

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

«УЗГОДЖЕНО»
Методичною радою
хірургічних дисциплін
протокол № 4
від «22» 03 2023 року

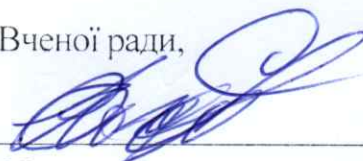
Голова Методичної ради
хірургічних дисциплін,



Професор
Олег КАНІКОВСЬКИЙ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Вченою радою
ВНМУ ім. М.І. Пирогова
протокол № 7
від «27» 04 2023 року

Голова Вченої ради,



Професор
Вікторія ПЕТРУШЕНКО

**Інструкція для студента до станції № 7
«Акушерський пацієнт»**

Проведення практичного компоненту об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту (ОСП(К)І) відбуватиметься у одноденному форматі згідно наказу ректора ВНМУ ім. М.І. Пирогова №39 від 14.04.2022 р.

Студент повинен привітатись та представитись, пред'явити викладачу паспорт (або документ, що підтверджує особу).

При проведенні ОСП(К)І в онлайн режимі будуть використані платформи Microsoft Teams.

Вимоги до проходження станції:

- використання комп'ютера чи ноутбука як студентом під час відповіді, так і екзаменатором;
- відповідь приймається за умови включеної камери, де чітко видно студента, який здає іспит, та включеного мікрофону з чітким звуком;
- під час роботи на станції ведеться відеозапис, про що екзаменатор попередньо попереджує студента.

Секретар зв'язується з групами, які здають іспит. Підключає кожного студента до екзаменатора та в чаті Microsoft Teams відсилається задача. В усній відповіді передбачена оцінка студентом скарг пацієнта (будуть представлені), анамнестичних та об'єктивних даних, інтерпретація результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження даної

пацієнтки, встановлення діагнозу, визначення тактики ведення пацієнтки і призначення лікування, вказуючи групу препаратів та їх побічні дії, а також дати коротку відповідь на додаткові питання екзаменатора за умови їх наявності у завданні.

Тривалість проходження станції 5-7 хв.

Після закінчення відведеного часу для виконання клінічних задач екзаменатор відповідь не приймає. Зверніть увагу, що викладач є спостерігачем ваших дій і не надає інструкції, не коментує і не опитує.

Заборонено користуватись мобільним телефоном та іншими електронними гаджетами, передавати, копіювати та виносити будь-яку інформацію, яка стосується іспиту.

При проведенні ОСП(К)І в звичайному режимі студенту необхідно по запрошенню секретаря підійти до дверей екзаменаційної зали.

Під час очікування іспиту уважно прочитайте «інформацію для студента» на дверях. Це допоможе Вам отримати необхідну інформацію про пацієнта, яку не потрібно повторювати при інтерв'ю із стандартизованим пацієнтом. Перед початком іспиту Вам буде виданий бейдж з Вашим номером/прізвищем. Цей бейдж необхідно носити на собі таким чином щоб він був видний екзаменаторів протягом усього іспиту.

Ви будете переходити між двома станціями «Акушерський пацієнт» та «Гінекологічний пацієнт» (нумерованими від 7 до 8, відповідно), проводячи на кожній до 10 хвилин. На початку іспиту буде звучати дзвінок. Це дасть Вам сигнал до початку іспитів. Постукайте в двері, перед тим як увійти в екзаменаційну станцію. Якщо на станції є стандартизований пацієнт, зустріньтеся поглядом з пацієнтом, представтеся пацієнтові. Пам'ятайте, що Ви повинні справити хороше враження, звертайтеся до пацієнта на ім'я. Дотримуйтеся ясного, спокійного стилю розмови з пацієнтом, ніколи не переривайте пацієнта, коли він відповідає на Ваші питання.

Перед початком іспиту Ви одержите картку з номерами станцій. Це ваш індивідуальний маршрут, необхідно чітко дотримуватися зазначеної в ньому послідовності станцій. На кожній станції Вам будуть представлені чіткі письмові інструкції щодо того, що від Вас потрібно. Будь ласка, уважно їх прочитайте. Під час виконання завдання подумайте про структуру завдання, різних його компонентів, прихованих цілях. Це дозволить Вам швидко визначити домінуючу область дослідження (збір анамнезу/історії хвороби, збір скарг, огляд, оцінка лабораторних та інструментальних методів дослідження, навички спілкування).

Не поспішайте виставити діагноз, проведіть диференційний діагноз, продумайте попередній діагноз, дайте відповідь на всі завдання.

