а) с рождения до 14 дней
б) с рождения до 28 дней
в) с рождения до одного месяца
г) с рождения до одного года
4. Асфиксия это:
а) удушье
б) отсутствие сердцебиения
в) мышечная гипотония
г) снижение рефлексов
5. Согласно критериям ВОЗ недоношенный ребенок жизнеспособен:
а) при весе от 500 г.
б) при весе от 1000 г.

в) при весе от 1500 г.
г) при весе от 2000 г.
6.При выраженности глотательного рефлекса и отсутствии сосательного новорожденного обычно кормят:
а) парентерально
б) из бутылочки
в) грудью
г) из ложечки
7. Целью первого этапа выхаживания недоношенного ребенка является
_____
8. Перечислите основные внешние (морфологические) признаки недоношенного ребенка.
_____
9. Новорожденного прививают согласно национальному календарю прививок если вес при рождении составляет
а) более 1500 г
б) более 2000 г
в) более 2500 г
г) более 3000г
10. Состояние новорожденного ребенка оценивается по шкале Апгар на __ и __ минутах после
11. Состояние новорожденного ребенка по шкале Апгар оценивается по следующим клиническим признакам:
а) Частота сердцебиений, пропорциональность конечностей, цвет кожных покровов, реакция глаз на свет
б) Частота сердцебиений, дыхательные движения, цвет кожных покровов, реакция глаз на свет, реакция на носовой катетер
в) Частота сердцебиений, дыхательные движения, мышечный тонус, реакция на носовой катетер, цвет кожных покровов
г) Частота сердцебиений, окружность головы и грудной клетки, дыхательные движения, цвет кожных покровов, реакция глаз на свет, реакция на носовой катетер
12. Кефалогематома это:
а) поднадкостничное кровоизлияние, расположенное в области теменной, затылочной или височной костей
б) повышенное скопление цереброспинальной жидкости в ликворной системе головного мозга
в) физиологическое явление, которое характеризуется отеком и расстройством кровообращения в мягких тканях предлежащий части плода
г) состояние, возникающее в результате повышения внутричерепного давления, которое распределяется равномерно в черепе и затрагивает все области мозга
13. Выберите клинические проявления повреждения ЦНС при родах в остром периоде
а) вялость, снижение рефлексов и мышечного тонуса
б) двигательные беспокойства, тремор
в) рефлекс Моро
г) широко открытые глаза
д) ослабленная реакция на внешние раздражители
е) ригидность затылочных мышц, гипертонус мышц разгибателей
14. Перечислите основные факторы риска возникновения гемолитической болезни новорожденного
15. Назовите клинические формы гемолитической болезни новорожденного
1._____
2._____
3._____

Приложение3

Практическое занятие

Роль акушерки в выхаживании недоношенного ребёнка в кувезе

Ответьте на вопросы:

1. **Расскажите о принципах выхаживания недоношенного новорожденного**
2. **Расскажите об особенности ухода за недоношенным новорожденным в условиях стационара**
3. **Расскажите о вскармливание недоношенных**

Эталоны ответов:

1. **принципы выхаживания недоношенного новорожденного**

Система этапного медицинского обслуживания недоношенных включает выхаживание их в родильном доме, а затем в специализированных отделениях второго этапа выхаживания.

Первый этап - обеспечение интенсивного ухода и лечения в роддоме. Главная задача этого этапа - сохранить ребенку жизнь.

Второй этап включает- интенсивный уход и лечение в специализированном отделении.

Для качественной помощи недоношенному ребенку, особенно с ЭНМТ (экстремально низкой массой тела), необходимо иметь инкубатор, респиратор для постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP), осуществление ИВЛ в различных режимах, в том числе высокочастотную установку для фототерапии, полифункциональный монитор, инфузионные насосы, аспиратор. В родильном зале недоношенных немедленно и бережно обсушивают теплыми пеленками и сразу помещают в инкубатор для предупреждения потери тепла и неощутимых потерь воды с поверхности кожи. Детям, рожденным в состоянии гипоксии, в вену пуповины вводят смесь, включающую 10% раствор Глюкозы (7-8 мл/ кг), кокарбоксилазу (0,5 – 1 мл), 5% раствор аскорбиновой кислоты (0,5 – 1 мл), 10% раствор кальция глюконата(1 мл). При асфиксии или выраженной гипоксии после отсасывания содержимого из дыхательных путей производят ИВЛ с помощью маски или методом интубации. Одновременно в вену пуповины вводят указанную выше смесь с добавлением преднизолона (1 мг/ кг), этилимидазолдикарбоната метиламида (Этимизола, 1 мг/ кг) или

2,4 % раствора аминофиллина (Эуфиллина, 0,1 -0,15 мл). При отсутствии видимого эффекта ребенка переводят в реанимационный блок.

Температурная реакция сразу после рождения может быть продолжением того состояния, которое ребенок перенес в родах. Предупреждение холодового стресса в группе маловесных детей имеет жизненное значение. Все манипуляции в родильном зале выполняют в условиях, исключающих охлаждение ребенка. При тяжелой асфиксии температурный контроль отключается и температура тела часто не поддерживается на должном уровне. Реанимационные процедуры должны проводиться с особым вниманием к тепловому контролю. Применяют утепленные пеленальные столики с электроподогревом, реанимационные кровати.

После перевязки и обработки пуповины детей с массой тела при рождении 1500 грамм и ниже и резко выраженными нарушениями терморегуляции помещают в закрытый кувез с температурой окружающего воздуха 32-34 градусов.

Кувéз (от фр. couveuse «наседка», «инкубатор») — приспособление с автоматической подачей кислорода и с поддержанием оптимальной температуры, в который помещают недоношенного или заболевшего новорожденного.(Приложение 1)

Детей с легкой степенью недоношенности разрешается приложить к телу матери через 10-20 минут после родов.

Температура в кювезе регулируется с учетом температуры тела ребенка (при измерении в прямой кишке она должна быть 36.6 – 37.1 градус). В кювез подается кислород из расчета 2 л/ минуту. Открытый кувез или кровать используются для детей с массой тела более 1500 грамм при рождении или достигших такой массы тела.

Кувезы закрытого типа в первые дни жизни используют при выхаживании большинства недоношенных детей, родившихся с массой 1500 килограмм и менее. Длительность пребывания здорового недоношенного ребенка в закрытом кувезе в случае массы при рождении более 1200 грамм обычно ограничивается 2-4 днями. В случае меньшей массы тела при рождении она может составлять от 7-8 дней до нескольких недель, причем чем длительнее пребывание ребенка в кувезе, тем больше вероятность его инфицирования. Предупреждение инфицирования достигается регулярной (каждые три дня) заменой кувеза и тщательной его обработкой.

В условиях закрытого кувеза в первые дни влажность воздуха высокая – в пределах 90-95%, через 2-3 дня она может быть снижена и на 2-й неделе достигает 50-60%.

Температурный режим палат для недоношенных новорожденных 1- го месяца жизни

- Не достигших массы тела 2 кг – 25- 26 градусов.
- С массой тела более 2 кг – 23-24 градусов.
- С массой тела более 3 кг – 22 градуса.

Здоровый недоношенный, способный поддерживать нормальную температуру тела без дополнительного обогрева, регулярно прибавляющий массу тела и при ее достижении 2000 грамм, может быть выписан домой в случае хорошей эпителизации пупочной ранки, нормальных показателях гемограммы и наличии справки из туберкулезного диспансера о возможности выписки по данному адресу новорожденного, невакцинированного против туберкулеза. Чаще выписка производится не ранее 8-10 суток жизни. Здоровые недоношенные, не достигшие в первые две недели массы 2000 грамм, и больные дети, независимо от массы тела, переводятся на второй этап выхаживания.

2. **Особенности ухода за недоношенным новорожденным в условиях стационара**

Перевод недоношенного ребенка в зависимости от его состояния осуществляется специализированной бригадой скорой медицинской помощи.

Первые 3 суток после перевода из родильного дома ребенок адаптируется к новым условиям и требует особо бережного отношения. Все изменения режима по отношению к недоношенному ребенку следует вводить постепенно, под контролем его функционального состояния.

Уход за недоношенными детьми осуществляет специально обученный и сертифицированный персонал. Должны осуществляться своевременная смена одежды, обязательна обработка рук перед каждой манипуляцией, носить украшение работающим с недоношенными строго запрещено, так как это нарушает правила асептики и антисептики. Обязательны умения ввода назогастрального зонда, оказания первой реанимационной помощи, обращения с установкой для подачи кислорода и т.д. Особое значение имеет умение осуществлять уход за недоношенным ребенком в кювезе. Основные принципы устройства современных инкубаторов – это фен, создающий поток теплого воздуха, прозрачный колпак, создающий обзор и препятствующий значительной потере тепла, система терморегуляции воздуха, наличие увлажнителя. оптическая и акустическая системы тревоги с функцией самотестирования, демонстрационная панель, отражающая температуру тела ребенка и воздуха в инкубаторе, состояние батарей, уровень шума внутри колпака не выше 50 дБ. Кроме того, в инкубаторе должны быть предусмотрены входы для инфузионных и дыхательных трубок, колпак с открывающимися передней дверцей и боковой стенкой с удобным доступом к ребенку, а также матрас, выдвигаемый через боковую дверцу инкубатора, для доступа к голове ребенка в экстренных случаях, встроенные весы и т.д.

Следует оберегать недоношенных детей от болевых раздражителей: необходимость взятия крови должно быть обосновано, число инъекций сведено к минимуму. Фиксировать электроды, катетеры, иглы и т.п. рекомендуется с помощью специальных медицинских пленок для защиты кожи.

Используют следующие методики: специальные полупроницаемые пленки; пектиновые барьеры; гидрогели(при записи ЭКГ,УЗИ).

Использование в качестве кожного фиксатора медицинского лейкопластыря представляет собой серьезную опасность, так как даже незначительные повреждения кожи способствуют проникновению в мягкие ткани ребенка госпитальных штаммов микроорганизмов; кроме того, возможны избыточное сдавление мягких тканей и возникновение некроза.

Так же в палате не должно быть чрезмерно яркого освещения, детей с ЭНМТ выхаживают в затемненных кувезах. Важно соблюдение тишины: в палате, где лежат дети, нельзя громко

разговаривать; персонал своевременно должен реагировать на звуковые сигналы мониторов; приборы, создающие повышенный уровень шума, в частности, компрессоры, должны быть вынесены за пределы палаты.

Антропометрические измерения проводят в день поступления, а затем повторяют ежемесячно. Исключение представляют определение массы тела и окружности головы. Взвешивание детей проводят ежедневно. Окружность головы измеряют не реже 1 раза в неделю.

Ежедневный туалет ребенка персонал проводит по тем же принципам, что и у доношенных новорожденных, - используются стерильные ватные шарики, стерильные пипетки, стерильные стеклянные палочки. Пеленание детей проводят перед каждым кормлением. Во время каждого пеленания проводится осмотр кожи младенца и стул, при появлении патологических изменений сразу сообщает об этом врачу. Для ухода за кожей целесообразно использовать детское масло на основе растительных и эфирных масел или вазелин.

В кувезе дети находятся раздетыми, в кроватке они одеты в распашонки и пеленки (до заживления пупочной ранки оно должно быть стерильным). Следует с большой осторожностью пользоваться грелками, ведь у ослабленного недоношенного даже негорячая грелка может вызвать ожог. Применение памперсов у недоношенных не рекомендуется, так как даже то небольшое количество токсичных веществ, которое они могут выделять, далеко небезопасно.

Очень важно обеспечить правильное положение ребенка в кроватке или в кювезе. Голова должна быть немного приподнята. Ребенка укладывают на бок, голову умеренно отводят назад, подбородок не должен касаться груди, так как это затрудняет дыхание. Избегать длительного вынужденного положения ребенка, периодически его поворачивать, использовать сгибательное положение, которое наиболее физиологично. В некоторых случаях (например, срыгиваниях) показано положение новорожденного на животе. Ребенок не должен длительное время находиться в одном положении.

Важным моментом при выхаживании недоношенного является согревание. Дополнительное согревание недоношенного можно обеспечить несколькими способами: кувез, кроватки с подогревом, открытые реанимационные системы, метод “кенгуру”.Показания для согревания являются неспособность самостоятельно поддерживать температуру тела.

При лечении детей с массой тела до 1300 грамм соблюдают тактику двигательного покоя. Чрезмерная стимуляция таких детей в первые недели жизни, интенсивное, порой нерациональное использование инфузионной и другой терапии могут привести к ухудшению состояния.

Соблюдается строгий санитарно-гигиенический режим. Пеленальные столы обрабатывают после пеленания детей 1% раствором Хлорамина Б двукратно в течение 15 минут. Влажная убора палат проводится 3 раза в день с использованием дезрастворов.

3. **Вскармливание недоношенных**

Идеальной пищей для недоношенных детей является грудное молоко. Естественное вскармливание обеспечивает максимальный успех в выхаживании этих детей. Женское молоко способствует преобладанию в кишечнике грудных детей бифидобактерий, препятствующих росту гнилостной флоры кишечника, и содержит вещества, способствующие становлению у новорожденного физиологического иммунитета. Так же при преждевременных родах грудное молоко имеет отличительные питательные и энергетические свойства от молока женщины при срочных родах. Оно содержит большее количество белка, углеводов, витаминов А, Е,С, микроэлементов, полиненасыщенных жирных кислот, которые необходимы для роста и развития организма недоношенного ребенка,и в первую очередь ЦНС, чем у женщин, родивших в срок. Срок 1-го кормления зависит от состояния ребенка, степени недоношенности, чаще оно бывает через 6-9 часов, если ребенок родился в сроки от 32 до 37 недель, и через 12-36 часов- если он родился в срок менее 32 недель. Если ребенок родился менее 32 недель, то ему вводят парентерально 10% раствор Глюкозы. Детей массой тела более 1800 грамм можно прикладывать к груди, детей массой тела менее 1800 грамм кормят через соску, а при отсутствии сосательного и глотательного рефлексов - через зонд. Кормление грудью и близкий контакт с матерью для недоношенных еще более важен, чем для детей, рожденных в срок. Во время кормления грудью следует помочь ребенку найти правильное положение и предупредить мать, что молоко не должно оставаться в ротовой полости новорожденного из- за опасности аспирации

Физиологическая кратность кормления недоношенных детей 7-8 раз, глубоконедоношенных (3 и 4 степени)- до 10 раз в сутки. Количество молока, необходимое для кормления в первые 10 дней жизни, вычисляют по формуле: 10 ккал* масса тела (кг) х сутки жизни. В дальнейшем для

определения количества молока, необходимого недоношенному ребенку, используют так же калорийный расчет.
Энергетическая ценность пищи составляет к 10-14-му дню жизни 100-120 ккал/ кг в сутки. К концу 1-го месяца жизни недоношенные дети должны ежедневно получать 135-140 ккал/ кг.
Общее количество жидкости , которое получает недоношенный ребенок, составляет 200 мл/кг в сутки. При отсутствии сосательного и глотательного рефлексу пищу и жидкость дают через зонд, введенный в желудок.
Недоношенный ребенок должен ежесуточно получать на 1 килограмм массы тела белка до 2 недель жизни 2-2,5 грамм, до 1 месяца – 2,5 – 3 грамма. Потребность в жире у недоношенных детей составляет 5-6 г/кг в сутки, в углеводах – 13-15 г/кг.

Приложение4

Практическое занятие
Оформление медицинской документации

Выберите один правильный ответ:

Нормативный документ по профилактике вирусных гепатитов:
а) № 916
б) № 720
в) № 170
г) № 408

Документ, разрешающий медицинскому учреждению осуществлять указанный в нем вид деятельности:
а) лицензия
б) приказ
в) сертификат
г) диплом

К учреждениям охраны материнства и детства стационарного типа относится:
а) больница
б) диспансер
в) перинатальный центр
г) поликлиника

Медицинская деонтология это наука о:
а) этических ценностях
б) правилах процесса общения
в) формах человеческого сознания
г) профессиональном долге медработников

Этический кодекс медсестры России принят:
а) Всемирной организацией здравоохранения
б) Международным советом медсестер
в) Министерством здравоохранения
г) Ассоциацией медицинских сестер России

Действие медсестры, способное разрешить проблемы пациента без консультации и сотрудничества с врачом:
а) зависимое сестринское вмешательство
б) независимое сестринское вмешательство
в) взаимозависимое вмешательство
г) автономное сестринское действие

Действие медсестры, выполняемое по назначению врача:
а) зависимое сестринское вмешательство
б) независимое сестринское вмешательство
в) взаимозависимое вмешательство
г) автономное сестринское действие

Приложение5

Практическое занятие

Роль и функции акушерки при оказании первичной помощи новорождённому.

Последовательность действий акушерки при асфиксии.

Ответьте на вопросы:

1. Что такое асфиксия?

2. Назовите факторы развития асфиксии.

3. Степени асфиксии и основные клинические симптомы:

4. Первая помощь в родильном зале.

5. Мероприятия в палате интенсивной терапии.

6. Сестринский процесс при асфиксии новорожденного. Сестринское вмешательство

7. Возможные проблемы ребенка при асфиксии.

8. Возможные проблемы родителей при асфиксии ребенка.

Эталоны ответов:

1. **Асфиксия** - это заболевание, в основе которого лежит недостаток кислорода в крови и тканях ребенка с одновременным накоплением в них углекислоты. Асфиксия новорожденных может развиваться во время внутриутробного периода (антенатально), во время родов (интранатально), в послеродовом периоде (постнатально)
2. **Факторы риска развития асфиксии**.
   Заболевания матери (анемия, сердечная и дыхательная недостаточность и др.)
   Акушерская патология (токсикозы, нефропатии, аномалии плаценты, обвитие пуповины и др.)
   Органические поражения жизненноважных органов или внутриутробное инфицирование плода.
   Воздействие неблагоприятных факторов (токсических, экологических, алкоголя, никотина, лекарственных средств и др.).
3. **Три степени асфиксии**: I степень - легкая II степень - средней тяжести III степень – тяжелая.
   Основные клинические симптомы асфиксии.
   1) Асфиксия легкой степени: состояние средней тяжести, умеренный цианоз кожных покровов мышечный тонус и рефлексы сохранены, брадипное, брадикардия.
   2) Асфиксия средней тяжести: состояние тяжелое, кожные покровы цианотичной окраски, мышечный тонус снижен, рефлексы угнетены, дыхание аритмичное, тоны сердца глухие, Брадикардия, крик монотонный.
   3) Асфиксия тяжелой степени: состояние крайне тяжелое, кожные покровы резко бледной окраски, мышечный тонус и рефлексы отсутствуют, дыхание отсутствует, тоны сердца глухие, аритмия, брадикардия до 60 в 1 минуту, пуповина не пульсирует
   4. Первая помощь в родильном зале:
   1) Сразу после рождения новорожденного помещают на пеленальный столик под источник тепла, вытирают насухо пеленкой и отсасывают слизь изо рта и верхних дыхательных путей.
   2) В случае отсутствия дыхания или его нерегулярности приступают к ИВЛ – искусственной вентиляции легких
   3)Производят оценку сердечной деятельности. Если частота сердечных сокращений (ЧСС) 80 и менее в минуту, приступают к непрямому массажу сердца.
   4) Медикаменты вводят в пупочную вену (раствор гидрокарбоната натрия, раствор адреналина, альбумин с рингер-лактататом и физиологическим раствором).
   5. Мероприятия в палате интенсивной терапии.
   После окончания реанимационных мероприятий новорожденного переводят в палату интенсивной терапии.

- Детей с легкой степенью асфиксии помещают в кислородную палату, детей с умеренной и тяжелой асфиксией в кувез.

- Новорожденному обеспечивают покой, обогрев, назначаются антибиотики.
- В палате интенсивной терапии продолжают лечение: витамины (витамины группы В, витамин Е, глутаминовая кислота, пантотенат калия, рутин, никотиновая кислота), викасол, дицинон и глюконат кальция (предупреждение кровоизлияний в мозг), АТФ, кокарбоксилаза, проводится инфузионная терапия.
- Кормить новорожденного с легкой формой асфиксии начинают через 16 часов, детей с тяжелой асфиксией через 24 часа через зонд.
- Продолжительность лечения зависит от состояния новорожденного и может составлять 10-15 дней и более.

6. Сестринский процесс при асфиксии новорожденного. Своевременно выявлять настоящие и потенциальные проблемы и удовлетворять жизненно важные потребности больного ребенка и членов его семьи.

Сестринское вмешательство.

- Контроль состояния (регистрация характера и частоты дыхания, частоты сердечных сокращений, цвета кожи, наличие рефлексов)
- Учет объема и состава получаемой жидкости (питание, инфузионная терапия)
- Контроль - массы тела 2-4 раза в сутки
- Термометрия
- Проводить ревизию и туалет кожных покровов, слизистых оболочек, пупочной ранки
- Обеспечить полный покой
- Кормление ребенка
- Забор материала для лабораторных исследований

7. Возможные проблемы ребенка при асфиксии.

