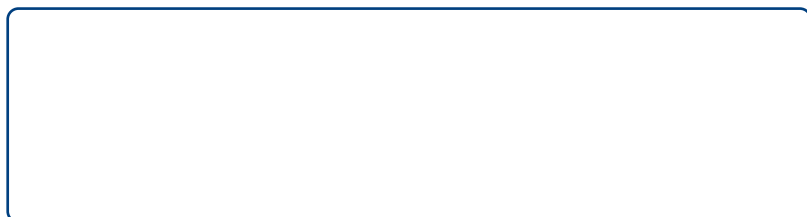




ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМЕНИ БАШЛАРОВА»

Адрес: РД, г. Махачкала, ул. А. Султана, 10 км, 367010,
Телефон: +7-989-445-97-14; <http://bashlarov.ru/> E-mail: med-kolledj@bk.ru



УТВЕРЖДАЮ

зам. директора по УМР

____ М.Б. Байрамбеков

19 мая 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**для проведения текущего контроля успеваемости, промежуточной
аттестации обучающихся по профессиональному модулю**

**ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности,
родов, послеродовый период и с распространенными
гинекологическими заболеваниями**

по программе подготовки специалистов среднего звена (ППССЗ)
по специальности СПО 31.02.02 Акушерское дело

Махачкала
2025 г.

Содержание

1. Пояснительная записка.....	3
2. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения основной образовательной программы.....	16
3. Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования.....	21
4. Оценочные средства, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения основной образовательной программы.....	22
5. Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования	243
6. Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций.....	247

Пояснительная записка

ФОС предназначены для контроля и оценки образовательных достижений студентов, осваивающих ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

ФОС разработаны в соответствии требованиями ОПОП СПО по специальности 31.02.02Акушерское дело, рабочей программы ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

ФОС включает контрольные материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

При изучении дисциплины студент должен:

Владеть навыками:

- Сбора жалоб, анамнеза жизни, наследственности и перенесенных заболеваний у пациентов (их законных представителей);
- получения и анализа информации из медицинской документации, оформление индивидуальных карт беременных и родильниц;
- проведения медицинского осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценки состояния здоровья пациента;
- оценки состояния пациента и (или) тяжести заболевания;
- постановки предварительного диагноза, на основании жалоб, клинических симптомов, результатов лабораторных и инструментальных исследований, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- проведения осмотра пациентов при физиологически протекающих беременности, родах и послеродовом периоде;
- определения срока беременности и предполагаемой даты родов;
- проведения динамического наблюдения за состоянием беременной женщины, роженицы, родильницы и плода;
- составления плана проведения лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;

- подготовки пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям;
- ассистирования врачу и (или) выполнение медицинских вмешательств;
- проведения забора биологического материала для лабораторных исследований;
- обеспечения безопасности при проведении медицинских вмешательств;
- направления пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- направления пациентов в медицинские организации для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- направления пациентов при физиологическом течении беременности на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- выявления клинических признаков состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- проведения динамического наблюдения за пациентами при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- оценки состояния пациента и (или) тяжести заболевания;
- оценки интенсивности боли и тягостных для пациента симптомов, определения и документирования невербальных признаков боли у пациента;

- составления плана лечения неосложненных состояний беременности, родов, послеродового периода и распространенных гинекологических заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- применения и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- подготовки пациентов к медицинским вмешательствам;
- ассистирования при выполнении медицинских вмешательств и (или) выполнение медицинских вмешательств;
- выполнения врачебных назначений;
- проведения динамического наблюдения за пациентами при выполнении медицинского вмешательства;
- обеспечения безопасности медицинских вмешательств;
- контроля выполнения пациентами врачебных назначений;
- выявления клинических признаков состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- направления пациентов в медицинские организации для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- обеспечения безопасности пациентов во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период;
- определения предвестников и начала родовой деятельности;
- оценки состояния роженицы и аномалий в родовой деятельности, определения степени риска осложнений в родах;
- сбора жалоб, анамнеза жизни у рожениц (их законных представителей);
- получения информации из документации и оформления истории родов;
- проведения медицинских осмотров рожениц и родильниц;
- оценки интенсивности боли и тягостных для пациентов симптомов, определения и документирования невербальных признаков боли;

- формулирования предварительного диагноза и (или) периода родов;
- составления плана проведения родов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- подготовки роженицы к родоразрешению;
- подготовки места и оборудования для принятия родов, реанимации новорожденного;
- составления плана проведения лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- подготовки роженицы и родильницы к лабораторным и инструментальным исследованиям;
- проведения забора биологического материала для лабораторных исследований;
- ассистирования и (или) выполнения родоразрешающих мероприятий;
- выполнения врачебных назначений;
- использования приемов акушерского пособия во время самопроизвольных неосложненных родов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- проведения динамического наблюдения за состоянием роженицы и плода во время родов;
- обучения пациенток технике дыхания во время родов;
- документированного мониторинга прогрессии родов, ведения партограммы;
- определения кровотечения и оценки кровопотери во время родов и в послеродовой период;
- проведения осмотра родовых путей;
- определения степени разрыва мягких тканей родовых путей;
- проведения мониторинга витальных функций рожениц, родильниц;

- выявления клинических признаков состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- проведения профилактики гипотермии новорожденного;
- проведения первичного осмотра и оценки состояния новорожденного;
- обеспечения соблюдения правил первого прикладывания новорожденного к груди;
- проведения ухода за новорожденным;
- проведения мониторинга витальных функций новорожденных;
- направления пациентов, имеющих нарушения функций организма, обусловленные беременностью, родами и распространенными гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в мероприятиях по медицинской реабилитации, к врачам-специалистам в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации;
- выполнения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- применения лекарственных препаратов, лечебного питания и медицинских изделий в процессе медицинской реабилитации пациентов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- контроля эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

уметь:

- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей);
- интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей);
- проводить медицинские осмотры пациентов;

- применять методы осмотров и обследований пациентов с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в числе которых:
 - физикальное обследование пациента;
 - измерение артериального давления;
 - пульсометрия;
 - термометрия;
 - антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела);
 - объективное обследование физического развития;
 - оценка степени развития молочных желез и полового оволосения по Таннеру;
 - визуальное исследование молочных желез;
 - пальпация молочных желез;
 - оценка менструального календаря;
 - определение предположительных, вероятных, достоверных признаков беременности;
 - определение срока беременности и даты родов;
 - осмотр вульвы и влагалища;
 - визуальный осмотр наружных половых органов;
 - бимануальное влагалищное исследование;
 - исследование при помощи зеркал;
 - получение влагалищного мазка;
 - спринцевание влагалища;
 - измерение окружности живота, высоты дна матки, размеров таза;
 - пальпация живота беременной;
 - пальпация плода, определение положения, позиции и предлежащей части плода;
 - аускультация плода при помощи акушерского стетоскопа, ручного доплеровского устройства;
 - проведение кардиотокографии плода;
 - определение частоты (схваток) сократительной активности матки (тонус, частота, амплитуда, продолжительность);
 - определение жизни и смерти плода;
- определять срок беременности и предполагаемую дату родов;
- оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма человека с учетом возрастных особенностей;
- интерпретировать и анализировать результаты осмотров пациента;
- оценивать состояние пациента и (или) тяжесть заболевания;
- устанавливать предварительный диагноз в соответствии с действующей Международной классификацией болезней (далее – МКБ);
- проводить медицинские осмотры пациентов при физиологически протекающих беременности, родах и послеродовом периоде;

- подготавливать пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям;
- проводить забор биологического материала для лабораторных исследований;
- направлять пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- интерпретировать и анализировать результаты лабораторных и инструментальных исследований пациентов;
- устанавливать медицинские показания для направления пациентов в профильные медицинские организации с целью получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- направлять пациентов в медицинские организации для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- направлять пациентов при физиологическом течении беременности на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- выявлять клинические признаки состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- проводить динамическое наблюдение за пациентами при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- оценивать состояние пациента и (или) тяжесть заболевания;
- оценивать интенсивность боли и тягостные для пациента симптомы, определять и документировать невербальные признаки боли у пациента;
- составлять план лечения неосложненных состояний беременности, родов, послеродового периода и гинекологических заболеваний при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- применять и назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- подготавливать пациентов к медицинским вмешательствам;
- проводить динамическое наблюдение за пациентами при выполнении медицинских вмешательств;

- обеспечивать безопасность медицинских вмешательств;
- контролировать выполнение пациентами врачебных назначений;
- выявлять клинические признаки состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- обеспечивать своевременное направление пациентов в медицинские организации, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- обеспечивать безопасность пациентов при минимальном вмешательстве во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период;
- определять предвестники и начало родовой деятельности;
- оценивать состояние роженицы и (или) тяжесть родовой деятельности, определять степени риска осложнений в родах;
- собирать жалобы, анамнез жизни у рожениц (их законных представителей);
- получать информацию из документации и оформлять истории родов;
- проводить осмотры рожениц и родильниц;
- применять методы осмотров и обследований рожениц, родильниц и новорожденных, в числе которых:
 - физикальное обследование;
 - измерение артериального давления;
 - пульсометрия;
 - термометрия;
 - антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела);
 - бимануальное влагалищное исследование;
 - исследование при помощи зеркал стенок влагалища и влагалищной части шейки матки;
 - осмотр шейки матки;
 - определение динамики раскрытия маточного зева;
 - измерение окружности живота, высоты дна матки, размеров таза;
 - определение положения плода, вида позиции и предлежащей части плода;
 - определение сократительной активности матки (тонус, частота, амплитуда, продолжительность);
 - определение частоты сердечных сокращений плода;
 - определение высоты стояния предлежащей части плода, динамики продвижения предлежащей части плода;
 - аускультация плода при помощи акушерского стетоскопа, ручного доплеровского устройства;
 - проведение кардиотокографии плода;
 - пальпация живота (оценка опускания головки плода);
 - определение конфигурации головки плода;
 - объективное наблюдение за характером излития околоплодных вод;
 - определение жизни и смерти плода;

- контроль опорожнения мочевого пузыря;
- постановка очистительной клизмы;
- ведение физиологических родов;
- ведение партограммы;
- проведение катетеризации мочевого пузыря;
- пережатие и отсечение пуповины;
- первичная обработка пуповины;
- уход за пупочной ранкой новорожденного;
- определение признаков отделения плаценты;
- приемы выделения последа;
- визуальный осмотр плаценты и оболочек, пуповины;
- методы измерения кровопотери;
- оценка состояния родовых путей;
- визуальный осмотр наружных половых органов;
- уход за промежностью и наружными половыми органами;
- оценивать интенсивность боли и тягостные для пациентов симптомы, определять и документировать невербальные признаки боли;
- формулировать предварительный диагноз и (или) период родов;
- составлять план проведения родов;
- подготавливать рожениц к родоразрешению;
- подготавливать место и оборудование для принятия родов, реанимации новорожденного;
- составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований;
- подготавливать рожениц и родильниц к лабораторным и инструментальным исследованиям;
- - проводить забор биологического материала для лабораторных исследований;
- выполнять родоразрешающие мероприятия;
- использовать приемы акушерского пособия во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период;
- проводить динамическое наблюдение за состоянием рожениц и родильниц во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период;
- обучать рожениц технике дыхания во время родов;
- документировать мониторинг прогрессии родов, вести партограммы;
- проводить мониторинг за витальными функциями рожениц, родильниц;
- соблюдать правила выделения плаценты;
- оценивать разрывы родовых путей;
- выявлять клинические признаки состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- проводить профилактику гипотермии новорожденного;

- проводить осмотр новорожденного;
- проводить первое прикладывание новорожденного к груди;
- проводить уход за новорожденными;
- проводить мониторинг за витальными функциями новорожденных;
- определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями;
- определять врачей-специалистов для проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации;
- направлять пациентов, имеющих нарушения функций организма, обусловленные беременностью, родами и распространенными гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в мероприятиях по медицинской реабилитации, к врачу-специалисту;
- выполнять мероприятия по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями;
- применять лекарственные препараты, лечебное питание и медицинские изделия в процессе медицинской реабилитации пациентов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- контролировать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

знать:

- Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников;
- общие вопросы организации медицинской помощи населению;
- порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
- анатомо-физиологические особенности человека в норме и при патологии с учетом возрастных периодов;
- методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей) и информации из медицинской документации;
- методика медицинских осмотров и обследований пациентов;
- методы определения срока беременности и предполагаемой даты родов;

клинические признаки заболеваний и (или) состояний, в том числе представляющих угрозу жизни и здоровью пациента;

- методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации результатов;

- методика медицинского осмотра пациентов в случае физиологически протекающих беременности, родов и послеродового периода под руководством врача и (или) в пределах своих полномочий;

- принципы подготовки к планируемой беременности, ведения беременности, родов и послеродового периода;

- признаки физиологически нормально протекающих беременности, родов, послеродового периода;

- осложнения течения беременности, родов и послеродового периода;

- этиология, патогенез, классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики беременности, родов, послеродового периода, патологии новорожденных и распространенных гинекологических заболеваний;

МКБ;

- медицинские показания для направления пациентов на консультации к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза;

- медицинские и социальные показания к прерыванию беременности;

- медицинские показания к оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;

- медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи в стационарных условиях;

- медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

- клинические признаки состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;

- принципы, цели и объем динамического наблюдения за пациентами с высоким риском развития или наличием заболеваний с учетом возрастных особенностей;

- механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;

- причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний;

- клинические признаки заболеваний и (или) состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью пациента;

- методы выявления и оценки уровня боли у пациентов, правила, виды, методы и средства лечения болевого синдрома, правила оказания симптоматической помощи при тягостных расстройствах;

- анатомо-физиологические особенности организма пациентов в период родов и послеродовой период;

- прием и подготовка пациентов к родам;
 - методы обследования пациентов в период родов и послеродовой период;
 - виды и диагностика положения ребенка в матке;
 - причины и последствия неправильного положения ребенка в матке;
 - классификация, распознавание, течение и механизм родов при затылочном предлежании и ведение родов при затылочном предлежании;
 - классификация, распознавание, течение и механизм родов при тазовом предлежании и ведение родов при тазовом предлежании;
 - классификация, распознавание, течение и механизм родов при многоплодной беременности и ведение родов при многоплодной беременности;
 - подготовка пациентов к медицинским вмешательствам;
 - технологии забора биологического материала для лабораторных исследований;
- асептика и антисептика в акушерстве;
- причины возникновения родов, предвестники начала родовой деятельности, изгоняющие силы родов, в том числе представляющие угрозу жизни и здоровью пациентов;
 - периоды, механизмы и продолжительность родов;
 - методы выявления и оценки уровня боли у пациентов, правила, виды, методы и средства лечения болевого синдрома, правила оказания симптоматической помощи при тягостных расстройствах;
 - тактика ведения физиологических родов;
 - виды и методы акушерских приемов при физиологическом процессе родов;
 - методы профилактики акушерских осложнений во время родов;
 - методы обезболивания родов, психопрофилактической подготовки пациентов к родам и техники дыхания во время родов;
 - особенности ведения родов при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;
 - нарушения родовой деятельности (родовых сил);
 - поперечные и косые положения плода;
 - особенности ведения родов при выпадении мелких частей и пуповины; отклонения от нормального механизма родов;
 - родовые травмы;
 - классификация, причины и профилактика акушерских кровотечений; методы измерения кровопотери;
 - классификация, причины и профилактика послеродовых заболеваний;
 - виды, показания и порядок подготовки к акушерским операциям;
 - методы ухода за новорожденными;
 - методы профилактики гипотермии новорожденных;
 - правила и техника первого прикладывания новорожденных к груди;
 - аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты;
 - порядок организации медицинской реабилитации;

- признаки нарушения функций организма пациентов, обусловленные последствиями беременности, родов и распространенных гинекологических заболеваний;
- методы определения реабилитационного потенциала пациента и правила формулировки реабилитационного диагноза;
- механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;
- методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации;
- медицинские показания к направлению пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма, в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями к врачам-специалистам;
- мероприятия по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Результатом освоения программы является овладение обучающимися видом профессиональной деятельности (ВПД): Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни, в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями, должны быть сформированы личностные результаты (ЛР):

ПК.2.1. Проводить медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

ПК.2.2. Осуществлять лечение неосложненных состояний пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

ПК.2.3. Проводить родоразрешение при физиологическом течении родов и при осложненном течении родов (акушерской патологии) совместно с врачом акушером-гинекологом.

ПК.2.4. Проводить первичный туалет новорожденного, оценку и контроль его витальных функций.

ПК.2.5. Проводить медицинскую реабилитацию пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

ОК 01. Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам;

ОК 02. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности;

ОК 03. Планировать и реализовывать собственное профессиональное и

личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях;

ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде;

ОК 05. Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста;

ОК 06. Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения;

ОК 07. Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях;

ОК 08. Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности;

ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках;

ЛР 4. Проявляющий и демонстрирующий уважение к людям труда, осознающий ценность собственного труда. Стремящийся к формированию в сетевой среде лично и профессионально конструктивного «цифрового следа»;

ЛР 7. Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и видах деятельности;

ЛР 9. Соблюдающий и пропагандирующий правила здорового и безопасного образа жизни, спорта; предупреждающий либо преодолевающий зависимости от алкоголя, табака, психоактивных веществ, азартных игр и т.д. Сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях;

ЛР 10. Заботящийся о защите окружающей среды, собственной и чужой безопасности, в том числе цифровой;

ЛР 12. Принимающий семейные ценности, готовый к созданию семьи и воспитанию детей; демонстрирующий неприятие насилия в семье, ухода от родительской ответственности, отказа от отношений со своими детьми и их финансового содержания;

ЛР 13. Понимающий сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявляющий к ней устойчивый интерес;

ЛР 14. Организовывающий собственную деятельность, выбирающий типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивающий их эффективность и качество;

ЛР 15. Принимающий решения в стандартных и нестандартных ситуациях и несущий за них ответственность;

ЛР 16. Осуществляющий поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития;

ЛР 18. Работающий в коллективе и команде, эффективно общающийся с коллегами, руководством, потребителями;

ЛР 20. Самостоятельно определяющий задачи профессионального и личностного развития, занимающийся самообразованием, осознанно планирующий и осуществляющий повышение своей квалификации;

ЛР 23. Готовый брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку;

ЛР 24. Организующий рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности;

ЛР 25. Ведущий здоровый образ жизни, занимающийся физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

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

№	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
	МДК 02.01 Медицинская помощь пациентам с распространенными гинекологическими заболеваниями		
1.	Организация гинекологической помощи.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
2.	Общая симптоматология и диагностика в гинекологии.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
3.	Пороки развития и неправильные положения женских половых органов.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.

4	Нарушения менструальной функции. Нейроэндокринные синдромы.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
5	Воспалительные заболевания женских половых органов.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания.
6	Мочеполовые инфекционные заболевания.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания.
7	Аборт. Реабилитация после аборта. Профилактика	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Реферат. Разноуровневые задания.
8	Бесплодный брак.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания.
9	Онкогинекология.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания. Презентация
10	Патология молочных желез.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания.
11	Климактерический период.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Реферат. Разноуровневые задания.
12	Неотложные состояния в гинекологии.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания.

13	Хирургические методы лечения в гинекологии и уход за больными.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания.
14	Основы детской гинекологии.	ПК.2.1, ПК.2.2 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Кейс-задача. Разноуровневые задания.
	МДК 02.02 Медицинская помощь пациентам в период беременности, родов,		
1.	История родовспоможения. Структура родовспоможения.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный опрос. Кейс-задача. Тест. Реферат. Разноуровневые задания
2.	Санитарно-противоэпидемический режим. Профилактика внутрибольничных инфекций в учреждениях родовспоможения	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный опрос. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания
3.	Анатомо-физиологические особенности половых органов, репродуктивные возможности женщины в различные периоды жизни. Нейро-гуморальная	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания
4	Физиология беременности.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль, кейс-задача. Разноуровневые задания
5	Диагностика беременности. Диспансерное наблюдение беременных женщин	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания
6	Аntenатальная охрана плода. Влияние вредных факторов на плод	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Реферат. Разноуровневые задания
7	Современные методы исследования в акушерстве.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Разноуровневые задания
8	Причины наступления родов. Плод как объект родов.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Реферат. Кейс-задача

9	Прелиминарный период. Течение I периода родов. Ведение I периода родов	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. кейс –задача. Разноуровневые задания
10	Течение и ведение второго периода родов при переднем виде затылочного предлежания плода, наблюдение за роженицей. Акушерское пособие при переднем и заднем виде затылочного предлежания,	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. кейс –задача. Разноуровневые задания
11	Первичный туалет новорожденного. Антропометрия новорожденного.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. кейс –задача. Разноуровневые задания
12	Течение и ведение третьего периода родов, наблюдение за роженицей, физиологическая кровопотеря в родах. Немедикаментозные и медикаментозные методы	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания
13	Течение, ведение физиологического послеродового периода. Инволюция половых органов. Ведение раннего и позднего	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания
14	Гигиена родильницы. Профилактика послеродовых осложнений. Правила грудного Вскармливания. Послеродовая реабилитация и контрацепция. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде. Послеродовая реабилитация и контрацепция. Лечебная гимнастика в послеродовом	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания
15.	Токсикозы беременных. Преэклампсия.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Реферат. Разноуровневые задания.
16.	Ведение беременности и родов при Экстрагенитальной патологии и аномалиях развития половой систем	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Реферат.

17.	Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Презентация. Разноуровневые задания.
18	Преждевременное прерывание беременности.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
19	Переношенная беременность.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
20	Аномалии сократительной деятельности матки.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
21	Роды при узком тазе.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания. Презентация.
22	Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положениях плода.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания. Презентация.
23	Роды при многоплодии.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания. Реферат. Презентация.
24	Родовой травматизм матери.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Реферат.

25	Кровотечения во время беременности, в родах и в послеродовом периоде	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания. Реферат. Презентация.
26	Формы первого этапа послеродовой инфекции.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
27	Формы второго этапа послеродовой инфекции.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые задания.
28	Формы третьего и четвертого этапов послеродовой инфекции. Генерализованная септическая	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Тест. Разноуровневые
29	Послеродовой лактационный мастит.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Кейс-задача. Реферат. Разноуровневые задания.
30	Акушерские операции во время беременности.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания.
31	Акушерские операции в родах, послеродовом периоде.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Реферат. Разноуровневые задания.
32	Родоразрешающие операции.	ПК.2.1, ПК.2.2, ПК.2.3, ПК.2.4 ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания. Реферат. Презентация.
	МДК 02.03 Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии		
1	Основы медицинской реабилитации	ПК.2.5, ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые

2	Основные средства и методы медицинской реабилитации	ПК.2.5, ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания.
3	Медицинская реабилитация при распространённых гинекологических заболеваниях	ПК.2.5, ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания.
4	Медицинская реабилитация при осложнённом течении беременности	ПК.2.5, ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания.
5	Медицинская реабилитация при осложненном течении послеродового периода	ПК.2.5, ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания.
6	Медицинская реабилитация после родоразрешения путём операции кесарево сечение	ПК.2.5, ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль. Тест. Разноуровневые задания.

3. Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Кейс-задача	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной Проблем.	Задания для решения кейс-задачи
2	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
3	Разноуровневые задачи и задания	Различают задачи и задания: а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня,	Комплект разноуровневых задач и заданий

		позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.	
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов
5	Устный опрос	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
6	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	тестовые задания
7	Презентация	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы с демонстрацией презентации.	Темы презентаций

4. Оценочные средства, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения основной образовательной программы

МДК 02.01 Медицинская помощь пациентам с распространенными гинекологическими заболеваниями

Тема 1. Организация гинекологической помощи.

Вопросы:

1. Понятие о гинекологии.
2. Основные этапы развития гинекологии как науки.
3. Структура, функции и задачи подразделений гинекологической службы: женской консультации, центра планирования семьи и репродукции человека, гинекологических отделений, гинекологических больниц, смотровых кабинетов поликлиник, молодежных центров, ФАП.
4. Медицинская нормативная документация.
5. Роль акушерки в работе гинекологической службы: участие в профилактических осмотрах, выполнении предписаний врача, осуществление лечебно-диагностических мероприятий, реализация сестринского процесса.

Тесты:

1. Основным показателем эффективности работы женской консультации по планированию семьи является
 - а) число женщин на участке
 - б) абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года
 - в) число осложнений после абортов
 - г) число абортов на 1000 женщин фертильного возраста
 - д) число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста
2. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных - это
 - а) число пролеченных больных в стационаре
 - б) число больных, направленных на санаторное лечение
 - в) снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности

г) удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета
с выздоровлением
из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение
года

д) правильно б) и в)

3. Специализированные приемы целесообразно организовывать в женской консультации с мощностью (на число участков)

а) 4

б) 5

в) не менее 6

г) 7

д) 8 и более

4. Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является

а) число осмотренных женщин

б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет

в) число женщин, направленных на лечение в санаторий

г) доля выявленных гинекологических больных

из числа осмотренных женщин

д) правильно а) и б)

5. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит, как правило

а) в диспансеризации гинекологических больных

б) в обследовании и наблюдении беременных женщин

в) в проведении периодических медицинских осмотров

г) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин

д) правильно в) и г)

6. Должность врача терапевта в женской консультации устанавливается, как правило, из расчета

- а) 80 тыс взрослого населения,
 проживающего на обслуживаемой территории
- б) 80 тыс взрослых и детей, проживающих на обслуживаемой территории
- в) 60 тыс женщин, проживающих на обслуживаемой территории
- г) 60 тыс взрослого населения,
 проживающего на обслуживаемой территории

7. Женская консультация является структурным подразделением

- 1) родильного дома
- 2) поликлиники
- 3) медсанчасти
- 4) санатория-профилактория
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

8. Осмотр терапевтом женщин при физиологически протекающей беременности проводится, как правило

- 1) при первой явке
- 2) в 32 недели беременности
- 3) в 36 недель беременности
- 4) перед родами
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны

- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

9. Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин

проводится чаще всего путем

- 1) лабораторного обследования
- 2) патронажа
- 3) сбора анамнеза
- 4) оценки пренатальных факторов риска (в баллах)
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 3, 4
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

10. Документами, фиксирующими преемственность в работе женской консультации и детской поликлиники, обычно являются

- 1) списки беременных для дородового патронажа
- 2) журнал передачи телефонограмм
об осложнениях в послеродовом периоде
у матери и новорожденного
- 3) журналы, фиксирующие работу "школы матери"
и "школы здорового ребенка"
- 4) журнал госпитализации беременных
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

11. Ранней явке беременных в женскую консультацию для диспансерного наблюдения вероятнее всего способствует

- 1) санитарно-просветительная работа
врача акушера-гинеколога и акушерки
в женских консультациях, на производствах, ЗАГСх
 - 2) подворные обходы медицинского персонала ФАПов,
женских консультаций в сельской местности
 - 3) система полового воспитания учащихся школ,
техникумов, училищ, вузов
 - 4) привлечение к санитарно-просветительной работе
женсоветов предприятий
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

12. Документ, по которому можно, вероятнее всего, проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин

- 1) статистический талон уточнения диагноза
 - 2) выписка из стационара
 - 3) индивидуальная карта беременной
 - 4) журнал госпитализации
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

13. Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа абортов, как правило, включает в себя

- 1) знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории
 - 2) выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности
 - 3) знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать
 - 4) знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

14. Понятие "планирование семьи",

вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают семьям

- 1) избежать нежелательной беременности
 - 2) регулировать интервалы между беременностями
 - 3) производить на свет желанных детей
 - 4) повышать рождаемость
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

15. В женской консультации

целесообразна организация специализированных приемов

по следующим заболеваниям

- 1) бесплодию
- 2) невынашиванию
- 3) гинекологическим заболеваниям у детей и подростков
- 4) сахарному диабету беременных
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

16. Диспансерному наблюдению в женской консультации

обычно подлежат больные

- 1) с бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции
- 2) с воспалительными заболеваниями женских половых органов
- 3) с доброкачественными опухолями половой сферы
- 4) с трихомониазом
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

17. Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии, как правило, включает этапы

- 1) обследование женщины в женской консультации
- 2) обследование и лечение супружеской пары в консультации "Брак и семья"

- 3) стационарное обследование и лечение
в гинекологическом (урологическом) отделении больницы,
профильного НИИ
- 4) проведение периодических медицинских осмотров
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

18. Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр

- 1) контингента женщин, работающих во вредных условиях
производства
 - 2) декретированных контингентов рабочих и служащих
при поступлении на работу
 - 3) больных, состоящих на диспансерном учете
 - 4) женщин с целью выявления
гинекологических и онкологических заболеваний
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

19. Система гинекологической помощи детям и подросткам

включает следующие основные этапы

- 1) работу в дошкольных и школьных учреждениях
- 2) организацию специализированных кабинетов гинекологов

детского и юношеского возраста

- 3) организацию специализированных стационаров
с консультативным кабинетом при них
- 4) организацию выездных бригад медицинской помощи
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

20. Работа врача акушера-гинеколога медсанчасти строится, как правило

- 1) в зависимости от характера производства предприятия
- 2) по территориальному принципу
- 3) по принципу участковости
- 4) по цеховому принципу
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

21. Дополнительной специфической обязанностью врача акушера-гинеколога медсанчасти или промышленного отделения женской консультации

обычно является

- 1) изучение условий труда женщин
- 2) контроль за выполнением комплексного плана улучшения условий,
охрана труда и санитарно-оздоровительных мероприятий
- 3) углубленный анализ гинекологических заболеваний
с временной утратой трудоспособности и разработка мероприятий

по ее профилактике

4) охрана труда женщин-работниц

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

22. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в связи с болезнями женских половых органов, осложнениями беременности, послеродового периода и абортами выражается показателями

1) числа случаев =

(абсолютное число случаев)/

(число женщин-работниц)'100

2) числа дней =

(абсолютное число дней)/

(число женщин-работниц)'100

3) средней длительности одного случая =

(абсолютное число дней)/

(абсолютное число случаев)

4) (число выявленных гинекологических больных)/

(число осмотренных женщин)'1000

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

23. Организация комнат личной гигиены на предприятиях
обычно проводится из расчета

- 1) количества цехов на предприятии
 - 2) числа работающих на предприятии
 - 3) числа гинекологических больных, выявленных при профосмотрах
 - 4) числа работающих женщин на предприятии
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Задача 1. Женщина 34 лет обратилась в смотровой кабинет с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше справа. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. Осмотр при помощи зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный. Бимануальное исследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное; придатки матки слева не определяются, область их безболезненна, справа пальпируется овоидной формы образование размером 10×12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Своды глубокие, выделения из половых путей слизистые. Каков предварительный диагноз? Какой будет тактика?

Задача 2. Женщина 20 лет обратилась в ФАП с жалобами на задержку менструаций на 5 нед и ноющие боли в правой паховой области. Тест на беременность положительный. Объективно: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 72 в минуту. При осмотре при помощи зеркал: слизистая оболочка влагалища цианотична, шейка матки конической формы, наружный зев точечный. При бимануальном исследовании: тело матки несколько больше нормальной величины, мягковатой консистенции, движения за шейку матки вызывают болезненность справа. Придатки слева не определяются, область их

безболезненна, справа утолщены, пастозны, чувствительны при пальпации, своды глубокие. Выделения из половых путей сукровичные, мажущие. Тест на беременность, со слов пациентки, положительный. Каков предварительный диагноз? Какой будет тактика акушерки ФАП?

Тема 2. Общая симптоматология и диагностика в гинекологии

Вопросы:

1. Методы обследования в гинекологии.
2. Общие методы обследования гинекологических больных.
3. Обязательные специальные методы гинекологического исследования.
4. Эндоскопические методы исследования гинекологических больных.
5. Рентгенологические методы исследования гинекологических больных.
6. Роль акушерки в проведении лечебно-диагностических процедур в гинекологии.
7. Осмотр наружных половых органов.
8. Исследование с помощью влагалищных зеркал (створчатых, ложкообразных, одноразовых).
9. Влагалищное, влагалищно-абдоминальное, ректо-влагалищное, ректо-абдоминальное исследования.
10. Бактериоскопическое, бактериологическое исследования мазков из урогенитального тракта. Четыре степени чистоты влагалища.
11. Исследование мазков из урогенитального тракта методом ПЦР.
12. Тесты функциональной диагностики (измерение базальной температуры, исследования шеечной слизи: симптом «зрочка», натяжение шеечной слизи, симптом «папоротника»).
13. Кольпоцитология (кольпоцитологические типы или реакции). Цервикальное число. Цитологическое исследование- методика взятия соскоба с шейки матки с использованием цервекс-щеточки (CERVEX-BRASH).

Тесты:

1. Что включает в себя скрининг рака шейки матки?
 - а) общий анализ крови
 - б) биохимический анализ крови
 - в) мазок на онкоцитологию
 - г) биопсию шейки матки
 - д) гистероскопию

2. Что такое гистероскопия?
 - а) метод исследования органов брюшной полости
 - б) рентгенологическое исследование органов малого таза
 - в) метод исследования шейки матки
 - г) метод исследования полости матки
 - д) ничто из перечисленного

3. Для оценки проходимости маточных труб используют
 - а) бимануальное исследование
 - б) кольпоскопию
 - в) УЗИ
 - г) гистеросальпингографию
 - д) ректоабдоминальное исследование

4. Тест базальной температуры основан
 - а) на воздействии эстрогенов на гипоталамус
 - б) на влиянии простагландинов на гипоталамус
 - в) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
 - г) ни на чем из перечисленного
 - д) на всем перечисленном

5. К тестам функциональной диагностики относят все, кроме
- а) измерение базальной температуры
 - б) УЗИ
 - в) симптом зрачка
 - г) симптом растяжения цервикальной слизи
 - д) симптом папоротника
6. ПЦР - исследование проводят с целью:
- а) определения возбудителя инфекционного заболевания
 - б) выявления гормональных нарушений
 - в) скрининга рака шейки матки
 - г) ничего из перечисленного
7. Для диагностики подслизистой миомы матки при гистеросальпингографии
- лучше использовать контрастные вещества
- а) водорастворимые
 - б) жирорастворимые
 - в) и те, и другие
 - г) ни те, ни другие
8. Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить
- а) на 7-8-й день менструального цикла
 - б) на 1-5-й день менструального цикла
 - в) на 20-25-й день менструального цикла
 - г) на 26-28-й день менструального цикла
9. Противопоказаниями к лапароскопии в гинекологии

является все перечисленное, кроме

- а) острого воспалительного процесса в придатках
- б) выраженного спаечного процесса в брюшной полости
- в) нарушенной маточной беременности
- г) тяжелого общего состояния больной

10. Дексаметазоновая проба применяется для диагностики

- а) адреногенитального синдрома
- б) гиперплазии коркового вещества надпочечников
- в) синдрома Иценко - Кушинга
- г) правильно а) и б)
- д) всего перечисленного

11. Диагностическая ценность лапароскопии в гинекологии особенно высока

- при всех перечисленных состояниях, кроме
- а) ненарушенной внематочной беременности
- б) маточной беременности
- в) опухоли яичника
- г) миомы матки
- д) всего перечисленного

12. При проведении морфологического исследования

заподозрить рак шейки матки позволяют следующие данные

- а) полиморфизм клеток и их ядер
- б) гиперхроматоз ядер клеток
- в) нарушение слоистости эпителиального пласта
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленные

13. Показаниями к экскреторной урографии являются

- а) необходимость установления анатомо-функционального состояния почек и мочеточников
- б) подозрение на перфорацию матки во время аборта
- в) подозрение на рак шейки матки
- г) внутренний эндометриоз
- д) все перечисленные

14. Показанием для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии является

- а) опухоль яичника
- б) подозрение на внематочную беременность
- в) эндометриоз
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

15. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме

- а) дисфункциональных маточных кровотечений
- б) кровотечения в постменопаузе
- в) подозрения на внематочную беременность
- г) бесплодия

16. При кольпоскопии определяют

- а) рельеф поверхности слизистой оболочки влагалищной порции шейки матки
- б) границу плоского и цилиндрического эпителия шейки матки
- в) особенности сосудистого рисунка на шейке матки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

17. К тестам функциональной диагностики обычно относится

- 1) исследование шеечной слизи

- 2) измерение базальной температуры
- 3) кольпоцитология
- 4) биопсия эндометрия
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

18. Использование 3% уксусной кислоты при расширенной кольпоскопии позволяет

- 1) отличить патологический участок от неизменной слизистой оболочки шейки матки
- 2) дифференцировать доброкачественные изменения слизистой оболочки шейки матки от атипичных
- 3) отказаться от ненужной биопсии
- 4) диагностировать рак шейки матки
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

19. Показанием к ректороманоскопии в гинекологии, как правило, является

- 1) рак шейки матки
- 2) рак тела матки
- 3) эндометриоз
- 4) кишечное кровотечение неясного происхождения
- а) правильно 1, 2, 3

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

20. Показанием для гистеросальпингографии является

- 1) подозрение на трубное бесплодие
- 2) наличие внутриматочной патологии
- 3) подозрение на внутренний эндометриоз
- 4) подозрение на трубную беременность
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ситуационная задача № 1 На профилактический осмотр детского гинеколога обратилась пациентка 11 лет. Жалоб не предъявляет. ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов через естественные родовые пути. Росла и развивалась согласно возрасту, соматически здорова. Данные гинекологического исследования: наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту. Девственная плева кольцевидной формы, не нарушена. 12 РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. В мазке из заднего свода влагалища определяются лейкоциты 4–5 в поле зрения, флора кокковая.

Вопрос 1. Каким методом произведено исследование мазка?

Вопрос 2. Данный мазок соответствует:

- А. Дисбиозу влагалища.
- Б. Вагиниту неспецифическому.

В. ИППП.

Г. Переходный тип мазка.

Д. Возрастной норме

Вопрос 3. Чем обусловлена у данной пациентки кокковая микрофлора влагалища?

Ситуационная задача № 2 На прием гинеколога обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на периодический зуд, жжение в области наружных половых органов, обильные выделения, по поводу чего трижды за последние 6 месяцев получала лечение в виде местных противогрибковых препаратов с временным эффектом. ИЗ АНАМНЕЗА: не замужем, половой партнер постоянный. С целью контрацепции применяет регулон 12 месяцев. Менструальная функция не нарушена. Страдает частыми вирусными заболеваниями респираторного тракта, запорами. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 72 в 1 мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. 13 ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. При осмотре в зеркалах уретра не инфильтрирована, слизистая влагалища, шейки матки бледнорозового цвета, выделения обильные, серого цвета с неприятным запахом. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие. ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки лейкоциты 6–10 в поле зрения, микрофлора кокковая, обнаружены «ключевые» клетки.

Вопрос 1. Ваш диагноз?

Вопрос 2. Чем обусловлены повторные эпизоды заболевания?

Вопрос 3. Какое исследование позволяет более детально оценить биоценоз влагалища?

Тема 3. Пороки развития и неправильные положения женских половых органов.

Вопросы:

1. Пороки развития женских половых органов. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиническая картина, методы диагностики. Принципы лечения.

2. Тератогенные факторы воздействия в эмбриональный, фетальный и постнатальный периоды.

3. Роль, участие акушерки в проведении диагностических, лечебных процедур, в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде, профилактических мероприятий.

4. Неправильные положения женских половых органов.

5. Смещение половых органов по горизонтальной и вертикальной оси (генитальный пролапс). Классификация. Этиология.

6. Клиническая картина. Методы диагностики пролапса гениталий.

7. Показания к госпитализации. Принципы лечения (методы консервативного и хирургического лечения). Прогноз. Профилактика.

8. Роль, участие акушерки в проведении диагностических, лечебных процедур, в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде, профилактических мероприятий.

Тесты:

1). Важнейшая роль в формировании опущения и выпадения стенок влагалища и матки принадлежит травматическим повреждениям

1. слизистой влагалища
2. широких связок матки
3. крестцово-маточных связок
4. круглых маточных связок
5. мышц тазового дна

2). Выпадение матки

1. не встречается у нерожавших женщин
2. может быть связана с сидячим образом жизни

3. считается полным, если шейка матки выходит за пределы половой щели
 4. может осложняться развитием декубитальных язв
 5. является показанием к операции Эммета
- 3). Ретрофлексия матки
1. встречается при инфантилизме
 2. может быть следствием воспалительного процесса
 3. очень редко не имеет никаких симптомов
 4. считается одним из предрасполагающих факторов выпадения матки
 5. может быть причиной альгоменорреи
- 4). Полное выпадение матки характеризуется:
1. опущением передней стенки влагалища
 2. опущением задней стенки влагалища
 3. выпадением шейки матки за пределы половой щели
 4. выпадением шейки и тела матки за пределы половой щели
- 5). Консервативные методы лечения пролапса все перечисленные, кроме:
1. гинекологические pessaries
 2. упражнения Кегеля
 3. передняя и задняя кольпоррафия

Ситуационная задача № 1. В приемное отделение каретой скорой помощи доставлена пациентка 12 лет с жалобами на сильные боли внизу живота, возникшие около 6 часов назад. ИЗ АНАМНЕЗА: девочка от первой беременности, протекавшей с повторяющейся угрозой прерывания, кровянистыми выделениями; роды в срок через естественные родовые пути. Заболела около 4 месяцев назад, когда начали беспокоить периодические боли внизу живота, появляющиеся примерно 1 раз в 4–5 недель. Отмечает улучшение после приема таблетки ибуклина. ОБЪЕКТИВНО: вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: $Ma3Ax3P3Me0$. При пальпации живот мягкий, болезненный над лоном. **ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ**

ОРГАНОВ: сформированы правильно по женскому типу, девственная плева выбухает, синюшнобагрового цвета, отверстие в гимене не определяется. РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: в малом тазу пальпируется тугоэластичное образование 7×4 см, умеренно болезненное при смещении. В верхнем полюсе образования определяется матка. Придатки матки не пальпируются, их область безболезненная.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какой метод исследования является наиболее информативным для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?

Ситуационная задача № 2 Пациентка 42 лет поступила с жалобами на частое мочеиспускание, ноющие боли внизу живота, периодическое чувство дискомфорта в области наружных половых органов, появившиеся около года назад. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные по 5–6 дней через 26–27 дней. Родов — 3, последние закончились наложением акушерских щипцов. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: промежность рубцово изменена. При натуживании из половой щели появляется опухолевидное тело бледно-розового цвета, эластичной консистенции, шейка матки опускается к выходу из влагалища, не выходя за вульварное кольцо. При осмотре в зеркалах шейка матки длиной около 7 см, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, безболезненное, подвижное, области придатков без особенностей.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какое лечение назначить данной пациентке?

Вопрос 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациентке?

Ситуационная задача № 3 На прием к гинекологу обратилась пациентка 16 лет с жалобами на отсутствие менструаций. ИЗ

АНАМНЕЗА: росла и развивалась согласно возрасту. Соматический и наследственный анамнез не отягощены. Половой жизнью не живет. **ОБЪЕКТИВНО:** вес 55 кг, рост 160 см, вторичные половые признаки выражены. Половая формула: $Ma3Ax3P3Me0$. **ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:** наружные гениталии развиты правильно. Оволосение по женскому типу. При зондировании влагалища: слепо заканчивается на глубине 1,5 см за девственной плевой. **РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:** матка не пальпируется. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Тема 4. Нарушения менструальной функции. Нейроэндокринные синдромы

Вопросы:

1. Нарушение менструальной функции. Классификация.
2. Нейроэндокринные синдромы. Классификация.
3. Факторы, приводящие к расстройствам менструальной функции.
4. Гипоменструальный синдром и аменореи.
5. Гиперменструальный синдром и дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК).
6. Альгодисменорея.
7. Предменструальный синдром. Причины, предрасполагающие факторы, клиническая картина, методы диагностики. Принципы лечения. Профилактика.

Тесты:

- 1). Физиологическая аменорея возникает в следующих ситуациях, кроме:
 1. во время лактации
 2. во время беременности
 3. до менархе
 4. при синдроме Ашермана
- 2). Ложная аменорея развивается при:
 1. синдроме Шихана
 2. преждевременном истощении яичников
 3. атрезии девственной плевы
 4. синдроме резистентных яичников
- 3). Аменорея- это
 1. отсутствие менструации в течении 6 месяцев и более
 2. отсутствие менструации в течении 2 месяцев
 3. обильные менструации
 4. длительные менструации
- 4). Первичная аменорея характеризуется всем перечисленным, кроме:
 1. задержкой полового развития
 2. отсутствием менархе у девочек, достигших 16 летнего возраста
 3. прекращением менструации у ранее менструировавших женщин
 4. часто связана с генетическими аномалиями
- 5). Синдром Шихана развивается при:
 1. частых выскабливаниях полости матки

2. при преждевременном истощении яичников

3. при кровопотере после родов более 1 литра

4. ампутации матки с придатками

6). Аменорея может сопутствовать

1. похуданию

2. ожирению

3. шизофрении

4. синдрому Иценко-Кушинга

5. все перечисленное

7). Обследование по поводу аменореи включает

1. рентгенографию черепа

2. ЭЭГ

3. определение пролактина

4. исследование цветных полей зрения, оценку остроты зрения

5. все перечисленное

8). Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное

1. нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов

2. органической патологией половой сферы

3. дисфункцией половых желез

4. нарушением процессов гемокоагуляции

5. нарушением регуляции в системе гипоталамус-гипофиз

9). Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, развитие которого может быть обусловлено

1. возрастными изменениями организма
2. нервно-психическими факторами
3. профессиональными вредностями
4. аллергическими факторами
5. все перечисленное

10). Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде обусловлены

1. нарушенной внематочной беременностью
2. эндометриозом
3. синдромом поликистозных яичников
4. воспалительным процессом эндометрия
5. нарушением механизма регуляции менструального цикла

Задачи:

1. Больная 15 лет поступила в стационар с жалобами на кровотечение из половых путей, которое появилось после задержки на 3 мес очередной менструации и продолжается в течение 14 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст., гемоглобин периферической крови 90 г/л, гематокрит 30%, живот мягкий, безболезненный. Гинекологические исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих

сторон не увеличены, безболезненные; выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Каков диагноз? Каким будет план лечения?