Завершіть завдання. Покиньте екзаменаційну станцію. У разі якщо Ви не завершили повністю виконання завдання на станції та минув час для завершення завдання, Вам слід зупинитися на цьому етапі виконання даного завдання й покинути станцію.

Входити на станцію та виходити зі станції строго по сигналу або запрошенню викладача або тьютера.

Для переходу на наступну станцію Вам буде надано певний час, якого необхідно строго дотримуватися.

Під час переходу від станції до станції не перемовлятися, не здійснювати зайвих пересувань, не шуміти.

Приклад ситуаційної задачі до станції «Акушерський пацієнт»

До сімейного лікаря звернулася вагітна пацієнтка Д., 34 років з терміном вагітності 10 тижнів. В анамнезі 2 пологів та 3 аборти. Хронічна гіпертензія протягом 10 років. Жінка приймає валсартан по 80 мг на добу.

Дані об'єктивного дослідження: Рс 84 уд за хвилину. АТ 150/95 мм рт. ст. (робочий артеріальний тиск 150/100 мм.рт.ст). Границі серця розширені вліво. Акцент ІІ тона над аортою.

Дзеркальний огляд – шийка матки та слизові ціанотичного кольору. При вагінальному дослідженні матка збільшена до 10 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції, неболюча. Додатки не пальпуються. Виділення слизові.

При проведенні УЗД органів малого тазу встановлено наявність прогресуючої маткової вагітності 10 тижнів.

Лабораторно:

Показник	Фактичний показчик	Референсний показчик
Гемоглобін	120 г / л	110-140 г / л
Еритроцити	$3,1 \times 10^9$ /л	$3,5-5,5 \times 10^9$ /л
Лейкоцити	8×10^9 /л	$4,5-11,0 \times 10^9$ /л
Тромбоцити	196×10^9 /л	$180-320 \times 10^9$ /л
Загальний білок	75 г/л	60-80 г/л
Натрій	140 ммоль /л	136-145 ммоль /л
Калій	5,0 ммоль /л	3,5-5,0 ммоль /л
Сечовина	4,8 ммоль /л	2,5-8,3 ммоль /л
Аланінтрансaminaза	15,0 МО/л	8-20 МО/л
Креатинін	80 мкмоль/л	53-106 мкмоль/л
Лужна фосфатаза	88 МО/л	32-100 МО/л
Білірубін	20 мкмоль / л	8,5-20,55 мкмоль / л
Альбумін	42 г/л	35-55 г/л
Білок у сечі	відсутній	<0,3г/добу

Завдання

1. Попередній діагноз.
2. Призначення додаткових методів обстеження після 20 тижнів вагітності.
3. Визначити принципи ведення вагітності.

4. Визначити планове лікування хронічної гіпертензії протягом вагітності.

5. Призначити препарати для профілактики гіпертензивних ускладнень під час вагітності (доза та термін початку)

Приклад відповіді і нарахування балів:

Критерії оцінювання	Бал	Студ.	Студ.
Діагноз 6 вагітність 10 тижнів, Хронічна артеріальна гіпертензія помірного ст.	До 1		
МАУ, загальний аналіз крові (тромбоцити), аналіз сечі (добова протеїнурія), огляд окуліста з офтальмоскопією, сечовина та креатинін крові, цукор крові, УЗД 11-13 тиж	До 1		
Відмінити валсартан, Призначення метилдофи 250 мг 3/р/д або бетаблокаторів (метопролол, карведилол), аспірин 100-150 мг/д, з 12 тижнів вагітності	До 2		
ураження печінки, посилення стенокардії, розвитку гемолітичної анемії, головний біль, МЕТИЛДОФИ Сонливість, втома, діарея, безсоння, депресія і проблеми із зором, брадикардія, депресія, утруднення дихання, МЕТОПРОЛОЛУ Порушення периферичного кровообігу, брадикардія, гіпокінезія, нервозність, розлади сну, загострення депресії, гіпокаліємія; КАРВЕДИЛОЛ біль в епігастральній ділянці, діарея, ерозивно-виразкові ураження шлунка та кишечника, кровотечі, тромбоцитопенія, АСК	До 1		

Максимальна кількість балів за станцію – 5

Перелік клінічних задач

1. Першонароджуюча 26-річна жінка (39 тижнів), в анамнезі 2 штучних абортів, знаходиться в пологовій залі.

Пологи - через природні пологові шляхи. Перші 2 періоди пологів протікали нормально. 30 хв тому народився здоровий хлопчик вагою 3450 г, 52 см. Ведення III періоду пологів активне. З приводу дефекту плаценти зроблена ручна ревізія порожнини матки. Під час операції почалась значна кровотеча, яка продовжувалась і після відділення частин посліду.

