

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»

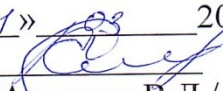
(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН на заседании кафедры

Протокол от « 11 » 2024 г. № 7

Зав. кафедрой 
/Асташов В.Л./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Акушерство

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи
2024

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	8
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	71

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза;	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-3. Способен к проведению обследования пациентов с целью установления диагноза, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-5. Способен к оказанию медицинской помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме.	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые Компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает общехирургический и специальный акушерский инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных	Знает общехирургический	Устный опрос,	Шкала оценивания

		занятиях 2.Самостоятельная работа	и специальный акушерский инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владет навыками использования хирургического инструментария.	доклад, ситуационная задача, практическая подготовка	устного опроса Шкала оценивания доклада Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки
ОПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	Знает основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме беременных Умеет определять патологические процессы в организме беременных	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	Знает основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме беременных Умеет определять патологические процессы в организме беременных Владет навыками сбора анамнеза и обследования беременных	Устный опрос, ситуационная задача, доклад, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания доклада Шкала оценивания практической подготовки

ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные закономерности протекания нормальной и патологической беременности. Умеет проводить диагностику и дифференциальную диагностику у беременных женщин.	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные закономерности протекания нормальной и патологической беременности. Умеет проводить диагностику и дифференциальную диагностику у беременных женщин. Владеет навыками проведения лечебно-диагностических мероприятий у беременных.	Устный опрос, ситуационная задача, доклад, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания реферата Шкала оценивания доклада Шкала оценивания практической подготовки
ДПК-3	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями. Умеет на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию.	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями. Умеет на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию. Владет практическими навыками проведения обследования беременных с различными заболеваниями и патологическими состояниями.	Устный опрос, ситуационная задача, доклад, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания доклада Шкала оценивания практической подготовки
ДПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний в акушерстве; основные приёмы, мануальные навыки, хирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной медицинской помощи. Умеет, на основании знаний топографической анатомии, определять показания для	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата

			оказания медицинской помощи беременным женщинам в неотложной и экстренной форме; умеет выполнять неотложные хирургические вмешательства (коникотомия, трахеостомия).		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний в акушерстве; основные приёмы, мануальные навыки, хирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной медицинской помощи. Умеет, на основании знаний топографической анатомии, определять показания для оказания медицинской помощи беременным женщинам в неотложной и экстренной форме; умеет выполнять неотложные хирургические вмешательства (коникотомия, трахеостомия). Владет техникой выполнения неотложных акушерских	Устный опрос, ситуационная задача, доклад, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания доклада Шкала оценивания практической подготовки

			вмешательств и манипуляций, методикой оказания неотложной и экстренной медицинской.		
--	--	--	---	--	--

Шкала оценки устного опроса студента

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	20
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	15
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	5
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценки написания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствуют поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	10
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	5
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал	2

неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания докладов

Критерии оценивания	Баллы
Качество доклада: - производит выдающееся впечатление, сопровождается иллюстративным материалом; - четко выстроен; Использование демонстрационного материала: - автор представил демонстрационный материал и прекрасно в нем ориентировался Качество ответов на вопросы: - отвечает на вопросы; Владение научным и специальным аппаратом: - показано владение специальным аппаратом; Четкость выводов: - полностью характеризуют работу;	20
Качество доклада: - рассказывается, но не объясняется суть работы; Качество ответов на вопросы: - не может ответить на большинство вопросов; Владение научным и специальным аппаратом: - использованы общенаучные и специальные термины; Четкость выводов: - нечетки; Использование демонстрационного материала: - использовался в докладе, хорошо оформлен, но есть неточности;	10
Качество доклада: - зачитывается. Качество ответов на вопросы: - не может четко ответить на вопросы. Владение научным и специальным аппаратом: - показано владение базовым аппаратом. Четкость выводов: - имеются, но не доказаны. Использование демонстрационного материала: - представленный демонстрационный материал не использовался	0

докладчиком или был оформлен плохо, неграмотно.	
---	--

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10
Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	10
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	5
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

3. Контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Текущий контроль

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Знать: общехирургический и специальный акушерский инструментарий.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Классификация акушерских инструментов по функциональному назначению.
2. Назовите инструменты, применяемые при осмотре беременных.
3. Назовите инструменты, применяемые для родовспоможения.
4. Назовите инструменты, применяемые для плодоразрушающих операций.
5. Назовите инструменты, применяемые для осмотра родовых путей.
6. Назовите инструменты, применяемые для выскабливания после родов.
7. Назовите инструменты, применяемые для зашивания разрывов и повреждений половых органов.
8. Назовите инструменты, применяемые при акушерских операциях

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4 на *пороговом уровне*.

Перечень тем для рефератов:

- 1) Методы обследования в акушерстве. Диагностика беременности.
- 2) Акушерские инструменты, применяемые при родовспоможении.
- 3) Инструменты, применяемые при акушерских операциях.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

- 1) Осмотр беременных. Инструменты, используемые при осмотре беременных.
- 2) Родовспоможение. Инструменты, применяемые при родовспоможении.
- 3) Осмотр родильницы. Инструменты, используемые при осмотре родовых путей.

4) Акушерские операции. Инструменты, используемые при акушерских операциях.

Владеть навыками использования хирургического инструментария

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4 на продвинутом уровне

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

Многорожавшая 32 лет, на 40 неделе беременности поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью. Размеры таза нормальные. Поперечное положение плода, справа определяется головка, слева тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 удар/мин на уровне пупка.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, раскрытие маточного зева полное. В момент исследования излились светлые воды.

Вопросы:

- 1) Диагноз.
- 2) Тактика врача.

Ситуационная задача № 2

Роженица 29 лет. Беременность 38-39 нед. Доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью через 12 часов после излития околоплодных вод. Размеры таза 25x28x31x20 см. Общее состояние удовлетворительное. Схватки через 2-3 мин по 40 сек. Положение плода поперечное: головка справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева полное, во влагалище находится отечная правая ручка и плечико.

Вопросы:

- 1) Диагноз.
- 2) Тактика врача

Ситуационная задача № 3

Первобеременная 28 лет. Срок беременности 40 недель. Доставлена в роддом с преждевременным излитием околоплодных вод. Размеры таза 23x26x29x18 см. Родовая деятельность 26 часов. Роженица утомлена. Температура 38° С, пульс - 100 удар. в мин. Сердцебиение плода не выслушивается.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие полное, плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Определяется лоб и часть переносицы. Диагональная конъюгата 10 см.

Вопросы:

- 1) Диагноз.
- 2) План родоразрешения.

Ситуационная задача № 4

Женщина 52 лет обратилась к врачу женской консультации для проф. осмотра. Менопауза 7 лет. Жалоб не предъявляла, 2 мед. аборта.

Бимануально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка увеличена до 9-ти недельного срока беременности, с бугристой поверхностью, подвижна, безболезненна. Своды глубокие.

Придатки не определяются.

Вопрос:

- 1) Какие методы исследования необходимы для уточнения врачебной тактики.

Ситуационная задача № 5

Пациентка 18 лет обратилась в женскую консультацию по месту жительства с жалобами на выделения из половых путей, чувство жжения, зуд, отек и боль в области наружных половых органов. Считает себя больной в течение 7 дней после случайного полового контакта. Лечение не проводила.

Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре наружных половых органов отмечается отек и резкая гиперемия наружных половых органов, пенистые, зеленоватого цвета выделения с запахом из половой щели.

Вопрос:

- 1) Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 6

Первобеременная 23 лет. беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в ранние сроки. В последние 3 дня отметила схваткообразные боли внизу живота, слизистые выделения из половых путей. За всю беременность прибавила 6 кг. Страдает диффузотоксическим зобом II, тиреотоксикозом I. При осмотре: состояние удовлетворительное. АД - 130/80 мм рт.ст. Срок беременности 36 недель. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 140 в 1 минуту, слева ниже пупка. Видимых отеков нет. В моче белок отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Ключи правильных ответов

Задача № 1

Ответ:

Диагноз. Беременность 40 недель, поперечное положение плода, вторая позиция. Начало второго периода родов.

Тактика врача. Операция КС в экстренном порядке. Общеизвестно, что оптимальным методом родоразрешения при поперечном или косом положении плода является кесарево сечение.

Задача № 2

Ответ:

Диагноз. Запущенное поперечное положение плода. Внутриутробная гибель плода.

Тактика врача. Плодоразрушающая операция (декапитация).

Задача № 3

Ответ:

Диагноз. Беременность 40 недель. Лобное вставление.

ОСЛ.: Хориоамнионит. Внутриутробная гибель плода.

СОП.: Общеравномерносуженный таз.

План родоразрешения. Плодоразрушающая операция, краниотомия.

Задача № 4

Ответ:

1. УЗИ органов малого таза

2. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

Задача № 5

Ответ:

1. Осмотр в зеркалах и мазок из влагалища на флору.

Задача №6

Ответ:

1. Беременность 36 недель. Головное предлежание, 1 позиция, передний вид. Угрожающие поздние преждевременные роды.

2. Бимануальное исследование, УЗИ, КТГ, консультация эндокринолога.

Перечень вопросов практической подготовки:

1. Владение навыками инструментального обследования беременных.
2. Знание медицинских изделий и устройств, предназначенных для диагностики и оказания медицинской помощи беременным.
3. Владение навыками сбора акушерского анамнеза.

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Знать: основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме беременных.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Перечислите основные признаки беременности
2. Каковы основные изменения в сердечно-сосудистой системе при беременности?
3. Как изменяются гематологические показатели при беременности?
4. Какие изменения наблюдаются в мочевыделительной системе при беременности?
5. Какие изменения наблюдаются в дыхательной системе при беременности?
6. Какие изменения наблюдаются в пищеварительной системе при беременности?
7. Какие изменения наблюдаются в эндокринной системе при беременности?

Уметь: определять патологические процессы в организме беременных.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5 на *пороговом уровне*.

Перечень тем для рефератов:

1. Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов.
2. Ранний токсикоз беременных.
3. ДВС-синдром в акушерстве.
4. Поздние гестозы (преэклампсия, эклампсия)
5. Редкие формы гестозов.
6. Заболевания крови у беременных.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

1. Анемия беременных. Диагностика. Тактика лечения.
2. Ранние токсикозы. Симптоматика. Диагностика. Тактика лечения.
3. Диагностика и лечение нефропатии беременных
4. Диагностика и лечение патологий фетоплацентарной системы
5. Диагностика и лечение позднего токсикоза – ОПГ-гестоза: отеков, протеинурии, гипертензии беременных, гестозов различной степени тяжести.
6. Диагностика и лечение преэклампсии и эклампсии беременных
7. Профилактика токсикоза во время беременности

Владеть навыками сбора анамнеза и обследования беременных.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5 на *продвинутом уровне*.

Ситуационная задача № 1

В женскую консультацию обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на задержку менструации на два месяца, тошноту, рвоту до 6-7 раз в сутки, слабость, снижение работоспособности. В анамнезе 1 искусственный аборт.

Объективно: рост 166 см, вес 54 кг. Кожа сухая, чистая, бледная. Пульс 86 ударов в 1 минуту, АД 95/60 мм ртутного столба. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Матка увеличена до 7–8 недель беременности, тестоватой консистенции, безболезненная. Придатки матки не увеличены. В зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Бели молочного цвета.

1. Поставить диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать рвоту беременных?

Ситуационная задача № 2

На учете в женской консультации находится первобеременная 21 года.

Консультацию посещает регулярно. В течение последних 7 дней отмечает жажду, отеки ног. К концу дня отеки значительные, утром уменьшаются, но не исчезают.

Объективно: рост 162 см, вес 76 кг. Прибавка веса за 10 дней 1200 граммов. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба, пульс 76 ударов в 1 минуту. На передней брюшной стенке у беременной женщины остаётся «след» от акушерского стетоскопа. На голенях умеренные отеки. Матка вне тонуса, соответствует сроку 36 недель беременности. Положение плода продольное, I позиция, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз.

Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, 136 ударов в 1 минуту, ритмичное.

1. Поставить диагноз.

2. Какая клиническая форма гестоза имеет место в данном случае?

Ситуационная задача № 3

В родовое отделение поступила первобеременная 17 лет с жалобами на жажду, плохой сон, отеки ног в течение 1—2 недель. Срок беременности 34—35 недель.

Объективно: рост 158 см, вес 70 кг. Пульс 74 удара в 1 мин., АД 140/90, 140/85 мм ртутного столба. Головной боли нет, зрение ясное. На голенях у беременной имеются отеки. Анализ мочи: белка нет, единичные лейкоциты в поле зрения, клетки плоского эпителия. Матка увеличена соответственно 34

—35 неделям беременности, положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту.