2. В женскую консультацию обратилась пациентка 49 лет с жалобами на кровотечение из половых путей в течение 8 дней после задержки очередной менструации на 1,5 мес. При влагалищном исследовании: шейка матки без патологических изменений, матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные. Каков диагноз? Каким будет план лечения?

Тема 5. Воспалительные заболевания женских половых органов.

Вопросы:

1. Воспалительные заболевания нижнего отдела женских половых органов.
2. Воспалительные заболевания вульвы, влагалища, шейки матки. Эпидемиология. Этиология. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.
3. Воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов.
4. Воспалительные заболевания матки, придатков матки. Эпидемиология. Этиология. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.
5. Роль, участие акушерки в проведении диагностических, лечебных процедур, профилактических мероприятий.
6. Мэтроэндометрит. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения.

7. Сальпингит, оофорит, аднексит. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения.
8. Параметрит. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения.
9. Пельвиоперитонит. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения.
10. Хронические воспалительные процессы внутренних половых органов. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики хронического эндометрита, сальпингоофорита. Принципы лечения.

Тесты:

1). Воспаления женской половой сферы

1. в 60% случаев протекают в виде острого процесса
2. чаще вызываются моновозбудителями
3. имеют патогенетические связи со стероидной контрацепцией
4. имеют тенденцию к росту заболеваемости
5. не имеют отличий по частоте острых и хронических форм в различных возрастных группах

2). Распространению инфекции в женской половой сфере могут способствовать

1. сперматозоиды
2. трихомонады
3. внутриматочные вмешательства
4. внутриматочные контрацептивы

5. все перечисленные

3). Эндометрит - это

1. воспаление маточных труб и яичников

2. воспаление внутреннего слоя матки

3. воспаление шейки матки

4. воспаление брюшной полости

4). Для диагностики возбудителя инфекционного процесса используют все, кроме

1. УЗИ

2. ПЦР-анализ

3. фемофлор

4. бактериологическое исследование

5). Зуд вульвы

1. в детском возрасте чаще связан с воспалительными заболеваниями половой сферы

2. в репродуктивном возрасте чаще связан с дисфункцией яичников

3. может быть симптомом крауроза

4. может возникнуть при диабете, лейкемии, лимфогрануломатозе

5. в климактерическом периоде чаще идиопатического характера

6). Вульвит

1. в детском возрасте чаще первичный

2. в репродуктивном возрасте чаще гонорейной этиологии

3. нередко является показанием к углубленному обследованию больной

4. может быть причиной формирования широких кондилом
5. распространенное заболевание из-за близкого анатомического расположения уретры и прямой кишки
- 7). Возбудителем вульвовагинального кандидоза является:
 1. гонококк
 2. хламидия
 3. грибки рода кандида
 4. трихомонада
- 8). Признаками бактериального вагиноза являются все перечисленные, кроме
 1. щелочная среда во влагалище
 2. кислая среда во влагалище
 3. выделения с запахом тухлой рыбы
 4. ключевые клетки в мазке
- 9). Кольпит
 1. может быть одним из проявлений гипофункции яичников
 2. трихомонадной этиологии обычно не имеет характерных клинических признаков
 3. трихомонадной этиологии успешно лечится антибиотиками и сульфаниламидными препаратами
 4. кандидозной этиологии требует лечения полового партнера
 5. в большинстве случаев протекает остро
- 10). Хламидийная инфекция

1. может быть причиной бесплодия
2. диагностируется при бактериоскопии мазков из заднего свода влагалища
3. диагностируется по характерным признакам на гистеросальпингограммах
4. может поражать слизистую цервикального канала
5. является показанием к применению антибиотиков группы тетрациклина

Задача № 1. Женщина 28 лет госпитализирована в гинекологическое отделение по поводу неразвивающейся беременности малого срока. В анамнезе 3 медицинских аборта. Было произведено выскабливание матки под контролем гистероскопии. Каков диагноз? Какова тактика?

Задача № 2 Пациентка 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5 °С. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, 10-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 10 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 7 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5 °С. К врачу не обращалась, принимала баралгетас, кетарол без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала карету скорой медицинской помощи. ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, пульс 120 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. ИССЛЕДОВАНИЕ

В ЗЕРКАЛАХ: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК, выделения обильные гноевидные. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 10×15×15 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удастся; задний свод влагалища нависает, резко болезненный. Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?

Вопрос 3. Каковы основные направления этиотропной и патогенетической терапии в послеоперационном периоде?

Тема 6. Мочеполовые инфекционные заболевания.

Вопросы:

1. Инфекции, передаваемые половым путем бактериальной этиологии. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Критерии излеченности. Прогноз. Профилактика.

2. Инфекции, передаваемые половым путем вирусной этиологии. Эпидемиология.

3. Сифилис. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

4. Генитальный герпес. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

5. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

6. Папилломавирусная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

7. ВИЧ-инфекция и СПИД. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

8. Гардасил (четырёхвалентная вакцина против ВПЧ и цервикального рака). Показания к вакцинации. Методика вакцинации. Побочные действия. Общие реакции.

9. Гонорея. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиническая картина гонореи верхнего и нижнего отдела мочеполовой системы. Методы диагностики. Скрининг.

10. Методы провокации (химический, биологический, термический, физиологический, алиментарный).

11. Урогенитальный трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз (уреаплазмоз) Эпидемиология. Этиология. Механизм передачи инфекции. Классификация. Клиническая картина урогенитального трихомониаза, хламидиоза, микоплазмоза (уреаплазмоза). Методы диагностики. Скрининг. Принципы лечения. Критерии излеченности. Профилактика.

Тесты:

1). В настоящее время характерной особенностью гонореи у женщин является

1. рост субъективно асимптомных форм

2. редкость симбиоза возбудителя с простейшими, вирусами, спирохетами

3. разнообразие типов возбудителя, среди которых пиллированные формы наиболее вирулентны

4. внутриэпителиальное вегетирование возбудителя

5. возможность развития тяжелого клинического течения при поражении уретры и цервикального канала

2). С целью выявления гонореи используют

1. внутримышечное введение 500000 микр.тел гоновакцины

2. обработку уретры и цервикального канала раствором Люголя
3. внутримышечное введение продигозана

4. взятие мазков для исследования сразу после месячных

5. взятие мазков для исследования после родов

3). С целью выявления гонореи используют

1. внутримышечное введение возрастающих доз гоновакцины

2. комбинированные провокации

3. обработку цервикального канала 30% раствором азотнокислого серебра

4. внутримышечное введение гоновакцины и пирогенала

5. обследование всех женщин, направляемых на аборт

4). С целью выявления гонореи используют

1. внутримышечное введение 500000 ЕД гоновакцины

2. обработку уретры и цервикального канала 1% и 5% растворами азотнокислого серебра соответственно

3. взятие мазков после применения диатермии

4. забор материала для исследования перед месячными

5. кольпоскопию

5). Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться

1. из уретры, цервикального канала и прямой кишки ватным тупфером

2. из заднего свода влагалища

3. не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии

4. на 2-3 день месячных

5. у всех беременных женщин

6). Забор материала для исследования на гонококки должен осуществляться

1. из уретры, цервикального канала и прямой кишки специальным инструментом

2. не менее чем через 5-7 дней после окончания курса антибактериальной терапии
 3. во время месячных
 4. до применения антибиотиков
 5. все перечисленное
- 7). Диагноз гонореи может быть поставлен
1. при положительной реакции Борде-Жангу
 2. при обнаружении двухстороннего воспаления маточных труб
 3. в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала
 4. в случаях обнаружения гоноккоков
 5. в случаях повышения температуры тела до 38 градусов в ответ на введение гоновакцины
- 8). Гонорея у женщин
1. характеризуется развитием клинических симптомов через 2-3 суток после заражения
 2. характеризуется наличием обильных пенистых белей
 3. может быть причиной атрезии цервикального канала
 4. может быть причиной бартолинита
 5. обычно осложняется развитием параметрита
- 9). Особенностью гонореи у женщин является
1. высокая частота поражения влагалища
 2. наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала
 3. связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом
 4. высокая частота поражения параметрия
 5. двухстороннее поражение маточных труб
- 10). Особенностью течения гонореи у женщин является
1. наличие ярко выраженных клинических симптомов при поражении уретры и цервикального канала

2. наличие пенистых выделений
3. двухстороннее поражение придатков матки
4. отсутствие связи между определенными этапами развития заболевания и месячными, родами, абортами
5. частое развитие параметрита

Задача

1. Женщина 36 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на выраженные боли внизу живота, больше слева, повышение температуры до 37,8 °С. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта, без осложнений. Осмотр при помощи зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щеле-видный, бимануальное исследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки справа не определяются, область их безболезненна, слева - пальпируются болезненные, несколько увеличенные в размерах, ограничено подвижные; своды глубокие, выделения из половых путей слизистые. Каков предварительный диагноз? Какова тактика?

Тема 7. Аборт. Реабилитация после аборта. Профилактика.

Вопросы:

1. Аборт. Реабилитация после аборта. Профилактика.
2. Аборт. Классификация.
3. Самопроизвольные аборты. Классификация. Клиническая картина, диагностика, принципы лечения, прогноз по стадиям самопроизвольного аборта.
4. Искусственное прерывание беременности. Медицинские, социальные показания.

5. Методы искусственного прерывания беременности. Осложнения. Реабилитация после аборта.
6. Медикаментозный аборт.
7. Вакуумная аспирация.
8. Обследование пациентов перед абортом.
9. Подготовка медицинского инструментария, материала, медикаментов.
10. Обезболивание.
11. Роль акушерки в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.
12. Реабилитация после аборта. Профилактика.

Тесты:

1). Аборт-

1. это прерывание беременности в сроке до 29 недель
2. называется поздним, начиная с 18 недель
3. в поздних сроках может быть осуществлен путем экстрааминимального введения гипертонического раствора
4. может быть причиной невынашивания, бесплодия
5. абсолютно противопоказан при высоком риске сенсibilизации по резус-фактору

2). Мини-аборт

1. может быть выполнен в амбулаторных условиях
2. производится при задержке менструации до 30 дней
3. выполняется после расширения цервикального канала до 8 номера расширителей Гегара
4. производится с помощью кюретки N2
5. не имеет осложнений

3). Поздний аборт может быть выполнен

1. по желанию женщины старше 30 лет
2. по социальным показаниям

3. без согласия женщины при хромосомной патологии у плода
 4. женщине, имевшей контакт по краснухе в I триместре беременности
 5. по поводу полного предлежания плаценты, обнаруженного при УЗИ
- 4). Врач может отказать в производстве искусственного аборта при выявлении
1. эрозии шейки матки
 2. миомы матки
 3. носительства вируса иммунодефицита
 4. гонококков в мазках из цервикального канала
 5. хронической инфекции любой локализации
- 5). Выскабливание полости матки
1. является единственным способом искусственного аборта
 2. не требует общего обезболивания
 3. может быть начато только после влагалищного исследования, выполненного оператором
 4. может быть выполнено без использования абортцанга
 5. должно заканчиваться обработкой полости матки антисептиком
- 6) Медикаментозный аборт выполняется на сроке:
1. До 12 нед
 2. До 60 дней аменореи
 3. До 42 дней аменореи
- 7) Криминальным абортом называется аборт, который выполнен:
1. На сроке больше 12 нед
 2. Нестерильными инструментами
 3. Вне лечебного учреждения
- 8) При выполнении медикаментозного аборта не используются:
1. Простагландины
 2. Гестагены
 3. Антипрогестины
- 9) При выполнении вакуум аспирации не используется:

- 1.Маточный зонд
- 2.Кюретка
- 3.Пулевые щипцы
- 4.Подъемник

10)При выполнении хирургического кюретажа не используется:

- 1.Расширители Гегара
- 2.Кюретка
- 3.Абортцанг
- 4.Ложкообразное зеркало
- 5.Ранорасширитель

Задача №1. Больная А., 27 лет, экономист, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей мажущего характера. Из анамнеза выявлено, что кровянистые выделения появились утром и сразу же обратилась к врачу. Считает себя беременной, сроком 6 недель. Половой жизнью живет в течение 5 лет. От брака имела 2 беременности, которые закончились самопроизвольным выкидышем в сроки 8 и 12 недель беременности. Менструация с 16 лет, установились через 3 года после гормонального лечения. Последняя менструация 2 месяца назад. Кожи и слизистая бледно-розового цвета, органы грудной клетки без отклонений от нормы. Пульс 80 ударов в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД 120/80, температура 36,8°C. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический статус: наружные половые органы несколько гипопластичны. Малые половые губы не прикрыты большими. Слизистая вульвы и влагалища цианотичная. Влагалище узкое, шейка матки конической формы, зев замкнут. Матка соответствует 6-ти недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки без пальпаторных изменений. Выделения коричневого цвета, мажущего характера.

Диагноз. Тактика лечения.

Тема 8. Бесплодный брак

Вопросы:

1. Бесплодный брак. Классификация. Формы. Причины.

2. Этапы обследования при бесплодии.
3. Лечение (методы консервативного, хирургического, альтернативного лечения).
4. Женское бесплодие. Первичное, вторичное бесплодие.
5. Мужское бесплодие. Формы мужского бесплодия.
6. Методы диагностики. Клиническое обследование. Лабораторно-инструментальные исследования.
7. Нормальные показатели спермограммы.
8. Методы консервативного, хирургического и альтернативного лечения (искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ), искусственная инсеминация спермой донора (ИИСД) и ИКСИ (оплодотворение яйцеклетки, введенной с помощью микроинъекции)).

Тесты:

- 1). Вторичным бесплодием называют
 1. бесплодие длительностью в два года
 2. бесплодие у женщин, имевших в анамнезе беременность
 3. бесплодие, обусловленное эндокринной патологией
 4. бесплодие, обусловленное воспалительным генезом
 5. бесплодие, обусловленное заболеванием мужа
- 2). К бесплодию, обусловленному наличием механического препятствия для сперматозоидов, относят
 1. трубное бесплодие
 2. аплазию матки
 3. атрезию внутреннего зева
 4. атрезию влагалища
 5. отсутствие гонад
- 3). Диагноз абсолютного женского бесплодия может быть поставлен
 1. при отсутствии маточных труб
 2. при отсутствии матки

3. при отсутствии яичников
4. при синдроме Штейна-Левенталя
5. при ановуляторных циклах
- 4). С целью диагностики трубного бесплодия используют
 1. посткоитальную пробу
 2. кольпоскопию
 3. гистеросальпингографию
 4. лапароскопию
 5. хромогидротубацию
- 5). Для диагностики иммунологического бесплодия используют пробы
 1. Курцрока-Миллера
 2. Шуварского-Хунера
 3. Рюммера
 4. Кота
 5. Лиддля
- 6). Для исключения цервикального фактора бесплодия используют
 1. пробу Шуварского-Хунера
 2. гистеросальпингографию
 3. пробу Курцрока-Миллера
 4. исследование полового хроматина
 5. хромосомный анализ
- 7). Курс гидротурбаций показан
 1. при затрудненной проходимости маточных труб
 2. при непроходимости труб в ампулярных отделах
 3. при выраженном спаечном процессе в малом тазу
 4. при обилии перитубарных спаек
- 8). Экстракорпоральное оплодотворение показано
 1. при ановуляторных циклах
 2. при отсутствии маточных труб

3. при безуспешной коррекции трубного бесплодия
 4. при частых обострениях воспалительного процесса
 5. при постоянно высоком титре антиспермальных антител в слизи
- 9). Искусственная инсеминация спермой донора применяется
1. при синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера
 2. у женщин с ановуляторным циклом
 3. у женщин с синдромом Ашермана
 4. при наличии иммунологического бесплодия
 5. при трубном бесплодии
- 10). Бесплодие - это отсутствие беременности при регулярной половой жизни у женщин до 35 лет:
1. В течение 12 мес
 2. В течение 6 мес
 3. В течение 2 лет

Задачи

1. Больная Н., 29 лет, обратилась к гинекологу по поводу отсутствия беременности в течение 2 лет регулярной половой жизни без контрацепции. Менструации с 13 лет, регулярные, через 26 дней, по 4 дня, скудные, безболезненные. В анамнезе 2 искусственных аборта, которые протекали без осложнений. Осмотр при помощи зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, бимануальное исследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки слева и справа не определяются, область их безболезненна, выделения из половых путей слизистые. Каков предположительный диагноз?

2. Больной 27 лет произведена ГСГ по поводу первичного бесплодия. На рентгенограмме: полость матки Т-образной формы, маточные трубы укорочены, ригидные, с расширениями дистальных отделов в виде луковички; четкообразное изменение труб, выхода контрастного вещества в брюшную полость не наблюдается. Для какого

заболевания наиболее характерны подобные изменения? Какой будет тактика?

3. В результате обследования бесплодной супружеской пары у мужа выявлена олигоспермия с сохраненной нормальной подвижностью сперматозоидов и при отсутствии их морфологических изменений, у жены - высокий уровень антиспермальных антител. Какой метод преодоления бесплодия целесообразно использовать у этой пары?

Тема 9. Онкогинекология

Вопросы:

1. Фоновые, предраковые и доброкачественные заболевания женских половых органов. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения.
2. Злокачественные новообразования женских половых органов. Эпидемиология. Выявление групп риска. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Метастазирования.
3. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения злокачественных образований. Прогноз. Профилактика (первичная, вторичная).
4. Миома матки. Эпидемиология. Клинико-патогенитические варианты развития миомы матки. Классификации по локализации, форме роста. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения (консервативная, оперативная терапия).
5. Показания к хирургическому лечению миомы матки. Современные методы лечения – эмболизация маточных артерий.

6. Эндометриоз. Классификация. Причины. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения. Показания к консервативной, оперативной терапии. Прогноз.
7. Роль, участие акушерки в проведении диагностических, лечебных процедур, в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде, профилактических мероприятиях.

Тесты:

1. Миома матки -это:
 1. Аномалия развития матки
 2. Это злокачественная опухоль миометрия
 3. Это доброкачественная опухоль матки из гладкомышечных клеток и соединительнотканых компонентов
2. В полость матки растёт:
 1. Субсерозная миома
 2. Интралигаментарная миома
 3. Субмукозная миома
 4. Межмышечная миома
3. Миоматозные узлы называют большими при размерах:
 1. Более 12 см
 2. Более 4-5 см
 3. Более 1 см
4. При субмукозной миоме не наблюдается:
 1. Меноррагия

2. Межменструальные кровотечения
3. Гиперполименорея
4. Аменорея
5. К осложнениям при субсерозной локализации узла не относится:
 1. Развитие гидроуретера, гидронефроза
 2. Некроз узла
 3. Перекрут ножки узла
 4. Метроррагия
6. Достоверный Признак быстрого роста узла:
 1. Болевой синдром
 2. Меноррагия
 3. Увеличение узла на 4 недели за 1 год
7. В комплекс обследования при миоме маткм могут входить все методы, кроме:
 1. УЗИ органов малого таза
 2. Гистероскопия
 3. МРТ малого таза
 4. МРТ гипофиза
 5. Лапароскопия
8. К основным симптомам миомы матки относятся все, кроме:
 1. Боли внизу живота и в пояснице
 2. Нарушения менструального цикла
 3. Нарушение мочеиспускания

4. Гнойные выделения из цервикального канала
 5. Запоры
9. При какой локализации узла показано оперативное лечение независимо от размера:
1. Субсерозная
 2. Интралигаментарная
 3. Межмышечная
 4. Субмукозная
10. Различают следующие методы хирургического лечения миомы матки, кроме:
1. Гистерэктомия
 2. Гистероскопическая миомэктомия (гистерорезектоскопия)
 3. Консервативная миомэктомия
 4. Тубэктомия
11. Это состояние не является показанием для оперативного лечения миомы матки:
1. Быстрый рост узла
 2. Размеры матки более 12 недель
 3. Подслизистая миома матки
 4. Перекрут ножки узла
 5. Некроз миоматозного узла
 6. Железодефицитная анемия 1 степени
12. Причиной бесплодия могут быть следующие формы миомы, кроме:

1. Субмукозная миома
2. Подбрюшинная миома
3. Шеечная миома

13. Препараты, уменьшающие размеры миоматозного узла используются:

1. В течение 8 мес
2. В течение 12 мес
3. 3-6 мес
4. До наступления менопаузы

14. К симптоматическому лечению миомы матки не относится:

1. Гемостатики
2. Обезболивающие (НПВС)
3. Гормональные препараты (гестагены)
4. Препараты железа
5. диуретики

15. К органосохраняющей операции не относится:

1. Консервативная миомэктомия
2. Гистерорезектоскопия
3. Гистерэктомия

16. Эмболизация маточных артерий заключается:

1. В удалении сосудов, питающих миоматозный узел
2. В закупорке сосудов, питающих узел
3. В временном блоке всех маточных артерий

17. При бимануальном исследовании при наличии множественной миомы матки определяется:

1. Мягкая подвижная матка увеличенных размеров
2. Плотная матка, расширенный цервикальный канал
3. Плотная, увеличенная, бугристая матка, малоподвижна

18. Основные факторы развития миомы матки - все перечисленные, кроме:

1. Возраст старше 30 лет
2. Наследственный фактор
3. Аборты и внутриматочные вмешательства в анамнезе
4. Трубное бесплодие

19. Согласно современным гипотезам ведущее место в генезе опухолей яичника отводится

1. нарушениям гормонального баланса в системе "гипофиз-яичник"
2. частым беременностям
3. гормональной контрацепции
4. внутриматочной контрацепции
5. вирусной инвазии

20. С современных позиций ведущее место среди возможных причин опухолей яичника занимают

1. нейроэндокринные нарушения
2. вирусные поражения
3. наследственные факторы
4. частые беременности

5. воспалительные заболевания придатков

Задачи

1. Больная 42 лет доставлена бригадой скорой помощи, госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей. Четыре года назад была впервые диагностирована лейомиома матки малых размеров. При осмотре шейки матки в зеркалах: в канале шейки матки виден миома-тозный узел диаметром 2 см. При влагалищном исследовании: матка плотная, увеличена до 4-5 нед беременности, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Область их безболезненна. Выделения кровяные, умеренные. Диагноз? Что делать?

2. Больная 38 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные локальные боли внизу живота, продолжающиеся около 4 дней, повышение температуры до 37,7 °С. Больная находилась на диспансерном учете в женской консультации по поводу лейомиомы матки в течение последних 6 лет. При влагалищном исследовании обнаружено: матка в *anteflexio*, увеличена до 7-й недели беременности за счет субсерозного мио-матозного узла в области дна матки диаметром 5-6 см. Узел мягковатой консистенции, резко болезненный при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые. Своды глубокие, безболезненные. Диагноз? Каким будет лечение?