Анамнез: Вагітність проходила без ускладнень. Під час вагітності останній гемоглобін - 103 г/л в 36 тижнів.

Об'єктивно: Жінка знаходиться в свідомості, але сонлива та бліда. Пульс - 108/хв, АТ - 80/45 мм.рт.ст., ЧД - 42/хв, SaO₂ – 94.

Живіт м'який, безболісний. Матка періодично розслабляється. Візуально травми та розриви промежини відсутні. На момент огляду, кров, яка витікає з матки, не згортається.

Лабораторно:

	Фактичний показчик	Референсний показчик
Гемоглобін	72 г / л	110-140 г / л
Еритроцити	$2,4 \times 10^9 / \text{л}$	$3,5-5,5 \times 10^9 / \text{л}$
Лейкоцити	$11,0 \times 10^9 / \text{л}$	$4,5-12,0 \times 10^9 / \text{л}$
Тромбоцити	$130 \times 10^9 / \text{л}$	$180-320 \times 10^9 / \text{л}$
D-димер	750 нг/мл	250-500 нг/мл
АЧТЧ	58 с	25,9-38,2
Фібриноген	1,2 г/л	2-4 г/л
Група крові	O (1)	
Резус-фактор	Rh (+) позитивний	

Завдання

1. Яка наблизна крововтрата?
2. Оцінка лабораторних показників.
3. Діагноз?
4. Тактика?

2. Вагітна 25 років, вагітність перша терміном 31-32 тижнів, поступила зі скаргами на переймоподібний біль внизу живота та попереку, який виникає кожні 5 хвилин та триває до 20 секунд. Кровотечі, відходження навколоплідних вод не відмічає. Скарги пов'язує з фізичним перевантаженням. До цього часу перебіг вагітності був неускладненим. Жінка соматично здорова. АТ 110/70 мм.рт.ст., пульс 70 уд/хв, температура тіла 36,4°C. Матка збільшена відповідно до терміну вагітності, періодично тонізує. Положення плода повздовжнє, 1 позиція, передній вид, головне передлежання, голівка над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд/хвилину. НСТ 2 бали, STV 9,2, біофізичний профіль 8 балів за Manning. При вагінальному дослідженні: шийка матки центрована, вкорочена до 1 см, цервікальний канал відкритий до 2,5 см, плодовий міхур цілий.

Результати додаткових обстежень

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	106 г/л	110-140 г/л
Еритроцити	$3,0 \times 10^{12} / \text{л}$	$3,5-5,5 \times 10^{12} / \text{л}$
Лейкоцити	$8,0 \times 10^9 / \text{л}$	$4,5-11,0 \times 10^9 / \text{л}$
Тромбоцити	$196 \times 10^9 / \text{л}$	$180-320 \times 10^9 / \text{л}$
Білок в сечі	відсутній	відсутній
СРП	≤ 6 мг/л	≤ 6 мг/л

Завдання

1. Поставити діагноз
2. Дати інтерпретацію результатам обстежень
3. Обрати тактику ведення вагітної
4. Призначити лікування та визначити його тривалість
5. Назвати побічні дії препаратів

3. Вагітна 42 років в терміні 8-9 тижнів звернулась до лікаря жіночої консультації з приводу вагітності та вирішення подальшої тактики її ведення. Скаржиться на головний біль, періодичний біль за грудиною, порушення ритму серця, набряки на ногах та руках, які не зникають після нічного сну, задишку при мінімальному фізичному навантаженні.

Із анамнезу: вагітність третя, перша закінчилась терміновими пологамі в 25 років, друга – передчасними пологамі в 30 тижнів на тлі тяжкої прееклампсії в 33 роки, дитина померла на третю добу після пологів. Страждає на артеріальну гіпертензію з 30 років, яка погано корегується за допомогою гіпотензивних препаратів, часті гіпертонічні кризи, підвищення АТ 180/110 мм рт ст та вище, порушення ритму у вигляді миготливої аритмії, ішемічну хворобу серця. 3 роки тому перенесла мікроінсульт на тлі гіпертонічного кризу. Застосовує ексфорж Н, адвокард періодично, клопідогрель, предуктал, кордарон. Є інвалідом другої групи.

При огляді виявлено: АТ 170/115 мм ртст, пульс 70-94 уд/хв, аритмічний, температура тіла 36,4С. ІМТ 31 кг/м². Набряки на ногах, передній черевній стінці. Межі серця розширені вліво, акцент 2-го тону над аортою. При пальпації живіт м'який, безболісний, край печінки виступає нижче правої реберної дуги на 3 см.