- Нарушение дыхания, апноэ
- Высокий риск присоединения внутрибольничной инфекции
- Угроза для жизни – во время кормления или после него в результате срыгивания или рвоты возможна аспирация
- Возможно охлаждение или перегревание ребенка
- Нарушение глотательного и сосательного рефлексов – кормление через зонд или с ложечки.

8. Возможные проблемы родителей при асфиксии ребенка.

- Тревога за ребенка при получении информации
- Дефицит знаний о заболевании
- Разлука с ребенком
- Страх за ребенка

Приложение6

Практическое занятие

Последовательность действий акушерки при наличии мекония в амниотической жидкости

Ответье на опросы:

1. **Что такое синдром аспирации мекония?**
2. **Какие есть степени тяжести САМ?**
3. **Расскажите про осложнения САМ**

Эталоны ответов:

1.Синдром аспирации мекония (САМ) – дыхательное расстройство, обусловленное попаданием мекония вместе с околоплодными водами в дыхательные пути ребенка до родов или в момент рождения

2.По степени тяжести САМ подразделяется на:

– Легкое течение – кислородная зависимость сохраняется менее 48 часов, новорожденный нуждается в менее чем 40% кислороде.

– Средняя степень тяжести – новорожденный нуждается в более чем 40% кислороде в течение более 48 часов, отсутствуют признаки синдрома утечки воздуха.

– Тяжелое течение – необходимость в проведении вспомогательной вентиляции легких в течение более чем 48 часов. Частым осложнением при тяжелом течении является ПЛГН

3.Осложнения САМ:

1. Дыхательная недостаточность: – может встречаться вследствие обструкции дыхательных путей, воспалительного процесса, присоединения инфекционных заболеваний либо формирования шунтов.

2. Пневмоторакс: – может развиваться практически на любой стадии, поскольку синдром мекониальной аспирации относится к заболеваниям, которые сопровождаются формированием воздушных ловушек. Эту особенность необходимо постоянно принимать во внимание при проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. Наиболее важно помнить об этом в тех ситуациях, когда внезапно происходит ухудшение состояния ребенка, либо изначально имеет место тяжелое течение заболевания.

3. Персистирующая легочная гипертензия новорожденных: – часто развивается при тяжелом течении синдрома мекониальной аспирации; – ранняя диагностика, исключение гипоксемии, гипотермии, гипогликемии и соблюдение лечебно-охранительного режима – наиболее важные профилактические мероприятия для предотвращения ПЛГН.

4. Аспирационная пневмония и сепсис: – за исключением сепсиса все остальные варианты инфекционных процессов, как правило, не провоцируют отхождение мекония; – особенно у недоношенных новорожденных необходимо помнить о возможности развития листериоза; – меконий представляет собой благоприятную среду для роста микроорганизмов, поэтому возможно развитие вторичных инфекционных процессов.

Приложение7

Практическое занятие

Роль и функции акушерки при оказании реанимационной помощи новорождённому. Оказание лечебно-диагностической и профилактической помощи под руководством врача. Оценка эффективности реанимационных мероприятий.

Состояние новорожденного при проведении реанимаци-онных мероприятий в родильном зале оценивается по следующим показателям:

а) дыхание

б) ЧСС

в) цвет кожных покровов

г) дыхание, ЧСС, цвет кожных покровов

Ручную ИВЛ новорожденному в родильном зале следует проводить с частотой:

а) 40 – 60 дыханий в минуту

б) 20 – 30 дыханий в минуту

в) 30 – 50 дыханий в минуту

Непрямой массаж сердца новорожденному в родильном зале показан, если после проведения адекватной ИВЛ в течение 30 секунд частота сердечных сокращений остается ниже:

а) 80 ударов в минуту

б) 60 ударов в минуту

в) 100 ударов в минуту

Основными путями введения адреналина при реанимации новорожденного в родильном зале являются:
а) внутривенный
б) эндотрахеальный
в) внутримышечный
г) внутривенный, эндотрахеальный
После восстановления свободной проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции у новорожденного установилось регулярное самостоятельное дыхание. Сразу вслед за этим следует:
а) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
б) оценить цвет кожных покровов
в) оценить частоту сердечных сокращений
г) удалить содержимое желудка
После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов и тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. Назовите Ваше следующее действие:
а) оценить частоту сердечных сокращений
б) оценить цвет кожных покровов
в) ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
г) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
После восстановления проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции новорожденный дышит, но частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. В этом случае необходимо:
а) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
б) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
в) начать непрямой массаж сердца
г) ввести атропин под язык
Показаниями к ИВЛ новорожденному в родильном зале, при условии завершения начальных мероприятий (высушивания кожных покровов, санации верхних дыхательных путей, тактильной стимуляции дыхания), являются:
а) отсутствие самостоятельного дыхания
б) брадикардия менее 100 ударов в минуту
в) судорожное дыхание
г) цианоз губ и слизистой ротовой полости
д) отсутствие самостоятельного дыхания, брадикардия менее 100 ударов в минуту, судорожное дыхание
Основными эффектами, ожидаемыми при введении адреналина при реанимации новорожденного в родильном зале, являются:
а) периферическая вазоконстрикция;
б) улучшение микроциркуляции;
в) увеличение силы и частоты сердечных сокращений;
г) ликвидация метаболического ацидоза
д) периферическая вазоконстрикция, увеличение силы и частоты сердечных сокращений
О гиповолемии у новорожденного ребенка в первые минуты жизни свидетельствуют:
а) бледность кожных покровов, несмотря на адекватную оксигенацию;
б) периферический пульс слабого наполнения при отсутствии брадикардии;
в) отсутствие эффекта от проводимых реанимационных мероприятий
г) положительный симптом бледного пятна
д) все ответы правильные

Приложение8

Практическое занятие

Тактика акушерки при родовой опухоли. Определение способа кормления ребёнка с родовой опухолью, обучение матери кормлению ребенка.

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки неправильная, вытянутая в направлении лба, - родовая опухоль на области лба. Данные роды произошли
1. в лицевом вставлении

2. в лобном вставлении
3. в переднеголовном вставлении
4. в заднем виде затылочного вставления
5. в переднем виде затылочного вставления

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки долихоцефалическая, - родовая опухоль особенно деформирует губы и веки. Данные роды произошли

1. в переднем виде затылочного вставления
2. в переднеголовном вставлении
3. в лобном вставлении
4. в заднем виде затылочного вставления
5. в лицевом вставлении

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки - брахицефалическая, - родовая опухоль в области большого родничка. Данные роды произошли

1. в лобном вставлении
2. в лицевом вставлении
3. в переднеголовном вставлении
4. в переднем виде затылочного вставления
5. в заднем виде затылочного вставления

Родовой опухолью называется:

1. кровоизлияние в мягкие ткани головки
2. кровоизлияние под надкостницу кости черепа
3. изменение формы черепа в результате конфигурации головки
4. серозно-кровянистое пропитывание мягких тканей предлежащей части, обусловленное венозным застоем ниже пояса соприкосновения
5. кровоизлияние в подкожную клетчатку

Для родовой опухоли не характерно:

1. Располагается в теменно-затылочной области
2. Голова имеет вытянутую кзади форму
3. Опухоль имеет отчетливое ограничение по линии черепных швов
4. Опухоль может захватить несколько костей и не прерваться в области швов между ними
5. Опухоль исчезает через 24-36 часов

Чем характеризуется родовая опухоль?

1. отечность тканей предлежащей части плода(головки)
2. кровоизлияние под надкостницу
3. кровоизлияние под кожу
4. кровоизлияние под кости
5. кровоизлияние под фасцию

При каком вставлении формируется родовая опухоль в области малого родничка?

1. при переднем виде затылочного вставления
2. при заднем виде затылочного вставления
3. при лобном вставлении
4.при передне-головном вставлении
5. при лицевом вставлении

Назовите, где располагается родовая опухоль на головке при лицевомпредлежании?

1. на затылке
2. в области лица
3. в области большого родничка
4. в области малого родничка
5. между большим и малым родничком

Укажите, где располагается родовая опухоль на головке при переднеголовном предлежании?

1. на затылке
2. в области лица
3. в области большого родничка
4. в области малого родничка
5. между большим и малым родничком

Какое было вставление, если после рождения новорожденного в области большого родничка родовая опухоль?

1.передне-головноевставление
2. передний вид лицевого вставления
3.лобноевставление
4.переднийвидзатылочноговставления
5. задний вид затылочного вставления

Приложение9

Практическое занятие

Составление плана обследования детей с энцефалопатией новорожденных

Ответьте на вопросы:

1) **Что такое энцефалопатия новорожденного?**
2) **Перечислите адаптационные синдромы в раннем неонатальном периоде.**
3) **Расскажите о степенях тяжести энцефалопатии новорожденного.**
4) **Расскажите об основных критериях энцефалопатии новорожденного.**
5) **Расскажите о дополнительных критериях энцефалопатии новорожденного.**

1.Энцефалопатия новорожденного — это различные по этиологии или не уточненные по происхождению невоспалительные поражения головного мозга, возникшие до родов и во время родов. В связи с трудностями дифференциальной диагностики нетравматических, например, гипоксических и травматических поражений головного мозга у новорожденных или при сочетании этих расстройств, когда невозможно установить, что является первичным и что - вторичным (травма или гипоксия), гипоксически - травматические поражения.

2.Адаптационные синдромы в раннем неонатальном периоде

1. Поведенческие расстройства:
- легкое возбуждение или угнетение,
- снижение реакции на осмотр (реакции сосредоточения).

2. Минимальные (легкие) изменения в двигательной и рефлекторной сферах:
- мышечная дистония,
- изменение амплитуды сухожильных и надкостничных рефлексов,
- снижение рефлексов Бабкина, Робинсона, Моро, Галанта (или небольшое повышение), снижение реакции опоры;
- преходящее косоглазие,
- эпизодически плавающие движения глазных яблок,
- тремор конечностей и подбородка.

3. Степени тяжести энцефалопатии новорожденного

Легкая степень тяжести включает умеренно выраженные неврологические расстройства, проявляющиеся синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в виде эмоционального и двигательного беспокойства новорожденного, спонтанных вздрагиваний, тремора конечностей, отсутствия или минимальной выраженностью реакции сосредоточения, монотонного немодулированного голоса. Изменения со стороны двигательной сферы обычно проявляются повышенной спонтанной двигательной активностью, мышечной дистонией, низким или повышенным мышечным тонусом. Со стороны рефлекторной сферы отмечается снижение основных рефлексов периода новорожденности: защитного, опоры и автоматической походки, ладонно-ротового Бабкина, ползания Бауэра. Возможен спонтанный или возникающий при минимальных экзогенных воздействиях рефлекс Моро. В ряде случаев имеет место горизонтальный нистагм. Возможно снижение акта сосания.

Средняя степень тяжести характеризуется преимущественно выраженным угнетением или возбуждением ЦНС, отсутствием реакции сосредоточения, периодически наступающим пронзительным криком, выраженным угнетением основных рефлексов периода новорожденности, снижением спонтанной двигательной активности, стойким изменением мышечного тонуса, преимущественно повышением его в сгибателях верхних и нижних конечностей и его асимметричностью, выраженным нистагмом. Во многих случаях наблюдается умеренно выраженная внутричерепная гипертензия, симптом Грефе, повторные судороги. Указание на

однократные судороги нередко вызывает сомнение в их наличии, так как они в большинстве случаев фрагментарны, слабо выражены и трудно отличимы от спонтанной двигательной активности.

Тяжелая степень тяжести проявляется выраженными, стойкими, нередко прогрессирующими полиморфными неврологическими расстройствами: выраженное угнетение ЦНС, отсутствие реакции сосредоточения, вялость и адинамия, слабый крик, низкий мышечный тонус, минимальная ответная реакция на болевые раздражители. Рефлексы периода новорожденности резко угнетены или не вызываются, в том числе сосания и глотания. Могут быть повторяющиеся судороги, вплоть до эпилептического статуса. Нередко имеет место прогрессирующая внутричерепная гипертензия. Из тяжелых неврологических расстройств возможны апалический синдром, децеребрационная ригидность, коматозное состояние.

4. Основные критерии энцефалопатии новорожденного

Наличие одного из следующих признаков в раннем неонатальном (адаптационном) периоде

1. Оценка по шкале Апгар менее 5 баллов через 5 минут после рождения.
2. Необходимость оказания реанимационных мероприятий после рождения или в первые дни жизни.
3. Наличие стабильного или прогрессирующего гипертензионно-гидроцефального синдрома.
4. Нарушение сосания и/или глотания.
5. Повторяющиеся судороги.
6. Коматозное состояние.
7. Органические изменения, выявленные при нейросонографии, рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии головного мозга. Наличие нескольких (2-3 и более) признаков после раннего неонатального (адаптационного) периода

1. Отсутствие или минимальная выраженность реакции сосредоточения.
2. Возбуждение или угнетение ЦНС.
3. Минимальные мимические реакции, монотонный немодулированный голос.
4. Выраженное снижение и/или отсутствие следующих рефлексов: защитного. Бабкина, опоры и автоматической походки, ползания Бауэра, верхнего и/или нижнего хватательного.
5. Спонтанные миоклонии

5. Дополниельные критерии энцефалопатии новорожденного

Дополнительные критерии (факторы риска поражения нервной системы)

1. Неблагоприятные анамнестические данные: отягощенный акушерский анамнез, хронические заболевания матери, наличие профессиональных вредностей, возраст родителей, в основном матери (до 18 или после 35 лет - для первородящей).
2. Патологическое течение беременности: токсикоз I половины беременности и гестоз, угроза выкидыша, прием медикаментов и проведение различных лечебных вмешательств, острые заболевания матери и др.
3. Патологическое течение родов: затяжные или стремительные, применение акушерских пособии или оперативных вмешательств, оценка по шкале Апгар в пределах 6-7 баллов.

Дополнительные факторы риска могут быть использованы в диагностике энцефалопатии новорожденного в тех случаях, когда неврологические расстройства минимально выражены и находятся как бы на грани нормы и патологии.

Приложение10

Практическое занятие

Тактика акушерки, уход за новорождённым при кровоизлияниях.

Ответьте на вопросы:

1.Расскажите про подапонеротические кровотечения

2. Расскажите про кровотечение за пределы костей черепа

3.Расскажите про кровоизлияния в головной мозг и околомозговое пространство

1.Подапоневротическое кровотечение — это кровотечение непосредственно под волосистой частью кожи головы *над* надкостницей, которая покрывает кости черепа. Кровь в этой области может растекаться и не ограничивается одной областью, как цефалогематома. Это состояние может становиться причиной значительной потери крови и шока, которые даже могут потребовать переливания крови. Подапоневротическое кровотечение может возникать вследствие использования щипцов или вакуумного экстрактора, или в результате нарушения свертываемости крови.

2. Кровотечение за пределы костей черепа может привести к скоплению крови либо над, либо под толстым волокнистым покрытием (надкостницей) одной из костей черепа.

Цефалогематома — это скопление крови *под* надкостницей. Цефалогематома на ощупь мягкая и может увеличиваться в размерах после рождения. Цефалогематомы исчезают сами по себе в течение нескольких недель или месяцев и почти никогда не нуждаются в каком-либо лечении. Тем не менее, педиатр должен провести их оценку, если они становятся красными или из них начинает вытекать жидкость. Иногда некоторое количество крови кальцифицируется и оставляет твердое уплотнение в коже волосистой части головы. Уплотнение не опасно, обычно скрывается волосами и не требует лечения.

Подапоневротическое кровотечение — это кровотечение непосредственно под волосистой частью кожи головы *над* надкостницей, которая покрывает кости черепа. Кровь в этой области может растекаться и не ограничивается одной областью, как цефалогематома. Это состояние может становиться причиной значительной потери крови и шока, которые даже могут потребовать переливания крови. Подапоневротическое кровотечение может возникать вследствие использования щипцов или вакуумного экстрактора, или в результате нарушения свертываемости крови.

3.Кровоизлияние в головной мозг и околомозговое пространство

Кровоизлияние в головной мозг и околомозговое пространство (внутричерепное кровоизлияние) обусловлены разрывом кровеносных сосудов, причиной которого может быть

- Родовая травма
- Тяжелое заболевание новорожденного, которое снижает доставку крови или кислорода в головной мозг
- Нарушение свертываемости крови

Недоношенность повышает риск внутричерепного кровоизлияния.

Иногда внутричерепное кровоизлияние возникает после нормальных родов у здорового в других отношениях новорожденного. В подобных случаях причина этого кровоизлияния неизвестна.

Кровоизлияние в головной мозг наиболее распространено среди глубоко недоношенных младенцев. Новорожденные с нарушениями свертываемости крови (такими, как гемофилия) также подвержены повышенному риску кровоизлияния в головной мозг.

У большинства младенцев с кровоизлиянием симптомы отсутствуют, тогда как другие могут быть вялыми (сонными), плохо сосут и/или у них могут быть судорожные припадки.

Гематома

В результате травмы головы кровь скапливается внутри головного мозга, либо в пространстве между головным мозгом и черепом.

Кровоизлияние может произойти в нескольких местах внутри и вокруг головного мозга:

- **Субарахноидальное кровоизлияние** — это кровоизлияние под самую глубокую из двух оболочек, покрывающих головной мозг. Оно является наиболее распространенным типом внутричерепного кровоизлияния у новорожденных, которое обычно происходит у доношенных новорожденных. У новорожденных с субарахноидальным кровоизлиянием могут иногда возникать приступы апноэ (периоды, когда они прекращают дышать), судорожные припадки или сонливость в течение первых 2–3 дней жизни, но в конечном итоге они, как правило, проходят.
- **Субдуральное кровоизлияние** — это кровоизлияние между наружным и внутренним слоями ткани, покрывающей головной мозг. Сейчас оно встречается значительно реже вследствие усовершенствованных методов родоразрешения. Субдуральное кровоизлияние может привести к повышенному давлению на поверхность головного мозга. У новорожденных с субдуральным кровоизлиянием могут развиться определенные проблемы, например, судорожные припадки.
- **Эпидуральная гематомы** — это кровоизлияние между внешним слоем ткани, покрывающей головной мозг (твердой мозговой оболочкой), и черепом. Эпидуральная гематома может быть вызвана переломом черепа. Если гематома повышает давление в головном мозге, мягкие участки между костями черепа (роднички) могут выпячиваться. У новорожденных с эпидуральной гематомой могут возникать приступы апноэ или судорожные припадки.
- **Внутрижелудочковое кровоизлияние** происходит в имеющиеся в норме полости в головном мозге, заполненные жидкостью (желудочки).
- **Внутрипаренхимное кровоизлияние** происходит в саму ткань головного мозга. Внутрижелудочковые и внутрипаренхимные кровоизлияния обычно возникают у глубоко недоношенных новорожденных и чаще всего являются результатом недоразвитости головного мозга, а не родовой травмы. Большинство этих кровоизлияний не проявляются симптомами, но крупные кровоизлияния могут становиться причиной приступов апноэ или изменения цвета кожи на голубовато-серый, либо весь организм новорожденного может внезапно прекратить нормально функционировать. У новорожденных с крупными кровоизлияниями прогноз плохой, но дети с небольшими кровоизлияниями обычно выживают и чувствуют себя хорошо.

  Новорожденные с кровоизлияниями могут быть госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) для контроля их состояния, проведения поддерживающих мероприятий (таких, как обогрев), вливания жидкостей в вену (внутривенно) и других видов лечения для поддержания функций организма.

Решите тестовые задания:

У доношенных детей чаще всего наблюдаются

а)субдуральные кровоизлияния
б)субарахноидальные кровоизлияния
в)внутрижелудочковые кровоизлияния
г)перивентрикулярные кровоизлияния
д)паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния

Локализация внутрижелудочкового кровоизлияния 2 степени:

A) Субэпендимальное
B) Интравентрикулярное
C) Интра-и перивентрикулярное

Возможные клинические проявления субарохноидального кровоизлияния у новорожденного ребенка:

A) Бессимптомное течение
B) Атипичные судороги
C) Тонические судороги
D) Гипертензионный синдром
E) Синдром возбуждения ЦНС
F) Синдром угнетения ЦНС
G) Гиперстезия
H) Симптом интоксикации Гипертермия

Приложение11

Практическое занятие

Тактика акушерки, уход за новорождённым при перинатальных поражениях нервной системы у новорожденного.