3. Больная 45 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и кровянистые выделения из него во время и после менструации. Кроме того, больную беспокоили боли внизу живота, особенно слева, усиливающиеся при менструации. При объективном исследовании в толще послеоперационного рубца прощупываются плотные, болезненные узелки. Рубец и кожа над ним

синюшного цвета. При влагалищном исследовании обнаружено: матка в *anteflexio-anteversio* нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки справа не определяются. Слева и сзади от матки пальпируется болезненное образование размером 6×7×7 см, ограниченно подвижное, тугоэластической консистенции, гладкой поверхности. Выделения из половых путей слизистые, умеренные. Каков диагноз? Какой будет тактика?

4. Больная 33 лет обратилась к врачу женской консультации за 2 дня до начала менструации с жалобами на мажущие кровянистые выделения до и после менструации, обильные кровяные выделения и боли во время менструации. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки чистая, цилиндрической формы. Матка шаровидной формы, крупнее нормы, безболезненная. Придатки не определяются, область их безболезненная. Каков предварительный диагноз? Какой будет тактика?

5. Больная, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. В течение 4 лет периодически проходила лечение у врача в женской консультации по поводу эктопии шейки матки. Применялись влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. При осмотре с помощью зеркал: на шейке матки видны разрастания в виде «цветной капусты». При бимануальном исследовании определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована, кровотечение после осмотра. Каков диагноз?

Самостоятельная работа:

1. Составление тематических тестовых заданий с эталонами ответов.
2. Заполнение таблиц по темам: «Фоновые, предраковые и доброкачественные

заболевания женских половых органов», «Злокачественные новообразования женских половых органов».

3. Составление глоссария по темам: «Фоновые заболевания шейки матки», «Предраковые состояния шейки матки», «Доброкачественные заболевания шейки матки».

4. Составление тематических профессиональных задач с эталонами ответов.

5. Составление мультимедийных презентаций по темам:

«Фоновые, предраковые заболевания шейки матки», «Миома матки», «Фоновые

заболевания шейки матки», «Предраковые состояния шейки матки», «Доброкачественные и злокачественные заболевания яичников».

Тема 10. Патология молочных желез.

Вопросы:

1. Галакторея. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Методы диагностики Принципы лечения.
2. Фиброзно-кистозная мастопатия. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Методы диагностики Принципы лечения.
3. Рак молочной железы. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Методы диагностики Принципы лечения (немедикаментозные, медикаментозные, хирургические).
4. Скрининг рака молочной железы.
5. Роль, участие акушерки в проведении диагностических, лечебных процедур, в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде, профилактических мероприятий.

Тесты:

- 1) Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:
1. инверсия соска;

2. ателия;
3. амастия;
4. полителия и полимастия;
5. дистопия млечных ходов.

2) Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?

1. внутрипротоковая папиллома;
2. болезнь Педжета;
3. узловатая мастопатия;
4. киста;
5. фиброаденома.

3) Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?

1. умбиликация;
2. лимонная корка;
3. втяжение соска;
4. гиперпигментация соска и ареолы;
5. изъязвление.

4) Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего?

1. овариоэктомия;
2. химиотерапия;
3. гормонотерапия;
4. лучевая терапия;
5. пангистрэктомия.

5) У больной 43 лет диагностирован рак молочной железы 2б стадии. Тактика?

1. радикальная мастэктомия с пред- и послеоперационной лучевой терапией;
2. облучение молочной железы и зон регионарного метастазирования (3500-4500 рад);

3. радикальная мастэктомия, двусторонняя овариэктомия, облучение зон, гормонотерапия;
4. радикальная мастэктомия, длительная гормонотерапия;
5. лучевая терапия, гормонотерапия.
6. У больной с подозрением на фиброаденому молочной железы при

Задачи:

Задача 1. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска - выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить?

Задача 2. Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. При осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. Справа пальпируются увеличенные, плотные подмышечные лимфоузлы. Со стороны внутренних половых органов патологии не обнаружено. Диагноз?

Задача 3. При осмотре больной 50 лет в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями. Язва имеет подрытые края, серовато-гнойное не свертывающееся в корки отделяемое. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз?

Задача 4. Больная 60 лет жалуется на кровянистые выделения из соска, незначительную болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?

Задача 5. Больная 35 лет жалуется на покраснение соска и его утолщение. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. При sluщивании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен, плотный на ощупь. Диагноз?

Задача 6. Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная, с четкими

границами опухоль диаметром до 6 см, которая легко смещается в тканях, не связана с кожей и соском. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз?

Задача 7. У больной в верхненаружном квадранте молочной железы определяется одиночный безболезненный узел диаметром 5 см плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз?

Задача 8. У больной 28 лет в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски правильной формы, выделений нет. Лимфатические узлы - не увеличены. Диагноз?

Задача 9. Больная 22 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 39°C, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно - боль, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?

Тема 11. Климактерический период.

Вопросы:

1. Климактерический период.
2. Фазы климактерического периода. Органы мишени (репродуктивные, нерепродуктивные).
3. Климактерический синдром. Формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
4. Принципы лечения климактерического синдрома (ЗГТ, фитотерапия, терапия гомеопатическими препаратами). Прогноз.
5. Профилактика климактерического синдрома (первичная, вторичная).
6. Роль, участие акушерки в проведении диагностических, лечебных процедур и профилактических мероприятий.

Тесты:

- 1). Согласно классификации ВОЗ (1980), пременопаузой называют период
 1. от окончания репродуктивного возраста до наступления менопаузы
 2. отрезок времени после последней менструации
 3. последнюю менструацию

4. период нарушения менструальной функции до последней менструации
5. период перед менархе
- 2). Согласно классификации ВОЗ (1980), менопаузой называют
 1. период стабильной менструальной функции
 2. последнюю менструацию
 3. отрезок времени после последней менструации
 4. отрезок времени после окончания репродуктивного возраста
 5. период наступления первой менструации
- 3). Согласно классификации ВОЗ (1980), постменопаузой называют
 1. последнюю менструацию
 2. период от начала нарушений менструаций до последней менструации
 3. период стабильной менструальной функции
 4. период появления первой менструации
 5. отрезок времени после последней менструации
- 4). В настоящее время нормальным для наступления менопаузы считается возраст
 1. 45 лет
 2. 50 лет
 3. 40 лет
 4. 55 лет
 5. 43 года
- 5). Дифференциальную диагностику климактерического синдрома следует проводить между
 1. миокардиодистрофией
 2. диэнцефальным синдромом
 3. гипертонической болезнью
 4. опухолью мозга
 5. все перечисленное
- 6). Для климактерического синдрома характерно
 1. прекращение циклического выброса гонадотропного релизинг-гормона

2. снижение порога чувствительности к половым гормонам в гипоталамусе

3. нарастание титра гонадотропинов

4. снижение лабильности нервных процессов

5. все перечисленное

7). Для климактерического синдрома характерны жалобы

1. на боли в сердце

2. на приливы

3. все перечисленное

4. на нарушения сна

5. на сердцебиения

8). К вегетативно-нервным проявлениям климактерического синдрома относят

1. раздражительность

2. потливость

3. нарушения сна

4. снижение памяти

5. приливы

9). К астеноневротическим проявлениям климактерического синдрома относят

1. плаксивость

2. раздражительность

3. тревогу

4. приливы

5. жар

10). К психоэмоциональным проявлениям климактерического периода относят

1. приливы

2. сердечные кардиопатии

3. нарушения сна

4. раздражительность

5. головокружение

11). Степень тяжести климактерического синдрома определяется

1. по степени нарушения памяти

2. по количеству приливов

3. по наличию бессонницы

4. по степени трудоспособности

5. по характеру нарушения менструального цикла

12). 1-й этап лечения климактерического синдрома включает

1. правильный режим дня и питания

2. гидротерапию

3. бальнеотерапию

4. создание эмоционального покоя

5. все перечисленное

Задачи:

1. К врачу-терапевту обратилась женщина 48 лет с жалобами на приливы жара, выраженную ночную потливость, бессонницу, перепады настроения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе. Последняя менструация была 7 мес назад. Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

2. К врачу-урологу обратилась женщина 68 лет с жалобами на учащенное мочеиспускание, преимущественно ночью, стресс-недержание мочи. Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. К врачу-терапевту обратилась женщина 39 лет с жалобами на приливы жара, выраженную ночную потливость, бессонницу, перепады настроения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе, боли в спине и пояснице, отсутствие либидо. Перенесла тотальную гистерэктомию по поводу быстро растущей миомы матки в сочетании с аденомиозом 2 года назад. Каков предварительный диагноз? Какова тактика ведения?

Самостоятельная работа:

1. Составление тематических тестовых заданий с эталонами ответов.

2. Подготовка реферата по теме: «Климактерический период».
3. Составление тематических кроссвордов.

Тема 12. Неотложные состояния в гинекологии.

Вопросы:

1. Неотложные состояния в гинекологии.
2. Нарушенная внематочная беременность.
3. Апоплексия яичника. Разрыв капсулы опухоли.
4. Перекрут ножки опухоли яичника.
5. Нарушения питания узла миомы матки.
6. Рождающийся субмукозный узел миомы матки.
7. Травмы женских половых органов. Причины возникновения. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Неотложная доврачебная помощь. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.
8. Роль, участие акушерки в проведении диагностических исследований, помощи пациенту в периоперативном периоде, профилактических мероприятий.

Тесты:

- 1). К часто встречающимся формам внематочной беременности относится
 1. трубная беременность
 2. яичниковая беременность
 3. брюшная беременность
 4. межсвязочная беременность
 5. беременность в рудиментарном роге
- 2). Диагноз Подозрение на внематочную беременность является показанием
 1. для диспансерного наблюдения за больной
 2. для срочной госпитализации
 3. для диагностической лапаротомии
 4. для определения хорионического гонадотропина в моче
 5. для ультразвукового исследования

3). Среди различных форм внематочной беременности трубная беременность составляет

1. около 28%
2. около 48%
3. около 68%
4. около 88%
5. около 98%

4). Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована с помощью

1. бимануального исследования
2. ультразвукового исследования
3. выскабливания полости матки
4. пункции заднего свода
5. серологической реакции на беременность

5). В дифференциальной диагностике трубной беременности

1. данные анамнеза обычно не имеют существенного значения
2. обнаружение при гистологическом исследовании эндометрия феномена Ариас-Стеллы является бесспорным доказательством
3. положительная серологическая реакция на беременность является достоверным признаком
4. ведущая роль принадлежит лапароскопии и ультразвуковому исследованию
5. при любых условиях пункция заднего свода имеет решающее значение

6). Трубная беременность

1. не имеет специфических объективных признаков и не диагностируется до начала ее прерывания
2. через трубный аборт обычно разрешается самопроизвольным излечением
3. никогда не встречается в сочетании с беременностью другой локализации
4. в истмическом отделе чаще прерывается по типу разрыва труб

5. может иметь этиологические связи с искусственным абортom

7). Трубная беременность

1. может возникать в результате врожденных аномалий развития маточных труб

2. этиологически может быть связана с методом контрацепции

3. обычно прерывается при сроке беременности 4-8 недель

4. может сочетаться с маточной беременностью

5. все перечисленное

8). Трубная беременность

1. обычно нарушается вследствие механического перерастяжения стенки трубы

2. не сопровождается превращением эндометрия в децидуальную оболочку

3. не имеет каких-либо особенностей в своем течении, зависящих от места nidации плодного яйца

4. может быть следствием необычной миграции яйцеклетки

5. редко наблюдается при инфантилизме

9). Трубная беременность

1. может быть вторичной

2. может возникать вследствие аномалий развития трубы

3. чаще встречается в интерстициальном отделе

4. обычно прерывается при сроке беременности 12-14 недель

5. диагностируется только при появлении симптомов, связанных с ее прерыванием

10). Диагноз Нарушенная трубная беременность является показанием

1. для экстренной лапаротомии

2. для лапароскопии

3. для ультразвукового исследования

4. для постановки специальных исследований

5. для пункции заднего свода

11). Прерывание трубной беременности

1. может сопровождаться выделением из матки ткани характерной формы
2. всегда сопровождается большой кровопотерей
3. может развиваться постепенно и длительно
4. является показанием к удалению придатков матки
5. может быть подтверждено пункцией заднего свода

12). Трубный аборт

1. обычно характеризуется стремительным развитием
2. может сопровождаться характерными выделениями
3. обычно не требует использования специальных диагностических методов
4. достоверно диагностируется с помощью реакции Ашгейма-Цондека
5. сопровождается кровотечением из трубы в полость матки

13). Трубный аборт

1. чаще встречается при интерстициальной локализации плодного яйца
2. обычно не представляет сложностей в дифференциальной диагностике
3. может завершиться изгнанием плодного яйца в полость матки
4. нередко сопровождается характерным маточным кровотечением
5. может быть заподозрен при гистологическом исследовании эндометрия

14). Среди способов лечения трубной беременности

1. удаление придатков матки является операцией выбора
2. известно применение внутримышечных инъекций 2.5% раствора прогестерона
3. описано применение цитостатиков
4. использование консервативно-пластических операций ограничено рядом условий
5. известна лапароскопическая методика

15). Условием для консервативно-пластической операции при трубной беременности является

1. возраст больной не старше 35 лет
 2. удовлетворительное состояние больной
 3. незначительная кровопотеря
 4. поражение единственной маточной трубы
 5. срок беременности до 12 недель
- 16). Консервативно-пластические операции при трубной беременности
1. производятся только в случаях прогрессирующей беременности
 2. могут быть выполнены в 2 этапа
 3. могут быть выполнены в виде стоматоластики
 4. могут быть выполнены в виде резекции трубы
 5. не требуют специального технического обеспечения
- 17). Разрыв трубы
1. обычно характеризуется постепенным медленным нарастанием клиники
 2. часто может быть диагностирован без использования дополнительных диагностических методов
 3. чаще возникает при локализации плодного яйца в ампулярном отделе
 4. проявляется тотальным напряжением мышц передней брюшной стенки
 5. является показанием к операции сальпингостомии
- 18). Шеечная беременность
1. сопровождается деструкцией мышечной стенки шейки матки
 2. обычно сопровождается характерными изменениями влагалищной части шейки матки
 3. все перечисленное
 4. может быть диагностирована при УЗ-исследовании
 5. является показанием к экстирпации матки
- 19). Шеечная беременность
1. является наиболее частым вариантом эктопической беременности
 2. прерывается из-за отслойки слизистой цервикального канала

3. обычно прерывается при сроке 7-8 недель
4. диагностируется при осмотре шейки в зеркалах
5. является показанием к надвлагалищной ампутации матки

20). Шеечная беременность

1. обычно прерывается при сроке 4-5 недель
2. при прерывании обычно сопровождается внутренним кровотечением
3. диагностируется только в ходе выскабливания полости матки
4. может быть диагностирована по расположению наружного зева цервикального канала
5. в большинстве случаев лечится с помощью вакуум-аспирации плодного яйца

Ситуационная задача 1. Пациентка 25 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели, тошноту и однократную рвоту. Менструальная функция не нарушена, задержки менструации не отмечает. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 3 месяца назад при УЗИ.

ОБЪЕКТИВНО: живот умеренно вздут, резко болезненный в правой подвздошной области, симптом Щеткина—Блюмберга положительный.

Пульс 90 ударов в 1 минуту, температура тела 37,2 °С. **ПРИ**

БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 6 см в диаметре. Слева придатки не определяются, своды свободны, выделения слизистые.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

Ситуационная задача № 2 Пациентка 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. ОБЪЕКТИВНО: АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в 1 минуту, температура тела 37 °С. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Оптимальный объем неотложной медицинской помощи?

Ситуационная задача № 3 Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 минуту. ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ: заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

Вопрос 1. Какова оптимальная тактика врача женской консультации?

Вопрос 2. Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

Вопрос 3. Какая операция не показана больной?

Тема 13. Хирургические методы лечения в гинекологии и уход за больными

Вопросы:

1. Хирургические методы лечения в гинекологии.
2. Экстренные, срочные и плановые гинекологические операции.
3. Малые и большие гинекологические операции. Показания, противопоказания. Подготовка пациента.
4. Уход и наблюдение за гинекологическими больными в послеоперационном периоде.

5. Подготовка операционной, аппаратуры, медицинского инструментария, материала, медикаментов, обработка рук, стерилизация материала, инструментов для малых и больших гинекологических операций.

Тесты:

1. Наиболее типичные осложнения при проведении поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки – это ранение:

А. Кишечника.

Б. Мочевого пузыря.

В. Мочеточника.

Г. Сальника.

2. Ранение мочеточника возможно при операции:

А. Трансцервикальной миомэктомии.

Б. Диатермоконизации шейки матки.

В. Простой экстирпации матки.

Г. Кольпоперинеолеваторопластике.

3. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции:

А. В дни менструации.

Б. В первую неделю после прекращения менструации.

В. Накануне менструации.

Г. Выбор дня менструального цикла не имеет значения.

4. В комплекс мероприятий по подготовке к полостным гинекологическим операциям входит назначение:

А. Сифонных клизм за 3 – 4 дня до операции на ночь ежедневно.

Б. Растительного масла по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой за 10 дней до операции.

В. Очистительной клизмы накануне операции на ночь и утром в день операции.

Г. Прием слабительных средств накануне операции.

5. Противопоказанием к внутриматочным манипуляциям является:

- А. Острый воспалительный процесс половых органов.
 - Б. Подозрение на аденокарциному.
 - В. Подозрение на наличие подслизистого узла миомы.
 - Г. Подозрение на полип эндометрия.
6. При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды пересекают:
- А. На уровне внутреннего зева.
 - Б. На 1,5 см выше области внутреннего зева.
 - В. На 1,5 см ниже области внутреннего зева.
 - Г. В области кардинальных связок.
7. При экстирпации матки с придатками нет необходимости пересекать:
- А. Воронко-тазовые связки.
 - Б. Круглые маточные связки.
 - В. Крестцово-маточные связки.
 - Г. Маточные концы труб.
8. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является:
- А. Высокая надвлагалищная ампутация матки.
 - Б. Экстирпация матки.
 - В. Удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки.
 - Г. Удаление придатков.
9. При проведении операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности для обеспечения надежного гемостаза необходимо наложить на мезосальпикс:
- А. Один зажим и всю брыжейку трубы прошить одной лигатурой.
 - Б. Несколько зажимов и прошить отдельно каждый участок рассасывающимся шовным материалом.
 - В. Один зажим с последующей перевязкой его культи без

прошивания.

Г. Несколько зажимов и прошивать каждый (небольшой) участок шелком.

10. При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности и выраженной анемизации больной разрез передней брюшной стенки следует производить:

А. Поперечный надлобковый по Пфанненштилю.

Б. Поперечный интерилиальный по Черни.

В. Нижнесрединный от лона до пупка.

Г. Мини-доступ.

11. При аномалиях развития тела матки производятся операции

для восстановления детородной функции женщины. Наибольшее значение из этих операций имеет:

А. Сальпингостомия.

Б. Сальпинголизис.

В. Имплантация маточных труб в матку.

Г. Метропластика.

12. Этапом операции стерилизации женщины по методу Кирхофа является:

А. Рассечение круглой маточной связки.

Б. Выделение трубы и резекции ее части между двумя наложенными шелковыми лигатурами.

В. Отсечение маточного конца трубы от угла матки с последующим лигированием культей.

Г. Удаление трубы.

13. Объем операции при подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет заключается:

А. В надвлагалищной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника.

Б. В экстирпации матки с придатками.

В. В удалении придатков матки с обеих сторон.

Г. В надвлагалищной ампутации матки с придатками.

14. В состав хирургической ножки кисты яичника не входит:

- А. Воронко-тазовая связка.
- Б. Собственная связка яичника.
- В. Труба.
- Г. Круглая связка матки.

15. Объем операции при перекруте ножки кисты яичника у больной в возрасте 25 лет:

- А. Удаление матки с придатками.
- Б. Удаление придатков с обеих сторон.
- В. Удаление придатков на стороне опухоли.
- Г. Резекция пораженного яичника.

16. Объем операции по поводу ретенционной кисты яичника с кровоизлиянием в капсулу:

- А. Удаление придатков.
- Б. Удаление яичника.
- В. Пункция кисты яичника и отсасывание содержимого.
- Г. Резекция яичника с оставлением неизменной его ткани.

17. Объем операции по поводу ретенционной кисты одного яичника диаметром 5 см:

- А. Лапаротомия, удаление придатков матки на стороне поражения.
- Б. Лапаротомия, удаление пораженного яичника.
- В. Удаление образования яичника лапароскопическим доступом.
- Г. Лапаротомия, удаление пораженных придатков и резекция второго яичника.

18. У больной при лапароскопии по поводу подозрения

на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести:

- А. Лапаротомию и ушивание яичника.
- Б. Диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии.
- В. Лапаротомию и резекцию яичника.

Г. Лапароскопию и резекцию яичника.

19. Во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника имеется риск:

А. Кровотечения из ложа опухоли.

Б. Двустороннего поражения яичников.

В. Ранения мочеточника в связи с аномальным его расположением.

Г. Метастазирования опухоли.

20. У больной 30 лет во время операции по поводу двустороннего пиосальпинкса следует произвести:

А. Надвлагалищную ампутацию матки с придатками.

Б. Экстирпацию матки с придатками.

В. Надвлагалищную ампутацию матки с трубами.

Г. Удаление обеих маточных труб.

Ситуационная задача №1 Пациентке 17 лет произведена диагностическая лапароскопия в связи с подозрением на острый аппендицит. ИНТРАОПЕРАЦИОННО ОБНАРУЖЕНО: в малом тазу около 70 мл серозного выпота. Червеобразный отросток не изменен. Органы брюшной полости визуально не изменены. Тело матки в срединном положении не увеличено, серозный покров розовый. Левые придатки визуально не изменены. В области правых придатков определяется опухолевидное образование багрово-цианотичной окраски до 7 см в диаметре без признаков некроза с частичным перекрутом ножки опухоли.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какие образования включает хирургическая ножка опухоли?

Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

Ситуационная задача № 2. В гинекологическое отделение доставлена пациентка 45 лет с жалобами на резкие схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей. ИЗ АНАМНЕЗА: состоит на диспансерном наблюдении у гинеколога по поводу миомы матки в течение 5 лет. Менструации последний год обильные, длительные, со сгустками. От беременности предохраняется с помощью барьерных методов. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные Пульс 110 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, чувствительный при пальпации в гипогастральной области. Стул, мочеиспускание не

нарушены. ПРИ ОСМОТРЕ В ЗЕРКАЛАХ: визуализируется нижний полюс объемного образования багровой окраски, исходящего из цервикального канала. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки резко укорочена, цервикальный канал приоткрыт, в нем пальпируется нижний полюс объемного образования плотноватой консистенции, уходящего в полость матки. Тело матки увеличено до 6–7 недель беременности, плотное, чувствительное при пальпации. Выделения кровянистые, обильные.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

Тема 14. Основы детской гинекологии.