При гінекологічному дослідженні: слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотичні, не змінені. Тіло матки збільшене до 8-9 тижнів вагітності, в нормотонусі. Придатки матки не пальпуються.

Додаткові методи обстеження

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	126 г/л	110-140 г/л
Еритроцити	3.9 x 10 ¹² /л	3,5-5,5x10 ¹² /л
Лейкоцити	8,0x10 ⁹ /л	4,5-11,0x10 ⁹ /л
Тромбоцити	196x10 ⁹ /л	180-320x10 ⁹ /л
Загальний білок	70 г/л	60-80 г/л
Натрій	140 мМ/л	136-145 мМ/л
Калій	4,5 мМ/л	3,5-5,0 мМ/л
Сечовина	8,9 мМ/л	2,5-8,3 мМ/л
Креатинін	180 мкМ/л	53-106 мкМ/л
Аланінамінотрансфераза	64 Од	До 40 Од
Білок в сечі	3,3 г/л	відсутній

Завдання

1. Поставити діагноз

2. Призначити додаткові методи обстеження
3. Визначити акушерську тактику
4. Дати рекомендації щодо подальшого запобігання вагітності

4. Першовагітна 27 років звернулась до лікаря жіночої консультації для постановки на облік. Скарг немає. Згідно дати останньої менструації термін вагітності складає 11-12 тижнів. До вагітності нічим не хворіла. Об'єктивне обстеження патологічних змін з боку органів та систем не виявило. При проведенні скринінгу 1-го триместру встановлено, що термін вагітності 11 тижнів та 6 діб, низький ризик щодо генетичної патології. Отримані наступні результати додаткових обстежень:

RW – негативно

Антитіла до ВІЛ - негативно

HBsAg – негативно

Група крові A(II)Rh+

Онкоцитологія шийки матки – II тип

ЕКГ – варіантнорми

Бактеріологічне дослідження сечі: виявлено E.coli haemolytica 10⁶ КУО/мл

Чутлива: ампіцилін, амоксицилін, гентаміцин, ванкоміцин, цефіксим, цефтріаксон, нітрофурантоїн, хлорамфенікол, фосфоміцин, джозаміцин

Стійка: доксіцилін, лінкоміцин, азітроміцин

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	126 г/л	110-140 г/л
Еритроцити	4.1 x 10 ¹² /л	3,5-5,5x10 ¹² /л
Лейкоцити	8,0x10 ⁹ /л	4,5-11,0x10 ⁹ /л
Тромбоцити	196x10 ⁹ /л	180-320x10 ⁹ /л
Глюкоза крові	4,3 мМ/Л	3,33-5,55 мМ/Л
Еритроцити в сечі	0-1 в полі зору	0-1 в полі зору
Лейкоцити в сечі	2-3 в полі зору	До 6 в полі зору
Білок в сечі	відсутній	відсутній
Бактерії в сечі	+++	Не виявлені

Завдання

1. Поставити діагноз
2. Дати інтерпретацію результатами обстеження
3. Призначити лікування
4. Визначити, які ускладнення пов'язані з виявленою патологією
5. Назвати побічні дії препаратів

5. До гінеколога звернулась жінка 23 років із скаргами на ниючий біль внизу живота та появу «мажучих» кров'янистих виділень. Вважає себе вагітною, тому, при затримці місячних 4тиж, провела тест на вагітність, який був позитивним. Акушерський анамнез обтяжений самовільним викиднем в 7 тиж, два роки назад. Причина викидня встановлена не була (зі слів). Професійна діяльність пов'язана з роботою у вечірній та нічний час.

Спостерігається у сімейного лікаря з приводу хр.холецистити. Місячні не регулярні з періоду менархе. Часті затримки місячних до 10-12 днів. Останні місячні 8 тижнів назад. Палить 3 роки, до 6 цигарок на день. Після позитивного тесту на вагітність, кинула паління (зі слів). Ріст -170 см, вага - 76 кг. Результати досліджень: ХГЛ крові-96130 мМО/ мл (рефер. показники 32065,0-149571,0 мМО/мл); прогестерон крові -11,5нг/мл (рефер. показники 11,0-44,3 нг/мл). При огляді виявлено, що ш/матки ціанотична, маткове вічко закрите. Матка збільшена до 7- 8 тиж, реактивна при пальпації, безболіова. Додатки не пальпуються. Склепіння вільні. В піхві,- темно коричневі кров'яністі виділення, в невеликій кількості.

Завдання

- 1.Сформуйте клінічний діагноз.
2. Складіть план обстеження вагітної.
- 3.Напишіть лист призначень.
4. Визначіть подальшу тактику ведення пацієнтки.