К синдромам восстановительного периода перинатального поражения ЦНС не относят:

1. Гипертензионно-гидроцефальный
2. Вегето-висцеральных нарушений
3. Синдром аспирации мекония
4. Синдром двигательных нарушений
5. Задержка психомоторного развития

К травматическим повреждениям нервной системы не относят:

1. Внутричерепная родовая травма
2. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС /гипоксические/
4. Кровоизлияние в спинной мозг /растяжение, разрыв, надрыв/ с травмой позвоночника
5. Повреждение диафрагмального нерва

При пери- и интравентрикулярных кровоизлияниях II–III степени у новорожденых в клинической картине не выявляется:

1. Судороги
2. Выбухание и напряжение большого родничка
3. Повышение двигательной активности
4. Снижение гематокрита
5. Мышечная гипотония

Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет

а)1/8 от массы тела
б)1/12 от массы тела
в)1/20 от массы тела
г)1/4 от массы тела

Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки

а) униполярные
б) биполярные
в) мультиполярные
г) псевдоуниполярные
д) верно а) и б)

Передача нервного импульса происходит

а) в синапсах
б) в митохондриях
в) в лизосомах
г) в цитоплазме

Миелиновая оболочка нервного волокна определяет

а) длину аксона и точность проведения
б) скорость проведения нервного импульса
в) длину аксона
г) принадлежность к чувствительным проводникам
д) принадлежность к двигательным проводникам

Нейроглия выполняет

а) опорную и трофическую функцию
б) опорную и секреторную функцию
в) трофическую и энергетическую функцию
г) только секреторную функцию
д) только опорную функцию

Твердая мозговая оболочка участвует в образовании

а) покровных костей черепа
б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
в) сосудистых сплетений

г) отверстий в основании черепа
д) черепных швов

Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка

а) XII грудного
б) I поясничного
в) II поясничного
г) III поясничного

К миелоэнцефальным позотоническим рефлексам относят

а) асимметричный тонический шейный
б) симметричный тонический шейный
в) тонический лабиринтный
г) верно а) и б)
д) все перечисленные

При птозе, расширении зрачка слева и правостороннем гемипарезе очаг расположен

а) в четверохолмии
б) во внутренней капсуле слева
в) в мосту мозга слева
г) в левой ножке мозга

Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

а) в стволе мозга
б) в затылочной доле
в) в лобной доле
г) в височной доле

При микроцефалии у детей обычно

а)головной мозг относительно больше черепа
б)головной мозг значительно меньше черепа
в)уменьшение мозгового черепа примерно соответствует уменьшению головного мозга
г)уменьшается лишь мозговой череп относительно лицевого
д)мозговой и лицевой череп уменьшаются пропорционально

Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей

а) при стафилококковой инфекции
б) грудного возраста
в) при иммунодефиците
г) с ликвореей
д) с аллергией

Приложение12

Практическое занятие
Тактика акушерки при выявлении желтухи у новорождённого. Клиническая картина отёчной, желтушной и анемической форм

Ответьте на вопросы:

1. Расскажите об отечной форме желтухи новорожденного
2. Расскажите о желтушной форме.
3. Расскажите об анемической форме ГБН

Эталоны ответов:

4. **Отечная форма:**

Самая тяжелая форма гемолитической болезни. Возникает еще в период внутриутробного развития, чаще у детей от пятой — седьмой беременности. Дети рождаются бледные, с выраженными отеками подкожной клетчатки, наличием жидкости в полостях, с увеличенными печенью и селезенкой. Желтуха отсутствует, т.к. вследствие высокой проницаемости плаценты билирубин переходит в организм матери и удаляется с желчью. В крови новорожденного много молодых форм эритроцитов (эритробластов, нормобластов, ретикулоцитов). В большинстве случаев наступает летальный исход.

С первых минут жизни характерны - общий отечный синдром (анасарка, асцит, гидроперикард, гидроторакс), выраженная бледность кожи и слизистых, гепатомегалия и спленомегалия, желтуха отсутствует или слабо выражена. Большинство детей имеют низкую оценку по шкале Апгар, в связи с наличием тяжелой дыхательной и сердечнососудистой недостаточности. Данная форма часто сопровождается шоком и геморрагическим синдромом за счет тромбоцитопении и/или развития ДВС.

5. **Желтушная форма:**

При **желтушной форме** ребенок рождается в срок с обычными показателями массы тела и неизмененным цветом кожи. Иногда желтуха отмечается уже при рождении, при этом имеется желтушная окраска околоплодных вод и первородной смазки; содержание билирубина в пуповинной крови составляет более 51 *мкмоль/л*.

Нормы билирубина крови: общий – 3,4 – 13,7 мкмоль/л
Прямой – 0,85 –3,4 мкмоль/л
Непрямой – 2,-56 – 10,3 мкмоль/л

Желтушное окрашивание кожи и слизистых начинается при уровне билирубина 27,2 – 34 мкмоль/л. Основным признаком является желтушная окраска кожи ребенка, возникающая в течение первых суток после рождения. Одновременно с этим наблюдаются увеличение печени, селезенки, анемия, наличие в крови молодых форм эритроцитов. Интенсивность желтухи нарастает в ближайшие 2—3 дня, цвет кожи меняется от лимонно-желтого до шафранового. Желтуха усиливается по мере нарастания в крови уровня непрямого билирубина, достигающего иногда 513 *мкмоль/л* (30 *мг*/100 *мл*), почасовое нарастание билирубина при этом может составлять 6,8—15,4 *мкмоль/л* (0,4—0,9 *мг*/100 *мл*) при норме 0,17—3,25 *мкмоль/л* (0,01—0,19 *мг*/100 *мл*).

Общее состояние ребенка зависит от интенсивности билирубиновой интоксикации и степени поражения ц.н.с. В первые дни после рождения ребенок вялый, плохо сосет, появляются частые срыгивания, рвота. Повышение уровня непрямого билирубина до критической концентрации — 308—342 *мкмоль/л* (18—20 *мг*/100 *мл*) для доношенных и 257 *мкмоль/л* (15 *мг*/100 *мл*) для недоношенных детей — приводит к тому, что он легко проникает через гематоэнцефалический барьер, поражая клетки головного мозга

Поражение ц.н.с. (так называемая ядерная желтуха, или билирубиновая энцефалопатия) у ребенка с гемолитической болезнью характеризуется появлением судорог, глазодвигательных нарушений, ригидности затылочных мышц, симптома «заходящего солнца» (непроизвольный поворот глазных яблок книзу, в связи с чем между верхним краем роговицы и верхним веком видна полоска склеры). Отложение кристаллического билирубина в мозговом веществе почек сопровождается развитием билирубиновых инфарктов почек. Нарушение функции печени проявляется не только нарушением образования прямого билирубина, но и снижением синтеза протромбина и белка. Нагрузка печени продуктами гемолиза часто приводит к нарушению фазы экскреции с развитием механической желтухи — так называемого синдрома сгущения желчи. При этом синдроме кал обесцвечен (обычно у детей с этой формой кал ярко-желтого цвета), печень еще более увеличивается, в крови повышается уровень прямого билирубина, в моче много желчных пигментов.

Прогноз при желтушной форме гемолитической болезни зависит от степени поражения ц.н.с. При уровне непрямого билирубина ниже критического прогноз для жизни и развития ребенка благоприятен. В случае выраженной интоксикации и возникновения ядерной желтухи, если ребенок не погибает на 5—7-й день жизни от паралича дыхательного центра, в дальнейшем наблюдается отставание в умственном и физическом развитии.

Проявляется появлением желтухи при рождении или в первые сутки жизни, гепатоспленомегалией. По мере увеличения уровня билирубина нарастают вялость, сонливость, появляются изменения в неврологическом статусе. При отсутствии своевременного лечения может развиться билирубиновая энцефалопатия, которая протекает стадийно.

В I (обратимой) стадии билирубиновой энцефалопатии появляются прогрессирующая вялость, нарушение сосания, приступы апноэ. Обычно в связи с кратковременностью ее не успевают зафиксировать, но у недоношенных младенцев смерть может наступить уже в этой стадии.

II стадия носит название ядерной желтухи и проявляется на 3-4 день жизни опистотонусом, ригидностью мышц затылка, судорогами, сопровождающимися апноэ и сердечными аритмиями, «мозговым» криком, выбуханием большого родничка, появлением симптома «заходящего солнца», вертикальным нистагмом. Чаще в эту стадию ребенок погибает.

III стадия. В дальнейшем состояние выживших детей улучшается (период мнимого благополучия).

IV стадия. Повторное ухудшение состояния наступает через несколько недель, когда начинают формироваться тяжелые и необратимые изменения со стороны нервной системы, к особенностям билирубиновой энцефалопатии следует формирование тугоухости и глухоты (механизм избирательного поражения VIII пары ЧМН до сих пор остается неясным).

В зависимости от выраженности анемии и гипербилирубинемии выделяют три степени тяжести данной формы ГБН.

6. **Анемическая форма ГБН**

Для анемической формы характерны: относительно легкое течение заболевания, бледность кожных покровов, снижение уровня гемоглобина и эритроцитов до 2 мес. жизни (максимально на 2-3-й неделе жизни), вялость, адинамия, тахикардия, гепатоспленомегалия. Степень выраженности клинических проявлений зависит от степени снижения Hb.

проявляется преимущественно изменениями в крови (анемия, эритробластоз). С первых дней может отмечаться бледность кожи,особенно выраженная на 7—10-й день. Прогноз в этом случае благоприятный.

Гемолитическая болезнь новорожденных, обусловленная АВ0-несовместимостью, чаще развивается, если у матери группа крови 0 (I), а у ребенка А (II) или В (III). В 90% случаев болезнь протекает легко, но могут быть и тяжело протекающие варианты по типу резус-конфликта.

Важную роль в ранней диагностике играет выделение среди беременных группы риска по гемолитической болезни. Основными критериями при этом являются: резус-отрицательная кровь при резус-положительной крови у мужа; переливание крови в анамнезе без учета резус-фактора; наличие в анамнезе выкидышей, мертворождений и гемолитической болезни, а также рождение детей с отставанием в психическом развитии. Беременные из группы риска должны наблюдаться в женской консультации, где у них определяют резус-антитела в крови, а при необходимости и билирубин в околоплодных водах, полученных путем амниоцентеза. Диагноз основывается на появлении желтухи в первые двое суток жизни ребенка и данных лабораторных исследований, таких как нарастание уровня билирубина, положительная проба Кумбса, присутствие резус-антител в крови матери; при АВ0-конфликте — несовместимость групп крови матери и ребенка, выявление высокого титра α- или β-агглютининов в крови матери. Для гемолитической болезни характерны следующие показатели пуповинной крови: содержание гемоглобина ниже 166 г/л, эритробластоз, уровень билирубина выше 51 мкмоль/л, гипопротеинемия до 40—50 г/л.

Приложение13

Практическое занятие

Тактика акушерки при риске развития гемолитической болезни новорождённых.

Организация ухода при гемолитической болезни новорождённых

Ответьте на вопросы:

1. **Определение ГБН**

2. **Предрасполагающие факторы ГБН**
3. **Классификация**
4. **Дифференциальный диагноз ГБН**
5. **Принципы терапии ГБН**
6. **Осложнения ГБН**
7. **Профилактика ГБН**

Эталоны ответов:

1. **ГБН** – изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в случаях несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, при этом антигены локализуются на эритроцитах плода, а антитела к ним вырабатываются в организме матери.
2. **Предрасполагающие факторы ГБН**
   Конфликт возникает, если мать антиген-отрицательная, а плод антиген– положительный. При несовместимости по резус-фактору мать резус-отрицательная, а плод резус-положительный. При групповой несовместимости у матери 0(I) группа крови,у плода A(II) или B(III). Значительно реже ГБН обусловлена несовместимостью плода и матери по другим антигенным системам (Kell, Duffi, Kidd и др.).
3. **Классификация**
   По конфликту между матерью и плодом по системе АВ0 и другим эритроцитарным факторам крови:
   a. несовместимость по системе АВ0;
   b. несовместимость эритроцитов матери и плода по резусфактору; несовместимость по редким факторам крови.
   По клиническим проявлениям выделяют формы заболевания:
   a. отечная (гемолитическая анемия с водянкой);
   b. желтушная (гемолитическая анемия с желтухой);
   c. анемическая (гемолитическая анемия без желтухи иводянки).
   По степени тяжести:
   a. легкое течение диагностируется при наличии умеренно выраженных клиниколабораторных или только лабораторных данных; в пуповинной крови определяется уровень Hb - более 140 г/л, билирубина - менее 68 мкмоль/л; для лечения может требоваться лишь фототерапия.
   b. при средней тяжести ГБН в пуповинной крови определяется уровень Hb 100-140 г/л, билирубина 68-85 мкмоль/л; требуется интенсивная фототерапия и часто операция заменного переливания крови (ОЗПК).
   c. Тяжелая степень соответствует отечной форме ГБН, тяжелой анемии - Hb менее 100 г/л или тяжелой гипербилирубинемии - более 85 мкмоль/л при рождении; может сопровождаться нарушением дыхания и сердечной деятельности, развитием билирубиновой энцефалопатии.
   По наличию осложнений:
   a. неосложненная;
   b. с осложнениями:

- билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха)
- синдром холестаза;
- другие состояния, требующие патогенетического лечения

4. **Дифференциальный диагноз**
   Дифференциальный диагноз проводят с физиологической желтухой новорожденных, которая менее выражена и исчезает к 7—10-му дню жизни, с желтухой, обусловленной недостаточностью печеночного фермента глюкуронил-трансферазы, с наследственной гемолитической анемией Минковского — Шоффара, при которой эритроциты имеют форму сфероцитов; с желтухой при сепсисе, цитомегалии, токсоплазмозе.
5. **Принципы терапии ГБН**
   Лечение проводят в стационаре. Оно должно быть направлено на быстрейшее связывание и удаление из организма ребенка токсичного непрямого билирубина, а также на восстановление функций пораженных органов и систем. Для удаления билирубина новорожденному в первые двое суток после рождения проводят заменное переливание крови.

   Наиболее ранним и достоверным признаком гемолитической болезни и показанием к заменному переливанию крови является повышение уровня непрямого билирубина в крови пуповины свыше 60 мкмоль/л. В норме увеличение за час 0,17 мкмоль/л, у больных — 6 мкмоль/л в час и более.

Заменное переливание крови следует производить как можно скорее после рождения ребенка и в достаточном количестве, примерно 150—200 мл/кг донорской крови. При крайне тяжелом состоянии и наличии отечного синдрома переливание такого количества крови может ухудшить состояние новорожденного, поэтому в этих случаях следует переливать 70—80 мл/кг с тем, чтобы при улучшении состояния ребенка повторить заменное переливание уже в полном объеме.

Для заменного переливания лучше использовать резус-отрицательную кровь, одногруппную с кровью ребенка, либо О (I) группы с низким содержанием ан-ти-А- и анти-В-антител. При легкой форме гемолитической болезни, удовлетворительном состоянии доношенного ребенка и низком титре антител у матери можно использовать резус-положительную одногруппную кровь, при этом нужно увеличить объем заменяемой крови до 200—250 мл/кг. Противопоказано переливание резус-положительной крови травмированным и недоношенным, а также детям с тяжелой формой гемолитической болезни, особенно при высоком титре антител у матери.

Непосредственно перед операцией переливания кровь необходимо подогреть на водяной бане до 37 "С. Для заменного переливания используют свежецитратную кровь не более чем 3-дневной давности.

Заменное переливание крови необходимо проводить медленно, со скоростью 100—150 мл/кг в час. При более быстром введении крови может наступить перегрузка правых отделов сердца и возникнет острая сердечная недостаточность, с которой трудно бывает справиться. Вследствие значительной гиперволемии у детей, особенно с отечным синдромом, для облегчения работы сердца выводят на 40—50 мл крови больше, чем вводят.

6. Осложнения ГБН

Для профилактики острой сердечной недостаточности целесообразно назначить 0,2 мл 0,06 % раствора корглюкона внутримышечно и постоянную ингаляцию кислорода во время заменного переливания крови.

Операцию производят в чистой операционной с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Персонал, ассистирующий врачу при проведении заменного переливания крови (медсестра, акушерка) должен: 1) заказать кровь и разморозить кровь, 2) проверить параметры донорской крови(резус, группа) и показать результаты врачу, 3) провести новорожденному очистительную клизму, 4) запеленать так, чтобы осталась открытой брюшная стенка, 5) провести ингаляцию кислорода до операции и быть готовым проводить ее во время операции ЗПК, 6) ассистировать врачу при ЗПК.

В вену пуповины вводят полиэтиленовый катетер (при его отсутствии — наконечник от шприца Брауна). При введении катетера на его пути встречаются два участка, через которые катетер проходит с некоторыми затруднениями. Первое препятствие встречается на расстоянии 2,5—4 см от пупочного кольца, где вена делает изгиб вверх и кзади, занимая интраперитонеальное положение. Второе препятствие обычно встречается на расстоянии около 8 см от пупочного кольца, на месте разделения пупочной вены на ветвь, идущую к печени, и венозный проток (аранциев проток). Во время преодоления второго препятствия при введении катетера на глубину 12—14 см от пупочного кольца конец катетера попадает в нижнюю полую вену и из наружного отверстия катетера появляется кровь. Введение и выведение крови необходимо производить медленно (по 20 мл). Начинать следует с выведения крови. После введения каждых 100 мл крови вводят по 2 мл 10 % раствора глюконата кальция и по 8 мл 20 % раствора глюкозы.

Во время операции следует проводить исследования кислотно-основного состояния крови ребенка, особенно когда используется цитратная кровь, чтобы при выявлении патологического ацидоза вовремя корригировать его введением 5 % раствора бикарбоната натрия по 3—5 мл/кг до и после операции.

В результате заменного переливания удается заменить 75—80 % крови. После операции необходим тщательный контроль за уровнем билирубина в крови.

Показаниями для повторных заменных переливаний крови являются нарастание уровня билирубина в крови свыше 6 мкмоль/л в час, клинические симптомы, указывающие на билирубиновую интоксикацию мозга, а также положительная проба Кумбса в течение 3 дней.

При тяжелой форме гемолитической болезни заменное переливание крови делают многократно (3— 5 раз), нередко в первые сутки жизни операцию заменного переливания проводят до 3 раз.

После этого осуществляют дробные внутривенные вливания крови, плазмы, плазмозамещающих растворов (реамберин, реополиглюкин), назначают обильное питье или капельные внутривенные вливания 5% раствора глюкозы, раствора Рингера. Применяют витамины группы В (B_1, B_2, B_6,. B_{12}). В первые часы или сутки жизни ребенка не прикладывают к груди матери, так как физическая

нагрузка, связанная с кормлением, может усиливать гемолиз. Поэтому первое время его кормят сцеженным материнским молоком. Прикладывание ребенка к груди допустимо после улучшения состояния ребенка. Еще недавно считалось, что использование молока матери при рождении ребенка с ГБН недопустимо, так как в молоке содержатся резус-антитела. Сейчас установлено, что антитела разрушаются в желудке ребенка, и таким образом, не оказывают влияния на течение гемолитической болезни.

7. **Профилактика ГБН**

Для предупреждения рождения детей с гемолитической болезнью всем беременным женщинам в женских консультациях проводят исследование крови на резус-фактор и определяют группу крови. Беременных с резус-отрицательной кровью ставят на учет. При этом выясняют, не проводилось ли им ранее переливание крови, не рождались ли дети с гемолитической болезнью, выявляют случаи мертворождения и аборты. Регулярно проводят исследование крови на резус-антитела. Женщинам, имеющим резус-отрицательную кровь, при первой беременности не рекомендуется делать аборт.

После аборта или после рождения резус-положительного ребенка резус-отрицательной женщиной с целью профилактики резус-сенсибилизации в течение 72 часов после родов ей вводят иммуноглобулин ГиперРОУ С/Д. Его рекомендуется вводить также и на 28 неделе беременности резус-отрицательной женщине, у которой в крови не повышен титр антирезусных антител. Предлагаемое двукратное введение антирезусного иммуноглобулина снижает риск развития сенсибилизации в 100 раз.

Приложение14

Практическое занятие

Ликвидация основной причины патологического нарастания уровня билирубина в крови

Показанием для заменного переливания крови у недоношенных

A) Уровень общего билирубина больше 340 ммоль/литр
B) Уровень общего билирубина больше 170 ммоль/литр
C) Уровень общего билирубина больше 204ммоль/литр
D) Уровень общего билирубина больше 255 ммоль/литр
E) Уровень общего билирубина больше 119 ммоль/литр

Непрямая гипербилирубинемия отмечается при:

A) Гемолитической болезни новорожденных
B) Синдроме Дубина-Джонсона
C) Кровоизлияниях
D) Синдроме Криглера-Наджара

Для тяжелой степени гемолитической болезни новорожденного характерно:

A) Непрямой билирубин < 51 мкмоль/литр
B) Гемоглобин > 150 г/литр
C) Непрямой билирубин > 68 мкмоль/литр
D)Гемоглобин < 110 г/литр

Прямая гипербилирубинемия отмечается при:

A) Муковисцидозе
B) Синдроме сгущения желчи
C) Желтухе от материнского молока
D) Галактоземии
E) Эритроцитарных мембранопатиях
F) Гемолитической болезни
новорожденных.