1. Поставить диагноз.
2. По каким показателям определяется степень выраженности гестоза?

Ситуационная задача №4

В родильный дом машиной «скорой помощи» доставлена беременная 25 лет. Жалобы на жажду, плохой сон. В течение двух дней – головная боль, тошнота. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад. От предложенной врачом женской консультации госпитализации женщина отказалась в связи с переездом на другую квартиру.

Объективно: рост 163 см, вес 78 кг. Кожа чистая, бледная, отмечается одутловатость лица. Пульс 96 ударов в 1 минуту, АД 160/110, 175/120 мм ртутного столба. На передней брюшной стенке и голених у беременной отмечаются умеренные отеки. В моче белок 1,65 г/л. Матка соответствует сроку 33—34 недели беременности (гестационный срок 35 недель). Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, 144—150 ударов в 1 минуту.

1. Поставить диагноз.
2. Что отличает преэклампсию от тяжёлой формы нефропатии?

Ситуационная задача № 5

В родильный дом доставлена первобеременная 20 лет с жалобами на плохой сон, жажду, головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. Несколько раз была рвота. Объективно: рост 166 см, вес 83 кг. Кожа несколько бледная, одутловатость лица, отеки ног, передней брюшной стенки. Пульс 92 удара в 1 минуту, АД 175/115, 180/110 мм ртутного столба. Матка увеличена соответственно 36-37 неделям беременности, при пальпации приходит в тонус. Положение, плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в 1 минуту. Произведено влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной до 2 см, плотной консистенции, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. После влагалищного исследования развился приступ судорог с потерей сознания.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.

Ситуационная задача № 6

В родильном блоке находится первородящая 21 года. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Схватки сильные, через 2–3 минуты, по 45 секунд. К схваткам присоединяются потуги. Беспокоит головная боль. Объективно: рост 160 см, вес 78 кг. На передней брюшной стенке и голенях умеренные отеки. АД 160/120, 170/120 мм ртутного столба. Пульс 90 ударов в 1 минуту. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 150 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, предлежит головка, расположена в плоскости узкой части малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Во время одной из потуг появились фибриллярные подергивания лица, рук, затем клонические и тонические судороги, потеря сознания. Из рта выделяется пена с примесью крови.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.

Ситуационная задача № 7

Первобеременная, 22 года, преподаватель колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. Месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы.

Задания

1. Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.
2. Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.
3. Перечислить методы обследования при взятии на учет.

Ситуационная задача № 8

У повторнородящей (Б-2, Р-2, А-0), установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ягодичы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

1. Сформулируйте _____ клинический _____ диагноз.
2. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.

Ситуационная задача № 9

Повторнородящая (Б-2), 30 лет, с умеренной преэклампсией находится в первом периоде родов; при влагалищном исследовании, проведенном час назад, найдено открытие 3 см. Размеры таза нормальные. Размеры плода средние, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Внезапно женщина пожаловалась на резкую боль в животе, больше справа. Боль носит постоянный характер. При осмотре: АД 120/70, пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, тонус матки резко повышен, матка плотная при пальпации, правильной формы, не расслабляется. Части плода до этого хорошо пальпирующиеся, определить не удается. Сердцебиение плода не выслушивается. Из влагалища выделений нет.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие ПОНРП.

Ситуационная задача № 10

Пациентка 32 лет, соматически здоровая. Роды при доношенной беременности, продолжавшиеся 17,5 час. закончились рождением мертвого мацерированного плода. На вторые сутки после родов t — 37,8., в последующие 5 дней — в пределах нормы, далее субфебрильная. PS — 110-120 удар/мин. На 8 сутки послеродового периода выставлен диагноз: субинволюция матки. При влагалищном исследовании: справа у стенки таза — небольшой плоский, плотный инфильтрат, умеренно болезненный. Назначены сокращающие матку средства, антибиотики.

На 2 сутки после начала лечения (на 10 сутки после родов) после подъема с постели: тахикардия — 120 удар/мин, одышка, боли в груди, цианоз лица. Диагноз. Тактика ведения.

Ситуационная задача № 11

В акушерском стационаре зарегистрирован случай краснухи у родильницы М. Больная находилась в течение суток в отделении патологии беременных, затем поступила в родовое отделение. В послеродовом отделении больная находилась в двухместной палате Мать и Дитя, где на 2 сутки пребывания появилась клиника заболевания.

Вопросы

1. Какая информация, куда и в какие сроки об этой пациентке должна быть передана
2. Какие противоэпидемические мероприятия должны быть проведены
3. Какому лабораторному обследованию подлежат беременные женщины, находившиеся в очаге краснушной инфекции
4. Какова тактика, если при первом обследовании у контактной беременной из очага выявлены специфические IgG при отсутствии М к возбудителю

краснушной инфекции

5. Какова тактика, если при первом обследовании в крови у контактной беременной в очаге обнаружены специфические Ми антитела к возбудителю краснушной инфекции

Ситуационная задача № 12

У пациентки 36 недель беременности. Течение беременности осложнено длительной угрозой прерывания. При ультразвуковом исследовании выявлено: размеры головки и бедра плода соответствуют 36 неделям гестации, размеры живота плода – 32-34 неделям. Плацента расположена на задней стенке матки, III степени зрелости, с множественными петрификатами, 2,5 см толщиной. Выявлено снижение количества околоплодных вод. Сердцебиение определяется. Оценка биофизического профиля плода составляет 9 баллов. Показатели доплерометрии в системе мать-плацента-плод в норме.

Диагноз

Тактика ведения

Ключи правильных ответов

Задача №1

Ответ:

1. Ранний токсикоз беременных
2. Пищевая токсикоинфекция, гастрит, желчнокаменная болезнь.

Задача №2

Ответ:

1. Беременность 36 недель. Гестоз легкой степени тяжести.
2. Водянка II ст.

Задача №3

Ответ:

1. Беременность 34-35 недель. Гестоз легкой степени тяжести. Нефропатия I ст. Юная первородящая.
2. Отеки, протеинурия, артериальное давление

Задача №4

Ответ:

1. Беременность 35 недель. Гестоз тяжелой степени тяжести. Преэклампсия. Задержка роста плода I ст.
2. Появление общемозговой симптоматики.

Задача №5

Ответ:

1. Беременность 36-37 недель. Гестоз тяжелой степени тяжести. Эклампсия. Незрелая шейка матки.
2. Экстренное кесарево сечение

Задача №6

Ответ:

1. Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Гестоз тяжелой степени тяжести. Эклампсия.
2. Наложение акушерских щипцов.

Задача №7

Ответ:

1. Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью. Выяснить наследственные факторы, профессиональные вредности (в данном случае это не актуально), вредные привычки, перенесенные заболевания, отдельно выявить инфекционные заболевания и контакты (особенно гепатит и туберкулез), оперативные вмешательства. Выяснить особенности менструальной функции, половой анамнез, гинекологические и венерические заболевания. Предыдущие беременности и их исход, течения данной беременности. Оценка телосложения, питания (кроме того, взвешивание и измерение роста). Осмотр кожных покровов, видимых слизистых, оценка состояния клетчатки, лимфоузлов. Осмотр молочных желез. Измерение АД. Пульса. Выслушивание сердечных тонов и легких. Пальпация живота, поколачивание по пояснице. Выяснение характера физиологических отклонений.
2. Осмотр наружных половых органов, на зеркалах, бимануальное исследование, пельвиометрия.

Задача №8

Ответ:

1. Клинический диагноз: II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:
 - урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов.
 - при РV обнаружено, что ягодичы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Задача №9

Ответ:

1. Клинический диагноз: II срочные роды, I период. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода. Умеренная преэклампсия.
2. К предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:

Во время беременности:

- сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);
- эндокринопатии (СД);
- аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
- преэклампсия, особенно на фоне гломерулонефрита;
- инфекционно-аллергические васкулиты;
- генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

Во время родов:

- излитие ОВ при многоводии;
- гиперстимуляция матки окситоцином;
- рождение первого плода при многоплодии;
- короткая пуповина;
- запоздалый разрыв плодного пузыря.

Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

3. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:

- умеренная преэклампсия
- резкая боль в животе, больше справа. Боль носит постоянный характер
- тонус матки резко повышен, матка плотная на ощупь, правильной формы, не расслабляется
- части плода до этого хорошо пальпирующиеся, определить не удается.
- сердцебиение плода не выслушивается.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом и во втором периодах родов).

Задача №10

Ответ:

Послеродовой эндометрит. Тромбофлебит глубоких вен таза.

Тромбоэмболия легочной артерии.

Тромбоз вен яичникового сплетения. Эмболия легочной артерии.

Задача №11

Ответ:

1. В течение 2 часов необходимо сообщить о случае краснухи у родильницы по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (N 058/у) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор Методический центр аккредитации

специалистов_МПД_2018 181 на территории, где выявлен случай заболевания.

2. Изолировать родильницу в отдельный бокс до перевода в инфекционную больницу. Изолировать новорожденного в отдельный бокс до выписки (новорожденный от матери больной краснухой считается контактным в течение года).

Наложить карантин на акушерский стационар сроком на 21 день от момента изоляции больной. Составить списки контактных пациентов и персонала, уточнить их прививочный и инфекционный анамнез в отношении краснухи.

Организовать и провести обследование беременных на наличие антител к вирусу краснухи.

Организовать максимальную выписку лиц, не болевших краснухой, с указанием в выписке наличия контакта с больной краснухой.

За лицами, общавшимися с больной, не привитыми и не болевшими, установить медицинское наблюдение на 21 день.

3. Беременные женщины, находившиеся в очаге краснушной инфекции, подлежат динамическому серологическому обследованию на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи в целях предупреждения развития врождённых заболеваний новорожденных. Взятие проб крови у беременных проводят одновременно с взятием крови у первой больной в очаге.

4. В случае, если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG при отсутствии IgM к возбудителю краснушной инфекции в концентрациях (титрах) 25 МЕ/мл и выше (условно защитных), обследование повторяют через 10-14 дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при повторном исследовании выявлены специфические IgG и не обнаружены IgM к вирусу краснухи, то риск СВК исключается, и дальнейшее медицинское наблюдение за беременной женщиной по контакту в очаге краснушной инфекции не проводят.

5. Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM и IgG антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10-14 дней после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением авидности IgG антител. При подтверждении диагноза (положительные IgM антитела к вирусу краснухи и низкий индекс авидности IgG), решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

Задача №12

Ответ:

Беременность 36 нед. Фетоплацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП), асимметричная форма.

Госпитализация, пролонгирование беременности до 37 нед (плод чувствует себя нормально), динамическое наблюдение. При удовлетворительном состоянии плода – роды через естественные родовые пути. Если ухудшение состояния плода – Кесарево сечение

Перечень вопросов для практической подготовки.

1. Обсуждение симптоматики патологических состояний беременных.
2. Разбор историй родов.
3. Участие в ведении родов.
4. Участие в курации беременных, рожениц и родильниц.

ОПК-7. *Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности*

Знать: основные закономерности протекания нормальной и патологической беременности.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов.
2. Невынашивание беременности по триместрам ее развития. Основные причины. Клиника. Диагностика.
3. Привычное невынашивание. Эндокринные нарушения.
4. Степени перенашивания беременности. Влияние на плод.
5. Ранние токсикозы. Чрезмерная рвота.
6. Гестозы (поздние токсикозы беременных). Основные звенья патогенеза. Международная и отечественная классификация. Факторы достоверного риска.
7. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Недостаточность кровообращения. Болезни миокарда. Нарушение ритма сердца. Особенности течения беременности.
8. Артериальная гипертензия. Симптоматическая гипертензия. Артериальная гипотензия. Болезни вен. Клиника, диагностика, показания к прерыванию беременности.
9. Заболевания органов дыхания (бронхит, пневмония, бронхиальная астма). Осложнения беременности, влияние на плод.
10. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта и печени (острый и хронический гастрит, острый и хронический холецистит, острый и хронический панкреатит, вирусный гепатит, аппендицит). Тактика ведения беременности.
11. Беременность и болезни органов мочевого выделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, цистит, острая почечная недостаточность). Осложнения беременности.

12. Беременность и заболевания крови (анемии, геморрагические диатезы).
Влияние на плод.
13. Беременность, инфекционные и паразитарные заболевания

Уметь: проводить диагностику и дифференциальную диагностику у беременных женщин.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-7 на *пороговом уровне*.

