

Задача 1.

Первородящая 20 лет. Беременность доношенная. Регулярная родовая деятельность продолжается 6 часов. Схватки по 40-35 сек., умеренной силы и болезненности, 3 схватки за 10 минут. Воды целы. Положение плода продольное; предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин., слева ниже пупка. ВДМ 39, ОЖ 100 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, растяжимые, открытие 4-5 см. Плодные оболочки целы. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева у лона. Емкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Вычислите истинную конъюгату.

3. Вычислите предполагаемую массу плода.

4. Составьте план ведения родов.

5. Методы оценки состояния плода в родах.

1. Беременность 39-40 нед.

Положение продольное, головное предлежание, I позиция, передний вид.

Роды 1 срочные, I период родов, активная фаза.

2) $20 \text{ см (наружная конъюгата)} - 9 \text{ см} = 11 \text{ см}$

3) $\text{Жордания-М (гр)} = \text{ОЖ (см)} \times \text{ВДМ (см)} = 100 \times 39 = 3900 \text{ гр}$

$\text{Джонсона-М (гр)} = (\text{ВДМ} - 11) \times 155 = (39 - 11) \times 155 = 4340 \text{ гр}$

$\text{Якубовой М} = (\text{ВДМ} + \text{ОЖ}) \times 100 : 4 = 3475 \text{ гр}$

4) Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов – благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания).

В родах следить за общим состоянием роженицы:

- состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин);
- регистрация: пульс, АД, частота дыхания – не реже 1 раз в час;
- термометрия – не реже 1 раза в 4 час;
- оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером;
- контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна;

- влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений).
- оценка клинического соответствия таза подлежащей части

Во втором периоде родов:

- контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин);
- определение высоты расположения головки (наружные приемы, влагалищное исследование);
- мониторинг изгоняющих схваток (партограмма);
- ручное пособие в родах (акушерка).

Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД +50 мл физ – рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час).

В третьем периоде родов:

- контроль общего состояния, показателей гемодинамики;
- определение признаков отделения плаценты;
- тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной).

5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течении 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезбоживания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.);

- аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ);

Задача 2.

Первобеременная 30 лет. Беременность доношенная. Родовая деятельность продолжается 4 часа. Околоплодные воды целы. Положение плода продольное. Над входом в малый таз — мягкая крупная часть. Сердцебиение плода ритмичное, ясное справа выше пупка. Размеры таза: 25-28-31-20см. ВДМ 35 ОЖ 90 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодные оболочки целы. Над входом в малый таз определяется крупная мягкая предлежащая часть.

- 1. Сформулируйте диагноз.**
- 2. Вычислите предполагаемую массу плода.**
- 3. Определите степень риска перинатальной патологии.**
- 4. Составьте план ведения родов.**
- 5. Методы оценки состояния плода в родах.**

1) Беременность 39-40 нед.

Положение продольное, II позиция, передний вид.

Роды 1 срочные, I период родов, активная фаза.

Тазовое предлежание плода.

2) Жордания-М (гр) = ОЖ (см) x ВДМ (см) = $90 \times 35 = 3150$ гр

Джонсона-М (гр) = (ВДМ - 11) x 155 = $(35 - 11) \times 155 = 3720$ гр

Якубовой М = (ВДМ + ОЖ) x 100 : 4 = 3125 гр

3) Степень риска перинатальной патологии — 3 балла, низкая степень риска.

4) Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов — благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания).

В родах следить за общим состоянием роженицы:

- состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин);
- регистрация: пульс, АД, частота дыхания — не реже 1 раз в час;
- термометрия — не реже 1 раза в 4 час;
- оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером;
- контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна;

- влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений).
- оценка клинического соответствия таза подлежащей части

Во втором периоде родов:

- контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин);
- определение высоты расположения головки (наружные приемы, влагалищное исследование);
- мониторинг изгоняющих схваток (партограмма);
- ручное пособие по Цовьянову в родах (оказывается врачом).

Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД +50 мл физ – рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час).

В третьем периоде родов:

- контроль общего состояния, показателей гемодинамики;
- определение признаков отделения плаценты;
- тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной).