Показанием для фототерапии 1 – 3 дней у детей с массой менее 1000 граммов является уровень билирубина:

A) 137 мкмоль/литр
B) 51 мкмоль/литр
C) 86 мкмоль/литр
D) 171 мкмоль/литр

Показанием для проведения заменного переливания крови у новорожденного ребенка первых суток жизни с гемолитической болезнью является: (выберете правильное сочетание)

A) Уровень общего билирубина в пуповинной крови меньше 51 мкмоль/л
B) Уровень общего билирубина пуповинной крови 51-68 мкмоль/литр

C) Уровень общего билирубина пуповинной крови больше 68 мкмоль/литр
D) Уровень гемоглобина меньше 120г/литр
E) Уровень гемоглобина 140 г/литр
F) Уровень гемоглобина 160 г/литр

Для средне-тяжелой степени гемолитической болезни новорожденного характерно:

A) Непрямой билирубин < 51 мкмоль/литр
B) Гемоглобин > 150 г/литр
C) Непрямой билирубин > 68 мкмоль/литр
D) Гемоглобин < 110 г/литр
E) Субиктеричность
F) Выраженная гепатоспленомегалия
G) Умеренная гепатоспленомегалия
H) Билирубин 51-68 мкмоль/литр
I) Гемоглобин 110-150 г/литр
J) Билирубин > 85 мкмоль/литр
K) Наличие симптомов билирубиновой интоксикации

Показанием для проведения ОЗПК у доношенного ребенка на вторые сутки жизни является:

A) Уровень билирубина 340 мкмоль/литр
B) Уровень гемоглобина 150 г/литр
C) Уровень гемоглобина 100 г/л
D) Уровень билирубина 250-308 мкмоль/литр

Показанием для проведения ЗПК у недоношенного ребенка с массой более 2500 грамм является уровень билирубина

A) 170-204 мкмоль/литр
B) 171-221 мкмоль/литр
C) 221-255 мкмоль/литр
D) 308-342 мкмоль/литр

Приложение15

Практическое занятие
Тактика акушерки при риске развития врожденных и наследственных заболеваний. Обучение технике забора крови на выявление муковисцедоза в роддоме

Ответьте на вопросы:

1. **Расскажите этапы неонатального скрининга**
2. **Расскажите технику забора крови на выявление муковисцедоза**

Эталоны ответов:

1. **Этапы неонатального скрининга**

•1-й этап — забор крови у новорождённых из пятки в родовспомогательных учреждениях на 4-5 день жизни. Доставка высушенных образцов крови в течение 10 дней в МГК.
•2-й этап —проведение первичного скрининга по определению соответствующих лабораторных показателей.
• 3-й этап — вызов и повторный забор крови при положительных результатах. Контроль качества лабораторных анализов 2-го и 3-го этапов проводятся в федеральных референсных центрах.
• 4-й этап — проведение подтверждающей диагностики.
•Консультация врача-генетика, дополнительное обследование, направление в специализированные центры, назначение лечения.
• 5-й этап — МГК и пренатальная ДНК-диагностика в семьях, где родился больной ребёнок. Это осуществляется в медико-генетических консультациях.

2. **Техника забора крови на выявление муковисцедоза**

Подготовительные мероприятия

Представиться матери, объяснить цель забора крови. Оформить письменное добровольное согласие на проведение манипуляции или отказ от нее.
Предупредить мать об условиях забора (через 3 часа после кормления).

Алгоритм проведения

- вымыть руки (гигиенический уровень), надеть перчатки;
- вымыть пятку ребёнка;

- протереть пятку стерильной салфеткой, смоченной 70% спиртом, промокнуть её сухой стерильной салфеткой;
- проколоть пятку стерильным одноразовым скарификатором;
- снять первую каплю крови стерильным сухим тампоном;
- мягко надавить на пятку для получения второй капли крови;
- приложить перпендикулярно тест-бланк к капле крови и пропитать его кровью насквозь;
- аналогичным образом нанести на тест-бланк 6-8 капель, вид пятен крови должен быть одинаковым с обеих сторон.
- высушить тест-бланк в горизонтальном положении на чистой обезжиренной поверхности не менее 2 ч без применения тепловой обработки и попадания прямых солнечных лучей;
- упаковать тест-бланки в чистый конверт таким образом, чтобы пятна крови не соприкасались.

Оформление сопроводительной документации и транспортировка.

После забора образцов крови медсестра разборчиво записывает шариковой ручкой на тест-бланке, не затрагивая пятен крови, следующие сведения:

- наименование учреждения, в котором произведён забор образцов крови;
- фамилия, имя, отчество матери ребёнка;
- адрес выбытия матери ребёнка;
- порядковый номер тест-бланка с образцом крови;
- дата и номер истории родов;
- дата взятия образца крови;
- состояние ребёнка (здоров/болен);
- доношенный/недоношенный (срок гестации)
- масса тела ребёнка;
- фамилия, имя, отчество лица, осуществлявшего забор крови.

Доставка тест-бланков для проведения исследований осуществляется не реже одного раза в три дня, в термо-контейнере с соблюдением температурного режима (+2 - +8 С), вместе с журналом регистрации забора крови.

Приложение16

Практическое занятие

Обучение сбора мочи на анализ на фенилкетонурию.

Ответьте на вопросы:

1. **Расскажите о подготовке пациента к взятию пробы мочи**
2. **Расскажите о сборе мочи**
3. **Расскажите о переносе мочи в пробирки**
4. **Расскажите о сборе мочи (катетеризирование)**
5. **Расскажите о сборе мочи при нефростоме**
6. **Расскажите о сборе мочи (пункция)**

1.Подготовка пациента к взятию пробы мочи

Для анализа подходит утренняя порция мочи, взятая сразу после пробуждения.

От последнего мочеиспускания до взятия мочи на анализ должно пройти не менее 4-6 часов.

За 10-14 часов до взятия пробы мочи нельзя есть или пить. В случае необходимости можно выпить один стакан чистой негазированной воды без каких-либо добавок.

Перед взятием пробы следует избегать:

Физической и эмоциональной нагрузки

Приема лекарственных препаратов

Важно знать

Первая утренняя порция мочи является стандартным материалом для теста-полоски, микроскопии осадка, определения соотношения альбумина и креатинина в моче и для микробиологических анализов.

Мочу следует собирать сразу в предназначенную для этого посуду. Переливание из одной посуды в другую не разрешается.

Контейнер для взятия пробы мочи должен быть стерильным и с герметично закрывающейся крышкой. Не трогайте посуду изнутри, а также не кладите внутрь посторонние предметы.

Все принадлежности для взятия пробы (стаканчики, пробирки, трубочки) предусмотрены для одноразового использования.

Необходимые принадлежности Вы можете спросить в лаборатории или у врача. Разрешено использовать только данную посуду, использование любой другой посуды (домашней) не разрешается.
В течение 15 минут после взятия мочи нужно перенести мочу из стаканчика в вакуумные пробирки.
У младенцев и маленьких детей следует использовать специальные мешки для сбора мочи. После тщательного туалета наружных половых органов ребенка, следует закрепить мешочек и в течение 10-15 минут собирать выделяющуюся мочу. Мочу перенести с помощью специальной трубочки из мешочка в пробирку.

2.Сбор мочи

Перед мочеиспусканием пациент должен помыть наружные половые органы теплой проточной водой. Моющие средства (мыло, мочалку и т.п.) использовать нельзя. Важно вымыть наружное отверстие мочеиспускательного канала. Для этого у женщин надо раздвинуть половые губы пальцами, у мужчин сдвинуть назад крайнюю плоть.
Аккуратно подсушите наружные половые органы бумажным полотенцем.
Если у женщин на момент взятия мочи на анализ имеются менструальные или какие-либо другие выделения, то необходимо использовать влагалищный тампон.
При мочеиспускании следует следить за тем, чтобы наружное отверстие мочеиспускательного канала было обнажено.
Для взятия мочи снимите со стаканчика крышку и положите её рядом наклейкой вниз. **NB! Не отклеивайте наклейку с крышки стаканчика!**
Для взятия мочи несколько миллилитров мочи следует спустить в унитаз, затем, не прерывая струи, следует направить ее в контейнер, заполнив стаканчик на три четверти. Затем можно закончить мочеиспускание в унитаз.
После сбора мочи следует плотно закрыть контейнер крышкой.
В течение 15 минут после взятия мочи перенесите мочу из стаканчика в пробирки. **NB! Не снимайте с пробирок пробки!**
Если нужно заполнить несколько пробирок, то сначала заполните пробирку с зелёной пробкой, затем пробирку с бежевой пробкой.

3.Для переноса мочи в пробирки:

Используя специальный стаканчик с иглой в крышке:
Частично снимите с крышки наклейку (не выкидывайте её). В отверстии Вы увидите покрытую латексом иглу.
Вставьте пробирку в отверстие стаканчика крышкой вперёд и надавите до упора (игла при этом проткнёт пробку).
Держите пробирку до тех пор, пока струя мочи не прекратит поступать в пробирку.
Удалите пробирку из отверстия и, при необходимости, заполните таким же образом следующую.
Используя стерильный стаканчик и специальную трубочку (выполняется медицинским работником в связи с опасностью травмирования):
Снимите со стаканчика для пробы крышку.
Направьте трубочку тонким концом в контейнер с мочой.
Вставьте пробирку (крышкой вперёд) в широкое отверстие трубочки (игла проткнёт пробку).
Держите пробирку до тех пор, пока струя мочи не прекратит поступать в пробирку.
Удалите пробирку из отверстия и, при необходимости, заполните следующую.
Переверните пробирку плавными движениями вверх дном и обратно 8-10 раз, чтобы находящееся в пробирке добавление растворилось.
Маркируйте пробирку(ки): напишите на боковой поверхности пробирки имя или наклейте вертикально сверху вниз, по возможности прямо и гладко, штрих-код. Также напишите дату и время взятия мочи.
Использованные принадлежности для взятия пробы:
Удостовертесь, чтобы отверстие на крышке стаканчика было плотно заклеено наклейкой.
Вылейте оставшуюся в стаканчике мочу в унитаз.
Выкиньте стаканчик для мочи в контейнер для бытовых отходов
Пробы нужно отнести в лабораторию/врачу в тот же самый день, когда была взята моча.
Храните пробы до того, как отнесёте их в лабораторию или врачу, при температуре +2…+8°С.

4.Сбор мочи (катетеризирование)

Перед пункцией постоянного катетера его следует закрыть на 0,5-1 час.
Поверхность катетера очищается дезинфицирующим раствором.

Катетер пунктируется стерильной канюлей или иглой.
Моча собирается в специальный контейнер.
NB! Для исследования не подходит материал из мочеприемника.
Контейнер необходимо маркировать.
5.**Сбор мочи при нефростоме**
Поверхность вокруг стомы и саму стому тщательно очищают дезинфицирующим раствором.
Для сбора мочи поместить новый мешочек.
С помощью стерильной пипетки перенести необходимое количество мочи из мешочка для сбора мочи в стерильный контейнер для пробы.
Перенести мочу из стерильного контейнера в вакуумные пробирки.
Маркировать пробирки.
6.Сбор мочи (пункция)
Мочевой пузырь должен быть наполнен и выходить из малого таза.
Перед пункцией кожа очищается дезинфицирующим раствором.
Мочевой пузырь пунктируется с помощью иглы по средней линии живота, кверху от симфиза.
Мочу перенести в пробирки с помощью шприца.
Для исследования на анаэробы моча из иглы сразу помещается в специальную систему для посева.
Маркировать пробирки.

Приложение17

Практическое занятие
Уход за кожей и слизистыми новорождённого

Ответьте на вопросы:
1. Расскажите об умывании лица, смене пеленок и подмывании
2. Расскажите об алгоритме обработки естественных складок кожи
3. Расскажите об алгоритме обработки здоровой пупочной ранки
4. Расскажите о гигиенической ванне новорожденного
5. Расскажите об алгоритме ухода за ноготками новорожденного
6. Расскажите об обработке рта
7. Расскажите об обработке ушей, глаз и носа

Эталоны ответов:
1. Умывание лица
1. Взять ватный тампон, смоченный кипячёной водой.
2. Протереть лицо ребёнка промокательными движениями.
Смена пелёнок
Одноразовые подгузники необходимо менять, когда они станут мокрыми и грязными. В течение первого месяца жизни необходимо менять подгузники около 10 раз в сутки. Лучше это делать перед сном, выходом на прогулку, перед кормлением или сразу после него, после пробуждения.
Подмывание
1. Отрегулировать температуру воды (проверить рукой).
2. Положить ребёнка спиной на своё левое предплечье.
3. Подмыть малыша под проточной водой.
4. Просушить промокательными движениями мягкой пелёнкой. Важно!
• Подмывать только под проточной водой 37-38 °С.
• Девочек подмывать только спереди назад.
• Обязательно подмывать после акта дефекации, после каждого мочеиспускания НЕ подмывать.
2. Алгоритм обработки естественных складок кожи:
• вымыть руки (бытовой уровень);
• протереть все складки в следующем порядке:
заушные; шейная; подмышечные; локтевые, лучезапястные; подколенные; голеностопные; паховые; ягодичные;
• вымыть руки (бытовой уровень).
Важно!
Нельзя выдавливать крем или сыпать присыпку на тело ребёнка, так как в этом случае объём вещества будет излишним и может закупорить поры, что приведёт к образованию опрелостей.
3. Алгоритм обработки здоровой пупочной ранки:
— вымыть руки (бытовой уровень);
— обмакнуть ватную палочку в 2% раствор перекиси водорода;

— промочить ранку;
— новой ватной палочкой промочить ранку 1% раствором бриллиантового зелёного
— промочить ранку;
— вымыть руки (бытовой уровень).
Важно!
Пупочную ранку обрабатывать ежедневно 1 раз до полного заживления.
4. Гигиеническая ванна
1.Помыть ванночку горячей водой с мылом, сполоснуть кипятком.
2.Положить на дно ванны пелёнку, сложенную в несколько раз.
3.Налить воду температуры 36,5-37,0 °С (чтобы не образовывались водяные пары, горячую и холодную воду наливать попеременно).
4.Набрать кувшин воды температуры 36,5-37,0 °С для обмывания.
5.Левой рукой поддерживать ребёнка под спину и затылок, правой — ягодицы и бёдра.
6.Медленно опустить в воду ноги и ягодицы малыша.
7.Погрузить в воду всё тело ребёнка (вода должна доходить до линии сосков).
8.Левой рукой поддерживать голову ребёнка над поверхностью воды.
9.Помыть голову детским мылом.
10.Помыть всё тело, используя фланелевую пелёнку (особенно тщательно промывать складки на шее, в подмышечных и паховых областях, между ягодицами).
11.Перевернуть ребёнка кверху спиной.
12.Облить чистой водой из кувшина (за время купания вода для обмывания остывает до 34-35 °С).
13.Завернуть ребёнка в мягкую тёплую пелёнку (полотенце) и обсушить промокательными движениями.
Важно!
• Первую гигиеническую ванну проводить новорождённому можно сразу после выписки из родильного дома, если пупочная ранка сократилась и обработана.
• Мыло использовать 1-2 раза в неделю.
• Здорового новорождённого купают ежедневно.
• Купать лучше вечером, за 2 ч до последнего кормления.
Алгоритм обработки волосистой части головы при гнейсе:
— обильно смочить ватный тампон стерильным растительным маслом;
— обработать промокательными движениями волосистую часть головы ребёнка в месте локализации гнейсе;
— помыть голову ребёнка, осторожно снимая корочки.
Важно!
Если при купании не все корочки удалось смыть, повторять процедуру в течение нескольких дней.
5. Алгоритм ухода за ноготками малыша:
— обработать режущую часть ножниц спиртом;
— подстричь ногти малыша: на руках — округло, на ногах — прямолинейно.
Важно!
• Ногти необходимо постригать по мере отрастания, но не реже одного раза в 7-10 дней.
• Стричь ногти нужно маленькими ножницами с закруглёнными или загнутыми концами.
Массаж
1. Проводят на мягкой поверхности. 2. Ребёнок должен быть в спокойном состоянии.
3. Растереть в ладонях немного детского масла. 4. Движения — от центра к периферии.
5. Этапы: лицо, грудь, руки, живот, ноги, спина.
6. Осмотр полости рта
1. Открыть рот, слегка нажав на подбородок малыша. При отсутствии патологических изменений слизистой оболочки полости рта её туалет не проводить!
2. При явлениях молочницы обработать слизистую оболочку ротовой полости ватным тампоном, смоченным в растворе питьевой соды (1 чайная ложка на стакан кипячёной воды). Для этого в аптеке надо приобрести стерильную вату и использовать её исключительно для обработки рта. Но проводить эту процедуру можно только после консультации с врачом. При появлении признаков молочницы необходимо обратиться к педиатру.
Обработка глаз
7. Алгоритм обработки глаз:
— протереть глаза от наружного угла глаза к внутреннему ватным тампоном, смоченным

кипячёной водой (для каждого глаза использовать отдельный тампон);
— просушить глаза стерильными сухими ватными тампонами.
Обработки носа
Алгоритм обработки носа:
— приготовить тугой ватный жгутик;
— смочить жгутик в стерильном растительном масле;
— вращательными движениями продвинуть жгутик вглубь носового хода на 1-1,5см.Важно!
Категорически запрещается очищать нос плотными предметами (ватными палочками, например).
Алгоритм обработки ушей:
— приготовить тугие ватные жгутики для каждого уха;
— смочить жгутик стерильным растительным маслом;
— продвинуть его вращательными движениями в глубь слухового прохода на 1-1,5 см.
Важно!
Категорически запрещается очищать слуховой проход твёрдыми предметами (ватными палочками, например).
Приложение18

Практическое занятие

Роль акушерки в уходе за новорождённым при флегмоне новорождённых. Роль акушерки в уходе за новорождённым при конъюнктивите новорождённых. Роль акушерки в уходе за новорождённым при везикулопустулёзе новорождённых.

Возбудителем флегмоны новорожденных является
А) сапрофитная флора новорожденного
Б) простейшие
В) вирус
Г) стафилококк
Везикулопустулез это:
1. стафилококковый перипорит
2. пузырчатка новорожденных
3. пемфигус
4. транзиторное состояние
Первичным элементом везикулопустулёза новорождённых является:
а) пятно;
б) пузырёк;
в) эрозия;
г) чешуйка
При флегмоне новорожденных первичный воспалительный процесс локализуется
А) в подкожной клетчатке
Б) в слизистой оболочке
В) в лимфатических сосудах кожи
Г) в коже
При флегмоне новорожденных чаще отмечается
А) нормальная температура, изредка субфебрилитет
Б) периодическое повышение температуры на протяжении всего заболевания
В) субфебрильная температуры до прекращения некроза
Г) высокая температура (39-400С) в первые дни заболевания и резкое ее снижение после прекращения некроза клетчатки
Лечение везикулопустулёза заключается в:
а) назначении антибиотиков парентерально;
б) гигиенических ваннах с применением дезинфицирующих средств;
в) применении бификола;
г) специфической иммунотерапии.
Закапывание новорожденному на конъюнктиву 30% раствора сульфацила натрия производится с целью:
А) профилактики сужения носо-слезного канала,
Б) профилактики гонобленореи,
В) профилактики ретинопатии,
Г) профилактики кровоизлияний в склеру

Правильный ответ: Б) так как в других представленных случаях применение сульфацила натрия не имеет смысла, а при гонобленорее необходим бактерицидный эффект

При какой внутриутробной инфекции чаще всего наблюдается конъюнктивит?

А) хламидийной

Б) токсоплазменной

В) микоплазменной

Г) герпетический

При везикулопустулезе наблюдается:

1. выраженная интоксикация
2. пузыри 1-3 мм в диаметре
3. положительный симптом Никольского
4. после выздоровления остаются участки депигментации

Приложение19

Практическое занятие

Роль акушерки в уходе за кожным пупком, амниотическим пупком новорождённого

Роль акушерки в уходе за пупочной грыжей и при фунгусе пупка новорождённого

Назовите врожденные заболевания пупочной области.

а) амниотический пупок

б) фунгус пупка

в) эмбриональная грыжа пупочного канатика

г) свищи пупка

д) пупочная грыжа

Что такое фунгус пупка?