Перечень тем для рефератов:

1. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.
2. Хламидии как причина внутриутробного инфицирования плода
3. Токсоплазмоз и беременность
4. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности
5. Заболевания почек и беременность
6. Особенности течения и ведения беременности у женщин с гестозом.
7. Особенности течения и ведения беременности при сердечно-сосудистой патологии
8. Ранний токсикоз беременных. Показания к прерыванию беременности.
9. Эндокринная патология и беременность
10. Характеристика перенесенной беременности. Признаки перенесенности новорожденного.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-7 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

1. Пороки сердца и беременность.
2. Бронхиальная астма и беременность.
3. Сахарный диабет и беременность.
4. Беременность и психиатрическая патология.
5. ВИЧ-инфекция в акушерстве.
6. Вирусный гепатит и беременность.
7. Сифилис и беременность.
8. Туберкулез и беременность.
9. Грипп и беременность.
10. Хориоамнионит.
11. Тромбозы у беременных. Профилактика.
12. Тромбоэмболия легочной артерии в акушерстве.

Владеть: навыками проведения лечебно-диагностических мероприятий у беременных.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-7 на *продвинутом уровне*.

Перечень ситуационных задач:

Ситуационная задача №1

В родовом отделении находится повторно беременная 21 года. Жалобы на головокружение, слабость, утомляемость. Первые роды 1,5 года назад осложнились задержкой частей плаценты и кровотечением в раннем послеродовом периоде. Производилась ручная ревизия полости матки. Ребенка кормила грудью до 8 месяцев.

Объективно: рост 163 см, вес 56 кг. Кожа бледная. Пульс 90 ударов в 1 минуту, ритмичный. АД 95/60, 100/60 мм ртутного столба. ЭКГ – синусовая тахикардия.

Матка вне тонуса, соответствует сроку 27 недель. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту.

Анализ крови: Нв – 82 г/л, эр. – 3,5 Г/л, л – 5,2 Г/л, э – 2%, с – 74%, п/я – 3%, л – 18%, м – 3%, ретикулоциты – 14%, анизопойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Общий анализ мочи без патологических изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основные цели лечения.
3. Какие осложнения беременности и родов можно ожидать при анемии?

Ситуационная задача №2

В родовом отделении находится пациентка 23 лет, срок беременности 38-39 недель. В анамнезе одни роды. В связи с заболеванием сердца 3 года назад ей была произведена операция митральной комиссуротомии с хорошим исходом. За 6 месяцев до настоящей беременности перенесла обострение ревмокардита. Жалобы при поступлении на одышку и сердцебиение.

Объективно: рост 160 см, вес 63,5 кг. Кожные покровы нормальной окраски, акроцианоз, небольшие отеки ног. Пульс в покое: 96 ударов в 1 минуту, единичные экстрасистолы. АД 100/70, 110/70 мм ртутного столба, ЧДД 21 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина систолический и диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные хрипы в незначительном количестве. Печень пальпировать не удается из-за высокого стояния матки. Проводимая кардиальная терапия в течение недели не улучшила состояния: сохраняется одышка при ходьбе, сердцебиение.

1. Поставить диагноз.
2. Какая стадия хронической сердечной недостаточности (ХСН) имеется у беременной?
3. Какие лекарственные средства можно применять у беременных с

ревматической болезнью сердца?

4.Какая акушерская тактика целесообразна в данном случае?

Ситуационная задача №3

В дородовом отделении находится беременная 29 лет, срок беременности 28 недель. В анамнезе 1 роды, 1 искусственный аборт. Часто болела ангинами, в 11 лет произведена тонзиллэктомия. В школе была освобождена от уроков физкультуры. Жалобы на утомляемость, сердцебиение, боли в сердце.

Объективно: рост 158 см, вес 60 кг. Кожные покровы нормальной окраски, отёков нет. Пульс в покое 90 ударов в 1 минуту, ритмичный, АД 100/60, 110/65 мм ртутного столба.

Матка в нормотонусе, соответствует сроку 28 недель беременности. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту. Проведена консультация терапевта и кардиолога. Заключение: Ревматическая болезнь сердца. Сложный митральный порок сердца. ХСН I стадии.

1. Поставить диагноз.
2. Какова тактика ведения данной пациентки?
3. Медикаментозное лечение беременной предполагает:
4. Каковы основные изменения сердечно-сосудистой системы при нормально протекающей беременности?

Ситуационная задача №4

В дородовом отделении находится беременная 25 лет. Жалобы на жажду, одышку, отеки ног, частое мочеиспускание. В анамнезе корь, ангина, грипп. Находится на учете у эндокринолога в течение 4 лет по поводу ИЗСД. Только диетотерапия оказалась неэффективной. Ежедневно вводит инсулин. Беременность первая, срок 35 недель.

Объективно: рост 165 см, вес 92 кг. Отеки ног, передней брюшной стенки. Размеры таза нормальные. АД 120/80, 115/70 мм ртутного столба. Высота стояния дна матки 44 см, окружность живота 106 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту.

1. Поставить диагноз.
2. Основная задача ведения беременных с диабетом.
3. План родоразрешения беременной в данном случае.

Ситуационная задача № 5

В санпропускнике родильного дома находится беременная 28 лет. Жалобы на слабость, головную боль, боли в поясничной области справа, повышение температуры тела, озноб. До настоящего времени беременность протекала без осложнений. Считала себя здоровой.

Объективно: рост 160 см, вес 58 кг. Кожа чистая, бледная, горячая. Температура 38° С, пульс 92 удара в 1 минуту, АД 120/80, 120/85 мм

ртутного столба. Справа в поясничной области при поколачивании определяется болезненность. Мочеиспускание безболезненное. Анализ мочи: моча соломенно-жёлтого цвета, мутная, удельный вес 1017, белок 0,066 г/л, лейкоциты сплошь в поле зрения. Живот мягкий, матка в нормальном тонусе, соответствует сроку 27 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение ясное, ритмичное, 130 ударов в 1 минуту.

1. Поставить диагноз.
2. Какая степень риска развития осложнений пиелонефрита у данной пациентки?
3. Какие методы обследования информативны в диагностике данного заболевания?
4. Какое осложнение беременности возможно у женщин с пиелонефритом?

Ситуационная задача № 6

В родовом отделении находится пациентка 24 лет. Срок беременности по менструации 33 недели. В детстве перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг.

Кожа бледная, пастозность лица, небольшие отеки ног. Пульс 86 ударов в 1 минуту. АД 130/90, 140/90 мм ртутного столба. Матка увеличена соответственно 31—32 неделям беременности.

Положение плода продольное, головка над входом в малый таз.

Сердцебиение плода ясное ритмичное, 130 ударов в 1 минуту.

При обследовании обнаружены изменения в анализах мочи:

белок 2,65 г/л; микроскопия осадка мочи: лейкоциты 6—8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л – 2600, эр – 25100. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания удельного веса 1007—1012.

1. Поставить диагноз.
 2. Какое заболевание почек имеется у пациентки?
 3. Какие лабораторные данные подтверждают Ваш диагноз?
 4. Какова тактика ведения данной пациентки?
- А. Пролонгирование беременности и лечение.

Ситуационная задача № 7

В женскую консультацию обратилась пациентка 24 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2 месяцев, тошноту, нагрубание молочных желез. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Беременность желанная. Женщина работает воспитательницей в детском саду. Две недели назад отметила сыпь на лице и груди, повышение температуры до 38° С. Незадолго до этого был контакт с ребенком, больным краснухой.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа чистая, несколько увеличены шейные лимфоузлы. Матка соответствует 10—11 неделям беременности, безболезненная, придатки не пальпируются. Выделения молочного цвета.

1. Поставить диагноз.

2. Какие исходы беременности возможны при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи?

А. Самопроизвольный аборт

Б. Мертворождение

В. Врожденные пороки развития плода

Г. Любой из перечисленных.

3. Какие врожденные пороки развития плода характерны для внутриутробного инфицирования плода вирусом краснухи в I триместре беременности?

А. Любой из нижеперечисленных

Б. Повреждение тканей всех зародышевых листков

В. Катаракта, глухота, порок сердца

Г. Микроцефалия с нарушением умственного развития.

4. В случае обнаружения первичного инфицирования беременной женщины вирусом краснухи в I триместре беременности рекомендуется:

А. Определение Ig M в сыворотке крови в динамике

Б. Определение Ig G в сыворотке крови в динамике

В. Пролонгирование беременности

Г. Прерывание беременности.

Ситуационная задача № 8

Роженица К., 22 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью и началом родовой деятельности. Во время беременности женскую консультацию посещала нерегулярно. При последнем посещении консультации в 38 недель отмечены повышение АД до 135/95 - 140/95 мм рт. ст., пастозность голеней. От госпитализации отказалась. В родильный дом женщина доставлена бригадой скорой помощи в сроке беременности 39-40 недель с жалобами на боли в области затылка, лба, надчревной области, понижение зрения. При осмотре отмечают одутловатость лица, массивные отеки конечностей, передней брюшной стенки, в области поясницы. АД 140/95 - 155/90 мм рт. ст., пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка в состоянии нормального тонуса, ВДМ - 35 см, ОЖ - 101 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см. В общем анализе мочи белок 1,0 г/л.

Диагноз.

Тактика.

Ситуационная задача № 9

В родильный дом доставлена роженица в сроке беременности 38-39 недель с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад, излитием околоплодных вод с началом родовой деятельности. Из анамнеза: с 36 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. От предложенной госпитализации отказалась, лечение в амбулаторных условиях не принимала. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области, «пелену» перед глазами. При осмотре отмечаются пастозность лица, отеки нижних конечностей. Температура - 37,00 С, пульс – 94 удара в минуту, ритмичный и напряженный. АД – 185/110 мм рт.ст., 190/100 мм рт.ст. 7. Общий анализ мочи: белок 2,0 г/л. Вскоре после поступления начались потуги по 30-35 секунд через 3-4 минуты. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок судорог, сопровождающийся потерей сознания. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

Диагноз.

Тактика

Ситуационная задача № 10

Беременная 30 лет доставлена в родильный дом машиной скорой помощи в связи с припадком судорог, с затемненным сознанием. Беременность 38 недель, страдает гипертонической болезнью. Накануне болела голова, были тошнота, рвота. Ноги отекают.

Диагноз.

Тактика.

Ситуационная задача № 11

Роженица 26 лет, беременность вторая в сроке 40 недель. Первая беременность закончилась абортom. Через час после родов выделился послед. Сразу после рождения последа началось сильное кровотечение. При осмотре последа имеется дефект.

Диагноз.

Тактика.

Ситуационная задача № 12

Повторнородящая 32 лет. Беременность доношенная. Первые роды нормальные. Вторая беременность – медицинский аборт, осложнившийся воспалительным процессом матки и придатков. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное. Головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 ударов в минуту. Схватки появились 3 часа назад. Через час после появления схваток началось

кровотечение из родовых путей. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки на 6 см. Всюду определяется губчатая ткань, слева удается достичь оболочки плода. Обильное кровотечение.

Диагноз.

Тактика

Ситуационная задача № 13

Беременная В., 30 лет, поступила в родильный дом в 9 часов с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, головокружение, боли в животе. Беременность 38 недель. Первая беременность 6 лет назад закончилась срочными родами. Затем было 3 медицинских аборта в ранние сроки беременности. Данная беременность 5-я, до 36 недель протекала без осложнений. За две недели до поступления в родильный дом появились отеки на ногах и лице. В 17 часов накануне поступления почувствовала острые боли в животе, а через час появились кровяные выделения из половых путей. 10 При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, ноги и лицо отечные. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт.ст. Живот вздут, симптомов раздражения брюшины нет. ОЖ – 104 см, ВДМ – 38 см. Матка напряжена, не расслабляется, болезненна при пальпации, асимметричная. Из половых путей в небольшом количестве выделяется темная кровь. В моче обнаружен белок 1,6 г/л.

Диагноз.

Тактика

Ситуационная задача № 14

Первобеременная 20 лет встала на учет по поводу беременности в 10 недель. Родилась от 2 срочных родов весом 4500 грамм. С 6 лет страдает сахарным диабетом, проводится коррекция инсулином суточная доза инсулина 60 Ед. Дважды лечение в реанимационном отделении по поводу гипогликемических состояний. В течение последнего года отмечает прогрессирующее ухудшение зрения.