5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течении 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезболивания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.);

- аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ);

Задача 3.

Первородящая 20 лет. Беременность доношенная. Регулярная родовая деятельность продолжается 8 часов. Схватки по 40-35 сек., умеренной силы и болезненности, 3 схватки за 10 мин. Воды отошли 3 часа назад, светлые.

Положение плода продольное предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. ВДМ 38 см, ОЖ 99 см. Сердцебиение ритмичное, ясное слева ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, мягкие, открытие 5 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева.

- 1. Сформулируйте диагноз.**
- 2. Вычислите истинную конъюгату.**
- 3. Вычислите предполагаемую массу плода.**
- 4. Составьте план ведения родов.**
- 5. Методы оценки состояния плода в родах.**

1). Беременность 39-40 нед.

Положение продольное, головное предлежание, I позиция.

Роды 1 срочные, I период родов, активная фаза.

Раннее излитие околоплодных вод.

2) $20 \text{ см (наружная конъюгата)} - 9 \text{ см} = 11 \text{ см}$

3) Жордания-М (гр) = ОЖ (см) x ВДМ (см) = $99 \times 38 = 3762 \text{ гр}$

Джонсона-М (гр) = $(\text{ВДМ} - 11) \times 155 = (38 - 11) \times 155 = 4185 \text{ гр}$

Якубовой М = $(\text{ВДМ} + \text{ОЖ}) \times 100 : 4 = 3425 \text{ гр}$

4) Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов – благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания).

В родах следить за общим состоянием роженицы:

- состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин);
- регистрация: пульс, АД, частота дыхания – не реже 1 раз в час;
- термометрия – не реже 1 раза в 3 часа;
- оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером;
- контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна;

- влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений).
- Оценка клинического соответствия таза предлежащей части

Во втором периоде родов:

- контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин);
- определение высоты расположения головки (наружные приемы, влагалищное исследование);
- мониторинг изгоняющих схваток (партограмма);
- ручное пособие в родах (акушерка).

Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД +50 мл физ – рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час).

В третьем периоде родов:

- контроль общего состояния, показателей гемодинамики;
- определение признаков отделения плаценты;
- тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной).

5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течении 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезболивания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.);

- аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ);

Задача 4.

На прием к врачу женской консультации 05.04.2023 пришла женщина 25 лет с жалобами на тошноту, бывает рвота по утрам, 1-2 раза в день.

Перенесённые заболевания: хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – 5 недель назад(01.03.2023) Замужем. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья – медицинскими абортами.

Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное.

Рост 155 см, масса тела 52 кг. Температура тела – 36,5°C, пульс – 76 ударов в 1 мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Данные пельвиометрии: 23 – 25 – 28 – 18 см. Индекс Соловьева 14 см.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная.

Шейка матки не эрозирована, наружный зев щелевидной формы.

Бимануальное исследование: Тело матки увеличено до 5 недель беременности, ассиметричной формы, при пальпации тонус матки повышается. Определяется размягченный перешеек.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Определите срок беременности и предполагаемую дату родов.

3. Оцените данные пельвиометрии.

4. Какими специалистами должна быть осмотрена женщина при диспансерном наблюдении?

5. Какие методы используются для диагностики беременности?

1)Беременность 5 недель. Рвота беременных легкой степени. ОГА(отягощенный гинекологический анамнез).

Хронический тонзиллит, компенсированный, ремиссия. Хронический пиелонефрит, ремиссия.

2)Срок беременности обосновывается:

По дате последней менструации — 5 недель.

По данным бимануального исследования — 5 недель.

Предполагаемая дата родов:

- а) по дате последней менструации (1-й день последней менструации + 7 дней - 3 месяца) - 8 декабря 2023
- б) по дате первого шевеления + 20 недель (у первородящих) или 22 недели (у повторнородящих).
- в) по первой явке в женскую консультацию (критерий объективен при ранней явке - до 12 недель).
- г) по дате оплодотворяющего полового сношения (дата + 38 недель - 266 дней).

ж) по данным УЗИ (оптимально в 11-14 нед) – более точный метод, чем по дате менструации.

3) Общеравномерносуженный таз 1 степени.