Вопросы:

1. Организация гинекологической помощи детям и подросткам
2. Система специализированной гинекологической помощи детям и подросткам.
3. Медицинское оборудование, инструментарий для гинекологического осмотра девочек.
4. Принципы, особенности работы акушерки с пациентами детского и подросткового возраста. Медицинская документация («История развития ребенка форма № 112/у», «Медицинская карта ребенка форма №026/у», «Карта профилактически осмотренного с целью выявления патологии форма №047/у», «Карта подлежащего периодическому осмотру форма №126/у»).
5. Гинекологические заболевания у детей и подростков.
6. Гипоталамический синдром.
7. Вторичная аменорея.
8. Гипоменструальный синдром.
9. Маточные кровотечения пубертатного периода.
10. Особенности обследования девочек.
11. Общий осмотр. Определение степени полового развития (формула Таннера).
12. Исследование молочных желез.
13. Специальные методы исследования репродуктивной системы (УЗИ, исследование биоэлектрической активности мозга, рентгенологические исследования, определение кариотипа).

Тесты:

1. К анатомическим особенностям матки у новорожденной девочки относятся

- а) тело и шейка матки по длине и толщине равны между собой
- б) тело матки маленькое, шейка почти не выражена
- в) матка небольшая, длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки
- г) матка имеет двурогую форму
- д) ничего из перечисленного

2. Пубертатный период - это

- а) период биологической половой зрелости
- б) период, когда в организме происходит активизация функции яичников
- в) период, когда происходит быстрое соматическое и половое развитие девочки
- г) возраст, в котором определенные участки тела покрываются волосами
- д) все перечисленное

3. В периоде полового созревания

в организме происходят следующие основные изменения

- а) подавление гонадотропной функции гипофиза
- б) активизация гормональной функции яичников
- в) ритм выделения ФСГ не устанавливается
- г) устанавливаются регулярные "пики" экскреции ЛГ

д) ничего из перечисленного

4. Характер выделения гонадотропных гормонов, присущий нормальному менструальному циклу, устанавливается

а) в 16-17 лет

б) в 15-14 лет

в) в 13-12 лет

г) в 11-10 лет

д) в 9 лет

5. Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно

а) в 8-9 лет

б) в 10-11 лет

в) в 12-13 лет

г) в 14-15 лет

д) в 16-18 лет

6. Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек следующие

а) избыточная складчатость слизистых

б) низкая эстрогенная насыщенность

в) недостаточная выработка гликогена

г) истонченность и замедленная пролиферация

д) все перечисленные

7. Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены

- а) нарушением ритмической продукции гормонов яичника
- б) органическими заболеваниями половой системы
- в) заболеванием различных систем организма
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

8. При ановуляторных маточных кровотечениях

в периоде полового созревания у девушек имеет место

- а) отсутствие овуляции и лютеиновой фазы цикла
- б) персистенция фолликула
- в) атрезия фолликула
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

9. Основными причинами задержки полового развития центрального генеза

являются

- а) нарушение регулирующей функции гипоталамуса
- б) наследственная неполноценность гипоталамуса и гипофиза
- в) инфекционно-токсические заболевания (хронический тонзиллит, ревматизм, вирусный грипп)
- г) стрессовые ситуации
- д) все перечисленные

10. Основные клинические признаки задержки полового развития

- а) аменорея
- б) опсоменорея
- в) олигоменорея
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

Ситуационная задача № 1 На прием детского гинеколога обратилась пациентка 6 лет. Со слов матери, девочку беспокоят зуд, жжение в области наружных половых органов, гнойные выделения, которые появились около 3 дней назад. 175 ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов через естественные родовые пути. Росла и развивалась согласно возрасту, соматически здорова. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, соответственно возрасту. Выраженная гиперемия, отек, следы расчесов в области малых половых губ, вульварные бели гнойного характера. Девственная плева кольцевидной формы, не нарушена. РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Ситуационная задача № 2 В гинекологическое отделение направлена пациентка 8 лет. Девочку беспокоят в течение 3-х лет периодический зуд, жжение в области наружных половых органов, обильные выделения, по поводу чего неоднократно получала местную антибактериальную терапию с временным эффектом. Со слов матери, девочка часто жалуется на жажду и голод, много пьет, отмечает

быструю утомляемость. ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов путем операции кесарево сечение по поводу крупного веса — 4600 г. Вскармливание искусственное с первого месяца. Страдает частыми вирусными заболеваниями респираторного тракта. ОБЪЕКТИВНО: физически девочка развита соответственно возрасту, несколько пониженного питания. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно. Имеется отек, гиперемия, мелкие эрозии в области малых и больших половых губ, промежности, обильные крошкообразные белые выделения. Девственная плева, кольцевидной формы, не нарушена. РЕКТАЛЬНО: тело матки в anteversio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Учебная практика

Виды работ:

1. Заполнение медицинской документации лечебно-профилактических учреждений гинекологического профиля (в пределах своих компетенций).
2. Осмотр наружных половых органов.
3. Влагалищное исследование.
4. Влагалищно-абдоминальное (бимануальное) исследование.
- Ректо-абдоминальное исследование.
6. Ректо-влагалищное исследование.
7. Осмотр шейки матки в створчатых зеркалах Куско.
8. Осмотр шейки матки в ложкообразных зеркалах.
9. Осмотр шейки матки одноразовыми влагалищными зеркалами с ручным фиксатором.

10. Забор материала для бактериоскопического исследования мазков из уrogenитального тракта.
11. Забор материала для бактериологического исследования мазков из уrogenитального тракта.
12. Взятие соскоба с шейки матки с использованием цервекс-щеточки (CERVEX-BRASH) на онкоцитологию.
13. Забор материала из уrogenитального тракта на инфекции передаваемые половым путем (ИППП) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).
14. Проведение тестов функциональной диагностики: измерение и графическое изображение базальной температуры, исследование шеечной слизи (симптом «зрачка», натяжение шеечной слизи, симптом «папоротника»).
15. Взятие мазков на кольпоцитологию (определение кариопикнотического индекса – КПИ).
16. Забор материала для исследования на гонорею.
17. Проведение комбинированных методов провокации.
18. Осмотр молочных желез.
19. Тугая тампонада влагалища при наружном кровотечении.
20. Проведение по назначению врача лечебных манипуляций:
 - влагалищной ванночки;
 - влагалищного спринцевания.
 - подготовка и введение мазевых тампонов;
 - введение pessaria.
21. Приготовить медицинский инструментарий, материал, медикаменты, накрыть стерильный стол и ассистировать врачу при:
 - биопсии эндометрия (аспирационным методом, методом выскабливания полости матки);
 - биопсии шейки матки;
 - зондировании полости матки;
 - раздельном диагностическом выскабливании слизистой цервикального канала и полости матки (РДВ);

- полипэктомии;
- медицинском аборте;
- пункции прямокишечно-маточного углубления через задний свод влагалища;
- кольпоскопии (простая, расширенная – проба Шиллера);
- гистероскопии;
- гистеросальпингографии (ГСГ);
- диатермокоагуляции и диатермоэксцизии шейки матки;
- лазеротерапии и криодеструкции шейки матки;
- радиовольновой терапии заболеваний шейки матки;
- восстановлении разрывов половых органов женщины;
- введении и извлечении внутриматочного средства.

22. Подготовка пациента к экстренной, срочной, плановой операциям.

23. Уход, наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде

24. Алгоритм оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях в гинекологии

25. Проведение бесед с пациентами по применению естественных, барьерных, внутриматочных, гормональных, хирургических методов контрацепции.

26. Консультирование пациентов по вопросам аварийной контрацепции.

Производственная практика (по профилю специальности)

Виды работ:

1. Проведение профилактических гинекологических осмотров и диспансеризации женщин в различные периоды жизни.
2. Участие в лечебно-диагностических мероприятиях у гинекологических пациентов.
3. Выполнение диагностических манипуляций самостоятельно в пределах своих компетенций и ассистенция врачу при выполнении дополнительных методов исследования.
4. Участие в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.
5. Осуществление ухода и наблюдения за пациентами в периоперативном периоде.

6. Оказание доврачебной помощи пациентам при неотложных состояниях в гинекологии.
7. Участие в консультировании по вопросам контрацепции и половой гигиены.
8. Проведение санитарно-просветительской работы по профилактике аборта, гинекологических, венерических и онкологических заболеваний и сохранения репродуктивного здоровья.

МДК 02.02 Медицинская помощь пациентам в период беременности, родов, послеродовый период

Тема 1. «История родовспоможения. Структура родовспоможения»

Вопросы для устного ответа

1. Дайте определение понятию «Акушерство».
2. Перечислите основные принципы организации акушерско-гинекологической помощи
3. Перечислите задачи женской консультации
4. По какому принципу устроена работа женской консультации?
5. Основная документация женской консультации
6. Опишите обязанности участковой акушерки женской консультации
7. Как
8. часто беременную должен осматривать врач акушер-гинеколог?
8. Какую психологическую поддержку оказывают в женских консультациях будущим родителям?
9. Каковы основные функции и задачи акушерского стационара?
10. По каким показаниям в приемно-пропускном блоке беременных направляют в первое или второе акушерское отделение?

Тестовые задания

1. Основным принцип организации акушерско-гинекологической службы:
Ответы:
 1. лечебно-оздоровительный
 2. профилактический
 3. участковый
2. Центральным учреждением поликлинической акушерско-гинекологической службы является:
Ответы:
 1. женская консультация
 2. центральная райбольница
 3. фельдшерско-акушерский пункт

4. здравпункт

3. Укажите основные задачи женской консультации:

Ответы:

1. антенатальная охрана плода
2. лечение гинекологических заболеваний
3. производство мини-абортов

4. Основным медицинским документом женской консультации является:

Ответ:

1. амбулаторная карта
2. индивидуальная карта беременной, родильницы
3. статистические талоны
4. обменная карта

5. Центральным подразделением роддома является:

Ответы:

1. операционная
2. приемно-смотровой блок
3. родзалы
4. родовой блок

6. В структуру роддома входят следующие отделения:

Ответы:

1. приемный покой
2. физиологическое
3. обсервационное
4. отделение патологии беременности
5. отделение планирования семьи
6. зубоветеринарное отделение

7. В состав перинатального центра входят отделения:

Ответы:

1. новорожденных
2. реабилитации родильниц при экстрагенитальных заболеваниях
3. кардиохирургическое для беременных
4. планирования семьи
5. выхаживания новорожденных детей

8. Группы риска по внутрибольничной инфекции чаще всего имеются:

Ответы:

1. в обсервационном родзале
2. в послеродовом отделении
3. в изоляторе отделения новорожденных
4. в физиологическом отделении

9. Санитарные помещения родблока состоит из комнат для:

Ответы:

1. мытья и дезинфекции суден, клеенок
2. временного хранения грязного белья
3. кладовой предметов уборки помещений
4. автоклавной

10. Акушерский дневной стационар – это:

Ответы:

1. одна из новых форм обслуживания беременных женщин
2. палаты в женских консультациях для кратковременного пребывания
3. стационары на дому
4. отделение роддома, где проводятся исследования, лечение выявленных заболеваний по соответствующим показаниям в дневное время

Ситуационные задачи.

Дайте ответы на вопросы:

1. Установите диагноз
2. Тактика ведения женщины

Задача 1

В женскую консультацию обратилась женщина 20 лет с жалобами на задержку менструации, тошноту, тест на беременность – положительный.

Ответ:

Задача 2

Первобеременная с митральным пороком сердца, без нарушения кровообращения обратилась к врачу женской консультации, при очередной явке определен срок беременности 37 недель.

Ответ:

Задача 3

Беременная при появлении схваткообразных болей вызвала машину скорой помощи, через 5 минут излились околоплодные воды.

Ответ:

Задача 4

Повторнобеременная родила дома, вызвала машину скорой помощи.

Ответ:

Задача 5

В роддоме из палаты №5 выписали всех родильниц. Тактика медперсонала по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима.

Ответ:

Задача 6

В отделении патологии беременности находится первобеременная 17 лет с доношенным сроком беременности на подготовке родовых путей. Вечером в 20 часов появились схваткообразные боли внизу живота и излились околоплодные воды.

Ответ:

Задача 7

Роды произошли на дому в присутствии врача скорой помощи, который оказал помощь роженице и новорожденному.

Ответ:

Задача 8

В инфекционной больнице на лечение по поводу гепатита А находилась беременная на сроке 36 недель, в 15 часов появились боли внизу живота, излились околоплодные воды. Вызван врач акушер-гинеколог.

Ответ:

Задача 9

В каком лечебном учреждении родоразрешают ВИЧ-инфицированных беременных?

Ответ:

Задача 10

В послеродовом отделении у родильницы на четвертые сутки после родов появилась температура 38 градусов, боли внизу живота, обильные лохии, с запахом. В анамнезе были два аборта с повторными выскабливаниями полости матки, данные роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, безводный период составлял 15 часов.

Ответ:

Задача 11

В родильный дом доставлены две беременные с доношенным сроком. У первой женщины в анамнезе ревматизм, без порока, появилась родовая деятельность 1 час назад, околоплодные воды не изливались, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. У второй беременной родовой деятельности нет, 1 час назад излились околоплодные воды, в анамнезе хронический пиелонефрит, при обследовании обнаружен кольпит, в результате мазка из женской консультации – лейкоцитов большое количество, трихомонады.

Ответ:

Самостоятельная работа:

1. Подготовка докладов, рефератов по темам:

«Основные исторические сведения о развитии акушерства»,

«История отечественного акушерства».

«Подготовка акушеров в России»,

«Лига акушеров России».

2. Составление таблиц по темам:

«Женская консультация: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки женской консультации», «Приемно-смотровое отделение: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки», «Физиологическое I акушерское отделение: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки», «Обсервационное II акушерское отделение: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки», «Отделение патологии беременных: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки».

Тема 2. «Санитарно-противоэпидемический режим, профилактика ВБИ в учреждениях родовспоможения»

Вопросы для устного ответа:

1. Вспомните определение «Внутрибольничная инфекция»
2. Назовите группы риска по ВБИ в акушерстве.
3. Назовите механизмы передачи ВБИ в акушерском стационаре.
4. Что является основным фактором риска передачи ВБИ в акушерстве.
5. Предложите мероприятия по профилактике внутрибольничного инфицирования в акушерском стационаре.
6. Опишите особенности санитарно-эпидемиологического режима акушерского стационара в соответствии с нормативной документацией.
7. Показания для перевода во второе акушерское (обсервационное) отделение.

Тесты:

1. Источником внутрибольничной инфекции чаще бывает:

Ответы:

1. продукты и вода
2. больной человек
3. клопы и тараканы
4. предметы ухода

2. Показанием к приему рожениц во II акушерское (обсервационное) отделение является:

Ответы:

1. температура тела 37,0 градусов
2. преждевременные роды
3. острый аппендицит
4. мертвый плод
- 5.отягощенный акушерский анамнез

3. Показанием к переводу родильницы во II акушерское (обсервационное) отделение сразу после родов является:

Ответы:

1. повышение температуры тела свыше 37,0 градусов
2. повышение температуры тела свыше 38,0 градусов
3. ручное обследование полости матки
4. повышение температуры тела до 38,0 градусов и выше при 3-х кратном измерении через час

4. Во II обсервационное отделение госпитализируют:

Ответы:

1. женщин с отягощенным акушерским анамнезом
2. беременных с гестозами
3. рожениц с гриппом, ОРЗ

5. В I физиологическое отделение нельзя госпитализировать беременных с:

Ответы:

1. гипертонической болезнью
2. кольпитами
3. мертвым плодом

6. Из первого физиологического отделения переводят беременных с:

Ответы:

1. гестозом
2. маститом
3. анемией
7. Обработка наружных половых органов для обследования в гинекологическом кабинете:

Ответы:

1. не проводится
2. применяется 1 % хлорамин
3. проводится йодом

8. Обработка наружных половых органов перед акушерскими операциями:

Ответы:

1. проводится 1 % раствором хлорамина
2. 2 % раствором йода
3. 5 % спиртовым раствором йода

Задачи

Задача №1

Медсестра взяла кровь из вены пациента на анализ. Соблюдая все правила стерильности, она не надела стерильные перчатки на руки и работа без

перчаток. взяв кровь из вены пациента, медсестра стала выполнять другие назначения врача. *Все ли правильно сделала медсестра?*

Задача №2

Отправляя мочу пациента на анализ, медсестра надела перчатки, взяла флакон с мочой и унесла в лабораторию, вернувшись на рабочее место медсестра, сняв перчатки, приступила к продолжению своей работы. *В чем ошибка медсестры? Что может произойти?*

Задача №3

При раздаче обеда медсестра не обратила внимание на гнойничок на руке, и продолжала раздавать пищу пациентам. *В чем ошибка медсестры? Что может произойти?*

Задача №4

У пациента, самостоятельно принимающего длительное время антибиотики, в полости рта появилась белая точечная сыпь, при обследовании выяснилось, что это дрожжевой грибок (кандида). *Что чаще всего является причиной восприимчивости пациента к такого рода инфекции?*

Задача №5

Медсестра инфекционного отделения, соблюдая все правила стерильности, делает инъекции лежачим тяжелобольным пациентам в палате. Подойдя к больному И., она увидела, что больной оправил естественные нужды в подкладное судно. Медсестра убрала из-под больного судно и продолжила выполнять инъекции, назначенные врачом. *Все ли правильно сделала медсестра?*

Задача №6

Отправляя кровь пациентов на анализ, медсестра надела перчатки, взяла пробирки с кровью поставила их в штатив и унесла в лабораторию, вернувшись на рабочее место медсестра, приступила к продолжению своей работы. *В чем ошибка медсестры? Что может произойти?*

Ответ:

Задача №7

В больнице объявлен карантин в связи с заболеванием гриппа.

Какие проблемы могут возникнуть у пациентов, находящихся на лечении в данной больнице?

Возможные пути передачи инфекционного заболевания гриппом.

Меры предосторожности пациента и медперсонала.

Задача № 8

Буфетчица в инфекционном отделении сообщила старшей медицинской сестре, что в буфете обнаружен мышиный помёт.

Что должна предпринять старшая медицинская сестра?

Задача №9

При поступлении у пациента в приёмном покое обнаружен педикулёз. *Какие мероприятия необходимо провести в отношении такого больного.*

Задача №10

Медсестра по просьбе пациента отнесла переданные ему продукты в холодильник, и возвратясь к пациенту, стала закапывать ему капли в глаза. *В чем ошибка медсестры?*

Задача №11

Медсестра процедурного кабинета пришла на работу с признаками простудного заболевания: кашель, насморк, общее недомогание. Отработала смену, оказывая помощь пациентам. Ночью у одного из пациентов появились жалобы на недомогание, насморк, чихание, слезотечение и поднялась температура тела до 38,5 гр. *В чем ошибка медсестры?*

Задание: 1. Подготовка докладов, рефератов по темам:

«Подготовка акушерок в России»,

«Лига акушерок России».

2. Составление таблиц по темам:

«Женская консультация: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки женской консультации»,

«Приемно-смотровое отделение: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки»,

«Физиологическое I акушерское отделение: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки», «Обсервационное II акушерское отделение: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки», «Отделение патологии беременных: структура, задачи, нормативная документация, обязанности акушерки».

Тема 3. Анатомио - физиологические особенности половых органов, репродуктивные возможности женщины в различные периоды жизни. Нейро - гуморальная регуляция овариально-менструального цикла.

Вопросы для устного ответа:

1.Перечислите уровни репродуктивной системы.

2.Перечислите основные компоненты нормального менструального цикла.

3.Что такое овуляция?

4.Что происходит под влиянием ФСГ в яичниках, матке?

5.Что происходит под влиянием ЛГ на уровне яичников, эндометрия?

6.Какую роль играют эстрогены в организме женщины?

7.Какое действие оказывает прогестерон на мускулатуру матки?

8. Что позволяет оценить осмотр с помощью влагалищных зеркал?
9. Что позволяет определить влагалищное исследование?
10. Назовите границы большого и малого таза
11. Какую функцию выполняет малый таз?
12. Перечислите методы исследования женского таза.
13. В каком положении женщины измеряются поперечные размеры таза?
14. В каком положении женщины измеряется наружная конъюгата?
15. Перечислите методы определения истинной конъюгаты.

Задачи:

Задача № 1.

Определите величину истинной конъюгаты, если наружные размеры таза у беременной 26-29-31-21 см, а окружность лучезапястного сустава 16 см.

Задача № 2.

Определите размеры истинной и диагональной конъюгат, если наружные размеры таза 25-28-30-20 см, а окружность лучезапястного сустава 14,5 см.

Задача № 3.

Определите размер истинной конъюгаты, если наружная конъюгата равна 21, 22 см, 20 см, а окружность лучезапястного сустава – 16 см.

Задача № 4.

Определите величину диагональной конъюгаты, если размер истинной конъюгаты – 10 см; 8 см, а окружность лучезапястного сустава 16 см.

Задача № 5.

Оцените наружные размеры таза и определите истинную конъюгату: 24-27-28-18 см. Окружность лучезапястного сустава – 14 см.

Задача № 6.

При наружном тазоизмерении у беременной Н. получены данные: 25-27-30-20. Размер диагональной конъюгаты 13 см. Индекс Соловьева - 14

Задания:

1. Оцените размеры таза.
2. Определите истинную конъюгату возможными способами.

Задача № 7.

У пациентки К., при наружном тазоизмерении: 23-26-28-17. Величина ромба Михаэлиса 9x8 см. Окружность лучезапястного сустава 13 см.

Задания:

1. Оцените размеры таза.
2. Определите величину истинной конъюгаты, используя все данные.

Задача № 8.

Определите размеры диагональной и истинной конъюгат, если размер наружной конъюгаты равен 21 см, окружность лучезапястного сустава 14,5 см

Тесты:

Выбрать правильный ответ.