а) воспаление пупочной раны

б) разрастание грануляционной ткани при длительно незаживающей пупочной ране

в) порок развития, при котором часть органов брюшной полости располагается в пупочных оболочках

Только что родившийся ребенок перед перевязкой пуповины должен располагаться:

А) ниже плаценты,

Б) выше плаценты,

В) на уровне плаценты,

Г) положение ребенка по отношению к плаценте не имеет значения

Правильный ответ: а) так как в противном случае кровь от плода по пупочным сосудам оттекает в плаценту.

Пупочная ранка у новорожденного обрабатывается:

А) 0.1% раствором нитрата серебра,

Б) 3% раствором перекиси водорода,

В) физраствором,

Г) 96% раствором спирта

Д) 3-5% раствором перманганата К,

Е) 3% раствором перекиси водорода + раствор бриллиантиновой зелени

Правильный ответ: Е), так как в этом случае достигается полная санация пупочной ранки и не происходит образования плотной корочки, под которой может развиться воспалительный процесс.

Для фунгуса пупка у новорожденного характерно:

а) серозное отделяемое из пупочной раны

б) отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемой из пупочной раны

в) положительный симптом Краснобаева

г) язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями

д) грибовидная опухоль на дне пупочной раны

Назовите врожденные заболевания пупочной области.

а) амниотический пупок

б) фунгус пупка

в) эмбриональная грыжа пупочного канатика

г) свищи пупка

д) пупочная грыжа

Перечислите симптомы пупочной грыжи:

_____

_____

Приложение20

Практическое занятие

Тактика акушерки при выявлении ребёнка с гнойно-воспалительными заболеваниями

При гнойном омфалите у новорожденного местно используются:

а) 3% раствор перекиси водорода

б) 3% раствор перекиси водорода, 1% раствор бриллиантового зеленого

в) 3% раствор перекиси водорода, 5% перманганата калия, ляпис

Подкожные узлы при псевдофурункулёзе не локализуются на:

а) волосистой части головы;

б) задней поверхности шеи;

в) коже спины;

г) коже ягодиц;

Инфекционными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки у новорожденных являются:

а) склерема

б) адипозонекроз

в) токсическая эритема

г) эпидемическая пузырчатка

д) эксфолиативный дерматит Риттера

е) буллезный эпидермолиз

Инфекционное заболевание кожи новорожденного

а) потница;

б) пузырчатка;

в) опрелости;

г) эритема.

Лечение детей с инфекционными заболеваниями пупочной ранки проводится:

а) амбулаторно;

б) в детском хирургическом отделении;

в) в отделении новорождённых родильного дома;

г) в отделении патологии новорождённых детской больницы;

Пупочную ранку новорожденного при появлении гнойного отделяемого обрабатывают раствором:

а) 0,9% хлорида натрия;

б) 3% перекиси водорода;

в) 0,5% хлорамина;

г) 5% йода.

Для септикопиемической формы сепсиса новорожденных характерно:

а) наличие гнойных очагов, отсутствие инфекционного токсикоза

б) выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов

в) выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие метастатических гнойных очагов

При гнойном омфалите новорожденных местно можно использовать:

а) 3% раствор перекиси водорода

б) 3% раствор перекиси водорода + 2% раствор бриллиантового зеленого

в) ляпис

г) 3% раствор перекиси водорода + 5% раствор йода

К группе пиодермий относятся

а) потница;

б) опрелости;

в) омфалит;

г) пузырчатка новорождённого.

Клинические проявления гнойного омфалита характеризуются:

а) грибовидная опухоль на дне пупочной раны, лихорадка

б) отек, гиперемия пупочной раны
в) гнойное отделяемое из раны
г) язвочка с подрытыми краями, лихорадка
д) инфильтрация пупочного кольца, лихорадка

Простая форма омфалита известна под названием

а) «вялый пупок»;
б) «мокнущий пупок»;
в) «сухой пупок»;
г) «грязный пупок.

Основным мероприятием при пузырчатке новорожденных является:

а) лечение антибиотиками всех контактных детей с больным;
б) немедленный перевод больного в детский стационар;
в) контактным детям проводится обработка кожи отваром чистотела;
д) больного ребёнка переводят в изолятор отделения новорождённых

Обработка пустул у новорожденных проводится

а) 1% бриллиантового зеленого;
б) 4% перманганата калия;
в) 5% перекиси водорода;
г) 10% хлорида натрия.

Приложение21

Практическое занятие

Роль акушерки в профилактики вирусных и бактериальных инфекций новорожденного ребёнка.

СНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИЯВЛЯЕТСЯ

А) предупреждение обострений заболевания
Б) предупреждение воздействия факторов риска развития заболеваний
В) предупреждение возникновения инвалидности
Г) все вышеперечисленное

ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ БЦЖ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

А) туберкулеза
Б) дифтерии
В) коклюша
Г) кори

Укажите наиболее опасный источник вирусной инфекции в родильном доме

А) больные ОРВИ беременные или родильницы
Б) больной ОРВИ персонал
В) больные дети в инкубационном периоде
Г) больные дети со стертыми формами заболевания

Какие пневмонии встречаются чаще у недоношенных детей

А) ранние бактериальные
Б) вирусно-бактериальные
В) аспирационные
Г) абсцедирующие

Самой частой причиной развития некротизирующего энтероколита у недоношенных детей является

А) асфиксия в родах
Б) нарушение колонизационной резистентности кишечника
В) вирусная инфекция
Г) бактериальная инфекция

Для вирусного гепатита А характерно все перечисленное, кроме

А) острого начала заболевания
Б) цикличности течения
В) лихорадки и диспепсических явлений в преджелтушном периоде
Г) улучшения самочувствия при появлении желтухи
Д) выраженного респираторного и суставного синдрома

Какая бактериальная инфекция реже вызывает ДВС-синдром

А) менингококковая
Б) грам-отрицательная
В) стрептококковая
Г) стафилококковая

При бактериальном поражении открытого артериального протока наблюдается

А) увеличение селезенки
Б) лихорадка
В) увеличение СОЭ
Г) анемия
Д) одышечно-цианотичные приступы

Приложение22

Практическое занятие

Участие при заборе материала на вирусологическое и бактериологическое исследования

Ответьте на вопросы:

1. **Подготовка к забору крови для вирусологического исследования**
2. **Забор фекалий для вирусологического исследования**
3. **Правила подготовки к отбору проб и отбор проб на диагностические исследования в лабораторию особо опасных инфекций (кровь, фекалии, моча)**
4. **Общие требования к процедуре забора образцов для бактериологического исследования**

Эталон ответов:

1. Подготовка к забору крови:

- для проведения исследования методом ИФА забор крови проводят натощак из локтевой вены одноразовой иглой (диаметр 0,8 − 1,1мм) в одноразовые пробирки без антикоагулянта;
- для проведения исследования методом ПЦР забор крови производят натощак или через 3 часа после приема пищи из локтевой вены одноразовой иглой (диаметр 0,8 − 1,1мм) в специальную вакуумную систему (сиреневые крышки − 6% ЭДТА) или одноразовым шприцем в специальные пластиковые пробирки, содержащие капельку ЭДТА.

2.Забор фекалий для исследования:

У грудных детей фекалии собирают из подгузника, у пациентов старшего возраста - из помещенного в горшок одноразового полиэтиленового пакета.

Примерно 10г фекалий, что соответствует величине 2 ногтей большого пальца взрослого человека, переносят в специальный одноразовый пластиковый стерильный контейнер и закрывают завинчивающейся крышкой. До отправки в лабораторию пробу можно хранить при температуре 2- 8°С в течение 1 суток.

3.Правила подготовки к отбору проб и отбор проб на диагностические исследования в лабораторию особо опасных инфекций (кровь, фекалии моча)

Подготовка к забору крови:

- для проведения исследования методом ИФА, РПГА, РА забор крови проводят натощак из локтевой вены одноразовой иглой (диаметр 0,8 − 1,1мм) в одноразовые пробирки без антикоагулянта;
- для проведения исследования методом ПЦР забор крови производят натощак или через 3 часа после приема пищи из локтевой вены одноразовой иглой (диаметр 0,8 − 1,1мм) в специальную вакуумную систему (сиреневые крышки − 6% ЭДТА) или одноразовым шприцем в специальные пластиковые пробирки, содержащие капельку ЭДТА.

Забор фекалий для исследования:

У грудных детей фекалии собирают из подгузника, у пациентов старшего возраста - из помещенного в горшок одноразового полиэтиленового пакета.

Примерно 10г фекалий, что соответствует величине 2 ногтей большого пальца взрослого человека, переносят в специальный одноразовый пластиковый стерильный контейнер и закрывают завинчивающейся крышкой. До отправки в лабораторию пробу можно хранить при температуре 2- 8°С в течение 1 суток.

Биоматериал: моча - собирается в одноразовый стерильный контейнер с завинчивающейся крышкой.

Правила сбора:

1.Брать материал на анализ до начала антибактериального лечения, либо через 2-3 недели после отмены этих препаратов.

2. Отбор материала утренней порции мочи, после ночного воздержания.

3. Провести тщательный туалет наружных половых органов.

4. Стерильную баночку открыть, не касаясь внутренней поверхности крышки.

5. Среднюю порцию мочи собрать в количестве 3-5 мл.

6. Доставить в лабораторию в течение 2-х часов.

4. Общие требования к процедуре забора образцов для бактериологического исследования

Материал для исследования забирать до начала антибактериальной терапии (АБТ) – в стационаре при необходимости незамедлительного назначения АБТ материал берется сразу при госпитализации пациента.

При сборе и транспортировке исследуемого материала необходимо соблюдать соответствующие меры предосторожности – использовать средства индивидуальной защиты – перчатки, маски (образцы проб считать инфицированными!).
Материал должен соответствовать инфекционному процессу (например, мокрота, а не слюна; отделяемое из глубины раны, а не с ее поверхности). Забор проб, требующих использования инвазивных методов, должен производить врач. Пробы отбираются из тех мест, где присутствуют и размножаются микроорганизмы (непосредственно из очага поражения) и собираются в стерильные транспортные емкости, которые предназначены для сбора и транспортировки конкретного вида материала.
Необходимо отбирать достаточное количество материала. Надлежащим образом маркировать контейнер с материалом и заполнять сопроводительный документ (направление) с указанием наименования материала для исследования, даты и времени его взятия; ФИО, пола и возраста пациента; названия учреждения, диагноза (показания для бактериологического исследования), предшествующей антибактериальной терапии; фамилии и подписи врача, направившего материал для проведения бактериологического исследования; контактного телефона.
Наружные стенки контейнера и сопроводительный документ (направление) не должны быть контаминированы биологическим материалом.
При транспортировке клинического материала необходимо обеспечить сохранение жизнеспособности возбудителя (например, хранение образцов ликвора и крови при температуре 35–37 °С).
Транспортировать полученный образец в лабораторию в максимально сжатые сроки – обычно в течение 1,5–2 часов от момента забора. Допускается хранение некоторых образцов (кроме образцов, полученных из стерильных в норме локусов) в холодильнике (при 4 °С), но не более 24 часов. Хранение материала в коммерческих транспортных средах возможно при комнатной температуре в течение 48–72 часов.
Пробы транспортируются в герметично закрытом контейнере (переносках, укладках) с использованием мер, защищающих от проливания биологических жидкостей.

Приложение23

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на внутриутробную инфекцию у новорождённых.

На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает
-:лейкоцитоз 10 000 в мм3
+:увеличение IgM
-:лимфоцитоз 50%
-:снижение IgG

С какого месяца внутриутробного развития плод способен вырабатывать антитела при встрече с антигеном
-:с 3-4 месяцев
+:с 5-6 месяцев
-:с 7-8 месяцев
-:с 9 месяца

При какой внутриутробной инфекции чаще всего наблюдается конъюнктивит

-:при токсоплазмозе
-:при микоплазмозе
+:при хламидиозе
-:при цитомегалии
Какой из перечисленных факторов оказывает наиболее неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода в первые 2 месяца беременности
-:повышенные физические нагрузки
+:вирусные инфекции
-:неправильное питание
-:токсикоз 1-й половины беременности
Какой фактор в большей степени определяет клиническую картину при внутриутробных инфекциях
+:сроки внутриутробного поражения
-:токсичность возбудителя
-:путь проникновения инфекции
-:состояния реактивности организма плода
Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть
+:аспирационная пневмония
+:язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит
+:гнойный лептоменингит, остеомиелит
-:аллергический дерматит
Для диагностики внутриутробного листериоза у новорожденного ребенка имеют значение
+:контакт матери с животными
+:повышение температуры с ознобом и явления пиелита у матери во время беременности
+:наличие в анамнезе самопроизвольных абортов после 5-го месяца беременности
-:курение матери во время беременности
Какие изменения в периферической крови наиболее характерны для недоношенного ребенка с развернутой картиной внутриутробного сепсиса
+:лейкоцитоз со сдвигом формулы влево -:лимфоцитоз-:моноцитоз
На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го дня жизни может с большей достоверностью указывать
+:увеличение IgM
-:увеличение IgG
-:лейкоцитоз - 20 000 в мм3
-:нейтрофилез 80%
-:температурная реакция в пределах 37.2^{0}С

Приложение24

Практическое занятие

Тактика акушерки при риске развития врожденных и наследственных заболеваний.

Какой параметр не используется при классификации наследственных болезней
+:периоды внутриутробного развития
-:синдромальный
-:тип наследования
-:морфология хромосом
Чаще встречаются наследственные заболевания
-:хромосомные
-:генные
+:болезни с наследственным предрасположением
Наименее точное прогнозирование заболевания в семье возможно при типе наследования
-:доминантном
-:рецессивном
-:сцепленным с полом
+:полигенном
Какое заболевание не относится к группе хромосомных
-:болезнь Дауна

+:синдром Альпорта
-:синдром Шерешевского - Тернера
-:синдром Пату
Для синдрома "кошачьего крика" характерно
+:делеция плечика 5-й пары хромосом
-:транслокация 21-й хромосомы
-:кольцевидная хромосома 18-й пары
-:отсутствие Х-хромосомы
К наследственным нарушениям обмена билирубина не относится
-:болезнь Криглера - Найяра
-:болезнь Жильбера
-:болезнь Ротера
+:прегнановая желтуха
Доминантный ген отца локализован в Х-хромосоме. Кто из детей может заболеть
-:мальчик
-:девочка
-:все дети будут здоровы
+:могут заболеть и мальчики, и девочки
Для синдрома Шершевского - Тернера не характерно
-:мужской кариотип по данным анализа на хроматин
-:аменорея
+:высокий рост
-:пороки развития сердечно-сосудистой системы
-:крыловидная складка шеи
Показанием к переводу новорожденного ребенка из родильного дома в больницу является
+:инфекционное заболевание
+:тяжелая гипотрофия
+:подозрение на наследственную патологию
-:частые срыгивания

Приложение25

Практическое занятие

Тактика акушерки при подозрении на развитие сепсиса у новорождённых

1. Сепсис новорождённых может возникнуть в послеродовый период, то есть:
а - перинатально
б - постнатально
в - внутриутробно
г - нисходящим путём
2. Инфицирование новорождённых может произойти по причине (выбрать один неправильный ответ)
а - кесарева сечения
б- наследственные заболевания (муковисцидоз, целиакия, дисахаридная недостаточность)
в- искусственное вскармливание
г- длительный безводный период
д- перинатального поражения ЦНС
е- ранее грудное вскармливание
ж- бактериального вагиноза и мастита у матери
з- нерациональная а/биотикотерапия
3. Перинатально возникший сепсис — это инфицирование
а- через родовые пути
б- гематогенным путём
в- лимфогенным путём

г- контактным путём — от стенок матки
д- восходящим путём
4. Внутриутробный сепсис следует заподозрить в случае:
а- замедленного роста плода
б- женского пола плода
в- регистрации врождённых
г- сахарного диабета у матери (когда наблюдается нарушение структуры лейкоцитов у женщин и ребёнка)
д- низкого социально-экономического уровня жизни родителей
5. Указать наиболее частого возбудителя сепсиса новорождённых (один правильный ответ)
а- стафилококковым
б- стрептококк
в- клебсиела
г- протей
д- кишечная палочка
е- грибы Кандида
ж- синегнойная палочка
6. Сепсис у недоношенных развивается
а- в 10 % случаев
б- в 60 % случаев
в- в 90 % случаев
г- в 10 % случаев
7. Пупочный сепсис — это ...
а- сепсис пупка
б- сепсис возникший при проникновении м\о через пупок
в- сепсис входные ворота которого неизвестны
г- катетеризационный сепсис
8. Указать причины, влияющие на необнаружение возбудителя в крови анаэробных условий
а- несоблюдение анаэробных условий
б- получение ребёнком антибиотика
в- несоблюдение асептики
г- неадекватная подготовка гемокультуры (малое количество несвоевременная транспортировка неадекватная питательная среда)
д- испуг ребёнка при заборе крови
9. Указать плановые диагностические процедуры при неонатальном сепсисе:
а- общий анализ крови мочи
б- бактериальное исследование крови
в- люмбальная пункция при подозрении на менингит
г- кал на я/глист
д- исследование аспирата из желудка, трахеи
е- мазок на этеробиоз
ж- Ron грудной клетки
з- бак исследования отделяемого из пупочной ранки зева глаз кала
и- биохимический анализ крови (протеинограмм КОС электролиты)
10. При сепсисе новорождённого прогноз:
а- благоприятен
б- неблагоприятен
в- серьёзен
г- сомнителен
11. Профилактика сепсиса новорождённых:
а- гормонотерапия беременной
б- гормональное лечение ребёнка
в- введение парэнтерально препаратов железа
г- акушерские вмешательства
д- внутривенно жировые эмульсии
е- зондовые кормления
ж- нет правильного ответа

Приложение26

Практическое занятие

Профилактика гнойно-септических заболеваний у новорожденных.

Чаще всего гнойно-септические заболевания у новорождённых вызываются:
А) стафилококками
Б) стрептококками
В) гонококками
Г) синегнойной палочкой
Д) грибами
2. Укажите инфекционное заболевание кожи, вызванное стафилококками:
А) интертригинозная стрептодермия, везикулопустулез, пузырчатка,
Б) эксфолиативный дерматит Риттера, рожистое воспаление, везикулопустулез
В) некротическая флегмона, пузырчатка, эксфолиативный дерматит Риттера
Г) везикулопустулез, пузырчатка, гонобленорея,
Д) везикулопустулез, пузырчатка, эксфолиативный дерматит Риттера
3. У новорожденного на коже ягодиц появились мелкие пузырьки размером до нескольких миллиметров, заполненные прозрачным содержимым, затем содержимое помутнело. Через 3 дня везикулы лопнули, образовались эрозии, которые затем покрылись сухими корочками. После выздоровления рубцов и пигментаций на коже не осталось. Ваш диагноз:
А) пузырчатка новорожденных
Б) эксфолиативный дерматит Риттера
В) некротическая флегмона
Г) везикулопустулез
Д) рожистое воспаление
4. Чем проводят профилактику гонобленореи новорожденным:
А) 70% этиловым спиртом

Б) 1% раствором брилиантовой зелени
В) 0,5% гидрокортизоновой мазью
Г) 5% раствором перманганата калия
Д) 1,0% тетрациклиновой мазью
5. Как называется воспаление кожи и подкожной клетчатки в области пупка новорожденного:
А) пемфигус
Б) омфалит
В) кольпит
Г) мастит
Д) орхит
6. У новорожденного обнаружено серозное отделяемое из пупочной ранки, легкая гиперемия и незначительная инфильтрация пупочного кольца. Общее состояние ребенка не нарушено, изменений в анализе крови нет, пупочные сосуды не пальпируются. Ваш диагноз:
А) гнойный омфалит
Б) катаральный омфалит
В) гангренозный омфалит
Г) гнойный омфалит и громбартериита пупочные артерии
Д) гнойный омфалит и тромбофлебит пупочной вены
7. У новорожденного на коже появилось плотное красное пятно. Очаг поражения быстро распространился. Через 2 дня пораженные участки кожи приобрели багрово-синюшный оттенок, в центре появилось размягчение, затем омертвевшие слои кожи отторглись и образовались раневые поверхности с подрытыми краями и гнойными карманами. На фоне лечения раневая поверхность эпителизировались и образовались рубцы. Ваш диагноз:
А) пузырчатка новорожденных
Б) эксфолиативный дерматит Риттера
В) некротическая флегмона
Г) везикулопустулез
Д) рожистое воспаление
8. У новорожденного на слизистой оболочке полости рта образовался белый творожистый налёт, при удалении которого появились кровоточащие поверхности. Ваш диагноз:
А) кандидозный стоматит
Б) дифтерийное поражение полости рта
В) гнойный стоматит
Г) герпетическое поражение полости рта
Д) неспецифический стоматит
9. Гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки с последующим её расплавлением и некрозом кожи у новорожденных называется:
А) некротическая флегмона
Б) пузырчатка
В) дерматит
Г) пемфигоид
Д) абсцесс
10. Профилактику гонобленнореи проводят:
А) сразу после рождения
Б) на 2-3 сутки
В) на 5-6 сутки
Г) через 2 недели
Д) через 1 месяц

Приложение27

Практическое занятие

Уход и лечение кандидозов новорожденного ребёнка. Тактика акушерки при выявлении кандидозов новорожденного ребёнка

Для неинвазивной формы кандидоза характерно

1) инвазия внутрь органа
2) отсутствие превращения грибка в нитчатую форму
5) развитие кандидемии
4) формирование биопленки

Для профилактики грибковых осложнений у новорожденных используется

1) амфотерицин В
2) вориконазол
3) микафунгин
4) флуконазол

Инвазивный кандидоз чаще наблюдается в органах, выстланных

1) многослойным плоским эпителием
2) однослойным многорядным эпителие
3) переходным эпителием
4) цилиндрическим эпителием

В биохимическом анализе крови при инвазивном кандидозе часто отмечаются

1) непрямая гипербилирубинемия
2) повышение уровня креатинина
3) повышение уровня мочевины;
4) повышение уровня ферментов цитолиза

Для инвазивной формы кандидоза характерно

1) избыточный рост его колоний на слизистых или в просвете полого органа,
2) инвазия внутрь органа,
3) отсутствие превращения грибка в нитчатую форму;
4) развитие кандидемии

5) формирование биопленки

Для кандидозного менингита характерно

1) гипертензионно-гидроцефальный синдром
2) малосимптомное течение
3) ярко выраженная температурная реакция
4) ярко выраженные симптомы системной воспалительной реакции.