6. 23-річна вагітна жінка доставлена в приймальне відділення каретою швидкої допомоги, зі скаргами на раптові кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Вагітність друга, 34-35 тижні. Перші пологи - без ускладнень, народився хлопчик вагою 3620 г.

Анамнез: Вагітність без особливостей. Отримувала фолієву кислоту в І триместрі вагітності. Під час вагітності останній гемоглобін - 114 г/л в 28 тижнів.

Об'єктивно: Жінка знаходиться в свідомості, бліда, адинамічна. Пульс - 88 / хв, АТ - 85/50 мм.рт.ст., ЧД - 30/хв, SaO₂ – 96. Серцебиття плоду приглушене – до 60 / хв.

Живіт м'який, безболісний. Пологова діяльність відсутня. Наявні кров'яністі виділення з піхви зі згортками до 350 мл. Через 10 хвилин кровотеча посилилась і досягла 500 мл.

Лабораторно:

	Фактичний показчик	Референсний показчик
Гемоглобін	82 г / л	110-140 г / л
Еритроцити	$3,2 \times 10^9 / л$	$3,5-5,5 \times 10^9 / л$
Лейкоцити	$10,0 \times 10^9 / л$	$4,5-12,0 \times 10^9 / л$
Тромбоцити	$230 \times 10^9 / л$	$180-320 \times 10^9 / л$
D-димер	250 нг/мл	250-500 нг/мл
АЧТЧ	29,8 с	25,9-38,2
Фібриноген	2,2 г/л	2-4 г/л
Група крові	A (2)	
Резус-фактор	Rh (+) позитивний	

Завдання

1. Яка наблизна крововтрата?

2. Діагноз?
3. Оцінка лабораторних показників.
4. Тактика ведення

7. Роділля С., 34 роки, III вагітність 39-40 тижнів. Перші пологи - без ускладнень, народився хлопчик вагою 3300 г. II вагітність закінчилася самовільним викиднем у 10-11 тижнів, що ускладнився гострим ендометритом.

Жінка знаходиться в пологовій залі. Пологи - через природні пологові шляхи. Перші 2 періоди пологів протікали нормально. Через 10 хвилин після народження дитини з'явився переймоподібний біль і кров'яністі виділення з піхви.

Анамнез: Вагітність без особливостей. Отримувала фолієву кислоту в I триместрі вагітності. Під час вагітності останній гемоглобін - 107 г/л в 36 тижнів.

Об'єктивно: Жінка знаходиться в свідомості, бліда, адинамічна. Пульс - 88 / хв, АТ - 90/55 мм.рт.ст., ЧД - 30/хв, SaO₂ - 97.

Живіт м'який, безболісний. Ознаки відділення посліду від стінки матки негативні. При натискуванні ребром долоні над лоном пуповина втягується. Кровотеча посилилась і досягла 500 мл.

Лабораторно:

	Фактичний показчик	Референсний показчик
Гемоглобін	82 г / л	110-140 г / л
Еритроцити	2,4×10 ⁹ /л	3,5-5,5×10 ⁹ /л
Лейкоцити	11,0 x 10 ⁹ /л	4,5-12,0 x 10 ⁹ /л
Тромбоцити	230 x 10 ⁹ /л	180-320 x 10 ⁹ /л
D-димер	250 нг/мл	250-500 нг/мл
AЧГЧ	29,8 с	25,9-38,2
Фібриноген	2,2 г/л	2-4 г/л
Група крові	A (2)	
Резус-фактор	Rh (+) позитивний	

Завдання

1. Яка наблизна крововтрата?
2. Діагноз?
3. Оцінка лабораторних показників.
4. Тактика
5. Фармакологічна терапія з дозуванням

8. Вагітна 36 років, викликала «швидку допомогу» у зв'язку з появою кров'янистих виділень під час відпочинку в себе вдома. Вагітність п'ята, 32 тиж, 5 майбутні пологи. Четверо пологів пройшли без ускладнень, молодшій дитині 2,5 роки. В приймальному відділенні вагітну оглянули. Загальний стан задовільний. Пульс 88 уд/хв., АТ 130/70, 122/70 мм.рт.ст. Свідомість ясна, на

питання відповідає адекватно. Матка в нормотонусі. Положення плода косе, голівка зліва внизу. Сердцебиття плода ритмічне 150 уд/хв., рухи плода вагітна відчуває добре. Гігієнічна прокладка на 3 краплі просякла менше половини.