1. Большие половые губы покрыты:
 - а) кожей
 - б) слизистой оболочкой
 - в) цилиндрическим эпителием
 - г) плоским эпителием
2. Бартолиновы железы относятся к:
 - а) наружным половым органам
 - б) внутренним половым органам
 - в) органам внутренней секреции
3. Наиболее глубоким сводом влагалища является:
 - а) передний
 - б) задний
 - в) боковые
4. Складчатость влагалища наиболее ярко выражена:
 - а) в области сводов
 - б) по бокам
 - в) на передней и задней стенках
5. Кровоснабжение матки помимо маточной артерии обеспечено также:
 - а) пудендальной артерией
 - б) срамной артерией
 - в) яичниковой артерией
6. Реакция влагалищной среды в норме:
 - а) кислая
 - б) щелочная
 - в) нейтральная
 - г) слабощелочная
7. Эпителий, выстилающий влагалище, является:
 - а) цилиндрическим
 - б) многослойным плоским
 - в) кубическим
8. Маточные артерии отходят от:
 - а) аорты
 - б) почечных артерий
 - в) внутренних подвздошных артерий
9. Для матки характерна реакция среды:
 - а) щелочная
 - б) кислая

- в) нейтральная
 - г) слабокислая
10. Средний слой миометрия называется:
- а) субсерозный
 - б) интерстициальный
 - в) подслизистый
11. Слизистая оболочка маточной трубы покрыта:
- а) многослойным плоским эпителием
 - б) кубическим эпителием
 - в) цилиндрическим мерцательным эпителием
12. Отдаленный отдел трубы называется:
- а) истмический
 - б) мапулярный
 - в) интерстициальный
13. В задней доле гипофиза накапливается:
- а) ФСГ
 - б) пролактин
 - в) окситоцин
 - г) прогестерон
14. После фазы регенерации в маточном цикле следует фаза:
- а) пролиферации
 - б) секреции
 - в) десквамации
15. Овуляция при 28 – дневном цикле у здоровой женщины происходит на:
- а) 12-16 день
 - б) 3-5 день
 - в) 20-26 день
16. Яичник прикреплен к стенке таза посредством:
- а) круглой связки
 - б) воронко-тазовой связки
 - в) основной связки
17. Мышцы, поднимающие задний проход, относятся к:
- а) наружному слою
 - б) среднему слою мышц
 - в) внутреннему слою мышц
18. Срамные артерии обеспечивают кровью:
- а) трубы
 - б) яичники
 - в) вульву
 - г) матку
19. Желтое тело вырабатывает:
- а) прогестерон
 - б) пролактин
 - в) окситоцин
 - г) фолликулин

20. К н.ж.п. органам относятся все перечисленные, кроме:
- а) клитора
 - б) б. и м. половых губ
 - в) лобка
 - г) матки
21. Какие железы находятся в толще больших половых губ:
- а) сальные
 - б) потовые
 - в) бартолиновы
 - г) все перечисленное
22. Высота акушерской промежности равна:
- а) 4 см
 - б) 6 см
 - в) 2 см
 - г) 3 см
23. В матке различают следующие отделы:
- а) шейку, перешеек, тело
 - б) дно, полость, углы
 - в) эндометрий, миометрий, периметрий
24. Длина шейки матки, тела матки и всей матки составляют:
- а) 2-3 см, 5 см, 7-8 см
 - б) 1-2 см, 3 см, 5 см
 - в) 3 см, 3 см, 6 см
25. Названия матки (лат., греч.):
- а) метра, гистер, утерус
 - б) цервикс, коллюм
 - в) аднекса
26. В яичниках синтезируются следующие гормоны, кроме:
- а) прогестерона
 - б) эстрогенов
 - в) фолликулина
 - г) ФСГ
27. Под влиянием эстрогенов в женском организме происходит все перечисленное, кроме:
- а) «созревания» шейки матки
 - б) формирования либидо
 - в) доразвития половых органов
 - г) повышения чувствительности миометрия к окситоцину
 - д) понижения чувствительности к окситоцину
28. Под влиянием прогестерона в женском организме происходит все перечисленное, кроме:
- а) подготовки молочных желез к лактации
 - б) понижения тонуса матки и понижения чувствительности миометрия к окситоцину

- в) фазы секреции в функциональном слое эндометрия
 - г) «самоочищения» влагалища
29. К внутренним женским половым органам относятся все выше перечисленные, кроме:
- а) влагалища
 - б) матки
 - в) маточных труб
 - г) малых половых труб яичников
30. Выводной проток бартолиновых желез открывается:
- а) во влагалище
 - б) в половую щель
 - в) в преддверие влагалища
31. Названия влагалища (лат., греч.):
- а) вагина, кальпос
 - б) цервикс, коллюм
 - в) метра, гистер
 - г) аднекса
32. Ширина влагалища, длина по передней и задней стенкам его равны:
- а) 3 см, 7-8 см
 - б) 5 см, 10-11 см
 - в) 3 см, 7-8 см, 9-10 см
 - г) 2-3 см, 5 см, 7-8 см
33. В миометрии различают слои:
- а) 2
 - б) 3
 - в) 4
 - г) 1
34. В эндометрии различают слои:
- а) базальный, функциональный
 - б) эндометрий, миометрий, периметрий
 - в) параметрий, периметрий
35. Длина маточных труб равна:
- а) 18 см
 - б) 10-12 см
 - в) 5-6 см
 - г) 8-10 см
36. В матке различают слои:
- а) эндометрий, миометрий, периметрий
 - б) эндометрий, параметрий, периметрий
 - в) базальный, функциональный
 - г) миометрий, параметрий

Тема 4. Физиология беременности.

Вопросы для устного опроса:

1. Что такое физиологическая анемия беременных (физиологическая гемодилюция)?
2. Основные изменения в сердечно-сосудистой системе при нормальной беременности
3. Назовите основные физиологические изменения в дыхательной системе во время беременности
4. Укажите нормальную величину прибавки массы тела за неделю во второй половине беременности и в течение всей беременности
5. Изменения в матке во время беременности
6. Дайте определение понятию норма беременности
7. С какого срока беременности начинает возрастать объем циркулирующей крови (ОЦК)?
8. Как изменяются показатели Ht, Эр, Hb во время беременности?
10. Что вы знаете о фетальном гемоглобине во время беременности?
11. Какие показатели лейкоцитоза во время физиологической беременности?
12. Назовите основные показатели производительной работы сердца при не осложненном течении беременности
13. Как изменяется печеночный, почечный кровоток во время физиологической беременности?
14. Сколько ккал/сутки должна употреблять беременная?
15. Употребление, каких пищевых добавок научно обосновано во время физиологической беременности?

Задачи

Задача № 1

Женщина посетила врача 12 июня. Тест на беременность положительный. У нее регулярный 30 – дневный цикл, последняя менструация была с 1 по 4 апреля.

Укажите предполагаемый срок родов.

Задача № 2

Первобеременная женщина поступила 20 сентября в отделение патологии беременных. Соматически здорова. Последняя менструация была 13 декабря, впервые ощутила шевеление плода 2 мая. Размеры таза: 25-28-31-20. При обследовании установлено: тазовый конец плода в дне матки, спинка плода спереди, слева. Предлежащая часть прижата ко входу в малый таз. Диагноз?

Задача № 3

Повторнобеременная поступила в роддом 10 мая. Беременность 4-ая. В анамнезе 1 нормальные роды, 2 медаборта, аднексит. При обследовании установлено: дата последней менструации 18 августа, дата первого ощущения шевеления плода – 23 декабря. В дне определяется крупная часть

плода. Спинка плода справа, спереди.над входом в малый таз определяется более мягкая, подвижная, но не баллотирующая крупная часть плода. Сердцебиение плода справа, чуть выше пупка, 138 ударов в мин., ритмичное. Поставьте диагноз.

Задача № 4

При обследовании повторнобеременной женщины на соке 37-38 недель установлено: головка плода определяется на уровне пупка слева, предлежащей части нет. Сердцебиение плода определяется слева на уровне пупка.

Диагноз?

Задача № 5

У женщины при наружном акушерском исследовании врач диагностировал доношенную беременность. Рост пациентки 164 см, вес – 80 кг, окружность живота 100 см, высота стояния дна матки – 34 см.

Подсчитайте предполагаемую массу плода по нескольким известным вам формулам.

Задание: Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Оплодотворение и развитие плодного яйца», «Физиологические изменения в организме женщины в связи с беременностью».

Тема 5. Диагностика беременности, диспансерное наблюдение за беременными в женской консультации

Вопросы для устного опроса:

1. Перечислите предположительные признаки беременности.
2. Перечислите вероятные признаки беременности.
3. Перечислите достоверные признаки беременности.
4. «Золотой стандарт» диагностики беременности включает:
5. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности.
6. Как определяется срок родов?
7. Как проводится объективное исследование беременной?
8. Какие беременные должны быть направлены на медико-генетическое консультирование?
9. Каковы обязательные и дополнительные методы обследования беременных?
10. Какие основные моменты включает в себя специальное акушерское обследование?
11. Какие приемы применяют при наружном акушерском исследовании?
12. Что такое ромб Михаэлиса?

13. Для чего производят наружное измерение таза?
14. Какие размеры большого таза необходимо определять?
15. Дайте определение понятию положение плода. Какие положения плода существуют.
16. Что такое предлежание плода? Виды предлежаний плода.
17. Дайте определение понятию позиция плода. Какие позиций плода бывают?
18. Что такое вид позиции? Какие виды позиции существуют?
19. Опишите приемы определения расположения плода в матке (Приемы Леопольда).
20. Опишите алгоритм измерения высоты стояния дна матки.
21. Определение срока беременности по высоте стояния дна матки
22. Опишите алгоритм измерения окружности живота

Тесты:

1. Мазок на исследование флоры влагалища берётся:
 - а) из полости матки
 - б) из уретры, шейки матки, влагалища
 - в) из заднебокового свода влагалища
 - г) из уретры
2. Гистеросальпингография – это...
 - а) осмотр шейки матки с помощью кольпоскопа
 - б) осмотр полости матки
 - в) рентгенографическое исследование матки и труб
 - г) осмотр органов брюшной полости
3. Диагноз прервавшейся внематочной беременности уточняется методом:
 - а) биопсии
 - б) кольпоскопии
 - в) пункцией заднего свода, УЗИ
 - г) зондированием матки
4. Для УЗИ необходимо, чтобы мочевого пузыря беременной был:
 - а) опорожнён
 - б) наполнен
 - в) выпустить мочу катетером
5. Анализ мочи у беременной проверяется:
 - а) 3 раза за беременность
 - б) 2 раза в неделю
 - в) при каждой явке
6. Сердцебиение плода при тазовом предлежании лучше выслушивается:
 - а) на уровне пупка
 - б) выше пупка
 - в) ниже пупка
7. Метод функциональной диагностики (исследование функции яичников)

- а) измерение базальной температуры
 - б) мазок из уретры, шейки матки, влагалища
 - в) мазок на атипию клеток
 - г) исследование содержимого из полости матки
8. Биопсия-это:
- а) исследование кусочка ткани
 - б) осмотр шейки матки с помощью кольпоскопа
 - в) рентгенологическое исследование матки и труб
 - г) взятие содержимого при пункции заднего свода
9. Какое исследование необходимо для девочек подростков, страдающих нарушением менструального цикла:
- а) гистеросальпингоскопия
 - б) лапароскопия
 - в) эндокринологическое обследование
 - г) УЗИ
10. К эндоскопическим методам исследования относится:
- а) зондирование матки
 - б) гистероскопия
 - в) пункция заднего свода
 - г) биопсия
11. Гистеросальпингография проводится:
- а) для выявления воспалительного процесса в матке и придатках
 - б) для выявления состояния полости матки и проходимости маточных труб
12. Методом уточнения диагноза рака шейки матки является:
- а) базальная температура
 - б) гистеросальпингография
 - в) мазок на флору
 - г) биопсия ткани
13. Сестринское исследование при заболеваниях, передающихся половым путем:
- а) сбор субъективной информации
 - б) бимануальное исследование
 - в) рентгенологическое исследование
 - г) исследование мочи
14. Лапароскопия применяется:
- а) для осмотра плевральной полости
 - б) для осмотра органов брюшной полости и малого таза
 - в) для детального осмотра шейки матки
15. Что относят к наружным методам акушерского исследования:
- а) измерение размеров таза
 - б) исследование с помощью зеркал
 - в) внутреннее влагалищное исследование
16. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:
- а) возбудителя инфекционного заболевания
 - б) функцию яичников

в) состояние слизистой эндометрия

17. Проба Шиллера позволяет судить:

а) о наличии или отсутствии патологии шейки матки

б) о гормональном состоянии яичников

в) о возбудителе воспалительного процесса шейки матки

18. К инструментальным методам исследования женских половых органов можно отнести:

а) гистероскопию

б) пробу Шиллера

в) зондирование полости матки

г) влагалищно - прямокишечное исследование

д) лапароскопию

19. *Distancia cristarum*:

а) 25-26 см

б) 30-31 см

в) 28-29 см

г) 20-21 см

20. Для ранней диагностики рака шейки матки необходимо провести:

а) цитологическое исследование мазков и отпечатков с шейки матки и цервикального канала

б) тесты функциональной диагностики

в) кольпоскопию

г) посев на флору

д) биопсию

е) раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала

21. Срок беременности и дата родов не могут быть определены по:

а) последней менструации

б) первому шевелению плода

в) данным ранней явки

г) размерам плода

22. В задачу влагалищного исследования не входит:

а) определение целостности плодного пузыря

б) оценка состояния плода

в) выяснение степени раскрытия шейки матки

г) определения особенностей вставления головки

23. Какие признаки беременности относятся к достоверным?

а) изменение аппетита

б) выслушивание сердечных тонов плода

в) увеличение матки

г) прекращение менструаций

24. В чем заключается признак Пискачака?

а) в размягчении перешейка матки, позволяющем сблизить кончики пальцев обеих рук при влагалищно-брюшностеночном исследовании

- б) появление в одном из углов матки куполообразного выпячивания
- в) сокращение матки во время бимануального исследования.
- г) цианоз вульвы и слизистой влагалища

25. Что понимаем под симптомом Скробанского?

- а) цианоз вульвы и слизистой влагалища
- б) увеличение матки
- в) большая выраженность складчатости
- г) легкая растяжимость слизистой влагалища.

26. В чем заключается признак Гегара?

- а) появление в одном из углов матки куполообразного выпячивания
- б) в размягчении перешейка матки, позволяющем сблизить кончики пальцев обеих рук при
- в) влагалищно-брюшностеночном исследовании
- г) сокращение матки о время бимануального исследования.
- д) цианоз вульвы и слизистой влагалища

27. Ранней явкой называется постановка на учет в ЖК беременной в сроке беременности:

- а) первые дни беременности
- б) до 5 недель
- в) до 12 недель
- г) до 20 недель

28. Оценка степени перинатального риска во время беременности проводится:

- а) только при постановке на учет
- б) при постановке на учет и в родах
- в) при постановке на учет, во II и III триместрах
- г) при постановке на учет, во II и III триместрах, в родах

29. Какова нормальная еженедельная прибавка веса во II половине беременности?

- а) 150-250 г
- б) 300-350 г
- в) 400-500 г
- г) 600-700 г

30. Нормальная продолжительность беременности составляет:

- а) 20-25 недель
- б) 28-32 недели
- в) 38-42 недели
- г) 48-52 недели

31. Срок, начиная с которого сердцебиение плода можно выслушать акушерским стетоскопом

- А. 12 недель
- Б. 18 недель
- В. 22 недели
- Г. 28 недель.

32. Срок беременности, начиная с которого можно пропальпировать головку плода через брюшную стенку
- А. 12 недель
 - Б. 18 недель
 - В. 24 недели
 - Г. 30 недель.
33. Для определения массы внутриутробного плода по методу жордания, необходимо
- А. Перемножить полуокружность живота и длину плода
 - Б. Умножить высоту стояния дна матки на окружность живота
 - В. Разделить окружность живота на высоту стояния дна матки
 - Г. От длины окружности живота отнять высоту стояния дна матки.
34. Отношение спинки плода кпереди или кзади называется
- А. Предлежанием
 - Б. Положением
 - В. Позицией
 - Г. Видом.
35. Отношение оси плода к оси матери называется
- А. Положением
 - Б. Предлежанием
 - В. Позицией
 - Г. Видом.
36. Третий прием леопольда-левицкого позволяет выявить
- А. Положение плода
 - Б. Предлежание плода
 - В. Позицию плода
 - Г. Вид позиции.
37. Положение, позиция и вид плода определяется приемом леопольда-левицкого номер
- А. 1
 - Б. 2
 - В. 3
 - Г. 4.
38. При измерении первых трех наружных размеров таза беременная лежит
- А. На спине
 - Б. На боку спиной к акушерке
 - В. На боку лицом к акушерке
 - Г. На боку с согнутой нижней ногой.
39. При первой позиции плода
- А. Спинка обращена влево при продольном положении
 - Б. Спинка обращена вправо при продольном положении
 - В. Головка обращена вправо при поперечном положении
 - Г. Ягодички обращены влево при поперечном положении.

Задачи

Задача № 1

И., 22 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 3 месяцев, появившееся отвращение к табачному дыму. В течение 8 месяцев жила регулярно половой жизнью, от беременности не предохранялась. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. При осмотре на лице и сосках молочных желез выражена пигментация кожи. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы сформированы правильно, выражен цианоз слизистой влагалища, слизистой шейки матки. Шейка матки сформирована, наружный зев округлой формы, цервикальный канал закрыт плотно. Тело матки увеличено до головки новорожденного, дно ее доходит до верхнего края лона. Матка сильно перегнута кпереди, форма ее асимметричная за счет выпячивания в области правого угла, консистенция матки мягковатая, но во время исследования матки уплотняется и сокращается в размере шейки, матка легко смещается, значительно размягчен перешеек, пальцы внутренней и внешней руки соединяются в области перешейка.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у данной пациентки
3. Назовите иммунологические методы диагностики беременности.

Задача № 2

Ю., 20 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и дату первого шевеления плода не помнит. Экстрагенитальной патологии не выявлено. Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 2-3 пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой - мелкие подвижные выступы. Предлежащая часть пальпируется в виде круглой, плотной округлой части, баллотирующей между пальцами. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136-140 уд/мин, ясно выслушивается слева ниже пупка.

Задание: 1. Определите срок беременности по высоте стояния дна матки
2. Какая часть плода предлежит ко входу в малый таз?
3. Соответствует ли место выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

Задача № 3

Пациентка К., 24 лет, беременность вторая, первые роды нормальные. Последняя менструация 16 февраля, первое шевеление плода 30 июня, при первом посещении женской консультации 10 апреля обнаружена беременность 6 недель.

Задание:

1. Назовите предполагаемый срок родов по менструации?
2. Назовите предполагаемый срок родов по первому шевелению плода?
3. Назовите предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию?
4. Какая предположительная дата родов?

Задача № 4

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови 1(0), резус-фактор отрицательный. Раньше обследования на группу и резус не проводились.

Задания:

1. Выделите проблемы беременной, их причины
2. Составить план по контролю над создавшимися проблемами
3. Составить алгоритм обследования беременной на очередном приеме в 1-й половине беременности

Задача № 5

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая. В 5 недель беременности встала на учет, в 6-8 недель была профилактическая госпитализация и лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная категорически отказывалась из опасения вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка.

В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе и патологических выделений нет. Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг.

Матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. Высота стояния дна матки 18 см, окружность живота 90 см. Отеков нет, физиологические отправления в норме.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной и пути их решения
2. Оценка акушерского статуса на день осмотра и тактика акушерки
3. Провести беседу о необходимости проведения УЗИ

Задача № 6

Первородящая 19 лет в родах 15 часов, беременность доношена, соматически здорова. Пульс 80 уд./мин, ритмичный, АД 120\75 мм рт.ст.,

окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 34 см., размеры таза нормальные. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз. С/б плода ритмичное и ясное, 136 уд./мин, воды целы. Схватки приобретают потужной характер. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, умеренно напрягается при схватке. Головка плода стоит большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди (у лона). Мыс недостижим. Задание: Каково положение плода, позиция, вид и предлежащая часть?

Тема 6. Антенатальная охрана плода. Влияние вредных факторов на плод.

Вопросы устного опроса:

1. Пренатальные факторы риска.
2. Вредные факторы, влияющие на развитие плода исходящие от матери.
3. Методы антенатальной охраны плода.
4. Токсическое действие этилового спирта и его метаболитов на плод. Осложнения беременности. Алкогольный синдром плода (АСП) – причины, проявления, перинатальная смертность.
5. Влияние никотина, наркотиков (марихуана, героин, метадон, кокаин и пр.) на плод, новорожденного. Осложнения беременности, родов.
6. Рекомендации беременной о профилактике вредных воздействий алкоголя, никотина, наркотиков на плод.
7. Влияние на плод и новорожденного лекарственных веществ. Терапевтические лекарственные препараты.
8. Источники внутриутробного инфицирования плода.
9. Рекомендации беременной о профилактике внутриутробного инфицирования плода.
10. В чем заключается первичная, вторичная и третичная профилактика врожденных пороков развития плода.

Тема 7. Современные методы исследования в акушерстве.

Вопросы для устного опроса:

1. Что включает пренатальный скрининг и на каких сроках беременности он проводится?
2. Какие неинвазивные методы исследования в акушерстве вы знаете?
3. Как часто проводится УЗИ во время беременности?
4. Доплерометрия.

5. КТГ (кардиотокография). Виды.
6. Что такое базальная частота сердечных сокращений, вариабельность, акцелерации, децелерации?
7. Что относится к инвазивным методам исследования в акушерстве?
8. Биопсия хориона. Определение, показания, противопоказания.
9. Амниоскопия. Техника проведения, показания.
10. Амниоцентез.
11. Кордоцентез,
12. биопсия кожи плода, биопсия печени, биопсия тканей опухолевидных образований. Методы проведения, показания.

Самостоятельная работа:

1. Составление тематических кроссвордов.

Тема 8. Причины наступления родов. Плод как объект родов

Вопросы для устного опроса:

1. Определение своевременных родов.
2. Какие роды называют преждевременными?
3. Какие роды называют запоздалыми?
4. Теории возникновения причин наступления родов (теория Гиппократов, теория «Инородного тела, механическая, иммунная, плацентарная, химическая, эндокринная теории).
5. Современное представление о механизмах наступления родовой деятельности.
6. Раскройте понятие «доминанты беременности».
7. Что такое прелиминарный период?
8. Предвестники родов.
9. Диагностика прелиминарного периода. Анализ его течения.
10. Наблюдение, уход за беременной в прелиминарном периоде.
11. Оценка и контроль состояния плода в прелиминарном периоде.
12. Как определяется доношенность плода.
13. Опишите критерии зрелости новорожденного.
14. Опишите череп новорожденного (кости, швы, роднички, бугры)
15. Опишите размеры головки зрелого плода:
 - Прямой размер
 - Большой косой размер
 - Вертикальный размер
 - Малый косой размер

- Большой поперечный размер
- Малый поперечный размер
- Средний косой размер

16.Опишите размеры туловища зрелого плода

17.6Дайте определение понятию положение плода. Какие положения плода существуют.

18.Что такое предлежание плода? Виды предлежаний плода.

19.Дайте определение понятию позиция плода. Какие позиций плода бывают?

20.Что такое вид позиции? Какие виды позиции существуют?

21.Опишите приемы определения расположения плода в матке (Приемы Леопольда).

Тесты:

1. Началом родов следует считать

а. излитие околоплодных вод

б. продвижение плода по родовым путям

в. появление схваток с периодичностью 15-20 минут

г. вставление головки

д. начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки

2. Своевременные роды- это роды

А.12-28 нед

Б.22-36 нед

В.38-41 нед

Г.42 недели и более

3.Преждевременные роды-это роды в сроке

А. 22-37 нед

Б.12-22 нед

В.37-42 нед

Г. 28-37 нед

4. Запоздалые роды-это роды в сроке

А. до 12 нед.

Б. 12-22 нед

В. 28-36 нед

Г. 41 нед и более

5. Основные причины наступления родов, кроме

А. усиление тормозных процессов в головном мозге и повышение возбудимости подкорковых структур

Б. повышение синтеза эстрогенов на фоне снижения уровня прогестерона

В. Повышение активности окситоцина, простагландинов, серотонина.