Диагноз, тактика врача женской консультации

Ситуационная задача № 15

Повторнородящая беременная поступила в отделение патологии беременности в срок беременности 34 недели с жалобами на слабость, жажду, полиурию. Дважды в течение беременности лечение по поводу фурункулеза. Объективные данные. Рост 162 см, вес 90 кг. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 138 в минуту. Кожные покровы сухие, на ягодицах гнойничковая сыпь. Язык сухой, обложен белым налетом. Запах ацетона изо рта. В анамнезе одни срочные роды плодом весом 4400 грамм. В

первых родах потужной период осложнился дистоцией плечиков применялось ручное пособие по выведению плечиков. У новорожденного выявлен перелом ключицы, парез ручки проводилось лечение у невролога. Диагноз, акушерская тактика, ошибки в ведении беременной на этапе женской консультации.

Ситуационная задача № 16

При обращении беременной в женскую консультацию при определении глюкозы венозной плазмы натощак ее уровень составил 5,6 ммоль/л. Диагноз, акушерская тактика.

Ситуационная задача № 17

В родовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 нед. В анамнезе преждевременные роды в 34 нед. Во время беременности и в родах было высокое А/Д. При данной беременности с 21—23 нед. появились отеки ног, белок в моче, повышение А/Д. Лечилась амбулаторно. Перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, отеки ног. Пульс 86 в мин. А/Д 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29/30 недель беременности. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение приглушено, 130 в минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л, сахар отрицательный, микроскопия: лейкоциты 6—8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л — 2600, эр — 25100, гиалиновые цилиндры. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания относительной плотности мочи от 1007—1012

Диагноз, дальнейшая тактика врача.

Ситуационная задача № 18

Беременная В., 20 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°C, периодически озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая на 24-25 неделе. Больна 3 дня, не лечилась. Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, температура тела 38,6 С, пульс - 100 уд/мин, ритмичный, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого справа резко

положительный. Сердцебиение плода 146 уд/мин., ритмичное, приглушено. При пальпации матка в повышенном тонусе. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения - бели молочного цвета.

Диагноз, акушерская тактика.

Ситуационная задача № 19

Беременная Н., 25 лет, поступила в отделение патологии беременных по поводу 1-ой беременности в сроке 38-39 недель. При поступлении: жалобы на одышку при физической нагрузке, слабость, кашель с небольшим слизистым отделяемым, перебои в сердечной деятельности. Была срочно консультирована терапевтом. При обследовании: перкуторно – расширение границ относительной тупости сердца вверх и влево. Аускультативно – хлопающий 1 тон сердца и тон открытия митрального клапана, выслушиваемый над верхушкой сердца сразу после II тона, акцент второго тона над легочной артерией, диастолический шум над верхушкой сердца. Назначена соответствующая терапия и подготовка организма к родам. В срок родов началась самостоятельная родовая деятельность. В конце II периода усилилась одышка, появился цианоз, чувство удушья.

Аускультативно в легких определяется большое количество влажных хрипов.

1. Определите ведущий (е) синдром (ы), определяющий (е) тяжесть состояния пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной терапии этого (этих) синдрома (ов).

3. Поставьте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.

5. Составьте план дальнейшей курации пациента.

Ситуационная задача № 20

У повторнородящей (Б-2, Р-2, А-0), установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ягодичы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Назовите причины тазового предлежания плода. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.

Ключи правильных ответов

Задача №1

Ответ:

1. Беременность 27 недель. Анемия умеренной степени тяжести. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Коррекция дефицита железа;
лечебное питание для восполнения дефицита белка;
профилактика и лечение плацентарной недостаточности.
3. Первичная родовая слабость.

Задача №2

Ответ:

1. Беременность 38-39 недель. Ревматическая болезнь сердца. Состояние после митральной комиссуротомии. Рестеноз. Сложный митральный порок. ХСН II А ст. ОАА.
2. II А стадии.
3. Сердечные гликозиды, мочегонные средства, пенициллин, бициллин-5.
4. Плановое кесарево сечение

Задача № 3

Ответ:

1. Беременность 28 недель. Ревматическая болезнь сердца. Сложный митральный порок. Хроническая сердечная недостаточность I стадии. ОАА.
2. Досрочное родоразрешение
3. Бициллин-5 каждые 20 дней
4. Увеличение сердечного выброса. Увеличение объема циркулирующей крови
Снижение периферического сосудистого сопротивления

Задача № 4

Ответ:

1. Беременность 35 недель. Сочетанный гестоз легкой степени на фоне прегестационного сахарного диабета I типа.
2. Профилактика пиелонефрита, профилактика гестоза, коррекция сахара крови на уровне нормогликемии
3. Плановое кесарево сечение в 37 недель беременности.

Задача № 5

Ответ:

1. Беременность 27 недель. Острый гестационный пиелонефрит справа.
2. Неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности (1 степень)
3. Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек
4. Невынашивание, задержка роста плода, гестоз.

Задача № 6

Ответ:

1. Беременность 33 недели. Сочетанный гестоз средней степени тяжести на фоне хронического гломерулонефрита, смешанная форма. Задержка роста плода I ст. Отягощенный акушерский анамнез.
2. Смешанная форма гломерулонефрита.
3. Белок в моче 2,65 г/л, изостенурия, данные анализа мочи по Нечипоренко.
4. Родовозбуждение.

Задача № 7

Ответ:

1. Беременность 10–11 недель. Краснуха.
- 2 – Г
- 3 – А
- 4 – Г

Задача № 8

Ответ:

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды I срочные. I период родов. Преэклампсия тяжелая. Задержка роста плода.

Тактика. Госпитализация в отделении реанимации, стабилизация состояния путем проведения базовой терапии преэклампсии (противосудорожная терапия сульфатом магния, антигипертензивная терапия, инфузионная терапия), непрерывный мониторинг состояния матери и плода, родоразрешение после стабилизации состояния в течение 6-24 ч.

Задача № 9

Ответ:

Диагноз: Беременность 38-39 недель. Роды I срочные, II период родов. Эклампсия в родах.

Тактика. Кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорожная терапия, антигипертензивная, инфузионная терапия, экстренное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов, продолжение интенсивной терапии в послеродовом периоде.

Задача № 10

Ответ:

Диагноз: Беременность 38 недель (266 дней). Хроническая артериальная гипертензия. Эклампсия во время беременности (период разрешения приступа).

Тактика. Ингаляция кислорода (несколько вдохов), кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорожная, антигипертензивная, инфузионная терапия, интубация трахеи, экстренное родоразрешение

путем операции кесарева сечения, продолжение интенсивной терапии в послеродовом периоде.

Задача № 11

Ответ:

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка частей плаценты. Кровотечение.

Тактика. Контрольное ручное обследование полости матки; удаление частей плаценты; восполнение ОЦК.

Задача № 12

Ответ:

Диагноз: Срочные роды. Отягощенный акушерский анамнез. Боковое предлежание плаценты. Кровотечение.

Тактика. Вскрыть плодный пузырь; если кровотечение не прекратится, кесарево сечение.

Задача № 13

Ответ:

Диагноз: Беременность 38 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок II степени. Мертвый плод.

Тактика. Катетеризация центральной и периферической вен, катетеризация мочевого пузыря, искусственная вентиляция легких, противошоковые мероприятия (восстановление ОЦК, геотрансфузия и др.); интенсивная терапия преэклампсии; экстренная операция кесарево сечение

Задача № 14

Ответ:

Беременность, 10 недель. Сахарный диабет, 1 тип, инсулинзависимый, тяжелое течение. Госпитализация в эндокринологическое отделение для обследования и решения вопроса о пролонгировании беременности.

Задача № 15

Ответ:

Диагноз: Беременность 34 недели. Отягощенный акушерский анамнез. Гестационный сахарный диабет. Ожирение 2 степени. Пиодермия. Крупный плод.

Ошибки ведения беременной на этапе женской консультации: учитывая отягощенный акушерский анамнез – в 1 родах рождение плода массой 4400 гр. С переломом ключицы и парезом ручки вследствие осложненного течения потужного периода – дистонии плечиков, наличие у беременной ожирения 2 степени, а также развитие дважды за беременность фурункулеза – в

условиях женской консультации при взятии на учет беременная должна была быть отнесена к группе высокого риска по развитию нарушений углеводного обмена. В связи с этим, беременная должна была быть обследована в условиях женской консультации согласно приказу № 572 о динамическом наблюдении беременных. В соответствии с результатами обследования необходимо выбрать тактику ведения беременности, в том числе решить вопрос о возможности ее донашивания до 12 недель. При пролонгировании беременности обеспечить динамическое наблюдение беременной: осмотр акушера гинеколога, эндокринолога, контроль уровня сахара крови, а также назначение диетотерапии, а при необходимости инсулинотерапии.

Задача № 16

Ответ:

Гестационный СД. Направить беременную на консультацию к эндокринологу.

Рекомендовать диетотерапию с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничение жиров, дозированные аэробные физические нагрузки, самоконтроль гликемии, кетонурии или кетонемии, артериального давления, шевелений плода, массы тела, ведение дневника само-контроля и пищевого дневника.

Задача № 17

Ответ:

Диагноз 3 беременность 33 недели. ОАА. Сочетанный длительно-текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита. ХФПН. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Синдром задержки внутриутробного развития плода.

Тактика: Длительно текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита с проявлениями ФПН является показанием для досрочного родоразрешения. Методом родоразрешения целесообразно выбрать операцию кесарева сечения учитывая наличие клинических проявлений ХФПН. В течение 1-2 дней провести дообследование (ОАК, биохимический анализ крови, коагулограмма, КЩС, ионограмма, УЗИ почек, проба РЕБЕРГА, ЭКГ, ЭХО-КГ, консультации терапевта, окулиста, нефролога).

Задача № 18

Ответ:

Эталон ответа: Диагноз 1 беременность 24-25 недель. Острый гестационный пиелонефрит. Почечная колика справа. Угроза очень ранних преждевременных родов. Риск внутриутробного инфицирования плода.

Тактика. Ввести спазмоанальгетики – баралгин 5,0, или спазмолитики но-шпа 2,0 мл внутримышечно. Назначить антибактериальную,

дезинтоксикационную, инфузионную, десенсибилизирующую терапию. Лечение угрозы прерывания беременности. Строгий контроль за температурой тела, пульсом, артериальным давлением, диурезом. При поступлении обследование ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, проба Нечипоренко, посев мочи на идентификацию возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

При сохраняющейся острой боли, снижении диуреза - немедленно пригласить уролога, показаны: СТО! УЗИ почек, хромоцистоскопия с последующей катетеризацией правого мочеточника.

Задача № 19

Ответ:

1. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Отек легких.
2. 1) Промедол 2%- 1 мл. в/в;
2) Увлажненный кислород;
3) Пеногасители;
4) ИВЛ;
5) снижение преднагрузки – в/в введение нитроглицерина.
3. I срочные роды, II период. Порок сердца: стеноз митрального клапана. Легочная гипертензия. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Отек легких.
4. 1) ЭХО КГ;
2) ЭКГ;
3) Рентгенография органов грудной клетки;
4) Спирометрия;
5) Пульсоксиметрия.
5. 1) купирование отека легких;
2) ИВЛ; общее обезболивание.
3) Экстренное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов.

Задача № 20

Ответ:

Ответ:

1. Клинический диагноз: II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода. 2. Причинами тазового предлежания плода являются:
 - сужение таза, аномальная форма таза
 - пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой)
 - чрезмерная или ограниченная податливость плода (первобеременные или много рожавшие)
 - многоводие или маловодие
 - многоплодная беременность
 - новообразование внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков)

- патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты)
- ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия)
- короткая пуповина
- синдром задержки роста плода

Перечень вопросов практической подготовки:

1. Участие в курации беременных, рожениц и родильниц.
2. Обсуждение методики проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.
3. Отработка практических навыков проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.
4. Обсуждение тактики ведения беременности и родоразрешения у беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией.

ДПК-3. Способен к проведению обследования пациентов с целью установления диагноза, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней.

Знать: анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

1. Значение сбора анамнеза у беременных.
2. Клинические анализы и их изменения при акушерско-гинекологической патологии.
3. Белки плазмы крови и диагностическое значение их определения.
4. Ферменты сыворотки крови.
5. Небелковые азотистые компоненты крови.
6. Диагностическое значение определения отдельных показателей углеводного обмена.
7. Показатели липидного обмена.
8. Некоторые показатели пигментного обмена.
9. Электролитный состав плазмы. Витамины. Гормоны.
10. Биохимические лабораторные тесты и злокачественные новообразования (опухолевые маркеры).
11. Электрофизиологические методы исследования матери и плода. Кардиотокография.
12. Ультразвуковое сканирование (эхография). Определение биофизического профиля плода. Допплерометрическое исследование кровотока в системе

мать—плацента—плод. Ультразвуковое исследование головного мозга (нейросонография).