Завдання

1. Поставте попередній діагноз.
2. Яких жінок відносять до групи ризику виникнення передлежання плаценти,
3. Які додаткові дії повинен зробити черговий лікар, щоб підтвердити діагноз та зменшити перинатальний та материнський ризику.
4. Яка подальша акушерська тактика після підтвердження діагнозу?

9. У жінки 38 років п'ята вагітність (4 живих дітей). В анамнезі: в 32 тижні перенесла ГРВІ, після чого вагітність ускладнилась хронічним багатоводдям, нестійким положенням плода. Розміри таза – 25см. - 28 см. – 31 см., зовнішня кон'югата – 21 см. Зріст жінки 165 см, вага 74 кг, обвід живота 112 см, висота стояння дна матки 44 см. В терміні 40 тижнів вагітності вдома відійшли чисті навколоплідні води в кількості біля 2,5 літрів, почались перейми через 3-4 хв. По 45 секунд. Швидкою допомогою доставлена в пологовий будинок. Прийомами Леопольда визначено поперечне положення плода, спинка повернена допереду, голівка розташована зліва. Серцебиття плода – 100уд/хв, приглушене, ритмічне. Вагінально: розкриття шийки матки – 6 см. Плодовий міхур відсутній. У піхві знаходиться ручка плода.

Завдання

1. Поставте діагноз.
2. Назвіть можливі причини виникнення даної патології у жінки.
3. Визначте передбачувану масу плода.
4. Назвіть положення, позицію, вид позиції, передлеглу частину плода.
5. Визначте тактику лікаря.

10. На плановий огляд до акушер-гінеколога прийшла вагітна 30 років із скаргами на набряки н/кінцівок, «закладеність» носа та швидку втому. Вагітність третя, 36 тиж. Перша вагітність закінчилась передчасними пологамі в 34 тиж, дитина жива, 4 роки. 2 вагітність - с/викидень в 7 тиж, який ускладнився субфебрилітетом на протязі тижня (2 роки тому). В дитинстві хворіла хв. Боткіна та частими циститами.

При огляді: ріст 168см, вага 84 кг. Рухи плода відчуває добре, але «тест рухів плода» не проводить. Пульс 90 уд/хв., АТ 160/100, 150/90 мм рт ст. ОЖ - 97 см, ВДМ - 31 см. Визначаються набряки на н/кінцівках, обличчі. Відмічає, що не може зняти каблучку на протязі останніх 3-х тиж. С/б плода 170 уд /хв., ритмічне. Заг. ан. сечі не встигла здати перед прийомом, останній був 3 тиж назад – «сліди білка, пит. вага 1022, лейкоцити 10-12 в полі зору, еритроц.1-2 в п/зору». В кінці огляду вагітна поскаржилась на нудоту. Був виміряний АТ: 170/110, 160/100 мм.рт.ст., пульс 96 уд/хв.

Завдання

1. Сформулюйте повний клінічний діагноз.
2. Напишіть алгоритм дії лікаря на прийомі.
3. Які додаткові обстеження потрібно зробити?
4. Яка подальша тактика ведення даної вагітності?

11. 19-річна першонароджуюча з масою тіла 54,5 кг на 38 тижні вагітності після нормальних вагінальних пологів народила доношену живу дівчинку. Вага дитини становила 2180,0 г, довжина тіла - 48 см. З історії відомо, що жінка палила цигарки протягом останніх 8 років і продовжувала палити під час вагітності. Дана вагітність ускладнювалася помірною блювотою вагітності з 9 по 12 тижень вагітності, набряками вагітності з 32 до 38 тижня.

Завдання

1. Яке відхилення від норми виявлено в даному випадку у новонародженої?
2. Що є найбільш вірогідною причиною низької ваги при народженні?
3. Які є види даної патології за класифікацією?
4. Які методи діагностики можна використати для вчасного діагностування даної патології під час вагітності?
5. Чи є сприятливим прогноз для дитини при даній патології?

12. Дитина від першої вагітності народилася у строкових пологах і має масу тіла 4000 г і довжину тіла 57 см. Народившись, дитина не реагувала на обстеження. Оцінити стан дитини остаточно не вдається. Частота серцевих скорочень - 80/ хв.

Завдання

1. Який діагноз можна встановити?
2. Що могло бути причиною такого стану дитини?
3. За якими діагностичними критеріями встановлюється даний діагноз?
4. Які реанімаційні заходи слід вжити?
5. Від чого може залежати різниця у проведених заходах під час реанімації?