Г. Повышение синтеза прогестерона

6. К предвестникам родов относятся все, кроме

А. Уменьшение массы тела

Б. Появление регулярных схваток

В. Выделение цервикальной слизи

Г. Уменьшение высоты стояния дна матки

7. Прелиминарный период характеризуется

А. Нерегулярными по частоте, длительности и интенсивности схватками, продолжающимися до 6 часов

Б. Регулярными схватками

В. Полным раскрытием шейки матки

Г. Нарушением состояния плода

8. Понятие родовые пути включает

1) малый таз

2) матку, влагалище, мышцы тазового дна

3) матку, мышцы тазового дна, пристеночные мышцы таза

4) костный таз, матку, влагалище, мышцы тазового дна

5) тело матки, нижний сегмент матки, влагалище

9. Ширина и окружность бедер доношенного плода составляют

1) 13 см, 35 см

2) 12 см, 33 см

3) 11 см, 31 см

4) 9.5 см, 28 см

5) 8 см, 24 см

10. Положение плода определяется

- 1) по расположению плода в правой или левой половине матки
- 2) по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) по расположению плода в верхней или нижней половине матки
- 4) по отношению головки и конечностей к туловищу плода
- 5) по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки

11. Позиция плода определяется

- 1) по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
- 2) по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
- 3) по расположению плода в левой или правой половине матки
- 4) по отношению спинки плода к правой или левой стенке матки
- 5) по отношению плода к верхней или нижней половине матки

12. Вид плода определяется

- 1) по отношению спинки плода к левой или правой стенке матки
- 2) по расположению плода ближе к передней или задней стенке матки
- 3) по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
- 4) по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
- 5) по отношению конечностей и головки к туловищу плода

13. Членорасположение плода определяется как

- 1) отношение спинки плода к передней и задней стенке матки
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение крупной части плода к плоскости входа в малый таз
- 4) отношение спинки плода к правой и левой стенке матки
- 5) взаимоотношение между головкой, конечностями и туловищем плода

14. Укажите все возможные варианты положения плода

- 1) косое и поперечное
- 2) головное и тазовое
- 3) переднее и заднее
- 4) продольное, поперечное, косое
- 5) сгибательное и разгибательное

15. Членорасположение плода бывает

- 1) сгибательным и разгибательным
- 2) продольным, поперечным и косым
- 3) передним и задним
- 4) головным и тазовым
- 5) первым и вторым

16. Вставление головки определяется

- 1) частью головки, которая находится ниже плоскости входа в малый таз
- 2) отношением стреловидного шва к мысу и симфизу

- 3) отношением малого родничка к передней или задней стенке таза
4) отношением малого родничка к правой или левой стенке таза
17. Большой родничок образуют швы
- 1) стреловидный, лямбдовидный
 - 2) стреловидный, лобный
 - 3) стреловидный, венечный
 - 4) венечный, лямбдовидный
 - 5) стреловидный, лобный, венечный
18. Срок беременности, начиная с которого сердцебиение плода можно выслушать акушерским стетоскопом
- А. 12 недель
 - Б. 18 недель
 - В. 22 недели
 - Г. 28 недель.
19. Срок беременности, начиная с которого можно пропальпировать головку плода через брюшную стенку
- А. 12 недель
 - Б. 18 недель
 - В. 24 недели
 - Г. 30 недель.
20. Для определения массы внутриутробного плода по методу жордания, необходимо
- А. Перемножить полуокружность живота и длину плода
 - Б. Умножить высоту стояния дна матки на окружность живота
 - В. Разделить окружность живота на высоту стояния дна матки
 - Г. От длины окружности живота отнять высоту стояния дна матки
21. Отношение спинки плода кпереди или кзади называется
- А. Предлежанием
 - Б. Положением
 - В. Позичией
 - Г. Видом.
22. Отношение оси плода к оси матери называется
- А. Положением
 - Б. Предлежанием
 - В. Позичией
 - Г. Видом.
23. Третий прием леопольда-левицкого позволяет выявить
- А. Положение плода
 - Б. Предлежание плода
 - В. Позицию плода
 - Г. Вид позиции.
24. Положение, позиция и вид плода определяется приемом леопольда-левицкого номер
- А. 1
 - Б. 2

В. 3

Г. 4.

25. При измерении первых трех наружных размеров таза беременная лежит

А. На спине

Б. На боку спиной к акушерке

В. На боку лицом к акушерке

Г. На боку с согнутой нижней ногой.

19. При первой позиции плода

А. Спинка обращена влево при продольном положении

Б. Спинка обращена вправо при продольном положении

В. Головка обращена вправо при поперечном положении

Г. Ягодички обращены влево при поперечном положении.

Задача № 1

Головка плода в плоскости входа в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади, большой – спереди, слева, ниже расположен малый родничок.

Задание: Каково положение плода, позиция, вид и предлежащая часть?

Задача № 2

Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди и ниже, большой – справа сзади.

Задание: Каков вид, позиция и характер вставления головки?

Задача № 3

Первородящая, первобеременная, 24 лет, поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды отошли за 2 часа до поступления. Беременность доношенная, размеры таза: 25 – 28 – 31 - 20. Положение плода продольное, 2-я позиция. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка 140 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: Раскрытие полное, плодного пузыря нет. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди.

Задание:

1. Диагноз

2. Укажите механизм, по типу которого идут роды

3. В какой плоскости малого таза находится головка плода?

Задача № 4

Повторнобеременная, повторнородящая 27 лет, поступила через 4 часа после начала регулярной родовой деятельности. Воды не изливались. Беременность доношенная. 1 роды 3 года назад (масса плода 3150 гр.) без особенностей. Размеры таза: 26 – 28 – 31 – 21. ОЖ 96 см. ВДМ 35 см. Положение плода: продольное, 1 позиция предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение: слева на 2 см выше пупка, ритмичное – 136 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева.

Задание:

1. Диагноз. Предполагаемая масса плода.
2. В какой плоскости малого таза находится головка плода?
3. По какому механизму можно ожидать роды.

Самостоятельная работа:

1. Составление таблиц по темам: «Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания плода: основные моменты».
2. Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Плод как объект родов», «Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях плода».
3. Подготовка реферата по теме:
«Современное представление о механизмах наступления родовой деятельности».

Тема 9. Прелиминарный период. Течение I периода родов. Ведение первого периода родов

Вопросы для устного опроса:

1. Что такое прелиминарный период и как он проявляется?
2. Границы I периода родов и его длительность в норме.
3. Что такое схватки? Характеристика схваток.
4. Фазы I периода родов и их характеристика.
5. Отличие прелиминарных схваток от родовых.
6. Признаки «зрелости» шейки матки.
7. Какова продолжительность физиологических родов?
8. Какие периоды родов вы знаете?
9. Изменения, происходящие в мускулатуре матки во время родовых схваток (контракция, ретракция, дистракция).

10. Что такое пояс соприкосновения?
11. Своевременное, раннее, преждевременное, запоздалое излитие околоплодных вод.
12. Уход, наблюдение за роженицей в I периоде родов.
13. Составление плана ведения родов.
14. Оценка состояния роженицы, характера родовой деятельности, динамики родов, состояния плода в I период родов.
15. Что такое партограмма и правила ее заполнения?
16. Профилактика осложнений со стороны матери и плода в I периоде родов.

Тесты:

1. Роды делятся на периоды:
 - а. раскрытия, изгнания, последовый, послеродовой.
 - б. раскрытия, изгнания, последовый
 - в. подготовительный, сглаживания, последовый
 - г. сглаживания шейки, раскрытия, изгнания.
2. Началом родов следует считать:
 - а. излитие околоплодных вод
 - б. продвижение плода по родовым путям
 - в. появление схваток с периодичностью 15-20 минут
 - г. начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки
3. Своевременные роды - это роды в сроке:
 - а. 38-41 неделя
 - б. 22-37 недель
 - в. 42-44 недель
 - г. 36-38 недель
4. Схватки – это:
 - А. сокращения мышц брюшного пресса, тазового дна и диафрагмы
 - Б. сокращение гладкой мускулатуры матки
 - В. Раскрытие шейки матки
 - Г. излитие околоплодных вод
5. Потуги отличаются от схваток:
 - А. увеличением частоты сокращений матки

Б. увеличением интенсивности сокращений матки

В. присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна

6. Первый период родов называется:

А. подготовительный период

Б. период раскрытия

В. Период изгнания

Г. сглаживания шейки матки

7. Первый период родов продолжается:

А. от начала регулярных схваток до рождения плода

Б. от начала регулярных схваток до вставления головки

В. от начала схваток до полного открытия шейки матки

Г. от начала схваток до раскрытия на 7-8 см

8. Своевременное излитие околоплодных вод-это:

А. излитие при раскрытии шейки матки более 6-8 см

Б. при раскрытии шейки матки на 3-4 см

В. До начала родов

Г. во втором периоде

9. Ранним называется излитие околоплодных вод:

А. до начала родов

Б. до начала второго периода

В. при раскрытии шейки матки менее 6 см

Г. до начала потуг

10. Излитие околоплодных вод считается преждевременным

А. до начала родовой деятельности

Б. в первом периоде

В. при беременности сроком до 38 недель

Г. до раскрытия шейки матки до 7 см

11. Средняя продолжительность нормальных родов у первородящих и повторнородящих составляет соответственно:

А. 8-10 час и 4-6 час

Б. 15-18 час и 10-12 час

В. 12-14 час и 7-8 час

Г. 6-8 час и 4-5 час

12. К предвестникам родов относят:

А. отхождение цервикальной слизи

Б. раскрытие шейки матки

В. регулярные схватки

Г. отхождение околоплодных вод

13. К предвестникам родов относят:

А. уменьшение высоты стояния дна матки

Б. изгнание плода

В. появление потуг

Г. появление шевелений плода

14. Первый период родов заканчивается:

А. вставлением головки

Б. рождением плода

В. рождением последа

Г. полным раскрытием маточного зева

15. Излитие околоплодных вод считается запоздалым:

А. после полного раскрытия шейки матки

Б. после раскрытия на 7 см

В. после раскрытия на 5 см

Г. до начала родов

16. Запоздалым считается излитие околоплодных вод

1. после раскрытия маточного зева на 5 см

2. после раскрытия маточного зева на 7 см

3. после полного раскрытия маточного зева

4. после фиксирования головки большим сегментом в плоскости входа в малый таз

5. после появления потуг

17. При запоздалом излитии околоплодных вод возникает риск развития

1. инфекционных осложнений
2. слабости родовой деятельности
3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
4. родовой травмы у матери

18. Нормальная частота сердцебиения плода

1. 160-180 ударов в минуту
2. 120-140 ударов в минуту
3. 110-130 ударов в минуту
4. 100-140 ударов в минуту
5. 90-150 ударов в минуту

19. Приемом Пискачека определяется головка плода

1. подвижная над входом в таз
2. прижатая ко входу в малый таз
3. фиксированная малым сегментом в плоскости входа в малый таз
4. фиксированная большим сегментом в плоскости входа в малый таз
5. в дне матки

20. Влагалищное исследование в 1 периоде родов проводят во всех случаях, кроме

- А. При поступлении роженицы
- Б. При отхождении околоплодных вод
- В. Через каждый час в процессе родов
- Г. При ухудшении состояния плода

21. Партограмма представляет собой:

А. графическое изображение течения родов, которое основывается на скорости раскрытия шейки матки

- Б. графическая регистрация сократительной деятельности матки
- В. Регистрация сердечной деятельности плода
- Г. Метод ультразвукового исследования

22. Сердцебиение плода в 1 периоде выслушивается

А. каждые 30 минут

Б. каждые 15-20 минут при целом плодном пузыре, и каждые 5-10 минут при излившихся водах

В. Дважды за весь первый период

Г. Каждый час

23. Частота сердечных сокращений плода в норме составляет

А. 120-140 ударов в минуту

Б. 90-100 ударов в минуту

В. 60-80 уд в минуту

Г. 160-180 ударов в минуту

24. В первом периоде родов женщина находится

А. в род зале

Б. в предродовой палате

В. в отделении патологии беременных

Г. в отделении физиологии

25. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - шейка матки укорочена до 2.0 см, размягчена полностью, расположена по проводной оси таза, - цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев. Степень зрелости шейки матки соответствует определению

1. шейка незрелая

2. шейка созревающая

3. шейка неполностью созревшая

4. шейка зрелая

5. шейка беременной

26. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - шейка матки длиной 3.5 см, плотная, отклонена от проводной оси таза кзади, - наружный зев закрыт. Эти данные свидетельствуют

1. о зрелой шейке

2. о незрелой шейке

3. о созревающей шейке

4. о неполнотой созревшей шейке
5. о наличии готовности организма к родам

27. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - шейка матки сглажена, - открытие маточного зева 5 см, - плодный пузырь вскрылся во время исследования. Диагноз

1. 1-й период родов, преждевременное излитие околоплодных вод
2. 2-й период родов, раннее излитие околоплодных вод
3. 1-й период родов, раннее излитие околоплодных вод
4. 1-й период родов, своевременное излитие околоплодных вод
5. 2-й период родов, запоздалое излитие околоплодных вод

28. При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ обнаружено: - дно матки на 4 см ниже мечевидного отростка, - пограничная борозда на 6 см выше верхнего края лона. Предполагаемое раскрытие маточного зева составляет

1. 4 см
2. 6 см
3. 10 см
4. 2 см
5. 8 см

29. При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ установлено: - дно матки на 2 см ниже мечевидного отростка грудины, - пограничная борозда на 8 см выше верхнего края лона. Предполагаемое раскрытие маточного зева составляет

1. 8 см
2. 6 см
3. 4 см
4. 5 см
5. 2 см

5. родовой травмы у плода

30. Окрашивание околоплодных вод меконием при головных предлежаниях свидетельствует

1. о пороках развития плода
2. о гемолитической болезни плода
3. о гипоксии плода

4. о хориоамнионите

5. о внутриутробной инфекции плода

31. Амниотомия должна быть произведена

1. с появлением регулярных схваток

2. при раскрытии маточного зева на 5-6 см

3. при раскрытии маточного зева на 7-8 см

4. при появлении потуг

5. после сглаживания шейки матки

32. Влагалищное исследование должно производиться

1. при излитии околоплодных вод

2. при появлении потуг

3. в III периоде родов

4. каждые 2-3 часа для уточнения акушерской ситуации

5. каждые 10 часов для уточнения акушерской ситуации

33. Окситоциновый тест Смита проводится

1. для определения группы риска по возникновению кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде

2. для определения группы риска по развитию аномалий сократительной деятельности

3. для определения готовности организма женщины к родам

4. для определения зрелости шейки матки

5. для определения компенсаторных возможностей плода

Задача № 1

Первородящая Б. поступила в роддом с жалобами на регулярные схватки с 2.00 часов, в 14.00 произошло излитие околоплодных вод и в 20.00 в переднем виде затылочного предлежания родился живой мальчик, вес 3300 г., длина 52 см., с оценкой по шкале Апгар 9 баллов. Послед отделился и выделился самостоятельно через 15 минут. Кровопотеря в родах составила 200 мл.

Задание:

1. Подсчитать продолжительность родов общую и по периодам.

Задача № 2

Повторнобеременная, повторнородящая 30 лет, поступила через 4 часа после начала регулярной родовой деятельности. Воды не изливались. Беременность доношенная. 1 роды 4 года назад (масса плода 3500 гр.) без особенностей. Размеры таза: 26 – 28 – 31 – 21. ОЖ 96 см. ВДМ 35 см. Положение плода: продольное, 1 позиция предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение: слева на 2 см выше пупка, ритмичное – 136 ударов в минуту. Схватки регулярные, через каждые 2 минуты.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева.

Задание:

1. Диагноз. Предполагаемая масса плода.
2. В каком периоде родов находится роженица и какая это фаза?

Тема 10. Течение и ведение второго периода родов при переднем виде затылочного предлежания плода. Акушерское пособие при переднем и заднем виде затылочного предлежания, техника выполнения

Вопросы для устного опроса:

1. Определение, продолжительность II периода родов у перво- и повторнородящих женщин.
2. Течение II периода родов.
3. Дайте определение и характеристику потуг.
4. Перечислите основные моменты биомеханизма родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания плода,
5. Каковы причины возникновения заднего вида затылочного предлежания.
6. Какие могут быть осложнения в родах при заднем виде затылочного предлежания плода.
7. Уход и наблюдение за роженицей во II периоде родов.
8. Объем, последовательность действий акушерки с момента возникновения потуг.
9. Осложнения со стороны матери и плода.
10. Акушерское пособие при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
11. Как оценивать состояние плода во втором периоде родов?
12. Какова цель оказания акушерского пособия?

- 13.Перечислите основные моменты акушерского пособия в родах при переднем виде затылочного предлежания
- 14.Опишите технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания
- 15.Назовите основные моменты биомеханизма родов.
- 16.Основные моменты акушерского пособия при заднем виде затылочного предлежания.
- 17.Опишите технику оказания акушерского пособия при заднем виде затылочного предлежания.
- 18.

Тесты:

1. Второй период родов продолжается:
 - А. от начала схваток до полного раскрытия шейки матки
 - Б. от полного раскрытия шейки матки до рождения плода
 - В. От начала схваток до рождения плода
 - Г. от рождения плода до рождения последа
2. Во втором периоде:
 - А. появляются потуги
 - Б. появляются схватки
 - В. происходит раскрытие шейки матки
 - Г. рождается послед
3. Родовая опухоль-это:
 - А. доброкачественная опухоль
 - Б. злокачественная опухоль
 - В. отек подкожной клетчатки на головке плода
 - Г. кровоизлияние между надкостницей и костями черепа плода
4. Биомеханизм родов-это
 - А. разгибание головки
 - Б. рождение плода

В. совокупность движений плода при прохождении по родовым путям

Г. совокупность движений плода

5. Первый момент биомеханизма родов-

А. внутренний поворот головки

Б. сгибание головки

В. наружный поворот головки

Г. разгибание головки

6. второй момент биомеханизма родов-

А. внутренний поворот головки

Б. сгибание головки

В. наружный поворот головки

Г. разгибание головки

7. третий момент биомеханизма родов -

А. внутренний поворот головки

Б. сгибание головки

В. наружный поворот головки

Г. разгибание головки

8. четвертый момент биомеханизма родов-

А. внутренний поворот головки

Б. сгибание головки

В. наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков

Г. разгибание головки

9. Акушерское пособие (защита промежности) проводится с целью

1. сохранения нормального биомеханизма родов и предупреждение травматизма матери и плода

2. обеспечения постепенности прорезывания головки

3. выведения головки наименьшей окружностью

4. содействия освобождению головки и плечиков

5. уменьшения напряжения тканей промежности

10. Повторнобеременная поступила в родильный дом с жалобами на излитие вод и начало регулярных схваток 5 часов назад. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - раскрытие маточного зева полное, - плодного пузыря нет, - предлежит головка, малым сегментом фиксирована во входе в малый таз. Диагноз

1. 1-й период родов, преждевременное излитие вод
2. 1-й период родов, раннее излитие вод
3. 2-й период родов, преждевременное излитие вод
4. 2-й период родов, раннее излитие вод
5. 2-й период родов, запоздалое излитие вод

11. Повторнобеременная поступила в родильный дом с жалобами на излитие вод и начало регулярных схваток 5 часов назад. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - раскрытие маточного зева полное, - плодного пузыря нет, - предлежит головка, малым сегментом фиксирована во входе в малый таз. Диагноз

1. 1-й период родов, преждевременное излитие вод
2. 1-й период родов, раннее излитие вод
3. 2-й период родов, преждевременное излитие вод
4. 2-й период родов, раннее излитие вод
5. 2-й период родов, запоздалое излитие вод

12. Оптимальным сочетанием фармакологических средств для подготовки шейки матки к родам считается

1. прогестерон, спазмолитики, витамины, седативные, ферментативные средства
2. прогестерон, антигистаминные, витамины, спазмолитики, лидаза
3. эстрогены, спазмолитики, лидаза, препараты кальция, средства, улучшающие тканевой обмен
4. эстрогены, антигистаминные, седативные, диуретики
5. седативные, антигистаминные, слабительные, средства, улучшающие тканевой обмен

13. Приемом Пискачека определяется головка плода

1. подвижная над входом в таз
2. прижатая ко входу в малый таз

3. фиксированная малым сегментом в плоскости входа в малый таз
4. фиксированная большим сегментом в плоскости входа в малый таз
5. в дне матки
14. Первый этап акушерского пособия включает:
- А. воспрепятствование преждевременному разгибанию головки
 - Б. выведение головки вне потуг
 - В. уменьшение напряжения промежности
 - Г. регулирование потуг
15. Третий момент акушерского пособия при головном предлежании:
- А. освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода
 - Б. регулирование потуг
 - В. уменьшение напряжения промежности
 - Г. Выведение головки вне потуг
16. Если при оказании ручного пособия возникает угроза разрыва промежности, необходимо провести
- А. кесарево сечение
 - Б. эпидуральную анестезию
 - В. Эпизиотомию
 - Г. Акушерские щипцы
17. Перинеотомия – это
- А. рассечение промежности по срединной линии по направлению к анусу
 - Б. рассечение промежности под углом 45 гр на 1-2 см в сторону от уздечки половых губ
 - В. рассечение промежности от середины уздечки малых половых губ либо вправо, либо влево
 - Г. Рассечение передней брюшной стенки
18. Различают следующие виды эпизиотомии, кроме
- А. латеральная
 - Б. срединно-латеральная
 - В. По Пфаненштилю
 - Г. Срединная
19. Акушерское пособие (защита промежности) проводится с целью:
- а. сохранения нормального биомеханизма родов и предупреждение травматизма матери и плода

- б. обеспечения постепенности прорезывания головки
- в. выведения головки наименьшей окружностью
- г. содействия освобождению головки и плечиков
- д. уменьшения напряжения тканей промежности

20. Что такое биомеханизм родов:

- а) это рождение головки плода
- б) это движение плода по родовым путям матери
- в) это рождение плода во время потуг
- г) это совокупность различного рода закономерных движений плода на фоне его основного поступательного движения

21. Назвать I момент биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания

- а) внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- б) сгибание головки плода
- в) разгибание головки плода
- г) внутренний поворот головки плода

22. В какой плоскости малого таза завершается внутренний поворот головки плода при нормальном течении родового акта

- а) выхода из малого таза
- б) входа в малый таз
- в) при переходе из широкой в узкую часть
- г) над входом в малый таз

23. Является ли задний вид затылочного предлежания вариантом нормального биомеханизма родов

- а) да
- б) нет

24. Перечислите моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

- а) сгибание головки, внутренний поворот головки, разгибание и наружный поворот головки
- б) сгибание головки, внутренний поворот и разгибание головки

- в) вставление, разгибание головки и наружный поворот
- г) сгибание головки, поворот головки и рождение головки

25.Первый этап акушерского пособия включает:

- А. воспрепятствование преждевременному разгибанию головки
- Б. выведение головки вне потуг
- В. уменьшение напряжения промежности
- Г. регулирование потуг

26.Третий момент акушерского пособия при головном предлежания:

- А. освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода
- Б. регулирование потуг
- В. уменьшение напряжения промежности
- Г. Выведение головки вне потуг

27.Если при оказании ручного пособия возникает угроза разрыва промежности, необходимо провести

- А. кесарево сечение
- Б. эпидуральную анестезию
- В. Эпизиотомию
- Г. Акушерские щипцы

28.Перинеотомия – это

- А. рассечение промежности по срединной линии по направлению к анусу
- Б. рассечение промежности под углом 45 гр на 1-2 см в сторону от уздечки половых губ
- В. рассечение промежности от середины уздечки малых половых губ либо вправо, либо влево
- Г. Рассечение передней брюшной стенки

29.Различают следующие виды эпизиотомии, кроме

- А. латеральная
- Б. срединно-латеральная
- В. По Пфаненштилю
- Г. Срединная

Задача № 1

Первородящая 29 лет в родах 14 часов, беременность доношена, соматически здорова. Пульс 80 уд. /мин, ритмичный, АД 120\75 мм рт.ст., окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 34 см., размеры таза нормальные. Головка плода в полости малого таза. С/б плода ритмичное и ясное, 136 уд. /мин. Активная потужная деятельность. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в плоскости выхода из малого таза. Стреловидный шов в прямом размере. Малый родничок спереди. Мыс недостижим.