В результате снижения цитотоксичности клеточных реакций грибы рода Candida

1) паразитируют в макрофагах
2) подавляют синтез нейтрофилов
3) стимулируют синтез лизоцима
4) угнетают синтез иммуноглобулина А.

Амфотерицин В назначается

1) в случае подтверждения грибкового поражения ЦНС
2) при выявлении C.albicans и C.non-albicans, резистентных к флуконазолу
3) при отсутствии клинического эффекта от флуконазола спустя 48-72 ч после начала лечения;
4) при подозрении на кандидоз, вызванный C.albicans

Высокий процент незавершенного Фагоцитоза при кандидозе связан с

1) дефицитом Ил-1альфа
2) недостаточностью перфорина
3) отсроченной выработкой иммуноглобулина М
4) снижением уровня фактора некроза опухоли

В клиническом анализе крови при инвазивном кандидозе часто отмечаются

1) лейкоцитоз
2) лимфопения
3) тромбоцитопения
4) эозинофилия

Для кандидозного менингита характерно

1) гипертензионно-гидроцефальный синдром;
2) малосимптомное течение:
3) ярко выраженная температурная реакция,
4) ярко выраженные симптомы системной воспалительной реакции.

Врожденный Кандидоз развивается

1) впервые 12 суток
2) впервые 6 суток:
3) манифестирует в первые 28 суток,
4) обязательно отмечается в первые сутки.

Для инвазивной формы кандидоза характерно

1) избыточный рост его колоний на слизистых или в просвете полого органа:
2) инвазия внутрь органа
3) отсутствие превращения грибка в нитчатую форму
4) развитие кандидемии
5) формирование биопленки

Приложение28

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на врождённую краснуху у новорождённых

1.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КРАСНУХИ ВСТРЕЧАЕТСЯ
а) появление пятнистой сыпи с первых дней болезни
б) повышение температуры тела
в) увеличение затылочных лимфоузлов
г) ангина
д) катаральный синдром
2.ДЕТИ МОГУТ ИНФИЦИРОВАТЬСЯ ВИРУСОМ КРАСНУХИ
а) трансплацентарно
б) через грудное молоко
в) воздушно-капельным путем
3.ОСЛОЖНЕНИЯМИ КРАСНУХИ МОГУТ БЫТЬ
а) паротит
б) лимфаденит
в) энцефалит
г) артрит
4.ДЛЯ КРАСНУШНОЙ ЭМБРИОФЕТОПАТИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ НА КОЖЕ
а) да
б) нет
5.ПРИ КАКОЙ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПОРОК СЕРДЦА
а) листериоз
б) сифилис
в) краснуха
г) токсоплазмоз
6.ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВАКЦИНЫ
а) живая
б) химическая
в) живая ассоциированная
г) рекомбинантная
7.ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ КРАСНУХОЙ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
а) анемия
б) лейкопения
в) относительный лимфоцитоз
г) появление плазматических клеток до 10-30%
д) нормальная СОЭ
8.ВЫБЕРИТЕ ХАРАКТЕР ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ КРАСНУХЕ
а) пятнисто-папулезная, розового цвета на неизмененном фоне кожи
б) уртикарная, неправильной формы
в) папулезно-везикулезная
г) геморрагическая
9.ВРОЖДЕННАЯ КАТАРАКТА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗДЕЙСТВИИ ВИРУСА НА ПЛОД В ПЕРИОД
а) эмбриогенеза б) фетогенеза
10.ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ КРАСНУХИ
а) трансплацентарно
б) через грудное молоко
в) воздушно-капельным путем

г) контактно-бытовым путем
д) фекально-оральным путем
Эталон ответов: 1. а, б, в, д 2. а, в 3. в 4. а 5. а, в 6. а 7. б, в, г, д 8. а 9. б 10. а, в

Приложение29

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на цитомегаловирусную инфекцию у новорождённых

1. Цитомегаловирусам свойственно:
а) устойчивость к высоким температурам
б) тератогенность
в) иммуносупрессивное действие
г) термолабильность

2. При внутриутробном инфицировании цитомегаловирусы могут приводить к:
а) недоношенности
б) мертворождению
в) генерализованной форме
г) нарушению органогенеза

3. Инфицирование цитомегаловирусами возможно при:
а) гемотрансфузиях
б) половых контактах
в) поцелуях
г) при вдыхании воздуха, контаминированного возбудителем
д) вертикальной передачи от матери к плоду

4. Цитомегаловирусной инфекции свойственно:
а) убиквитарное распространение
б) цикличность
в) сезонность
г) отсутствие профессиональных особенностей в распределении сероконверсии
д) зависимость частоты инфицирования от возраста

5. Реактивации латентной инфекции способствуют:
а) длительное применение глюкокортикоидов
б) снижение иммунитета
в) беременность
г) применение цитостатиков
д) переохлаждение

6. Цитомегаловирусы встречаются:
а) протоках слюнных желез
б) в эритроцитах
в) почках

7. Образование цитомегалов может приводить:
а) к развитию узелковых инфильтратов
б) к развтию кальцификатов
в) может вызвать развитие фиброза внутренних органов
г) не приводит к очаговым изменениям внутренних органов

8. Цитомегаловирус обладает:
а) медленной репликацией
б) невысокой цитопатогенностью
в) поликсенностью
г) способность к длительной персистенции в лимфоидных тканях
д) способностью подавлять клеточный иммунитет

9. Латентная приобретенная цитомегаловирусная инфекция имеет вид:
а) бессимптомного носительства
б) изолированного поражения слюнных желез
в) мононуклеозоподобной формы
г) грипоподобной формы

10. Острая форма приобретенной цитомегаловирусной инфекции проявляется:

а) пороками развития
б) геморрагическим синдромом
в) желтухой и гетаполиенальным синдромом
г) поражением черепных нервов
д) мононуклеолзоподобной формой
11. Хроническая форма врожденной цитомегаловирусной инфекции проявляется:
а) гидроцефалией
б) поражением внутренних органов
в) глухотой
г) слепотой
д) микрогирией
12. В лабораторной диагностике цитомегаловирусной инфекции используют:
а) цитоскопию слюны, мочи
б) ПЦР
в) определение IgM-IgG –антител
г) бактериологический метод
д) обнаружение цитомегалических клеток в биобтатах
13. Передача цитомегаловирусной инфекции с донорской кровью
а) возможна
б) невозможна
14. Достоверным подтверждением цитомегаловирусной инфекции является обнаружение в осадках слюны и мочи специфических клеток называемых -------
15. При инфицировании цитомегаловирусом в поздние сроки беременности у новорожденного выявляются
а) гепатомегалия
б) олигурия
в) ангина
г) желтуха
д) геморрагический синдром
е) пороки развития
16. В анализе крови при цитомегалии выявляются
а) лейкоцитоз
б) лейкопения
в) плазмоцитоз
г) тромбоцитопения
д) нейтрофилез
17. Диагноз фетального гепатита подтверждается
а) повышением уровня непрямого билирубина
б) повышением уровня прямого билирубина
в) повышением уровня остаточного азота
г) повышением активности трансаминаз
д) гиперкалиемией
18. Для врожденной цитомегаловирусной инфекции развитие менингоэнцефалита
а) характерно
б) не характерно
19. При тяжелых формах врожденной цитомегаловирусной инфекции назначают
а) цитотект
б) зовиракс
в).ганцикловир

Приложение30

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на герпетическую инфекцию новорождённых

Задача:

Девочка Д., 12 дней, рождена от матери, страдающей генитальным герпесом.

Беременность протекала на фоне токсикоза, рецидива генитального герпеса в 36-37 недель.

Роды срочные, безводный период 12 часов. Оценка по шкале Апгар 6-8 баллов.

Масса тела при рождении 2950 г. В периоде ранней адаптации повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук.

На 13 день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрышкой и прозрачным содержимым, нарастающая желтушность кожных покровов и склер. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, температура 38,7ºС, частые срыгивания, беспокойство, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Выбухание и пульсация большого родничка, расхождение сагиттального шва на 0,3 см. Серологические маркеры в реакции ИФА:

анти-CMV IgM (-), анти-CMV IgG (+); индекс авидности – 90%

анти ВПГ IgM (+), анти-ВПГ IgG(+), индекс авидности – 25%.

Общий анализ крови: HGB – 172 г/л, RBC – 4,6×10 12 /л, PLT – 190×10 9 /л, WBC – 10,0×10 9 /л, NEUT – 31% (П – 1%, С – 30%), LYM – 54%, MON – 15%, СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, билирубин: общий – 310 мкмоль/л, прямой – 170 ммоль/л, АЛТ – 64 Ед/л (N-до 40), АСТ – 48 Ед/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,2 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости: на 16 день жизни: прозрачность – мутная, белок 1,6 г/л, реакция Панди +++, цитоз – 350×106 /л: нейтрофилы 25%, лимфоциты 75%.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Охарактеризуйте основные свойства возбудителя, особенности инфицирования.
3. Укажите клиническую классификацию врожденного процесса.
4. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения больного.
6. Оцените прогноз и исходы данного заболевания. Существует ли перинатальная профилактика данного заболевания?
7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ответ к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Врожденная герпетическая инфекция, генерализованная: менингоэнцефалит, гепатит, гепатит, кожно-слизистая форма. Диагноз поставлен на основании неблагоприятного антенатального периода (рецидив генитального герпеса в 36-37 нед, токсикоз), клинических данных: патологическая неврологическая симптоматика (в периоде ранней адаптации повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, с 13 дня - срыгивания, беспокойство, гиперестезия, клонико-тонические судороги, синдром ВЧГ); экзантема (на туловище, конечностях, слизистой рта везикулярные высыпания), нарушение билирубинового обмена (желтушность кожи, склер), интоксикационный синдром (t 38,7ºС, вялость), в сочетании с результатами лабораторного исследования: в ИФА: анти ВПГ IgM (-), антиВПГ gG(+), индекс авидности 25%, в ликворе – повышение содержания белка, лимфоцитарный плеоцитоз, билирубинемия с увеличением прямой фракции, цитолитический синдром (повышение АЛТ, АСТ).

1. Охарактеризуйте основные свойства возбудителя, особенности инфицирования. ВПГ относится к семейству герпесвирусов (герпесвирус 1-2 типов). Характерна повсеместная распространенность (убиквитарность), термолабильность, способность к длительной персистенции, онкогенность, иммунотропность, пантропизм, некротический потенциал, геном представлен ДНК. ВПГ 1 типа является «орофациальным», 2 – «генитальным». Является антропонозной инфекцией. При первичной инфекции вирус реплицируется в месте инвазии с развитием вирусемии. Латентная фаза происходит в сенсорных ганглиях, вирус реактивируется при иммуносупрессии, распространяясь неврогенно. Свойство вируса вызывать некроз тканей определяет значительную тяжесть остаточных явлений. Риск первичного заражения герпесом во время беременности составляет 1,7-3,7%. проявления генитального герпеса наблюдаются только у 25% инфицированных. Наибольший риск инфицирования имеет место при первичном заражении матери после 32 недели беременности (40-50%). Пути заражения вирусом простого герпеса: трансплацентарный (5-10%); интранатальный, при прохождении через родовые пути (85-90%). К

факторам риска инфицирования новорожденного относятся инвазивные акушерские процедуры (амниотомия, пособия в родах), длительный безводный промежуток в родах, дискордантная пара (серонегативная женщина и серопозитивный партнер – риск сероконверсии во время беременности – 10%).

3. Укажите клиническую классификацию врожденного процесса.

Классификация: генерализованная форма; локализованная: церебральная, слизистокожная; резидуальная; субклиническая; по тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая.

4. Оцените результаты дополнительных методов исследовании.

ИФА: анти ВПГ IgM (+), анти-ВПГ IgG(+), индекс авидности 25%, в ликворе – повышение содержания белка, лимфоцитарный плеоцитоз свидетельствует о менингоэнцефалите. Билирубинемия с увеличением прямой фракции билирубина, цитолитический синдром (повышение АЛТ, АСТ) отражают острый гепатит. В плане обследования – нейросонография, УЗИ печени, ПЦР ДНК ВПГ в содержимом везикул, ликворе; ЩФ, ГГТ, консультация невролога, окулиста, иммунолога.

5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения больного. Лечение:

❑ ацикловир 15 мг/кг через 8 часов внутривенно капельно, развести в 50 мл физиологического раствора, курс 14-21 день; обработка элементов сыпи мазью с ацикловиром, внутривенные иммуноглобулиновые препараты (октагам, иммуновенин, интравеноз, габриглобин) 2-4 мл/кг в сутки через 48 часов №5, гаммимун 2-4 мл в/в 1 раз в месяц. Виферон мес. – виферон 150 тыс. МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки ректально, 5 дней ежедневно, 2-3 курса с 5-дневным перерывом. В дальнейшем – 2 раза в неделю до 6-месячного возраста;

❑ антибактериальная терапия (цефтриаксон 80 мг/кг в 2 в/в введения);

❑ дегидратационная терапия: в/в быстро капельно маннитол 15-20% – 0,25-1,0 г/кг (5-7 мл/кг), медленно капельно 10% р-р глюкозы; фуросемид (лазикс) – 2-5 мг/кг в/в – через 60-90 мин после маннитола;

❑ противосудорожная терапия: диазепам (1 мл – 5 мг) – 0,2-0,5 мг/кг в/в.;

❑ биопрепараты – линекс по 1 порошку 2 р/д; при повышении t выше 38,50С литическая смесь (анальгин 0,1 мл, супрастин 0,1 мл, папаверин 0,2 мл.);

❑ гепатопротекторы и антихолестатические препараты (урсофальк 10 мг/кг в сутки в 1 прием, курс 1 мес.), преднизолон 2-4 мг/кг в/в 3 раза без учёта суточного ритма, 2-3 дня – при развитии отёка мозга; церебропротекторы (цитохром).

1. Оцените прогноз и исходы данного заболевания. Существует ли перинатальная профилактика данного заболевания?

Распространенность неонатального герпеса составляет в среднем 1:5000-7500.

Смертность достигает 50-70%, составляя при локальной форме с поражением кожи и слизистых 18%, при диссеминированной форме – до 90%. Здоровыми остаются только 15% детей, остальные страдают тяжелыми неврологическими заболеваниями.

Резидуальные последствия (у 50-90% выживших детей): микроцефалия; кисты головного мозга; спастические парезы, параличи; слепота; хориоретинит; задержка психомоторного развития; неспособность к обучению.

Основными положениями профилактики перинатального герпеса являются:

❑ Предупреждение инфекции у матери.

❑ Пренатальный мониторинг: избегание инвазивных процедур (электродов, устанавливаемых на головке плода, инвазивный мониторинг состояния женщины).

Противовирусная терапия во время беременности:

❑ Профилактика в родах: обследование женщин на предмет выявления герпетических повреждений во время родов;

❑ Кесарево сечение у женщин с первичным эпизодом ВПГ менее чем за 6 недель до родов или рецидивом инфекции с активными генитальными проявлениями.

7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

TORCH синдром: ЦМВИ, токсоплазмоз, герпетическая инфекция, листериоз, хламидиоз, гепатитами HBV и HCV – инфекции, сифилисом, менингоэнцефалитами.

Приложение31

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на токсоплазмоз у новорождённых

1. Сколько видов токсоплазм существует?

1. 5
2. 1
3. 2
2. В организме промежуточных хозяев токсоплазма может существовать в виде:
1. брадизоидов
2. ооцист
3. трофозоидов
4. тканевых цист
3. В организме окончательного хозяина токсоплазма существует в виде:
1. Трофозоидов
2. Ооцист
3. споцист
4. спорозоидов
5. Тканевых цист
4. Пути передачи токсоплазмозной инфекции
1. алиментарный
2. воздушно-капельный
3. вертикальный
4. контактный
5. парентеральный
5. От человека человеку токсоплазмы могут передаваться
1. воздушно-капельным путем
2. конгенитальным путем
3. половым путем
4. контактно-бытовым путем
6. Токсоплазмоз является маркерной инфекцией
1. клеточного иммунодефицита
2. дефицита гуморального звена иммунитета
7. У большинства больных приобретенный токсоплазмоз протекает как
1. первично-латентная форма
2. хроническая форма
3. острые формы
8. Наиболее частая клиническая форма приобретенного токсоплазмоза
1. энцефалическая
2. висцеральная
3. лимфаденопатическая
4. глазная
9. Высокий уровень риска внутриутробного инфицирования плода отмечается
1. в 1 триместре
2. во 2 триместре
3. в 3 триместре беременности
10. Признаки рентгендиагностики энцефалической формы врожденного токсоплазмоза
1. гидроцефалия
2. кальцификаты
3. дефекты костей черепа
4. анизоорбитальный синдром.
5. остеопороз
11. Методы лабораторной диагностики токсоплазмоза
1. вирусологический
2.цитологический
3. ПЦР диагностика
4. серодиагностика
5. бактериологический
12. Серологические маркеры врожденного токсоплазмоза
1. в реакции ИФА обнаружение анти-Тохо IgM

2. повышение уровня анти- Toxo IgG ко второму полугодию жизни
3. уровень антител анти-Toxo IgG снижается к 4-6 мес жизни
4 обнаружение ДНК токсоплазм методом ПЦР в ликворе
13. Укажите длительность курса этиотропной терапии при врожденном токсоплазмозе
1. 3-5 дней
2. 10 дней
3. 4 недели
4. 8-12 мес
5. 21 день
14. Какова длительность лечения острой формы приобретенного токсоплазмоза?
1. 1 цикл тритерапии
2. 3 цикла тритерапии
3. спирамицин – 10 дней
4. 3 цикла тритерапии + спирамицин
5. амоксициллин – 14 дней
15. Укажите сроки появления специфических IgM при приобретенном токсоплазмозе
1. через 2 недели после инфицирования
2. через 4 недели после инфицирования
3. через 2 мес. после инфицирования
4. через 7 дней после инфицирования
16. Вертикальный механизм передачи может реализоваться путем:
1. контактный
2. трансплацентарный
3. восходящий
4. нисходящий
17. Укажите причины частого поражения глаз и головного мозга при ранних токсоплазмозных фетопатиях
1. тропизм возбудителя
2. задержка санации из-за гемофтальмического и гематоэнцефалического барьеров
3. иммунодефицитное состояние
18. Возможно инфицирование плода у серопозитивной (ТОХО) беременной
1. Да
2.Нет
19. Вероятность прерывания беременности выше при инфицировании в
1. в 1 триместре
2. в 3 триместре
20. Классический симптомокомплекс врожденного токсоплазмоза
1. хориоретинит, кардит, энцефалит
2. хориоретинит, кальцификаты в мозге, гидроцефалия
3. экзантема, гидроцефалия, желтуха
Эталоны ответов:
1. 2 2. 1, 3, 4 3. 2 4. 1. 3, 4 5. 2 6. 1 7. 1 8. 3 9. 3 10. 1, 2, 4 11. 2, 3, 4 12. 1. 2. 4 13. 4 14. 1, 3 15. 1 16. 2 17. 1,2 18. 2 19. 2 20. 2

Приложение32

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на хламидиоз у новорождённых

1. Высокоинфекционной формой хламидий является
1. элементарное тельце 2. ретикулярное тельце
2. Метаболически активная форма хламидий
1. элементарное тельце 2. ретикулярное тельце
3. Наиболее частые клинические формы врожденного хламидиоза
1. пневмония 2. конъюнктивит

3. сепсис 4. генитальный хламидиоз

4. Пути передачи при орнитозе

1. контактно-бытовой
2. трансплацентарный
3. воздушно-капельный
4. воздушно-пылевой
5. пищевой

5. Орнитоз - это

1. антропоноз 2. зооноз

6. Понятие «респираторный хламидиоз» связано

1. Ch. Psittaci,
2. Ch. Pneumoniae
3. Ch. Trachomatis

7. Какие возбудители хламидиоза могут вызывать развитие менингоэнцефалита?