13. Вагітна 30 років, в терміні 32 тижні. Госпіталізована з приводу загрози передчасних пологів, імунологічного порушення по резус-фактору з 28 тижня. Дана вагітність друга. Перша вагітність закінчилася медикаментозним абортom у терміні 10 тижнів. Вагітній жінці у терміні 28 тижнів вводили 300 мкг анти-Rho(D) імуноглобуліну внутрішньом'язово. У попередньому аналізі титр резус-антитіл у крові становив 1:16. Через 2 тижні відмічено підвищення титру антитіл до рівня 1:64. Наявні ультразвукові ознаки гемолітичної хвороби плода.

Завдання

1. Визначте подальше ведення вагітності. Обґрунтуйте.

2. Які методи діагностики проводяться при даній патології під час вагітності?
3. Назвіть особливості ведення пологів.
4. Назвіть особливості ведення періоду новонародженості.
5. Яка профілактика даного стану (специфічна)?

14. Роділля 27 років, поступила на другі пологи із скаргами на регулярний переймоподібний біль внизу живота та в попереку. Вагітність перебігала без ускладнень. Перейми розпочались 2 години тому. Навколоплідні води не виливались. За даними обмінної карти дата передбачаємих пологів через 6 днів. Ріст- 165 см. Вага -75 кг. Пульс 78 уд.за хв.. АТ 130/80мм.рт.ст., на обох руках. При зовнішньому акушерському дослідженні виявлено, що положення плода фізіологічне, спинка зліва, над входом в малий таз пальпується кругла, щільна передлегла частина плода на рівні 4/5 п/п відносно симфіза. Перейми по 30 сек через 4-5 хвилин, регулярні. Сердцебиття плода 142 уд/хв., ритмічне, нижче пупка, краще вислуховується латеральніше, зліва від білої лінії живота. При піхвовому дослідженні ш/м центрована, укорочена до 0,5 см, м'яка, краї тонкі. Маткове вічко відкрито на 4см. Плодовий міхур визначається. Передлежить голівка, яка знаходиться на рівні -4. Виділення слизові. Мис крижової кістки не досягається, екзостозів не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте повний клінічний діагноз.
2. Прокоментуйте дані зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.
3. Визначіть діагностичні критерії підтвердження пологів.
4. Визначіть тактику ведення пологів.

15. Жінка 28 років, доставлена у приймальне відділення пологового будинку зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота та попереку по 15 сек. кожні 10хв. Термін вагітності 37-38 тижнів, вагітність ІІІ, пологи І. ЖК відвідувала згідно графіку. Акушерський анамнез: загроза переривання вагітності в терміні 5-6 тижнів. Гінекологічний анамнез: завмерла вагітність в терміні 5-6 тижнів, 2 роки тому. Соматичний анамнез не обтяжений.

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ясні, пульс – 68 уд в 1хвилину, АТ 110/75 мм рт. ст. та 115/75 мм рт. ст. на обох руках. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, ВДМ під мечевидним відростком, матка в нормотонусі, тонізує під час огляду. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 125 уд/хв., зліва нижче пупка. Набряки відсутні.

При вагінальному огляді виявлено: тіло матки збільшене до 38 тижнів вагітності, шийка матки м'яка, укорочена до 2х см, пропускає кінчик пальця, центрована. Плідний міхур цілий, функціонує. Голівка прижата до входу в малий таз.

Жінка виявляє бажання отримати медикаментозне знеболення в пологах.

Завдання

1. Встановити попередній діагноз.
2. Оцінити стан зрілості шийки матки за шкалою Бішоп?
3. Рекомендовані лабораторні обстеження.
4. Принцип ведення пологів.
5. Знеболення жінки в пологах?

16. Жінка 25 років звернулася до лікаря ЖК зі скаргами на відсутність менструації протягом останніх 2-х місяці, запаморочення, нагрубання молочних залоз, нудоту вранці. Гінекологічний анамнез: пологів - 0, абортів – 0, ОМ - 2 місяці тому. Востаннє відвідувала гінеколога 2 роки тому. Соматичний анамнез: хронічний пієлонефрит.

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ясні, пульс – 68 уд в 1хвилину, АТ 110/75 мм рт. ст. та 115/75 мм рт. ст. на обох руках. Живіт м'який, безболісний.

Вагінальне обстеження.

При дзеркальному огляді виявлено: слизова шийки матки та вагіни ціанотична, чиста. Зовнішнє вічко округлої форми. Виділення слозові, помірні.

При бімануальному огляді виявлено: тіло матки збільшене до 9-10 тижнів вагітності, рухоме, безболісне, м'якої консистенції. Склепіння вільні. Додатки без особливостей.

Жінка бажає стати на облік по вагітності.