Уметь на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-3 на *пороговом уровне*.

Перечень тем для рефератов:

1. Диагностика редких форм гестозов (Hellp-синдром, острый жировой гепатоз).
2. Методы диагностики и тактика ведения беременности при пороках сердца.
3. Методы диагностики и тактика ведения беременности у больных сахарным диабетом.
4. Методы диагностики и тактика ведения беременности у больных с заболеваниями почек.
5. Методы диагностики и тактика ведения беременности у больных с варикозным расширением вен.
6. Методы диагностики и тактика ведения беременности у больных с артериальной гипертензией.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-3 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

1. Кардиотокография (КТГ) — информативный безопасный метод функциональной оценки состояния плода во время беременности и родов.
2. Современные методы диагностики внутриутробного состояния плода.
3. Исследование гормонального профиля беременных.
4. Методы диагностики и тактика ведения беременности у больных заболеваниями щитовидной железы.
5. Плацента: строение, функции. Скрининговые гормональные исследования.
6. Возможности ультразвукового сканирования (эхографии) при беременности.
7. Генетические методы обследования при беременности.

Владеть: практическими навыками проведения обследования беременных с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-3 на *продвинутом уровне*.

Перечень ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1

В женскую консультацию обратилась пациентка 32 лет по поводу задержки менструации на 7 дней. Выяснено, что 2 недели назад женщине произведена рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, сделано 4 снимка. При бимануальном исследовании обнаружено увеличение матки до 5 недель беременности. Экспресс-тест на ХГЧ с мочой – положительный. При ультразвуковом исследовании органов малого таза в полости матки обнаружено плодное яйцо. Настоящая беременность у пациентки наступила впервые после 8 лет бесплодия.

1. Поставьте диагноз.
2. Целесообразно ли пролонгировать беременность в данном случае?
 - А. Нецелесообразно
 - Б. Целесообразно с пренатальной диагностикой плода
 - В. Целесообразно после обследования матери
 - Г. Ничто не верно.
3. Какие отклонения от нормального развития плода возможны после облучения плода в I триместре беременности?
 - А. Любое из перечисленных
 - Б. Эмбриопатии
 - В. Малая масса плода
 - Г. Уменьшение размеров головки плода.
4. Какое правило рентгенологического исследования женщин детородного возраста не выполнено врачом в данном случае?
 - А. Не проведен тест на беременность перед рентгенографией
 - Б. Не проведено УЗИ перед рентгенографией
 - В. Не выполнено «правило 10 дней»
 - Г. Не определена доза облучения.

Ситуационная задача № 2

В анамнезе у женщины 30 лет с нормальным фенотипом 5 самопроизвольных выкидышей сроком от 6 до 8 недель беременности. При обследовании у врача-генетика пациентке поставлен диагноз: синдром Тернера (мозаицизм 46 XX/ 45 X в соотношении 80% к 20%).

1. Поставьте диагноз.
2. Какие гинекологические нарушения наблюдаются у пациентов с синдромом Тернера?
 - А. Нарушение менструальной функции
 - Б. Бесплодие
 - В. Привычное невынашивание беременности
 - Г. Все вышеперечисленное.
3. Решающее значение для постановки диагноза синдрома Тернера имеет:
 - А. Исследование гормонального статуса
 - Б. УЗИ органов малого таза
 - В. Цитогенетическое исследование

- Г. Обследование на редкие инфекции.
4. При синдроме Тернера в редких случаях вынашивания беременности у ребенка следует ожидать:
- А. Кариотип 45X
 - Б. Мозаицизм 45X/46XX
 - В. Мозаицизм 45X/46XY
 - Г. Какой-либо из перечисленных.

Ситуационная задача № 3

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная пациентка 22 лет по поводу беременности сроком 8 недель. В анамнезе 1 роды, которые закончились рождением ребенка с синдромом Клайнфелтера (47XXY). Ребенок умер в 8-месячном возрасте от порока сердца. Для решения вопроса о целесообразности повторной беременности родители обратились к врачу-генетику. Был определен кариотип отца (46 XY) и матери (46 XX). Учитывая нормальный кариотип родителей, специалисты разрешили повторную беременность с выполнением методов пренатальной диагностики плода на ВПР.

1. Поставить диагноз.
2. Какой метод пренатальной диагностики целесообразно использовать для определения кариотипа плода в данном случае?
 - А. Биопсия хориона
 - Б. Амниоцентез
 - В. Кордоцентез
 - Г. Биохимический скрининг.
3. В каком периоде жизни наблюдается манифестация болезни Клайнфелтера?
 - А. Период новорожденности
 - Б. Период детства
 - В. Детородный период
 - Г. Период полового созревания.
4. Каковы симптомы болезни Клайнфелтера?
 - А. Азооспермия
 - Б. Малые размеры яичек
 - В. Бесплодие
 - Г. Все перечисленные.

Ситуационная задача № 4

Восемнадцатилетняя девушка обратилась в медико-генетическую консультацию, когда срок беременности насчитывал 16 недель. Причина, по которой она решила проконсультироваться, болезнь Дауна у старшей сестры. Мать беременной женщины оказалась носителем транслокации 15/21. Для решения вопроса о целесообразности вынашивания ребенка была проведена пренатальная диагностика синдрома Дауна.

1. Поставьте диагноз.
2. Пренатальная диагностика болезни Дауна предполагает:
 - А. УЗИ плода
 - Б. Амниоцентез
 - В. Исследование биохимических маркеров в сыворотке крови беременной
 - Г. Верно все.
3. С какой целью проводится амниоцентез при подозрении на болезнь Дауна?
 - А. Культивирование клеток плода и определение кариотипа
 - Б. Исследование на внутриутробные инфекции
 - В. Определение полового хроматина
 - Г. Определение содержания глюкозы в околоплодных водах.
4. Путь передачи транслокационного варианта болезни Дауна:
 - А. Аутомно-рецессивный
 - Б. Аутомно-доминантный
 - В. Сцепленный с X-хромосомой
 - Г. Ничто из перечисленного.

Ситуационная задача № 5

В дородовой палате находится беременная 35 лет. Беременность третья. В анамнезе 1 искусственный и 1 самопроизвольный аборт в 10 недель. Настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания, женщина длительно находилась на стационарном лечении.

Объективно: телосложение правильное, размеры таза нормальные. Матка соответствует сроку 38-39 недель беременности. ВСДМ 35 см, ОЖ 98 см. На передней стенке матки в теле ее и ближе ко дну определяется несколько плотных узлов различной величины, самый крупный из них 6Х6 см. Узлы безболезненные, неподвижные, округлой формы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, плотная, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

1. Поставьте диагноз.
2. Какое гинекологическое заболевание наиболее вероятно в данном случае?
 - А. Миома матки
 - Б. Опухоль яичника
 - В. Функциональная киста яичника
 - Г. Ничто из перечисленного.
3. Какой способ родоразрешения предпочтителен в данном случае в интересах плода и матери?
 - А. Плановое кесарево сечение

- Б. Роды через естественные родовые пути
 - В. Экстренное кесарево сечение при возникших в родах осложнениях
 - Г. Стимуляция при слабости родовых сил.
4. Показания к оперативному родоразрешению у данной беременной женщины:
- А. Поздний возраст для первых родов
 - Б. Наличие миоматозных узлов в матке
 - В. Желание женщины иметь живого и здорового ребенка
 - Г. Все перечисленное.

Ситуационная задача № 6

У первородящей 30 лет 6 часов назад началась родовая деятельность. Схватки через 2—5 минут по 35—40 секунд, во время схваток сильные боли, больше в поясничной области. Поведение беспокойное. Беременность четвертая, в анамнезе 3 искусственных аборта. В последнюю неделю плохо спала, беспокоили нерегулярные боли в поясничной области и внизу живота. Роды начались в ожидаемый срок.

Объективно: А/Д 130/80, 125/80 мм ртутного столба. Пульс 84 удара в 1 минуту. Размеры таза нормальные. Матка при пальпации безболезненная, вне схватки полностью не расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 150 ударов в 1 минуту, ритмичное, приглушено. Предполагаемая масса плода 3100 граммов.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 0,5 см, края ее плотные, плохо растяжимы.

Раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел, плоский.

Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой вариант аномалии родовой деятельности наблюдается у данной роженицы?
 - А. Первичная слабость родовых сил
 - Б. Вторичная слабость родовых сил
 - В. Дискоординация родовых сил
 - Г. Чрезмерная родовая деятельность.
3. Что используется в дифференциальной диагностике дискоординированной родовой деятельности и слабости родовых сил?
 - А. Тщательное наблюдение за схватками
 - Б. Гистерография
 - В. Ведение партограммы
 - Г. Все вышеперечисленное.
4. Какая тактика ведения родов предпочтительна в данном случае?
 - А. Вскрытие плоского плодного пузыря

- Б. Обезболивание родов
- В. Спазмолитики
- Г. Кесарево сечение.

Ситуационная задача № 7

У роженицы 19 лет схватки начались 10 часов назад. Беременность доношенная. В анамнезе самопроизвольный аборт в 9 недель беременности. Схватки через 5-6 минут по 30 секунд, слабые. Роженица утомлена, дремлет между схватками.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. Размеры таза нормальные. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Воды целы. Предполагаемая масса плода 3400 граммов. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края мягкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите осложнение родов, которое имеет место в данном случае:
 - А. Первичная слабость родовых сил (затяжная латентная фаза)
 - Б. Вторичная слабость родовых сил
 - В. Нормальная родовая деятельность
 - Г. Дискоординированная родовая деятельность.
3. Консервативное ведение родов предполагает:
 - А. Медикаментозный сон-отдых
 - Б. Амниотомия
 - В. Утеротонические средства
 - Г. Все вышеперечисленное.
4. Возможные показания к операции кесарева сечение, кроме:
 - А. Неэффективность стимуляции родовых сил
 - Б. Признаки гипоксии плода
 - В. Затяжная фаза замедления
 - Г. Нормализация родовой деятельности и отсутствие признаков гипоксии плода.

Ситуационная задача № 8

У роженицы 22 лет регулярная родовая деятельность в течение 7 часов, беременность доношенная. Схватки через 4 минуты по 35 секунд средней силы. Недавно отошли светлые воды. Объективно: рост 164 см, вес 63 кг. АД 115/70, 120/75 мм ртутного столба. Размеры таза: 24—26—28—19 см. Индекс Соловьева 1,5. ВСДМ 35 см, ОЖ 92 см. Положение плода продольное.

Предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз.

Сердцебиение плода ясное ритмичное, 136 ударов в 1 минуту.

Признак Вастена отрицательный.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края ее тонкие, мягкие, открытие зева 8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Подтекают светлые воды. Мыс не достигается.

1. Поставьте диагноз.

2. Акушерская тактика.

3. Ответьте на вопросы (один правильный ответ).

I. Особенности I момента биомеханизма родов у женщин с узким тазом, размеры которого представлены в задаче:

А. Максимальное сгибание головки

Б. Выраженная конфигурация головки

В. Длительное стояние головки в плоскости входа в малый таз

Г. Все перечисленное.

II. Назовите степень сужения таза роженицы:

А. I степень

Б. II степень

В. III степень

Г. IV степень.

III. Необходимость в операции кесарева сечения возникает в следующих случаях:

А. Сочетание I степени сужения с крупным плодом

Б. Сочетание I степени сужения с тазовым предлежанием плода

В. Сочетание I степени сужения с какой-либо другой патологией беременности

Г. Все верно.

Ситуационная задача № 9

Плановая госпитализация в родовое отделение беременной 32 лет. Срок беременности 38 недель. В анамнезе: преждевременные роды в 35 недель, масса плода 2300 граммов, ребенок жив. Вторые роды в срок, плод массой 3500 граммов извлечен мертвым с помощью операции краниотомии. Настоящая беременность третья, протекала удовлетворительно.

Объективно: рост 150 см, вес 58 кг. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба. Размеры таза: 24—26—28—17,5 см. Индекс Соловьева 1,6. ВСДМ 36 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки плотная, длиной 2 см, отклонена кзади, зев закрыт. Предлежит головка, расположена над входом в малый таз. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см.

1. Поставить диагноз.

2. Какая форма сужения таза имеет место у данной беременной женщины?