1. Ch. Psittaci
2. Ch. Pneumoniae
3. Ch. Trachomatis

8. Для лечения хламидиоза используют

1. полусинтетические пенициллины
2. макролиды
3. тетрациклины
4. фторхинолоны
5. Цефалоспорины

9. Возбудителем урогенитального хламидиоза является:

1.Ch. Pneumonia
2. Ch. Pecorum
3. Ch. Trachomatis

10. Какие биологические свойства, характерные для бактерий, свойственны хламидиям?

1. облигатные энергетические внутриклеточные паразиты
2. наличие РНК и ДНК
3. наличие клеточной стенки
4. неспособность к синтезу АТФ.

11. Свойства элементарного тельца:

1.метаболически неактивная
2. неинфекционная
3. высокоинфекционная

12. Урогенитальный хламидиоз чаще протекает как:

1.острая инфекция
2. хроническая инфекция
3. латентная инфекция

13. Укажите ведущие пути инфицирования плода и новорожденного хламидиями:

1. трансплацентарный
2. интранатальный
3. восходящий
4.нисходящий

14. Для неонатального хламидоза характерны:

1. эмбриопатии
2. ранние фетопатии
3. поздние фетопатии

15. Для лечения врожденного хламидиоза используют:

1. фторхинолоны
2. макролиды
3. сульфаниламиды
4. тетрациклины

16. Инфицирование плода внутриутробно происходит

1. гематогенно
2. в результате аспирации

3. попадания возбудителя на слизистые оболочки

17. Клинические варианты врожденного хламидиоза у новорожденных детей

1. реактивный артрит
2. пневмония
3. сепсис
4. конъюнктивит

18. Иммунный статус новорожденных с врожденной хламидийной инфекцией характеризуется:

1. депрессией Т-клеточного звена
2. повышением уровня фракций комлемента
3. дисфункцией фагоцитов

19. Лабораторные методы прямой детекции хламидий:

1. цитоскопический
2. ПЦР
3. прямой иммунофлюоресценции
4. иммунноферментный анализ

20. Лабораторные методы обнаружения специфических антител:

1. культуральный метод
2. непрямой иммунофлюоресценции
3. ПЦР
4. ИФА

21. Материалом для лабораторного обследования служат:

1. соскобы с конъюнктивы
2. мокрота
3. мазок из прямой кишки
4. уретры, цервикального канала.

22. Что является лабораторным критерием врожденного хламидиоза?

1. обнаружение хламидий в соскобах-мазках со слизистых
2. выявление типоспецифических иммуноглобулинов IgG
3. выявление антихламидийных IgM и IgG

23. Клинические особенности хламидийной пневмонии

1. постепенно начинается
2. острое начало
3. коклюшеподобный кашель
4. выраженная интоксикация

24. Пневмонии при врожденном хламидиозе у недоношенных манифестирует

1. раньше 2. позже

25. Для пневмонии характерны изменения в гемограмме

1. лейкопения
2. лейкоцитоз
3. ускоренная СОЭ
4. эозинофилия
5. лимфоцитоз

Эталон ответов:

1. 1 2. 2 3. 1,2 4. 3,4 5. 2 6. 2 7. 1 8. 2, 3, 4 9. 3 10. 2 3 11. 1, 3 12. 3 13. 2, 3, 4 14. 2, 3 15. 2 16 2, 3 17. 2, 4 18. 1,3 19. 1 2, 3 20. 2. 4 21. 1, 3, 4 22. 1, 3 23. 1. 3 24. 1 25. 2, 3, 4

Приложение33

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на вирусный гепатит В у новорождённых.

Клиническими проявлениями фетального гепатита являются следующие признаки, кроме:

1. Желтуха
2. Увеличение размеров печени
3. Темная моча
4. Грубый систолический шум
5. Обесцвеченный стул

Диагноз фетального гепатита подтверждается

1. Повышением уровня непрямого билирубина

2. Повышением уровня прямого билирубина и активности трансаминаз
3. Повышением уровня остаточного азота
4. Гиперкалиемией
5. Гипергликемией

Этиологическим фактором фетального гепатита не может быть

1. Цитомегаловирус
2. Листерия
3. Вирус гепатита
4. Алкоголизм матери
5. Токсоплазма

Плановая иммунизация от вирусного гепатита В начинается с

А. трех месяцев
Б. сразу после рождения
В, шести месяцев
Г. с 1 года
Д. с 1,5 лет

Наиболее предпочтительный способ активной иммунизации у новорожденного, родившегося от матери с носительством HBsAg

А. введение вакцины против вирусного гепатита В
Б. введение специфического иммуноглобулина
В, введение иммуноглобулина и вакцины
Г. введение α-интерферонов
Д. введение аналогов нуклеозидов

Какой серологический маркер подтверждает протективный иммунитет против ВГВ?

А. HBsAg
Б. анти-HBc IgG
В, анти-HBs
Г. HBeAg
Д анти-HBe

Плановая вакцинация против вирусного гепатита В проводится

А.однократно
Б.двукратно
В. трехкратно
Г. пятикратно
Д.шестикратно

На современном этапе характерно преобладание следующего пути заражения вирусным гепатитом В

А. полового
Б. гемотрансфузионного
В, трансплацентарного
Г. воздушно-пылевого
Д. гемоконтактного

Инкубационный период при вирусном гепатите В составляет

А. 14-21 день
Б. 10-50 дней
В. 15-60 дней
Г.45-180 дней
Д. 58-70 дней

Для вирусного гепатита В характерно преобладание

А. типичных легких форм болезни
Б. среднетяжелых форм болезни
В. тяжелых форм болезни
Г. злокачественных форм болезни
Д. атипичных форм болезни

Основной путь передачи гепатита В детям первого года жизни

А. грудное молоко
Б. интранатальный

В. контактный
Г. трансплацентарный
Назовите пути передачи ВГВ:
А. воздушно-капельный
Б. парентеральный
В. фекально-оральный
Г. трансмиссивный
Д. интранатальный
Критерии оценки печеночно-клеточной недостаточности по Чайлду-Пью
А. билирубин
Б. протромбиновое время
В. трансаминазы
Г. альбумин
Д. вирусная нагрузка
Злокачественные формы болезни чаще наблюдаются при
А. ВГА
Б. ВГG
В. ВГС
Г. ВГВ
Д. ВГD
Суперинфекция дельта вирусом представляет опасность для больного
А. гепатитом А.
Б. гепатитом В.
В. гепатитом С.
Г. гепатитом TTV.
Наиболее значимым при злокачественной форме вирусного гепатита является синдром
А. почечной недостаточности
Б. дыхательной недостаточности
В. гепатоцеребральный
Г. диспепсический
Д. сердечно-сосудистой недостаточности

Приложение34

Практическое занятие

Роль акушерки при подозрении на ВИЧ у новорождённых.

К какому семейству вирусов относится ВИЧ
1ретровирусы 2.аденовирусы
3.цитомегаловирусы 4.герпесвирусы
Чем представлен геном ВИЧ
1. ДНК, находящийся в сердцевине вириона 2. РНК, находящийся в сердцевине вириона
3.ДНК вне вириона 4.РНК и ДНК
Пути передачи ВИЧ –инфекции
1.половой, парентеральный, вертикальный
2.половой, бытовой, парентеральный
3. половой, через насекомых
4. воздушно-капельный
Перечислите пути, при которых ВИЧ не передаются другому лицу
1. контакты на работе, через пищу, воду, «сухие поцелуи»
2.через посуду, игрушки
3.половой контакт
4. парентеральный
ВИЧ- инфекция от матери к ребенку передается

1. в перинатальный период
2. при грудном вскармливании
3. воздушно- капельным путем
4. фекально-оральным путем

Каким из перечисленных способов можно заразиться ВИЧ-инфекцией?

1 – при грудном вскармливании ребенка ВИЧ-инфицированной матерью
2 – при уходе за ВИЧ-инфицированным в быту
3 – при совместном пребывании с инфицированным в леч.учреждении
4 – при использовании общей посудой с инфицированным
5 – при использовании общего мединструментария при инвазивных процедурах
6 – при укусе насекомых
7 – при поцелуе с ВИЧ-инфицированным

Антитела к ВИЧ у ВИЧ-инфицированных наиболее часто определяются:

1 – через 1 месяц после инфицирования;
2 – через 6 месяцев после инфицирования;
3 – в течение 1-2 недели после заражения;
4 – через 3 месяца после заражения.

Маркерами прогрессирования ВИЧ – инфекции является

1. снижение в крови количества CD4- Т лимфоцитов
2. увеличение в сыворотке концентрации р 24
3. увеличение уровня вирусной нагрузки
4. снижение в сыворотке концентрации неоптерина, ß2 микроглобулина, кислостабильного α- интерферона

При перинатальной ВИЧ – инфекции только у детей встречаются СПИД – индикаторные заболевания

1.саркома Капоши 2. пневмония Pneumocystis carinii
3. HIV вастинг – синдром 4. лимфоидный интерстициальный пневмонит (LIP)

Факторами нарушения иммунной системы при ВИЧ – инфекции, приводящими к СПИД, является

1. снижение продукции естественных антител
2. изменение количества и функциональной активности CD -4 лимфоцитов
3. нарушение продукции цитокинов
4. нарушение активности субполяций Т – и В лимфоцитов

Приложение35

Практическое занятие

Роль акушерки в обучении матери уходу за больным новорождённым

Независимое сестринское вмешательство при уходе за недоношенным ребенком с СДР в кувезе:

а) укладывание на живот;
б) кормление через зонд;
в) определение суточного количества питания;
г) постановка газоотводной трубки.

При уходе за новорожденным с родовой травмой проводят:

а) вскармливание донорским молоком;
б) широкое пеленание;
в) иммобилизацию шейного отдела позвоночника;
г) фототерапию

При организации ухода за недоношенным с СДР рекомендуется:

а) яркий свет;
б) громкий звук;
в) ограничить влияние звука и света;
г) влияние звука и света не имеют значения.

Пупочная ранка у недоношенного с СДР зпителизируется ко дню жизни:

а) 1 -2;
б) 2-3;
в) 4-5;

г) 10-15.

У недоношенных детей с СДР срыгивание:

а) частое;
б) редкое;
в) отсутствует;
г) обильное.

Новорожденным из группы риска по родовой травме показано введение в 1-е сутки однократно:

а) анальгина;
б) викасола;
в) адроксона;
г) реланиума.

Показание к вскармливанию донорским молоком

а) недоношенность
б) асфиксия
в) ГБН
г) физиологическая желтуха.

Приложение 36

Практическое занятие

Роль акушерки в профилактики заболеваний новорожденного ребенка

Задача

Вы – фельдшер ФАПа, пришли на первичный патронаж к новорожденному ребенку. Маме 18 лет, нервный ребенок, она очень обеспокоена, сможет ли правильно ухаживать за своим малышом, ведь она ничего не умеет. Обучите маму проведению ежедневного ухода за ребенком.

Задания

1. Назовите моменты утреннего туалета, последовательность проведения манипуляций.
2. Какие из моментов утреннего туалета следует повторять в течение дня и как часто?
3. Продемонстрируйте технику пеленания новорожденного ребенка.

Эталоны ответов

1. Ежедневный уход за ребенком включает: утренний туалет, уход за кожей, слизистыми и пупочной ранкой в течении дня, пеленание, проведение гигиенической ванны.

2. Утренний туалет: необходимо приготовить кипяченую воду t 36-37º С, ватные шарики, палочки жгутики, стерильное растительное масло, раствор этилового спирта 70º, 1% спиртовый раствор бриллиантовой зелени, 5 % водный раствор перманганата калия.

Мама должна предварительно вымытыми руками:

1. обработать глаза ребенка;
2. обработать слизистую носа;
3. умыть ребенка;
4. освободить от грязных пеленок;
5. подмыть под проточной водой;
6. осушить кожу;
7. положить на чистые пеленки;
8. обработать кожные складки;
9. вымыть руки;
10. обработать пупочную ранку;
11. запеленать ребенка.

2. Пункт 2 – перед каждым кормлением;

Пункты 5, 6, 7, 8, 11 – после каждого акта мочеиспускания и дефекации.

4. Техника пеленания новорожденного ребенка согласно алгоритму выполнения манипуляции**.**

Выберите правильный ответ:

Ранняя профилактика заболеваний глаз у новорожденного (гонобленнореи) проводится раствором

А) фурацилина
Б) хлорида натрия
В) сульфацил-натрия

Г) полиглюкином

Для профилактики опрелостей складки кожи новорожденного обрабатывают

А) стерильным растительным маслом

Б) физраствором

В) раствором фурацилина

Г) раствором полиглюкина

Цель введения докорма ребенку –обеспечить

А) недостающее количество питательных веществ

Б) увеличить поступление поваренной соли

В) уменьшить поступление поваренной соли

Г) увеличить поступление жиров

Для профилактики интеллектуального дефицита у детей с фенилкетонурией из рациона необходимо исключить продукты

А) животного происхождения с высоким содержанием белка

Б) богатые простыми углеводами

В) богатые сложными углеводами

Г) глютенсодержащие

Новорожденным детям от матерей-носителей hbsантигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина

1. в первые часы жизни
2. на 2-3 сутки жизни
3. при выписке из родильного дома
4. в возрасте 1 месяца жизни

Для профилактики синдрома дыхательных расстройств новорожденного женщинам с угрозой преждевременных родов предпочтительнее вводить

1. дексаметазон
2. гидрокортизон
3. преднизолон
4. тиреоидин

Под устранением факторов риска понимают

1. первичную профилактику заболеваний
2. вторичную профилактику заболеваний
3. третичную профилактику заболеваний
4. эпидемиологическое обследование детского населения

Специфическая профилактика рахита назначается недоношенным детям в дозе 500-1000 ме витамина d ежедневно с _____ жизни

1. 10-14 суток
2. 1 месяца
3. 5 месяца
4. 3 месяца

Для профилактики развития дефицита железа у недоношенных детей назначение препаратов железа начинают с

1. 20-25 дней
2. 10 дней
3. 2 месяцев
4. 3 месяцев

Программа проведения промежуточной аттестации (комплексного экзамена) по учебной дисциплине МДК. 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным 1. Общие положения

Освоение учебной дисциплины МДК. 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным завершается промежуточной аттестацией обучающихся в форме экзамена.

Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач.

Целью комплексного экзамена по учебной дисциплине МДК. 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным является оценка степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Экзамен обеспечивает оперативное управление образовательной деятельностью обучающихся.

Проведение экзамена по учебному предмету МДК. 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным предполагает:

- на уровне обучающегося – освоение умений, знаний общих и профессиональных компетенций образовательной деятельности;
- на уровне преподавателя – оценивание результативности профессионально--педагогической деятельности, эффективности созданных педагогических условий;
- на уровне администрации — оценивание результативности деятельности академии, состояния образовательного процесса, условий образовательного взаимодействия.

Процедура экзамена по учебному предмету МДК. 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным разработана академией самостоятельно и доведена до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения.

Содержание материалов экзамена по учебной дисциплине МДК. 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным определяется преподавателем спецдисциплины.

Оценка качества подготовки обучающихся - оценка уровня освоения элементов программы отвечает требованиям, предусмотренным ФГОС.

Результаты экзамена по учебной дисциплине МДК. 04.02. Сестринский уход за больным новорожденным фиксируются оценками. Оценка – это результат процесса оценивания, условно-формальное (знаковое), количественное выражение оценки учебных достижений, обучающихся в цифрах, буквах или иным образом.

программно-учебного материала.

Уровень освоения программно-учебного материала в академии фиксируются следующими оценками: «5» (отлично), «4» (хорошо), «3» (удовлетворительно), «2» (неудовлетворительно), «1» (плохо), «зачтено», «не зачтено». Допускается сокращение слов: «отл.», «хор.», «удовл.», «неудовл.».

Оценка «5» ставится в случае, если обучающийся исчерпывающе знает весь программно-учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.

Оценка «4» ставится, если обучающийся знает весь требуемый программой учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В письменных работах пользуется литературно правильным языком, допускает только незначительные ошибки.

Оценка «3» ставится, если обучающийся знает основной программно-учебный материал. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В письменных работах при изложении материала и в построении речи делает ошибки.

Оценка «2» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается незнание большой части программного материала. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Оценка «1» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается полное незнание проходимого программно-учебного материала.

Оценка, полученная обучающимся на экзамене, является определяющей независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля успеваемости.

Оценки за экзамен заносятся в зачетно-экзаменационную ведомость, зачетные книжки обучающихся, журнал учета занятий.

Если студент не явился на экзамен, независимо от причины, в ведомости указывается «не аттестован».

При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть разрешена досрочная сдача экзамена в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.

При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть продлена (перенесена на другие сроки) сдача экзамена в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.

Обучающийся, не согласный с результатами экзамена, имеет право на пересмотр результатов на основании заявления. В этом случае приказом ректора создается комиссия для решения спорных вопросов. Решение комиссии оформляется протоколом, который доводится до сведения, обучающегося и преподавателя.

2. Порядок проведения экзамена

Экзамен проводится в специально отведенные дни согласно утвержденному расписанию экзаменов.

Перед экзаменом проводятся консультации за счет общего числа консультационных часов на группу.

Перенос экзамена запрещается. В исключительных случаях он возможен на основании приказа ректора академии.

Экзаменационные материалы отражаются в фонде оценочных средств.

К началу экзамена подготовлены следующие документы:

- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные материалы;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается преподавателем, который вел учебные занятия по учебным дисциплинам в экзаменуемой группе. На сдачу письменного экзамена предусматривается три часа на учебную группу.

Оценка, полученная на экзамене, заносится преподавателем в зачетно-экзаменационную ведомость (в том числе и неудовлетворительная). В зачётную книжку неудовлетворительная оценка не выставляется. Экзаменационная оценка по учебным предметам за данный семестр является определяющей, независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля по учебным дисциплинам.

Присутствие на экзамене посторонних лиц без разрешения ректора или его заместителей не допускается.

При письменной форме экзамен проводится одновременно со всем составом учебной группы. Письменные работы выполняются на бумаге со штампом академии.

Обучающемуся, использующему в ходе экзамена неразрешенные источники и средства для получения информации (в том числе использование мобильного телефона), выставляется неудовлетворительная оценка.

Результаты экзамена (полученные оценки) сообщаются обучающимся на следующий день после сдачи письменного экзамена.

3. Условия написания сочинения

Место проведения экзамена: кабинет спецдисциплин (аудитория 102).

Количество билетов – 30.

Максимальное время выполнения задания: 3 часа.

Оборудование: бумага, ручка.

Экзаменационные вопросы по учебной дисциплине МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным

1. Классификация недоношенности. Внешние и функциональные признаки недоношенности.
2. Асфиксия новорожденных (этиология, классификация, критерии диагностики, клинические формы). Оценка состояния ребенка с помощью шкалы Апгар.
3. Родовые травмы: родовая травма мягких тканей, родовая опухоль, кефалогематома (клиническая картина, диагностика, лечение и уход).
4. Мастит у новорожденных: этиология, клиника, лечение, мотивированный уход.
5. Перинатальное поражение ЦНС: этиология, клиническая картина, лечение, уход, осложнения.
6. Гемолитическая болезнь новорожденного (определение, этиология, классификация, основные клинические симптомы ГБН, осложнения). Тактика акушерки при риске развития гемолитической болезни новорождённых. Организация ухода при гемолитической болезни новорождённых.
7. Неинфекционные заболевания кожи: потница, опрелости, склередема, склерема (этиология, клиника, лечение).
8. Инфекционные заболевания кожи и п/ж клетчатки у новорожденных: везикулопустулез, пузырчатка, флегмона новорождѐнных (этиология, клинические проявления, лечение, мотивированный уход).
9. Коньюктивит у новорожденных: этиология, классификация, клиника, лечение, мотивированный уход.
10. Неинфекционные болезни пупка новорожденных: кожный пупок, амниотический пупок, фунгус пупка, пупочные свищи, грыжа пупочного канатика, пупочная грыжа (этиология, клинические формы, лечение, уход).
11. ВУИ: этиология, диагностика, типичные клинические проявления.
12. Хламидиоз у новорожденных: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
13. Герпетическая инфекция у плода и новорожденного: этиология, клинические формы, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
14. Цитомегаловирусная инфекция у новорожденного: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
15. Токсоплазмоз у новорожденного: этиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
16. Краснуха у плода и новорожденного: этиология, клинические формы, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
17. Сепсис новорожденных: этиология, классификация, клинические формы, лечение, мотивированный уход.
18. Кандидоз новорожденных (этиология, клинические формы, лечение и мотивированный уход).
19. Врожденные пороки развития: косолапость, кривошея, врожденный вывих бедра, расщелина верхней губы и твердого неба, диафрагмальная грыжа, врожденные пороки сердца.
20. Основные наследственных заболеваниях - синдромы Дауна, Шерешевского-Тернера, Клайнфелтера. Неонатальный скрининг новорожденных.
21. Внутричерепные кровоизлияния новорожденных. Определение. Виды. Классификация. Клиника. Лечение Причины. Патологические состояния, повышающие риск внутричерепных кровоизлияний. Варианты течения внутричерепных кровоизлияний. Тактика акушерки, уход за новорождённым при кровоизлияниях.
22. Физиологическая убыль массы тела у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
23. Транзиторная лихорадка у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
24. Транзиторная эритема кожи у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
25. Транзиторная желтуха у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
26. Гормональный криз у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
27. Мочекислый инфаркт у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
28. Желтуха новорожденных: классификация, клиника, лечение и уход.
29. Методика проведения инфузионной терапии у новорожденных.