4)Терапевтом, стоматологом, офтальмологом; эндокринологом, генетиком по показаниям

5) Содержание хорионического гонадотропина в крови, УЗИ.

Задача 5.

Беременная, 24 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и в поясничной области, которые начались 3 часа тому назад. Воды не отходили.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, замужем.

Настоящая беременность первая, доношенная. Женскую консультацию посещала

регулярно. Беременность протекала без патологических отклонений.

Объективно. Женщина правильного телосложения, среднего роста. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,6°C, пульс — 76 в 1 мин., АД — 120/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Живот увеличен за счет беременности, окружность живота — 95 см, высота стояния дна матки над лобком — 38 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Схватки через 2-3 минуты продолжительностью 20 - 30 секунд, удовлетворительной силы.

Положение плода продольное, предлежащая часть — головка, подвижна, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, частота — 136 уд./мин

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, края тонкие растяжимые, наружный зев раскрыт на 2-3 см, плодный пузырь цел, во время схватки хорошо наливается.

Пальпируется предлежащая часть — головка, прижата ко входу в малый таз.

Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок пальпируется слева у лона. Мыс крестца не достигается. Выделения слизистые. Емкость малого таза достаточная.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Вычислите истинную конъюгату.

3. Вычислите предполагаемую массу плода.

4. Составьте план ведения родов.

5. Методы оценки состояния плода в родах.

1) Беременность 39-40 нед.

Положение продольное, головное предлежание, I позиция, передний вид.

Роды 1 срочные, I период родов, латентная фаза.

2) 20 см(наружная конъюгата) - 9 см = 11 см

3) Жордания-М (гр) = ОЖ (см) x ВДМ (см) = 95*38=3610гр

Джонсона-М (гр) = (ВДМ - 11) x 155=(38-11)x155=4185 гр

Якубовой М = (ВДМ+ОЖ) x 100:4 = 3325 гр

4)Принимая во внимание все выше изложенное определяется общий прогноз родов – благоприятный. Роды вести через естественные родовые пути, применяя спазмолитические и обезболивающие (ненаркотические и наркотические анальгетики) средства. ДЭА (по протоколу обезболивания).

В родах следить за общим состоянием роженицы:

- состояние сознания, цвет кожи и слизистых, степень болевых ощущений, наличие головной боли нарушений зрения (каждые 15-30 мин);
- регистрация: пульс, АД, частота дыхания – не реже 1 раз в час;
- термометрия – не реже 1 раза в 4 час;
- оценка мочевыделительной функции (мочеиспускание каждые 2-3 час; при невозможности вывести катетером;
- контроль сократительной деятельности (частота, сила, продолжительность, болезненность схваток) - каждые 30 мин. Регистрация в партограмме обязательна;
- влагалищное исследование проводится: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4-6 час в течение родов, при изменении акушерской ситуации (изменение характера родовой деятельности, ухудшение состояния роженицы и плода, появление кровянистых выделений).
- Оценка клинического соответствия таза предлежащей части

Во втором периоде родов:

- контроль за состоянием роженицы (PS, АД, ЧДД – каждые 30 мин);
- определение высоты расположения головки (наружные приемы, влагалищное исследование);
- мониторинг изгоняющих схваток (партограмма);
- ручное пособие в родах (акушерка).

Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах (окситоцин 5-10 ЕД +50 мл физ –рра, с помощью инфузомата 15,2 мл/час).

В третьем периоде родов:

- контроль общего состояния, показателей гемодинамики;
- определение признаков отделения плаценты;
- тщательная оценка величины кровопотери (не более 0,5% от массы тела беременной).

5) В первом периоде мониторинг сердечной деятельности плода: аускультация в течении 30 сек-1 мин, каждые 15-30 мин; КТГ. КТГ при физиологических родах проводится в дискретном режиме: при поступлении в течение 40-60 мин, далее по 20-30 мин после излития вод, перед и после проведения обезболивания, при открытии зева более 8 см (по показаниям – при ухудшении состояния роженицы, при появлении кровянистых выделений.);

- аускультация плода 30-60 сек в начале второго периода каждые 15 мин, затем после каждой потуги (или КТГ);