А. Простой плоский таз

- Б. Общеравномерносуженный таз
 - В. Плоскорахитический таз
 - Г. Поперечносуженный таз.
3. Какие показания для операции кесарево сечение имеются в данном случае?
- А. Анатомически узкий таз
 - Б. Осложненный мертворождением акушерский анамнез
 - В. Желание женщины иметь живого и здорового ребенка
 - Г. Все верно.
4. Подготовка беременной к операции в данном случае включает все, кроме:
- А. Комплексная оценка состояния плода
 - Б. Осмотр анестезиологом
 - В. Консультация терапевта
 - Г. Профилактическая антибиотикотерапия.

Ситуационная задача № 10

- Плановая госпитализация в родовое отделение беременной 32 лет. Срок беременности 38 недель. В анамнезе: преждевременные роды в 35 недель, масса плода 2300 граммов, ребенок жив. Вторые роды в срок, плод массой 3500 граммов извлечен мертвым с помощью операции краниотомии. Настоящая беременность третья, протекала удовлетворительно. Объективно: рост 150 см, вес 58 кг. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба. Размеры таза: 24—26—28—17,5 см. Индекс Соловьева 1,6. ВСДМ 36 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту.
- Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки плотная, длиной 2 см, отклонена кзади, зев закрыт. Предлежит головка, расположена над входом в малый таз. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см.
1. Поставить диагноз.
 2. Какая форма сужения таза имеет место у данной беременной женщины?
- А. Простой плоский таз
 - Б. Общеравномерносуженный таз
 - В. Плоскорахитический таз
 - Г. Поперечносуженный таз.
3. Какие показания для операции кесарево сечение имеются в данном случае?
- А. Анатомически узкий таз
 - Б. Осложненный мертворождением акушерский анамнез
 - В. Желание женщины иметь живого и здорового ребенка
 - Г. Все верно.
4. Подготовка беременной к операции в данном случае включает все, кроме:

- А. Комплексная оценка состояния плода
- Б. Осмотр анестезиологом
- В. Консультация терапевта
- Г. Профилактическая антибиотикотерапия.

Ситуационная задача № 11

У пациентки беременность осложнена длительно текущей угрозой прерывания. В сроке 36 недель беременности при ультразвуковом исследовании выявлено: бипариетальный размер головки и длина бедренной кости плода соответствуют 36 недельному сроку беременности, размеры животика плода – 33-34 неделям. Плацента расположена на задней стенке, III степени зрелости, с выраженными петрификатами, 2,2 см толщиной. Количество околоплодных вод снижено. Сердцебиение определяется. Оценка биофизического профиля плода составляет 5 баллов.

Диагноз

Тактика ведения

Ключи правильных ответов

Задача №1

Ответ:

1. Беременность 5 недель. Радиационное воздействие в I триместре беременности. Отягощенный бесплодием гинекологический анамнез.

2 – А

3 – А

4 – В

Задача № 2

Ответ:

1 - Привычное невынашивание. Синдром Тернера, мозаицизм.

2 – Г

3 – В

4 – Г

Задача № 3

Ответ:

1. Беременность 8 недель. Отягощенный акушерский анамнез. (синдром Клайнфельтера при первой беременности).

2 – А

3 – Г

4 – Г

Задача № 4

Ответ:

1: Беременность 16 недель. Отягощенный семейный анамнез. Подозрение на болезнь Дауна у плода.

2 - Г

- 3 - А
- 4 - Б

Задача № 5

Ответ:

- 1. Беременность 38–39 недель. Миома матки. Первородящая позднего возраста. Отягощенный акушерский анамнез.
- 2 – А
- 3 – А
- 4 - Г

Задача № 6

Ответ:

- 1. Беременность 40 недель. Патологический прелиминарный период. I период родов в головном предлежании, латентная фаза. Дискоординация родовой деятельности. ОАА. Возрастная первородящая
- 2. – В
- 3. – Г
- 4. – Г

Задача № 7

Ответ:

- 1. Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности. ОАА.
- 2. – А
- 3. – Г
- 4. – Г

Задача № 8

Ответ:

- 1. Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании, активная фаза. Общеравномерносуженный таз I степени.
- 2 – Г
- 3 – А
- 4 - Г

Задача № 9

Ответ:

- 1. Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании, активная фаза. Общеравномерносуженный таз I степени.
- 2. – Г
- 3. – А
- 4. - Г

Задача № 10

1. Беременность 38 недель. Общеравномерносуженный таз II ст. Незрелая шейка матки. Отягощенный мертворождением акушерский анамнез.

2. – Б

3. – Г

4. – Г

Задача № 11

Ответ:

Беременность 36 нед. Фетоплацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП), асимметричная форма. Острая гипоксия плода на фоне хронической. Кесарево сечение.

Перечень вопросов практической подготовки:

1. Участие в курации беременных, рожениц и родильниц.
2. Обсуждение методики проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.
3. Отработка практических навыков проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.
4. Обсуждение тактики ведения беременности и родоразрешения у беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией.
5. Обсуждение дифференциальной диагностики коматозных состояний (гипо- и гипергликемическое, экламптическое и постэкламптическое, аортокавальная компрессия беременной маткой и др.).
6. Обоснование тактики ведения родов при экстрагенитальных заболеваниях, и медицинских показаний к прерыванию беременности.
7. Определение аномалий родовой деятельности (слабость, дискоординация, быстрые и стремительные роды).
8. Осуществление регуляции родовой деятельности.

ДПК-5. *Способен к оказанию медицинской помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме.*

Знать топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний в акушерстве; основные приёмы, мануальные навыки, хирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной медицинской помощи.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания
2. Клиника и ведение родов при головном предлежании
3. Гипоксия плода и асфиксия новорожденных
4. Послеродовый период

5. Беременность и роды в тазовом предлежании
6. Аборт (самопроизвольный и искусственный).
7. Аномалии родовой деятельности
8. Неправильные положения плода. Операции, исправляющие неправильные положения плода
9. Беременность и роды при узком тазе
10. Разгибательные предлежания головки плода
11. Родовой травматизм матери и плода
12. Кровотечения во второй половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка плаценты
13. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах
14. Кесарево сечение. Ведение беременных с рубцом на матке
15. Акушерские щипцы. Плдоразрушающие операции
16. Иммунологическая несовместимость матери и плода
17. Послеродовые заболевания
18. Методы выделения последа
19. Показания к рассечению промежности
20. Методы обезболивания в родах по периодам и фазам.
21. Характеристика переносной беременности. Признаки переносности новорожденного.
22. Варианты излития околоплодных вод.
23. Разрывы матки. Классификация

Уметь: на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на *пороговом уровне*.

Перечень тем для рефератов:

1. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания, противопоказания. Методы оперативного и консервативного прерывания беременности. Профилактика осложнений.
2. Акушерские щипцы (типичные и атипичные). Показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание. Профилактика осложнений.
3. Экстракция плода за тазовый конец. Показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание. Профилактика осложнений.
4. Плдоразрушающие операции. Показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание.

5. Зашивание разрывов промежности I, II и III степени, техника операции. Уход за швами.
6. Контрольное ручное обследование послеродовой матки. Показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание. Профилактика осложнений.
7. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание. Профилактика осложнений.
8. Кесарево сечение в современном акушерстве. Изменение частоты и структуры показаний к кесареву сечению в последние годы.
9. Методики кесарева сечения.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

1. Факторы риска кровотечения при кесаревом сечении. Профилактика кровотечений при абдоминальном родоразрешении.
2. Причины дезадаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде.
3. Осложнения, затруднения и ошибки при проведении операции кесарева сечения.
4. Септические осложнения после кесарева сечения.
5. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения.
6. Кровотечения во время беременности
7. Кровотечения в первой половине беременности (самопроизвольный выкидыш, шеечно-перешеечная беременность, пузырный занос).
8. Кровотечения во второй половине беременности: предлежание плаценты, низкая плацентация, преждевременная отслойка плаценты.
9. Особенности кровотечения при предлежании плаценты и при преждевременной отслойке плаценты. Факторы риска.
10. Современные подходы к ведению беременности и родов. Особенности родоразрешения.
11. Профилактическая борьба с геморрагическим шоком.
12. Роль женской консультации в своевременной диагностике факторов риска акушерских кровотечений.
13. Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.
14. Основные причины материнской смертности от акушерских кровотечений.
15. Шок геморрагический, септический, посттрансфузионный. Изменения в организме при острой кровопотери.
16. Геморрагический шок. Реологические нарушения.
17. Основные клинические формы шока. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний.

Владеет техникой выполнения неотложных акушерских вмешательств и манипуляций, методикой оказания неотложной и экстренной медицинской.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на *продвинутом уровне*.

Ситуационная задача № 1

В женскую консультацию обратилась пациентка 25 лет. Жалобы на задержку менструации в течение двух месяцев, тянущие боли внизу живота и поясничной области. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 7 недель беременности. Менструации с 15 лет по 2—3 дня, через 26 дней, болезненные. Соматически здорова.

Объективно: рост 168 см, вес 59 кг, АД 100/60, 105/65 мм ртутного столба.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, длинное. Шейка матки конической формы, плотная, зев закрыт. Матка соответствует сроку 7—8 недель беременности, тонус матки повышен. Придатки матки не пальпируются. Выделения из влагалища слизистые, белого цвета.

1. Поставить диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования беременной женщины следует провести в данном случае?

А. УЗИ органов малого таза

Б. определение концентрации ХГЧ в сыворотке крови

В. кольпоцитологическое исследование с подсчетом кариопикнотического индекса

Г. все верно.

3. Какое медикаментозное лечение целесообразно в данном случае, кроме?

А. Гормонотерапия прогестероном

Б. транексамовая кислота

В. спазмолитики

Г. растительные седативные препараты.

4. Что следует предпринять при неэффективности медикаментозного лечения?

А. Выскабливание полости матки

Б. направить материал (абортус) на кариотипирование

В. провести профилактику воспалительного процесса

Г. все верно.

Ситуационная задача № 2

В родовое отделение поступила беременная 34 лет. В анамнезе срочные роды плодом массой 4200 граммов, затем два самопроизвольных выкидыша в 18 и 20 недель беременности. Жалоб при поступлении не предъявляет. Соматически здорова.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. АД 120/80, 115/80 мм ртутного столба. Матка соответствует сроку 14 недель беременности, тонус матки не повышен. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки длиной 1 см расположена в центре малого таза. Наружный зев размягчен, открытие 1,5 см. Внутренний зев шейки матки плотной консистенции, закрыт. Выделения светлые, в умеренном количестве.

Общий анализ крови и мочи без патологических изменений.

Микроскопия мазка из влагалища: лейкоциты 8—10 в поле зрения, клетки плоского эпителия, палочки.

1. Поставить диагноз.

2. Назовите причину угрозы прерывания беременности, которая наиболее вероятна в данном случае:

А. Психогенные факторы

Б. Соматические заболевания

В. Истмико-цервикальная недостаточность

Г. Эндокринная патология беременной.

3. Клиническая картина истмико-цервикальной недостаточности в типичных ситуациях:

А. Отсутствие схваткообразных болей

Б. Нормальный тонус матки

В. Характерные изменения со стороны шейки матки

Г. Все вышеперечисленное.

4. Укажите основной метод лечения ИЦН при беременности:

А. Хирургическая коррекция

Б. Спазмолитические средства

В. Токолитики

Г. Антибактериальная терапия.

Ситуационная задача № 3

В предродовой палате находится беременная 28 лет. В анамнезе 1 срочные роды и 5 искусственных абортов. Настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания, проводилось лечение. В последние дни ощущала тяжесть внизу живота. Около 10 часов назад начали подтекать околоплодные воды, 2 часа назад появились слабые схватки через 6—7 минут по 30 секунд. Объективно: состояние удовлетворительное, АД 110/70, 120/80 мм ртутного столба. Пульс 76 ударов в 1 минуту, температура тела 36,7°C. Матка соответствует сроку 34 недели беременности, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки в центре малого таза, укорочена до 0,5 см, мягкая, открытие зева 3 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Подтекают светлые воды.

1. Поставьте диагноз.

2. Преждевременные роды проводят с соблюдением следующих рекомендаций:

- А. Постоянное кардиомониторное наблюдение плода
- Б. Профилактика гипоксии плода каждые 2 часа
- В. При рождении должен присутствовать неонатолог
- Г. Все верно.

3. Признаки недоношенности плода все, кроме:

- А. Масса новорожденного 2500 граммов
- Б. Масса новорожденного менее 2500 граммов
- В. Рост менее 45 см
- Г. Пупочное кольцо расположено ближе к лону.

4. Профилактика синдрома дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных предполагает:

- А. Клинический и рентгенологический контроль
- Б. Перкуссионный вибрационный массаж грудной клетки
- В. Экзогенный сурфактант
- Г. Все перечисленное.