30. Этапы выхаживания недоношенных детей, особенности выхаживания недоношенного ребенка в условиях кувеза, особенности вскармливания недоношенных детей: выбор метода вскармливания, расчет питания.
31. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме у новорожденных, оксигенотерапия различными способами.
32. Неотложная помощь при гипотермии, гипертермии у новорожденных.
33. Определение типа и частоты дыхания, частоты и характеристики пульса у новорожденных.
34. Забор материала (отделяемого из глаз, из гнойничковых очагов кожи) для бактериологического исследования.
35. Кормление новорожденного через зонд.
36. Техника взятия мазков из носа и зева у новорожденного на бактериологическое исследование. Закапывание капель в глаза, нос, уши новорожденному ребенку
37. Роль акушерки в профилактики вирусных и бактериальных инфекций новорожденного ребёнка. Участие при заборе материала на вирусологическое и бактериологическое исследования.
38. Вакцинация недоношенных детей. Особенности вакцинации недоношенных детей от туберкулёза. Медицинские показания и противопоказания.
39. Омфалит. Виды омфалита. Ранние симптомы. Клинические проявления. Противоэпидемические мероприятия. Техника обработки пупочной ранки.
40. Обработка кожи новорожденного при опрелостях.
41. Понятие ВИЧ-инфицированные дети. Частота выявления Классификация. Этиология. Факторы риска. Основные симптомы Методы диагностики. Профилактика и лечение.
42. Понятие вирусного гепатита В. Частота выявления Классификация. Этиология. Факторы риска. Основные симптомы Методы диагностики. Профилактика и лечение.
43. Тактика акушерки при подозрении на развитие сепсиса у новорождённых. Профилактика гнойно-септических заболеваний у новорожденных.
44. Кожный пупок, амниотический пупок, пупочная грыжа, фунгус пупка. Симптомы Этиология. Клиническая картина Лечение.
45. Вирусные и бактериальные инфекций. Частота выявления. Этиология. Факторы риска антенатального и интранатального инфицирования. Пути проникновения инфекции в организм новорождённого. Классификация
46. Определение фенилкетонурии. Классификация. Клинико-лабораторная классификация неонатальных скрининг. Сбор информации с фенилкетонурией новорождённых. Наблюдение и ухода за ребёнком с фенилкетонурией новорождённых. Сбор мочи на анализ на фенилкетонурию.
47. Определение муковисцедоза. Классификация. Клинико-лабораторная классификация неонатальных скрининг. Сбор информации о новорожденных с наследственными заболеваниями. Тактика акушерки при риске развития врожденных и наследственных заболеваний. Техника забора крови на выявление муковисцедоза в роддоме.
48. Понятие: гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Основные клинические проявления. Клиника. Лечение. Причины. Патологические состояния, повышающие риск развития энцефалопатии новорожденных. Составление плана обследования детей с энцефалопатией новорожденных.
49. Основные принципы сердечно-лёгочной церебральной реанимации. Роль и функции акушерки при оказании реанимационной помощи новорождённому. Оценка эффективности реанимационных мероприятий.
50. Последовательность действий акушерки при наличии мекония в амниотической жидкости.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Классификация недоношенности. Внешние и функциональные признаки недоношенности.
2. Родовые травмы: родовая травма мягких тканей, родовая опухоль, кефалогематома (клиническая картина, диагностика, лечение и уход

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Асфиксия новорожденных (этиология, классификация, критерии диагностики, клинические формы). Оценка состояния ребенка с помощью шкалы Апгар.
2. Мастит у новорожденных: этиология, клиника, лечение, мотивированный уход.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Перинатальное поражение ЦНС: этиология, клиническая картина, лечение, уход, осложнения.
2. Гемолитическая болезнь новорожденного (определение, этиология, классификация, основные клинические симптомы ГБН, осложнения). Тактика акушерки при риске развития гемолитической болезни новорождённых. Организация ухода при гемолитической болезни новорождённых.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них

Время выполнения задания – 30 мин.
1. Определение типа и частоты дыхания, частоты и характеристики пульса у новорожденных.
2. Врожденные пороки развития: косолапость, кривошея, врожденный вывих бедра, расщелина верхней губы и твердого неба, диафрагмальная грыжа, врожденные пороки сердца.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Основные наследственных заболеваниях - синдромы Дауна, Шерешевского-Тернера, Клайнфелтера. Неонатальный скрининг новорожденных.
2. Токсоплазмоз у новорожденного: этиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Краснуха у плода и новорожденного: этиология, клинические формы, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
2. Определение муковисцедоза. Классификация. Клинико-лабораторная классификация неонатальных скрининг. Сбор информации о новорожденных с наследственными заболеваниями. Тактика акушерки при риске развития врожденных и наследственных заболеваний. Техника забора крови на выявление муковисцедоза в роддоме.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Понятие вирусного гепатита В. Частота выявления Классификация. Этиология. Факторы риска. Основные симптомы Методы диагностики. Профилактика и лечение.
2. Определение фенилкетонурии. Классификация. Клинико-лабораторная классификация неонатальных скрининг. Сбор информации с фенилкетонурией новорождённых. Наблюдение и ухода за ребёнком с фенилкетонурией новорождённых. Сбор мочи на анализ на фенилкетонурию

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Тактика акушерки при подозрении на развитие сепсиса у новорождённых. Профилактика гнойно-септических заболеваний у новорожденных.
2. Основные принципы сердечно-лёгочной церебральной реанимации. Роль и функции акушерки при оказании реанимационной помощи новорождённому. Оценка эффективности реанимационных мероприятий.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Последовательность действий акушерки при наличии мекония в амниотической жидкости.
2. Вирусные и бактериальные инфекций. Частота выявления. Этиология. Факторы риска антенатального и интранатального инфицирования. Пути проникновения инфекции в организм новорождённого. Классификация

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Кожный пупок, амниотический пупок, пупочная грыжа, фунгус пупка. Симптомы Этиология. Клиническая картина Лечение.

2. Мочекислый инфаркт у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Транзиторная желтуха у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
2. Понятие ВИЧ-инфицированные дети. Частота выявления Классификация. Этиология. Факторы риска. Основные симптомы Методы диагностики. Профилактика и лечение.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Омфалит. Виды омфалита. Ранние симптомы. Клинические проявления. Противоэпидемические мероприятия. Техника обработки пупочной ранки.
2. Этапы выхаживания недоношенных детей, особенности выхаживания недоношенного ребенка в условиях кувеза, особенности вскармливания недоношенных детей: выбор метода вскармливания, расчет питания.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме у новорожденных, оксигенотерапия различными способами.
2. Инфекционные заболевания кожи и п/ж клетчатки у новорожденных: везикулопустулез, пузырчатка, флегмона новорождѐнных (этиология, клинические проявления, лечение, мотивированный уход).

Автономная некоммерческая профессиональная	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины

образовательная организация «Академия технологии и управления»	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	_____

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Коньюктивит у новорожденных: этиология, классификация, клиника, лечение, мотивированный уход.
2. Желтуха новорожденных: классификация, клиника, лечение и уход.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Внутричерепные кровоизлияния новорожденных. Определение. Виды. Классификация. Клиника. Лечение Причины. Патологические состояния, повышающие риск внутричерепных кровоизлияний. Варианты течения внутричерепных кровоизлияний. Тактика акушерки, уход за новорождённым при кровоизлияниях.
2. Методика проведения инфузионной терапии у новорожденных.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Неинфекционные заболевания кожи: потница, опрелости, склередема, склерема (этиология, клиника, лечение).
2. Гормональный криз у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.

1. Транзиторная эритема кожи у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.
2. Сепсис новорожденных: этиология, классификация, клинические формы, лечение, мотивированный уход.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Кандидоз новорожденных (этиология, клинические формы, лечение и мотивированный уход).
2. Неинфекционные болезни пупка новорожденных: кожный пупок, амниотический пупок, фунгус пупка, пупочные свищи, грыжа пупочного канатика, пупочная грыжа (этиология, клинические формы, лечение, уход).

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Хламидиоз у новорожденных: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
2. Вакцинация недоношенных детей. Особенности вакцинации недоношенных детей от туберкулёза. Медицинские показания и противопоказания.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Герпетическая инфекция у плода и новорожденного: этиология, клинические формы, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
2. Неотложная помощь при гипотермии, гипертермии у новорожденных

Автономная некоммерческая профессиональная	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины

образовательная организация «Академия технологии и управления»	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	_____

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Роль акушерки в профилактики вирусных и бактериальных инфекций новорожденного ребёнка. Участие при заборе материала на вирусологическое и бактериологическое исследования.
2. Кормление новорожденного через зонд

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Техника взятия мазков из носа и зева у новорожденного на бактериологическое исследование. Закапывание капель в глаза, нос, уши новорожденному ребенку
2. Физиологическая убыль массы тела у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Цитомегаловирусная инфекция у новорожденного: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
2. Транзиторная лихорадка у новорожденных: причины, проявления и тактика среднего медицинского работника.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Понятие: гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Основные клинические проявления. Клиника. Лечение. Причины. Патологические состояния, повышающие риск развития

энцефалопатии новорожденных. Составление плана обследования детей с энцефалопатией новорожденных.
2. Обработка кожи новорожденного при опрелостях.

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Академия технологии и управления»	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25 **Для специальности** **31.02.02 Акушерское дело**	Преподаватель дисциплины _____
	Дисциплина: **МДК. 04.02. Сестринский ухода за больным новорожденным**	

Инструкция
Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них
Время выполнения задания – 30 мин.
1. Забор материала (отделяемого из глаз, из гнойничковых очагов кожи) для бактериологического исследования.
2. ВУИ: этиология, диагностика, типичные клинические проявления.

Программа проведения
экзамена по ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

1. Порядок проведения экзаменов

Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач, проверка уровня сформированности общих и профессиональных компетенций. полученных обучающимися в процессе изучения учебного предмета, дисциплины, междисциплинарного курса, практики, профессионального модуля.

Расписание экзаменов утверждается ректором и доводится до сведения преподавателей и обучающихся не позднее, чем за две недели до начала экзаменов.

Экзамены проводятся в период промежуточной аттестации или в специально отведенные дни, установленные календарным учебным графиком согласно утвержденному расписанию экзаменов.

Перед экзаменом планируется проведение консультаций за счет общего числа консультационных часов на группу.

Перенос экзаменов запрещается. В исключительных случаях он возможен на основании приказа ректора академии.

Экзаменационные материалы, составленные на основе актуальных разделов и тем рабочей программы междисциплинарного курса (модуля), должны отражаться в фонде оценочных средств.

К экзаменационным материалам относятся: экзаменационные вопросы, задачи, ситуации, тесты.

Формулировки вопросов должны быть четкими, понятными, исключающими двойное толкование.

На основе разработанного и объявленного обучающимся перечня вопросов и практических задач, ситуаций, рекомендуемых для подготовки к экзамену, составляются экзаменационные билеты, содержание которых до обучающихся не доводится. Вопросы и практические задачи, ситуации должны носить равноценный характер. Могут быть применены тестовые задания.

Количество заданий в экзаменационных билетах не должно быть менее двух и более пяти.

Количество экзаменационных билетов должно быть больше числа обучающихся в учебной группе.

К началу экзамена должны быть подготовлены следующие документы:

- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные билеты (и /или экзаменационные материалы);
- наглядные пособия, материалы справочного характера, нормативные документы и образцы, разрешенные к использованию на экзамене;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается, как правило, преподавателем, который вел учебные занятия по междисциплинарному курсу (модулю), в экзаменуемой группе. На сдачу устного экзамена предусматривается не более одной трети академического часа на каждого обучающегося, на сдачу письменного экзамена – не более шести академических часов на учебную группу.

Оценка, полученная на экзамене, заносится преподавателем в зачетно-экзаменационную ведомость (в том числе и неудовлетворительная). В зачётную книжку неудовлетворительная оценка не выставляется. Экзаменационная оценка по междисциплинарному курсу (модулю) за данный семестр является определяющей, независимо от полученной в семестре оценки текущего контроля по междисциплинарному курсу (модулю).

Присутствие на экзамене посторонних лиц без разрешения ректора или его заместителей не допускается.

Во время сдачи устных экзаменов в аудитории может находиться одновременно не более 6 обучающихся. На выполнение задания по экзаменационному билету, обучающемуся отводится не более 1 академического часа. После ответа на вопросы экзаменационного билета обучающемуся могут быть заданы дополнительные вопросы в пределах учебного материала, вынесенного на экзамен.

При письменной форме экзамен проводятся одновременно со всем составом учебной группы. Письменные работы выполняются на бумаге со штампом академии.

Обучающийся, испытывающий затруднения при подготовке к ответу по выбранному билету, имеет право на второй билет с соответствующим продлением времени на подготовку к ответу. При окончательной оценке ответа оценка снижается на один балл. Выдача третьего билета не разрешается.

С целью повышения оценки допускается повторное прохождение промежуточной аттестации, но не более чем по трем профессиональным модулям. Для этого обучающийся пишет заявление на имя ректора, которое визируют куратор, заместитель ректора по учебной работе.

Не разрешается повышение оценки, полученной по результатам выполнения курсовой работы или прохождения практики (выполнения отчета).

Обучающемуся, использующему в ходе экзамена неразрешенные источники и средства для получения информации (в том числе использование мобильного телефона), выставляется неудовлетворительная оценка.

В случае неявки обучающегося на экзамен, преподавателем делается в зачетно-экзаменационной ведомости отметка «не аттестован».

К экзамену, проводимому по профессиональному модулю в целом, допускаются обучающиеся, успешно прошедшие промежуточную аттестацию по междисциплинарным курсам и учебной/производственной практике в рамках данного модуля, выполнившие курсовые работы (проекты) в рамках данного модуля.

Прием экзамена по профессиональному модулю осуществляется комиссией, членами комиссии являются преподаватели, участвовавшие в реализации обучения составляющих данного профессионального модуля. Состав комиссии утверждается приказом ректора.

Экзамен, проводимый по профессиональному модулю в целом, включает в себя выполнение практической работы и проверку теоретических знаний. По усмотрению членов комиссии возможно изменение ранее полученных оценок по междисциплинарным курсам по данному профессиональному модулю

Содержание практического задания должно быть максимально приближено к ситуации профессиональной деятельности. Разработка типовых заданий сопровождается установлением критериев для их оценивания.

Академия определяет перечень наглядных пособий, материалов справочного характера, нормативных документов и различных образцов, которые разрешены к использованию на экзамене.

В период подготовки к экзамену по профессиональному модулю проводятся консультации за счет общего бюджета времени, отведенного на консультации.

Экзамен по профессиональному модулю проводится в специально подготовленных помещениях

В ходе экзамена по профессиональному модулю обучающийся выполняет задание, комиссия оценивает, выставляет баллы и определяет общее количество баллов и количество процентов, набранных обучающимся. Затем комиссия делает вывод, на сколько процентов освоен профессиональный модуль: если обучающийся набрал 50% и более, модуль считается освоенным. В ходе экзамена ведется ведомость на каждого обучающегося, где указываются оцениваемые параметры, максимальное количество баллов, количество баллов, набранных обучающимся, и выводится общий процент освоения профессионального модуля. При этом необходимо иметь в виду: 5 «отлично» выставляется в случае верного выполнения не менее 90 % заданий, 4 «хорошо» - 70% - 89 %, «3» удовлетворительно – 50% - 69 %, 2 «неудовлетворительно» - менее 50 %.

Результатом освоения профессионального модуля является оценка: 5 «отлично», 4 «хорошо», 3 «удовлетворительно», 2 «неудовлетворительно», которая заносится в зачетно-экзаменационную ведомость и зачетную книжку (кроме оценки 2 «неудовлетворительно»).

Программа экзамена, содержащая задания на его проведение, должна быть включена преподавателем в фонд оценочных средств.

Результаты экзаменов (полученные оценки) сообщаются обучающимся в день сдачи устного экзамена и на следующий день после сдачи письменного экзамена.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации в форме экзамена

1. Санитарно- эпидемический режим учреждений родовспоможения.
2. Гигиеническая уборка различных помещений учреждений родовспоможения.
3. Приём беременной и роженицы в стационар.
4. Организация работы в отделениях родильного стационара, функциональные обязанности акушерки.
5. Нормативные документы по санитарно-эпидемическому режиму МО
6. Уборка помещений МО в соответствии с нормативной документацией.
7. Бельевой режим в МО.
8. Осмотр и обработка беременной на педикулёз (приказ № 342) с последующим заполнением медицинской документации.
9. Предварительная, текущая, заключительная и генеральная уборка помещений.
10. Подготовка рук до и после проведения манипуляции.
11. Техника безопасности при работе с кровью. Состав аварийной аптечки.
12. Приемы наружного акушерского исследования беременной и роженицы.
13. Определение предполагаемой массы внутриутробного плода.
14. Выслушивание сердцебиения плода.
15. Определение срока беременности, срока предстоящих родов, даты выдачи дородового отпуска.
16. Методы наружной пельвеометрии.
17. Осмотр наружных половых органов.
18. Обследование с помощью влагалищных зеркал (в ходе врачебного осмотра).
19. Влагалищное бимануальное исследование (в ходе врачебного осмотра).
20. Взятие влагалищных мазков на исследование.
21. Тесты экспресс- диагностики беременности.
22. Проведение психопрофилактической подготовки к родам. 23. Осуществление ухода и наблюдения за роженицей.
24. Проведение родовозбуждения и родостимуляции (по назначению врача).
25. Коррекция чрезмерной родовой деятельности (по назначению врача).
26. Выявление, профилактика и лечение внутриутробной гипоксии плода (по назначению врача).
27. Акушерское пособие в физиологических родах.
28. Перинеотомия.
29. Первичный туалет новорожденного.
30. Медикаментозное обезболивание в родах (по назначению врача). жизненных и профессиональных целей
31. Ведение третьего (последового) периода родов.
32. Осмотр и оценка последа.
33. Учет и оценка кровопотери.
34. Профилактика кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде.
35. Наружные способы выделения последа.
36. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде (ассистирование).
37. Уход за родильницей с осложнениями в родах. 38. Профилактика и лечение лактостаза.
39. Уход за швами на промежности.
40. Снятие швов с промежности.
41. Проведение бесед с пациентками в различные сроки беременности и роженицами в родах, с родильницами по личной гигиене и уходу за младенцем.
42. Определение размеров большого родничка у недоношенных детей
43. Измерение температуры тела у новорожденных.
44. Подсчёт пульса и дыхания у новорожденных.
45. Обработка остатка пуповины.
46. Обработка пупочной ранки.
47. Правила ухода за недоношенными новорожденными.
48. Проведение контрольного кормления у недоношенных и больных новорожденных. 49. Кормление новорожденного ребенка через зонд.
50. Подготовка и применение пузыря со льдом при родовых травмах.
51. Обучение матери технике кормления ребенка грудью.
52.Требования, предъявляемые персоналу по уходу за недоношенными новорожденными.
53. Документация палаты новорожденных.

Сформированность ОК												
ФИО	ОК 1	ОК 2	ОК 3	ОК 4	ОК 5	ОК 6	ОК 7	ОК9	ОК 10	ОК 11	ОК 12	ОК 13

Сформированность ПК					
ФИО	ПК 4.1	ПК 4.2	ПК 4.3	ПК 4.4	ПК 4.5