Завдання

1. Встановити попередній діагноз.
2. Рекомендовані планові обстеження.
3. І скринінг вагітності.
4. Рекомендації щодо ведення вагітності.
5. Показання до направлення вагітної на медико-генетичне консультування.

17. Жінка 28 років, доставлена у приймальне відділення пологового будинку зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота та попереку по 15 сек. кожні 10хв. Термін вагітності 37-38 тижнів, вагітність ІІ, пологи І. передбачувана маса плода 4500 г. ЖК відвідувала згідно графіку. Акушерський анамнез: не обтяжений. Гінекологічний анамнез: штучне переривання вагітності в терміні 5-6 тижнів, 3 роки тому. Соматичний анамнез не обтяжений.

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ясні, пульс – 68 уд в 1хвилину, АТ 110/75 мм рт. ст. та 115/75 мм рт. ст. на обох руках. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, ВДМ під мечевидним відростком, матка в нормотонусі, тонізує під час огляду. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 уд/хв., зліва нижче пупка. Набряки відсутні.

При вагінальному огляді виявлено: тіло матки збільшене до 38 тижнів вагітності, шийка матки м'яка, укорочена до 2-х см, пропускає 1п/п, центрована. Плідний міхур цілий, функціонує. Голівка притиснута до входу в малий таз.

Завдання

1. Встановити попередній діагноз.
2. Методи визначення передбачуваної маси плоду?
3. Рекомендовані лабораторні обстеження.
4. Тактика ведення пологів?
5. Додаткові методи обстеження в пізні терміни вагітності?

18. Жінка 25 років стала на облік в ЖК з приводу I вагітності 11-12 тижнів після перенесеної гострої цитомегаловірусної інфекції. При плановому відвідуванні лікаря ЖК через 4 тижні поскаржилася, що останнім часом перестала відчувати себе вагітною. При огляді ВСДМ на 2п/п над лоном. Вагінально: матка збільшена до 12 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Зовнішнє вічко зімкнене. Додатки без особливостей. Склепіння вільні. На УЗД: матка відповідає 12 тижням вагітності, серцебиття плода немає, визначаються множинні петрифікати та кісти плаценти. Результати ЗАК: Нв 120г/л; еритроцити $3,8 \cdot 10^{12}$ /л; Лейкоцити $10 \cdot 10^9$ /л; Тромбоцити $220 \cdot 10^{12}$ /л; ШОЕ 30мм/год.

Завдання

1. Поставте діагноз і назвіть причину даної патології.
2. Визначте необхідний обсяг обстежень.
3. Тактика лікаря?
4. Назвіть можливі ускладнення даної патології.
5. Дайте рекомендації жінці при виписці зі стаціонару.

19. Під час пологів у роділлі проводилось кардіотокографічне спостереження за станом плода. При аналізі кардіотокограми виявлено, що частота серцевих скорочень близько 180 ударів на хвилину, варіабельність ритму 2 удари за хвилину. За годину спостереження виявили 2 глибокі децелерації, неасоційовані із переймами матки.

Завдання

1. Яка нормальна частота серцевих скорочень плода?
2. Про що свідчать зміни кардіотокограми?
3. Яка тактика може бути застосована під час I періоду пологів?
4. Яка тактика може бути застосована під час II періоду пологів при головному передлежанні

20. Жінка 45 років, що народжувала вдруге, поступила в терміні 39-40 тижнів вагітності з активною пологовою діяльністю: перейми через 4-5 хвилин по 30-35 секунд. В анамнезі: перенесені дитячі інфекції, ГРВІ, хронічний гастрит, бронхіт. Передбачувана маса плода – 3800г. Шийка матки

за шкалою Бішопа – 7б, серцебиття плода ритмічне, 140 уд/хв, ясне. При вагінальному дослідженні: відкриття шийки матки 4 см, передлегла голівка виповнює термінальну лінію, стріловидний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа біля крижів. Навколоплідний міхур цілий. Після 5 годин активної пологової діяльності з'явилися потуги через 1-2 хв. по 50-55 сек. Відійшли чисті навколоплідні води. Другий період пологів триває 1,5 години. Жінка втомлена. Потуги послабшали, стали через 3-4 хв. по 40-45 сек. Серцебиття плода ритмічне, 90 уд/хв, глухе. Голівка на тазовому дні, стрілоподібний шов співпадає з прямим розміром виходу з малого тазу. Мале тім'ячко біля крижів.

Завдання

1. Поставте діагноз, яка патологія виникла у плода і жінки.
2. Визначте позицію і вид позиції плода.
3. Яка тактика ведення пологів?
4. Які причини викликали дану патологію?
5. Які ускладнення можуть виникнути при розродженні жінки?