Ситуационная задача № 4

В родовое отделение 20 ноября поступила первобеременная 24 лет.

Последняя менструация 29 января, первое шевеление плода 19 июня. Встала на учет в женской консультации 2 апреля, был определен срок беременности 8—9 недель. Жалобы на нерегулярные ноющие боли внизу живота и поясничной области в течение 10 дней, ухудшение шевеления плода.

Объективно: рост 164 см, вес 73 кг. АД 115/80, 120/80 мм ртутного столба. Отеков нет. Размеры таза: 25—28—31—20 см.

ВСДМ 39 см, ОЖ 103 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 132 удара в 1 минуту. Проведена КТГ плода: 6 баллов по шкале Фишера.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная, зев закрыт. Головка плода прижата ко входу в таз. Мыс не достигается.

1. Поставить диагноз.

2. Какие осложнения возможны при перенесенной беременности и запоздалых родах?

- А. Внутриутробная гипоксия плода
- Б. Слабость родовых сил
- В. Клиническое несоответствие размеров головки плода и таза роженицы
- Г. Все верно.

3. Какая акушерская тактика целесообразна в данном случае, кроме?

- А. Продолжение беременности до начала спонтанных схваток
- Б. Плановое кесарево сечение
- В. Подготовка к родам

- Г. Родовозбуждение при «зрелой» шейке матки.
4. Какие признаки переносимости отмечаются у новорожденного?
- А. Повышенная плотность костей черепа
- Б. «Баннанные» ладони и стопы
- В. Узость швов и родничков
- Г. Все верно.

Ситуационная задача № 5

В родильный дом поступила первородящая 30 лет. Жалобы на короткие нерегулярные боли внизу живота в течение 10 часов. Беременность протекала удовлетворительно. Соматически здорова. Срок беременности 40 недель. Объективно: рост 164 см, вес 67 кг. АД 120/80, 115/80 мм ртутного столба. Пульс 78 ударов в 1 минуту. Размеры таза: 25—28—31—21 см. Высота стояния дна матки 39 см, окружность живота 98 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту, прослушивается выше пупка. Околоплодные воды целы. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена, мягкая, наружный зев пропускает кончик пальца, плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы. Мыс не достигается. Деформаций таза нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие осложнения в родах через естественные родовые пути возможны при тазовых предлежаниях?

А. Преждевременное излитие околоплодных вод

Б. Выпадение пуповины

В. Гипоксия плода

Г. Все вышеперечисленное.
3. Какие факторы определяют высокую степень риска родов в данном случае?

А. Все нижеперечисленное

Б. Первородящая старше 30 лет

В. Предполагаемая масса плода более 3600 граммов

Г. Патологический прелиминарный период.
4. Какая акушерская тактика предпочтительна в данном случае?

А. Кесарево сечение

Б. Программированные роды

В. Роды через естественные родовые пути

Г. Стимуляция родовой деятельности.

Ситуационная задача № 6

В родильном блоке находится роженица 20 лет. Роды начались 10 часов назад. Схватки через 3—4 минуты по 35—40 секунд, переходят в потуги. Роды первые, срочные. Объективно: рост 158 см, вес 73 кг. АД 110/70, 120/70

мм ртутного столба. Размеры таза: 26—28—30—21 см. Индекс Соловьева 1,5. Предполагаемая масса плода 3200 граммов. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту. Воды излились 6 часов назад.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза. Межвертельная линия в левом косом размере таза. Выделяется густой меконий. Через 20 минут потуги стали слабее и реже. Сердцебиение плода 170 ударов в 1 минуту, глухое. По данным фетального кардиомонитора отмечено нарушение сердечного ритма плода.

1. Поставить диагноз.

2. Какие показания к немедленному родоразрешению имеются в данной ситуации?

А. Слабость потуг

Б. Нарушение сердечного ритма у плода

В. Тахикардия и глухость сердечных тонов у плода

Г. Все верно.

3. Какой метод родоразрешения наиболее целесообразный в данном случае?

А. Экстракция плода за тазовый конец

Б. Кесарево сечение

В. Стимуляция потуг с помощью окситоцина

Г. Акушерские щипцы.

4. Какие осложнения могут быть при операции извлечения плода за тазовый конец?

А. Запрокидывание ручек

Б. Разгибание последующей головки

В. Перелом ключицы

Г. Любой из перечисленных.

Ситуационная задача № 7

В родильный дом по экстренной помощи доставлена беременная 19 лет, срок беременности 34—35 недель. Беременность первая, с 28 недель осложнилась гестозом. Лечилась в дневном стационаре, от госпитализации отказывалась, последний месяц женскую консультацию не посещала. Заболела остро 2 часа назад. Появились сильные боли в животе, слабость. Позднее из влагалища начались кровянистые выделения в умеренном количестве.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Кожа бледная, отеки ног. АД 100/50, 100/60 мм ртутного столба. Пульс 104 удара в 1 минуту. Матка соответствует сроку беременности, напряжена, не расслабляется. Части плода определяются с трудом. Над входом в малый таз пальпируется головка. Сердцебиение плода глухое, 115 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, зев

закрыт. Предлежит головка, над входом в малый таз. Выделения кровянистые, умеренные.

1. Поставить диагноз.

2. По какой причине беременная с данным осложнением попадает в группу риска массивного акушерского кровотечения?

А. Недоношенность

Б. Коагулопатия (синдром истощения факторов свертывания крови.)

В. Болевой синдром

Г. Гипоксия плода.

3. Что такое шоковый индекс?

А. Отношение систолического давления к пульсу

Б. Отношение диастолического давления к пульсу

В. Отношение пульса к систолическому давлению

Г. Отношение пульса к диастолическому давлению.

4. Назовите главную задачу лечения:

А. Инфузионная терапия

Б. Гемотрансфузия

В. Экстренное кесарево сечение

Г. Верно всё.

Ситуационная задача № 8

В родильное отделение экстренно доставлена беременная 23 лет с обильным кровотечением из половых путей. Беременность третья, в анамнезе 2 искусственных аборта. Срок беременности 33 недели. Кровотечение началось 1,5 часа назад, ночью. Вначале оно было незначительным, затем усилилось.

Объективно: кожа бледная. Пульс 106 ударов в 1 минуту. АД 90/60, 80/60 мм. ртутного столба. Матка в обычном тонусе, соответствует сроку 33 недели. Положение плода продольное, предлежит головка, расположена высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 130 ударов в 1 минуту. Воды не отходили. С целью выявления причины акушерского кровотечения в позднем сроке беременности проведено ультразвуковое исследование, при котором обнаружено, что плацента полностью перекрывает внутренний зев цервикального канала.

1. Поставить диагноз.

2. Какой вариант предлежания плаценты имеет место в данном случае?

А. Боковое предлежание плаценты

Б. Краевое предлежание плаценты

В. Полное предлежание плаценты

Г. Ситуация неясна.

3. Акушерская тактика:

А. Базовые реанимационные мероприятия

Б. Экстренное кесарево сечение

В. Введение бетаметазона

Г. Все верно.

4. Какие мероприятия позволяют свести к минимуму потерю тепла у недоношенного новорожденного?

- А. Все нижеперечисленное
- Б. Сухие пеленки
- В. Контролируемый источник лучистого тепла
- Г. Чепчик на головку новорожденного.

Ситуационная задача № 9

В родильный дом поступила повторнородящая роженица 27 лет. Роды начались в срок, вместе со схватками из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 115/80, 110/70 мм ртутного столба. Пульс 78 ударов в 1 минуту. Матка соответствует сроку доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Воды не отходили. Схватки через 5 минут по 30 секунд, средней силы. С целью выявления причины влагалищного кровотечения срочно проведено УЗИ, обнаружены признаки частичного предлежания плаценты.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, мягкая, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Слева и сзади определяется мягкая губчатая ткань.

Предлежит головка над входом в малый таз. Мыс не достигается.

1. Поставить диагноз.
2. Какова рациональная тактика ведения влагалищных родов у данной пациентки?

- А. Вскрытие плодного пузыря
- Б. Стимуляция окситоцином после вскрытия плодного пузыря
- В. Непрерывный мониторинг состояния плода
- Г. Все верно.

3. В какой ситуации должно быть выполнено кесарево сечение?

- А. Продолжающееся после амниотомии кровотечение
- Б. Признаки гипоксии плода
- В. Признаки геморрагического шока у матери
- Г. Все верно.

4. Какой вариант операции кесарева сечения предпочтителен при расположении предлежащей плаценты на передней стенке матки?

- А. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки
- Б. Корпоральное (классическое) кесарево сечение
- В. Перешеечно-корпоральное кесарево сечение
- Г. Не имеет значения, какой вариант выберет хирург.

Ситуационная задача № 10

Молодая женщина состоит на учете в женской консультации по поводу

беременности 8 недель (по дате последней менструации). Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве и слабые боли внизу живота. При бимануальном исследовании обнаружено увеличение матки до 11 недель беременности, что не соответствует сроку гестации. Срочно произведено ультразвуковое исследование органов малого таза: вместо признаков нормальной беременности обнаружена картина так называемой «снежной бури». Кроме того, яичники превращены в кисты диаметром 7—8 см с перегородками.

1. Поставить диагноз.

2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить клинический диагноз в данном случае?

А. Лечебно-диагностическое выскабливание полости матки

Б. Определение концентрации хорионического гонадотропина в сыворотке крови

В. Рентгенография легких

Г. Все перечисленное.

3. Обнаружение какого симптома не оставляет сомнений в диагнозе?

А. Положительный тест на ХГЧ

Б. Обнаружение лютеиновых кист яичников

В. Отсутствие плода в матке

Г. Обнаружение пузырьков с жидкостью в содержимом полости матки.

4. Что характерно для лютеиновых кист яичников?

А. Исчезают самостоятельно после удаления пузырного заноса

Б. Не подлежат удалению хирургическим способом

В. Возникают в результате гиперстимуляции яичников эндогенным ХГЧ

Г. Все верно.

Ситуационная задача № 11

В родильном зале находится роженица 21 года. Беременность вторая, роды первые. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 16 недель с выскабливанием полости матки. Рост 161 см, вес 73 кг. Соматически здорова. Через 10 часов от начала схваток родился живой доношенный мальчик весом 3300 г. Через 10 минут после рождения ребенка признаков отделения последа нет, из влагалища умеренные кровянистые выделения.

Кровопотеря 150 мл. А/Д 110/70, 115/70 мм ртутного столба, пульс 78 ударов в 1 минуту. Через 20 минут кровотечение продолжается в прежнем темпе.

Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 350 мл.

1. Поставить диагноз.

2. Назовите вероятную причину патологического течения последового периода:

А. Ущемление последа

Б. Частичное плотное прикрепление или приращение плаценты

В. Полное плотное прикрепление плаценты

- Г. Полное приращение плаценты.
- 3. Распознавание формы патологического прикрепления плаценты возможно:
 - А. При наружном обследовании матки
 - Б. По отсутствию признака Шредера
 - В. По отсутствию признака Альфельда
 - Г. Во время операции ручного отделения плаценты.
- 4. В последовом периоде недопустимо (классическое акушерство):
 - А. Потягивание за пуповину;
 - Б. Несвоевременная попытка выжимания последа;
 - В. Попытка ручного отделения плаценты без наркоза;
 - Г. Все верно.

Ситуационная задача № 12

В родильном блоке находится родильница 32 лет. Беременность и роды четвертые. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, и через 9 часов родилась живая девочка массой 4450 граммов. С целью профилактики кровотечения в момент прорезывания головки введен внутривенно метилэргометрин. Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целый. Кровопотеря 250 мл. Через 20 минут из половых путей началось кровотечение. Матка мягкая, при наружном массаже выделилось около 300 мл жидкой крови и сгустков. Матка стала несколько плотнее, затем снова расслабилась. Состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в 1 минуту, АД 110/60, 110/65 мм ртутного столба. Кровопотеря 550 мл.

1. Поставить диагноз.
2. Какие действия вы предпримите в данном случае?
 - А. Ревизия полости матки и массаж матки на кулаке (Осторожно!)
 - Б. Повторить наружный массаж матки
 - В. Выжидательная тактика
 - Г. Повторить введение метилэргометрина.
3. Какова акушерская тактика при неэффективности принятых мер и кровопотере 800 мл и более?
 - А. Любой из перечисленных ниже
 - Б. Лапаротомия (наложение гемостатического шва на матку)
 - В. Лапаротомия (перевязка маточных сосудов)
 - Г. Лапаротомия (удаление матки).
4. Какими препаратами проводится возмещение кровопотери?
 - А. Эритроцитарная масса
 - Б. Свежезамороженная плазма
 - В. Коллоидные и кристаллоидные растворы
 - Г. Все перечисленное.

Ситуационная задача № 13

У роженицы 33 лет схватки через 2—3 минуты по 50 секунд, сильные. Роды в срок, начались 4 часа назад, одновременно излились воды. Беременность шестая, роды вторые.

Объективно: рост 152 см, вес 65 кг. АД 130/80, 125/80 мм ртутного столба. Пульс 90 ударов в 1 минуту. Размеры таза: 27—28—30—18 см. ВСДМ 38 см. ОЖ 105 см. Индекс Соловьева 1,6. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 удара в 1 минуту. Признак Вастена вровень. Во время схватки роженица беспокойна, кричит. Пальпация нижнего сегмента болезненна.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 9 см. Передняя губа шейки матки отечна. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз, отклонен кзади. Диагональная конъюгата 11 см.

1. Поставить диагноз.

2. Какая форма сужения таза у роженицы?

А. Общеравномерносуженный таз

Б. Поперечносуженный таз

В. Общесуженный плоский таз

Г. Плоскорахитический таз.

3. Каковы возможные причины родового травматизма у роженицы?

А. Все нижеперечисленное

Б. Аборты

В. Анатомическое сужение таза

Г. Клиническое несоответствие размеров головки плода и таза роженицы.

4. Как родоразрешить женщину?

А. Операция краниотомия

Б. Операция наложения акушерских щипцов

В. Экстренное кесарево сечение

Г. Операция наложения вакуум экстрактора.

Ситуационная задача № 14

Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм ртутного столба. Схватки через 2—3 минуты по 50—55 секунд. Матка вне схватки плохо расслабляется, болезненна при пальпации в нижнем сегменте.

Размеры таза 25—28—31—18 см. Признак Вастена «вровень».

Сердцебиение плода глухое, 150—160 ударов в минуту. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, отёк передней губы шейки матки; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

Стреловидный шов отклонён кпереди, достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне.

1. Поставить диагноз.

2 Назовите основной признак начала второго периода родов:

А. Появление потуг

Б. Излитие околоплодных вод

В. Полное открытие маточного зева

Г. Вставление головки плода во вход в малый таз.

3. Какой симптом является ведущим в диагностике клинически узкого таза?

А. Отсутствие поступательного движения головки плода, стоящей во входе в малый таз, при наличии хорошей родовой деятельности

Б. Признак Вастена "вровень"

В. Задержка мочеиспускания

Г. Отек шейки матки.

4. Задний асинклитизм Литцмана это:

А. Стреловидный шов отклонен кзади

Б. Стреловидный шов на одинаковом удалении от крестца и симфиза

В. Стреловидный шов отклонен кпереди

Г. Любой вариант из перечисленного.

Ситуационная задача № 15

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились искусственным абортом, третья – кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм ртутного столба, пульс 120 ударов в минуту. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Родовая деятельность прекратилась. Сердцебиение плода не прослушивается, головка плода сместилась вверх, отчетливо пальпируются мелкие части плода.

1. Поставить диагноз.

2. Какое осложнение в родах имеет место в данном случае?

А. Предлежание плаценты

Б. Разрыв матки

В. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Г. Амниотическая эмболия.

3. Какова акушерская тактика в данном случае?

- А. Противошоковая терапия
 - Б. Глубокий наркоз
 - В. Лапаротомия
 - Г. Всё вышеперечисленное.
4. Каким может быть возможный объём операции при свершившемся разрыве матки?
- А. Ушивание разрыва
 - Б. Субтотальная гистерэктомия
 - В. Тотальная гистерэктомия
 - Г. Любой из перечисленных.

Ключи правильных ответов

Задача № 1

Ответ:

1. Беременность 7-8 недель. Угроза самопроизвольного выкидыша. Отягощенный акушерский анамнез.
- 2 – Г
- 3 – Б
- 4 – Г

Задача № 2

Ответ:

1. Беременность 14 недель. Привычное невынашивание беременности. ИЦН. Отягощенный акушерский анамнез.
- 2 – В
- 3 – Г
- 4 – А

Задача № 3

Ответ:

1. Беременность 34 недели. Преждевременные роды в головном предлежании, I период. Дородовое излитие околоплодных вод.
- 2 – Г
- 3 – А
- 4 – Г

Задача № 4

Ответ:

1. Беременность 42-43 недели. Переношенная беременность Патологический прелиминарный период. Крупный плод. ХВГП. Незрелая шейка матки.
- 2 – Г
- 3 – А
- 4 – Г

Задача № 5

Ответ:

1. Беременность 40 недель. Патологический прелиминарный период. Тазовое предлежание. Крупный плод. Первородящая в 30 лет.

- 2 – Г
- 3 – А
- 4 – А

Задача № 6

Ответ:

- 1. Беременность 40 недель. II период срочных родов в ягодичном предлежании. Слабость потуг. Острая гипоксия плода.*
- 2 – Б
 - 3 – А
 - 4 – Г

Задача № 7

Ответ:

- 1. Беременность 34-35 недель. Гестоз. ПОНРП. Острая гипоксия плода. Геморрагический шок I степени.*
- 1 – Б
 - 2 – В
 - 3 – Г

Задача № 8

Ответ:

- Беременность 33 недели. Центральное предлежание плаценты. Геморрагический шок II степени. Острая гипоксия плода. ОАА.*
- 1 – В
 - 2 – Б
 - 3 – В

Задача № 9

Ответ:

- 1. Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании. Частичное предлежание плаценты.*
- 2 – Г
 - 3 – А
 - 4 – Б

Задача № 10

Ответ:

- 1. Пузырный занос. Лютеиновые кисты яичников.*
- 2 – Г
 - 3 – Г
 - 4 – Г

Задача № 11

Ответ:

1.Беременность 40 недель. III период срочных родов. Аномалия прикрепления плаценты (частичное плотное прикрепление или частичное истинное приращение). ОАА.

2 – Б

3 – Г

4 – Г

Задача № 12

Ответ:

1.Ранний послеродовой период. Состояние после родов крупным плодом. Раннее послеродовое кровотечение. Гипотония матки

1 – А

2 – А

3 – Г

Задача № 13

Ответ:

1.Беременность 40 недель. I период срочных родов. Угрожающий разрыв матки. Клинически узкий таз. Плоскорахитический таз I степени.

Крупный плод. ОАА.

1 – Г

2 – А

3 – В

Задача № 14

Ответ:

1.Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании.

Начавшийся разрыв матки. Клинически узкий таз. Задний асинклитизм.

Простой плоский таз I степени.Острая гипоксия плода.

2 – В

3 – А

4 – В

Задача № 15

Ответ:

1.Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании.

Свершившийся разрыв матки. Шок III степени. Интранатальная гибель плода. Отягощенный акушерский анамнез.

2 –Б

3 –Г

4- Г

Перечень вопросов практической подготовки:

1. Упражняются в определении характера расположения головки в родовых путях.
2. Участие в курации рожениц в родовом блоке.
3. Участие в курации родильниц в послеродовом отделении.
4. Участие в курации беременных и рожениц с последующим написанием истории родов.
5. Участие в курации беременных с гестозом. Разбор историй родов беременных с кровотечением.
6. Разбор историй родов.

Промежуточная аттестация

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Знать: общехирургический и специальный акушерский инструментарий.

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Владеть: навыками использования хирургического инструментария.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4

Перечень вопросов для экзамена

1. Методы обследования в акушерстве. Диагностика беременности.
2. Акушерские инструменты, применяемые при родовспоможении.
3. Инструменты, применяемые при акушерских операциях.

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Знать: основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме беременных

Уметь: определять патологические процессы в организме беременных

Владеть: навыками сбора анамнеза и обследования беременных

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5

Перечень вопросов для экзамена

1. Костный таз и его размеры.
2. Головка плода и ее размеры.
3. Назовите фазы менструального цикла, длительность их.
4. Назовите признаки ранних сроков беременности.
5. Назовите признаки поздних сроков беременности.
6. Укажите изменения в организме женщины при беременности.
7. Дородовой отпуск. Определение срока 30-недельной беременности.
8. Клиническое течение 1 периода родов, длительность его.
9. Клиническое течение 2 периода родов, ведение его. Акушерское пособие.
10. Клиническое течение 3 периода родов, ведение его. Признаки отделения плаценты.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Знать: основные закономерности протекания нормальной и патологической беременности.

Уметь: проводить диагностику и дифференциальную диагностику у беременных женщин.

Владеть: навыками проведения лечебно-диагностических мероприятий у беременных.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-3

Перечень вопросов для экзамена

1. Дайте определение анатомического и клинически узкого таза. Степени сужения таза.
2. Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
3. Из чего состоит первичный туалет новорожденного.

4. Обезболивание родов, региональные методы.
5. Диагностика состояния плода. Методы терапии гипоксии плода.
6. Диагностика состояния новорожденного. Шкала Апгар.
7. Клиника нормального послеродового периода, ведение его.
8. Дайте классификация ранних токсикозов беременности, основные клинические симптомы, принципы терапии.
9. Дайте классификацию вызванных беременностью отеков, принципы лечения.

ДПК-3. Способен к проведению обследования пациентов с целью установления диагноза, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней

Знать: анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

Уметь: на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию.

Владеть: практическими навыками проведения обследования беременных с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-3

Перечень вопросов для экзамена

1. Дайте классификация ранних токсикозов беременности, основные клинические симптомы, принципы терапии.
2. Дайте классификацию вызванных беременностью отеков, принципы лечения.
3. Привычное невынашивание. Эндокринные нарушения.
4. Степени перенашивания беременности. Влияние на плод.
5. Ранние токсикозы. Чрезмерная рвота.
6. Гестозы (поздние токсикозы беременных). Основные звенья патогенеза. Международная и отечественная классификация. Факторы достоверного риска.
7. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Недостаточность кровообращения. Болезни миокарда. Нарушение ритма сердца. Особенности течения беременности.
8. Артериальная гипертензия. Симптоматическая гипертензия. Артериальная гипотензия. Болезни вен. Клиника, диагностика, показания к прерыванию беременности.
9. Заболевания органов дыхания (бронхит, пневмония, бронхиальная астма). Осложнения беременности, влияние на плод.
10. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта и печени (острый и хронический гастрит, острый и хронический холецистит, острый и хронический панкреатит, вирусный гепатит, аппендицит). Тактика ведения беременности.
11. Беременность и болезни органов мочевого выделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, цистит, острая почечная недостаточность). Осложнения беременности.
12. Беременность и заболевания крови (анемии, геморрагические диатезы). Влияние на плод.
13. Беременность, инфекционные и паразитарные заболевания.
14. Послеродовые заболевания. Классификация, клиника, принципы терапии.

ДПК-5. Способен к оказанию медицинской помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме.

Знать: топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний в акушерстве; основные приёмы, мануальные навыки, хирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной медицинской помощи.

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, определять показания для оказания медицинской помощи беременным женщинам в неотложной и экстренной форме; умеет выполнять неотложные хирургические вмешательства (коникотомия, трахеостомия).

Владеть: техникой выполнения неотложных акушерских вмешательств и манипуляций, методикой оказания неотложной и экстренной медицинской помощи.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5

Перечень вопросов для экзамена

1. Преэклампсия, клиника, диагностика, неотложная помощь.
2. Эклампсия, клиника, диагностика, неотложная помощь.
3. Покажите методику классического ручного пособия при тазовом предлежании.
4. Покажите методику по Цовьянову при тазовом предлежании.
5. Кровотечение в последовом периоде. Этиология, клиника. Неотложная помощь.
6. Кровотечение в послеродовом периоде. Этиология, клиника. Неотложная помощь..
7. Методика ручного отделения плаценты.
8. Предлежание плаценты. Этиология, клиника, неотложная помощь.
9. Отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, принципы терапии, неотложная помощь.
10. ДВС-синдром в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика, неотложная помощь. Неотложная помощь при перитоните и сепсисе.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Посещение учебных занятий оценивается накопительно, следующим образом: максимальное количество баллов, отводимых на учет посещаемости, делится на количество занятий по дисциплине. Полученное значение определяет количество баллов, набираемых студентом за посещение одного занятия.

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{в+уз}{В+УЗ},$$

$$ТК = 40$$

где В, УЗ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

в, уз - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{пз+реф}{ПЗ+РЕФ}$$

$$ТР = 30,$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности. Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются:

- 1) титульный лист;
- 2) оглавление;
- 3) введение;
- 4) основная часть;
- 5) заключение;
- 6) список использованных источников;
- 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013. Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов. Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.

- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из	20

наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»