Задание:

1. В каком периоде родов женщина?
2. Каковы правила ведения женщины во втором периоде родов?
3. Опишите и покажите на фантоме технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания.
4. Каким размером родится головка в данном случае?

Задача № 2

Роженица находится в род зале во втором периоде родов, соматически здорова. Пульс 80 уд. /мин, ритмичный, АД 120\75 мм рт.ст., окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 34 см., размеры таза нормальные. Головка плода в полости малого таза. С/б плода ритмичное и ясное, 140 уд. /мин. Активная потужная деятельность. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в плоскости выхода из малого таза. Стреловидный шов в прямом размере, начинается врезывание головки. Несмотря на оказание акушерского пособия отмечается побледнение промежности, она истончена и приобрела блеск.

Задание:

1. Как вы оцениваете данную проблему?
2. Что необходимо предпринять в данном случае?

Тема 11. Первичный туалет новорожденного. Антропометрия новорожденного.

Вопросы для устного опроса:

1. Какие существуют этапы первичного туалета новорожденного?
2. Как проводится первичная и вторичная обработка пуповины?
3. Как проводится профилактика офтальмобленнорей?
4. По какой шкале оценивают новорожденного?
5. Какие критерии входят в шкалу Апгар?
6. Что включает в себя антропометрия новорожденных?

7. Опишите методику измерения массы тела роста новорожденного.
8. Как правильно измерять окружность головы и грудной клетки новорожденного?
9. Каковы нормы антропометрии новорожденных?

Тесты:

1. Врач-неонатолог должен проводить первичный осмотр и туалет новорожденного ребенка
 - а) в стерильных одноразовых перчатках
 - б) в защитном фартуке и очках
 - в) в медицинском халате, шапочке и маске
2. Профилактику гонобленнореи в родильном зале проводят, закапывая на конъюнктиву нижнего века ребенка
 - а) 20% раствор натрия сульфацила
 - б) 30% раствор натрия сульфацила
 - в) 20% раствор серебра нитрата
 - г) 30% раствор серебра нитрата
3. В первые сутки после рождения здорового доношенного новорожденного ребенка производится вакцинация
 - а) против гепатита В
 - б) против туберкулеза
 - в) против полиомиелита
 - г) против коклюша, дифтерии и столбняка
4. Вакцина против гепатита В, применяемая для вакцинации новорожденных детей, является
 - а) инактивированной
 - б) рекомбинантной
 - в) живой ослабленной
5. Вакцина против туберкулеза, применяемая для вакцинации новорожденных детей, является
 - а) инактивированной
 - б) рекомбинантной
 - в) живой ослабленной

6. Процесс получения информированного согласия матери на проведение вакцинации новорожденного ребенка, а также других лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, включает все нижеперечисленное, кроме

а) подробное информирование врачом-неонатологом матери о показаниях,

б) противопоказаниях, особенностях проведения процедуры / вакцинации

в) подробное информирование врачом-неонатологом медицинской сестры, которая будет проводить процедуру/вакцинацию о показаниях, противопоказаниях, особенностях проведения процедуры / вакцинации

г) понимание матерью представленной информации о предстоящей процедуре, ее цели, преимуществах, методах проведения и о рисках для ребенка, сознательное принятие матерью окончательного решения о согласии на проведение предлагаемой процедуры/ вакцинации и подписание ею документа о согласии

7. Первичный осмотр здорового новорожденного ребенка в родильном блоке обычно проводят

а) на пеленальном столике под источником лучистого тепла

б) на пеленальном столике под ламинарным потоком воздуха

в) на пеленальном столике под лампой фототерапии

г) в кювезе с регулируемой влажностью и температурой воздуха

д) в кроватке для новорожденных

9. Средняя норма веса здорового новорожденного

а) 3200-3500 грамм

б) 2500-2800 грамм

в) 2000-2500 грамм

10. рост новорожденного в норме

а) 40-42 см

б) 35-40 см

в) 44-55 см

11. окружность головки у новорожденного в норме

а) 34-36 см

б) 40-42 см

в) 30-32 см

Задача № 1

Девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза в 1 половине. Роды на 39 неделе. Воды светлые, в нормальном количестве.

При рождении состояние удовлетворительное, кожа бледно- розового цвета, конечности с синюшным оттенком, ребенок активно двигается, громко кричит, самостоятельное дыхание, пуповина до перевязки пульсировала, активные двигательные и мимические рефлексы, ЧСС 98 в 1 минуту. Через 5 минут кожа розовая, ЧСС 120 уд в минуту, рефлексы активные, ребенок активно двигается, громко кричит.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар.
2. Проведите измерение антропометрических показателей по алгоритму.

Задача №2

Роженица в род зале, в потужном периоде, общее состояние удовлетворительное, потуги регулярные, АД= 120/80 мм рт ст, пульс 90 уд в минуту. Головка родилась и совершила внутренний поворот.

а. Проведите первичный туалет новорожденного.

Тема 12. Течение и ведение третьего периода родов, физиологическая кровопотеря в родах. Немедикаментозные и медикаментозные методы обезболивания родов

Вопросы для устного опроса:

1. Определение, продолжительность III периода родов у перво- и повторнородящих женщин.
2. Течение последового периода.
3. Отделение плаценты по Шульце, Дункану.
4. Признаки отделения плаценты.
5. Способы выделения отделившегося последа.
6. Какова физиологическая кровопотеря в родах?
7. Наблюдение, уход за роженицей в III периоде родов.
8. Определение и интерпретация признаков отделения плаценты (по Шредеру, Альфельду, Довженко, Клейну, Кюстнеру-Чукалову, Микуличу-Родецкому, Штрассману, Гогенбихлеру).

9. Способы выделения отделившегося последа по Абуладзе, Гентеру, Креде-Лазаревичу. Техника выполнения.
10. Осмотр последа.
11. Физиологическая кровопотеря в родах.
12. Измерение количества теряемой крови в III периоде родов (прямые, непрямые методы).
13. Оценка состояния новорожденного.
14. Как проводят первичный туалет новорожденного?
15. Какие методы обезболивания родов вы знаете?
16. Немедикаментозные методы обезболивания родов: методы, уменьшающие болевые стимулы, активирующие периферические рецепторы, блокирующие болевые импульсы.
17. Медикаментозные методы обезболивания родов: неингаляционная, ингаляционная, региональная и местная анестезия.
18. Методы самообезболивания в родах. Методика выполнения.
19. Как проводить уход и наблюдение за роженицей во время проведения медикаментозного обезболивания родов?

Тесты:

1. Третий период родов продолжается:
А. от рождения плода до рождения последа
Б. от полного раскрытия маточного зева до рождения последа
В. два часа после рождения последа
Г. от рождения плода до отделения последа
2. Физиологическая кровопотеря в 3 периоде родов не должна превышать:
А. 1,5% от массы тела роженицы
Б. 1,0% от массы тела роженицы
В. 0,5% от массы роженицы
Г. 500 мл
3. Масса роженицы 50 кг. физиологическая кровопотеря не должна превышать:
А. 400 мл

Б.250 мл

В.300 мл

Г.500мл

4. Признаком отделения плаценты от стенки матки является:

А.отсутствие втягивания пуповины во влагалище при надавливании ребром ладони над лобковым сочленением

Б. втягивание пуповины во влагалище при надавливании ребром ладони над лобковым сочленением

В.округлая форма матки

Г.кровотечение

5. Признаком отделения плаценты от стенки матки является

1. округлая форма матки

2. втягивание пуповины во влагалище при надавливании ребром ладони над лонным сочленением

3. удлинение наружного отрезка пуповины

4. передача дыхательных движений на пуповину

5. флюктуация пуповины при поколачивании по дну матки

6. При наличии признаков отделения плаценты для выделения последа могут быть применены приемы

1. Гентера и Довженко

2. Роговина и Занченко

3. Шредера и Чукалова-Кюстнера

4. Абуладзе и Креде-Лазаревича

5. Альфельда и Штрассмана

7. Способ Абуладзе применяется

1. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 2 часов

2. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 минут

3. при появлении кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты

4. при наличии признаков отделения плаценты для выделения последа

5. при задержке отделения доли плаценты
8. Длительность 3 периода родов составляет:
 1. 8-9 часов
 2. 1-2 часа
 3. 15-30 минут
9. Послед-это
 1. плацента, плодные оболочки, пуповина
 2. плацента, околоплодные воды
3. околоплодные воды, плодные оболочки, кровь
1. Профилактика офтальмобленнореи проводится
 1. новорожденным от матерей с гонореей в анамнезе введением 30% раствора альбуцида
 2. всем новорожденным введением на конъюнктивы 1-2 капель свежего 30% раствора альбуцида
 3. всем новорожденным введением на конъюнктивы свежего 5% раствора азотнокислого серебра
 4. новорожденным от матерей с отягощенным гинекологическим анамнезом введением 30% раствора альбуцида
 5. новорожденным от матерей с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями гениталий введением свежего 30% раствора альбуцида
2. При отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения к ручному отделению плаценты и выделению последа приступают через
 1. 2 часа
 2. 1.5 часа
 3. 1 час
 4. 30 минут
 5. 15 минут
3. К операции ручного отделения плаценты и выделения последа следует приступить
 1. при наличии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения

2. при отсутствии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения
 3. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 15 минут
 4. при наличии признаков отделения плаценты в течение 30 минут
 5. при наличии признаков отделения плаценты в течение 1 часа
4. К признакам переносимости плода относится
1. масса плода более 4500 г
 2. симптом "прачки"
 3. повышенная мягкость костей черепа
 4. окружность головки плода более 35 см
 5. отсутствие первородной смазки
5. Оценка новорожденного по шкале АПГАР
1. построена на анализе 5 показателей
 2. включает данные о КОС
 3. позволяет судить о степени гипотрофии
 4. проводится однократно в первую минуту после рождения
 5. определяется при ежедневном осмотре педиатра
6. Плод считается крупным при массе тела более
1. 3000 г
 2. 3500 г
 3. 3800 г
 4. 4000 г
 5. 4500 г
7. Диагноз преждевременных родов может быть поставлен при рождении плода
1. массой 3000 г, длиной 50 см
 2. массой 2800 г, длиной 48 см
 3. массой 2600 г, длиной 47 см

4. массой 800 г, длиной 28 см
5. массой 2300 г, длиной 44 см
8. При оценке состояния новорожденного по шкале АПГАР учитываются
 1. масса тела, длина, срок гестации
 2. частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов, рефлексы, мышечный тонус
 3. частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов
 4. сознание, степень депрессии
 5. частота сердечных сокращений, общее состояние
9. Состоянию средней тяжести у новорожденного соответствуют оценки по шкале АПГАР
 1. в 1-ую минуту после рождения - 5 баллов через 5 минут - 6 баллов
 2. в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов через 5 минут - 9 баллов
 3. в 1-ую минуту после рождения - 2 балла через 5 минут - 3 балла
 4. в 1-ую минуту после рождения - 3 балла через 5 минут - 4 балла
 5. в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов через 5 минут - 8 баллов
10. В течение 30 минут после рождения плода отсутствуют признаки отделения плаценты, кровотечения нет. Врач должен
 1. применить прием Креде-Лазаревича
 2. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
 3. применить прием Абуладзе
 4. применить прием Гентера
11. После появления признаков отделения плаценты роженица потужилась, рождения последа не произошло. Врач должен
 1. произвести ручное выделение последа
 2. применить приемы Абуладзе и Креде-Лазаревича
 3. начать внутривенное капельное введение окситоцина
 4. применить прием Чукалова-Кюстнера
 5. произвести катетеризацию мочевого пузыря

12. Через 15 минут после рождения плода - началось умеренное кровотечение, - кровопотеря 300 мл, - признаков отделения плаценты нет. Врач должен

1. применить прием Креде-Лазаревича
2. наблюдать за признаками отделения плаценты и кровопотерей, если она превысит 500 мл, то приступить к ручному отделению плаценты и выделению последа
3. провести наружный массаж матки и применить прием Абуладзе
4. немедленно приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа
5. добиться отделения плаценты введением сокращающих средств и наружным массажем матки

13. При ОСМОТРЕ ПОСЛЕДА обнаружено: - плацента размерами 22 * 18 см, - имеется дефект плацентарной ткани размером 2 * 2.5 см, - оболочки все. Врач должен

1. немедленно приступить к ручному обследованию полости матки и удалению задержавшейся доли плаценты
2. тщательно наблюдать за общим состоянием, величиной кровопотери. произвести ручное обследование полости матки и удаление задержавшейся доли при нарастании кровопотери
3. провести наружный массаж матки и попытаться выделить задержавшуюся долю плаценты приемом Креде-Лазаревича
4. попросить женщину потужиться, если не произойдет выделения задержавшейся доли, то приступить к ручному обследованию полости матки и удалению доли плаценты

14. Родовая боль возникает вследствие

- а) раздражения нервных окончаний матки и родовых путей
- б) снижения порога болевой чувствительности мозга
- в) снижения продукции эндорфинов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

15. Задачей применения препаратов спазмолитического действия является

- а) снижение порога болевой чувствительности
- б) усиление действия наркотических средств
- в) подавление действия эндорфинов

- г) снижение гипертонуса поперечно и циркуляторно расположенных гладкомышечных волокон
- д) ничего из перечисленного

16. Пудендальную анестезию чаще всего применяют

- а) во втором периоде преждевременных родов
- б) при плодоразрушающих операциях
- в) при экстракции плода за тазовый конец
- г) при всем перечисленном
- д) ни при чем из перечисленного

17. К препаратам спазмолитического действия относятся все перечисленные, кроме

- а) папаверина
- б) но-шпы
- в) баралгина
- г) гифотоцина

18. В первом периоде родов для обезболивания применяются все перечисленные препараты, кроме

- а) ингаляционных анестетиков
- б) наркотических
- в) окситоцических
- г) анальгетиков

19. Во втором периоде родов для обезболивания применяется все перечисленное, кроме

- а) ингаляционных анестетиков
- б) парацервикальной блокады
- в) спазмолитиков
- г) пудендальной анестезии

20. Показанием для назначения обезболивающих препаратов в первом периоде родов является

- а) раскрытие шейки матки до 4 см
- б) слабость родовой деятельности
- в) дискоординация родовой деятельности
- г) отсутствие плодного пузыря

21. Для обезболивания родов в периоде раскрытия можно применять все перечисленные препараты, кроме

- а) закиси азота с кислородом
- б) промедола
- в) тиопентала натрия

г) фентанила

22. Проницаемость медикаментозных препаратов через плацентарный барьер

обусловлена

- а) высокой растворимостью препарата в жирах
- б) высокой концентрацией в крови
- в) низкой молекулярной массой
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

23. Промедол в терапевтических дозах обладает следующими свойствами

- а) антиагрегантными
- б) антигистаминными
- в) анальгезирующими
- г) всеми перечисленными
- д) никакими из перечисленных

24. При применении промедола в родах возможными осложнениями могут быть

- а) анурия
- б) гипертензия
- в) угнетение дыхания у матери и плода
- г) все перечисленные
- д) никакие из перечисленных

25. При применении фентанила в родах характерными осложнениями являются

- а) угнетение сократительной деятельности матки
- б) гипотоническое кровотечение
- в) нарушение свертывающей системы крови
- г) все перечисленные
- д) никакие из перечисленных

26. Разовая оптимальная доза промедола, применяемого для обезболивания родов, составляет

- а) 5 мг
- б) 20 мг
- в) 50 мг
- г) 100 мг

27. Повторное введение промедола допускается через

- а) 30 мин

- б) 60 мин
- в) 1.5 ч
- г) 3-4 ч

28. Опасность угнетения дыхательного центра у новорожденного возникает,

если промедол вводят до рождения плода

- а) за 1 ч
- б) за 40 мин
- в) за 30 мин
- г) за 10 мин
- д) в любом случае

29. Промедол может вызвать

- а) преждевременную отслойку плаценты
- б) угнетение дыхательного центра плода (новорожденного)
- в) преждевременное внутриутробное дыхание плода
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленное

30. Показаниями к применению анальгезирующих препаратов в родах является все перечисленное, кроме

- а) дискоординации родовой деятельности
- б) преждевременных родов
- в) нефропатии
- г) рубца на матке
- д) правильно а) и б)

31. При необходимости обезболивания родов у роженицы с узким тазом

следует предпочесть

- а) ингаляционные анестетики
- б) промедол
- в) морфий
- г) виадрил
- д) все перечисленное

32. Для обезболивания родов применяют следующие анестетики

- а) закись азота
- б) трилен
- в) электроанестезия
- г) все перечисленные

33. Закись азота обладает следующими свойствами
- а) повышает устойчивость плода к гипоксии
 - б) улучшает маточно-плацентарный кровоток
 - в) нормализует артериальное давление
 - г) всеми перечисленными
 - д) никакими из перечисленных
34. Действие закиси азота, как правило, начинается
- а) сразу на вдохе
 - б) через 20 с
 - в) через 3 мин
 - г) через 5 мин
35. Обезболивающее действие закиси азота прекращается
- а) сразу после прекращения ингаляции
 - б) через 20 с
 - в) через 3 мин
 - г) через 5 мин
36. Оптимальным соотношением смеси закиси азота с кислородом для обезболивания родов является
- а) 25:75
 - б) 50:50
 - в) 75:25
 - г) никакое из перечисленных
37. Ингаляцию закиси азота следует проводить
- а) постоянно, в непрерывном режиме
 - б) начинать с появления схватки и продолжать вплоть до ее окончания
 - в) применять в паузе между схватками
 - г) с началом схватки до окончания боли
38. При применении фторотана возможными осложнениями могут быть
- а) гипотония
 - б) угнетение сократительной деятельности матки
 - в) токсическое воздействие на печень и почки
 - г) все перечисленные
 - д) никакие из перечисленных
39. Противопоказаниями к применению фторотана являются все перечисленные, кроме

- а) угрозы разрыва матки
- б) гипотонии
- в) преждевременной отслойки плаценты
- г) гломерулонефрита
- д) почечной недостаточности

40. Кумулятивным действием обладают следующие ингаляционные анестетики

- а) закись азота
- б) трилен
- в) фторотан
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

41. Для перидуральной анестезии

применяются все перечисленные препараты, кроме

- а) тримекаина
- б) лидокаина
- в) новокаина
- г) промедола

42. При перидуральной анестезии возможны следующие осложнения

- а) токсическая реакция на анестетик
- б) кратковременная гипотензия
- в) кратковременное снижение сократительной активности матки
- г) все перечисленные
- д) никакие из перечисленных

43. Основным недостатком перидуральной анестезии является

- а) периферическая вазодилатация
- б) нарушение компенсаторной вазоконстрикции
при невосполненной кровопотере
- в) отсутствие болевого симптомокомплекса
в условиях реальной угрозы разрыва матки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

44. При ручном обследовании послеродовой матки
обычно применяют следующее обезболивание

- а) ингаляционный анестетик
- б) внутривенное введение анестетика
- в) пудендальную анестезию
- г) парацервикальную анестезию
- д) правильно а) и б)

45. При аборте применяют, как правило, следующий вид обезболивания
- а) ингаляционные анестетики
 - б) эндотрахеальный наркоз
 - в) пудендальную анестезию
 - г) перидуральную анестезию
 - д) все перечисленное
46. Для лечения дискоординации родовой деятельности, как правило, применяют
- а) промедол
 - б) морфий
 - в) токолитики
 - г) спазмолитики
 - д) все перечисленное
47. Для лечения патологического прелиминарного периода обычно применяют
- а) промедол
 - б) пудендальную анестезию
 - в) электроаналгезию
 - г) ингаляционный эндотрахеальный наркоз
 - д) правильно а) и в)
48. При угрозе разрыва матки применяют следующее обезболивание
- а) промедолом
 - б) электроаналгезию
 - в) пудендальную анестезию
 - г) парацервикальную анестезию
 - д) ничего из перечисленного
49. Для обезболивания преждевременных родов используется все перечисленное, кроме
- а) фторотана
 - б) закиси азота с кислородом
 - в) промедола
 - г) баралгина
50. При зашивании разрыва промежности применяют следующее обезболивание, кроме
- а) закиси азота с кислородом
 - б) фторотана
 - в) промедола внутримышечно

г) пудендальной анестезии

51. При повторном выскабливании матки (реабразия) по поводу гематометры

применяют следующие методы обезболивания, кроме

- а) калипсола внутривенно
- б) кеталара внутривенно
- в) закиси азота с кислородом
- г) фторотана

Тема 13. Течение, ведение физиологического послеродового периода. Инволюция половых органов. Ведение раннего и позднего пуэрперального периода.

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация послеродового периода.
2. Течение, ведение раннего пуэрперального периода.
3. Изменения в молочных железах родильницы.
4. Алгоритм ведения позднего пуэрперального периода.
5. Какие изменения происходят в дыхательной, сердечно-сосудистой, кроветворной системах организма родильницы?
6. Изменения, происходящие в половой системе родильницы.
7. Что такое инволюция и субинволюция матки?
8. Почему развивается лактационная аменорея?
9. Как осуществляется инволюция шейки матки в послеродовом периоде?
10. Что такое лохии? Укажите изменение характера лохий в течение нормального послеродового периода.

Тесты:

1. После окончания родов родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении в течение

1. 30 минут
2. 60 минут
3. 90 минут
4. 120 минут

5. 180 минут

2. Необходимость тщательного наблюдения за родильницей в условиях родильного отделения в течении первых 2-х часов после родов связана с высокой степенью риска развития

1. острой сердечной недостаточности
2. гипотонического кровотечения
3. инфекционно-токсического шока
4. острой дыхательной недостаточности
5. эклампсии

5. Выраженное нагрубание молочных желез наблюдается

1. во время беременности
2. на 1-2 сутки послеродового периода
3. на 2-3 сутки послеродового периода
4. на 4-5 сутки послеродового периода
5. на 5-6 сутки послеродового периода

6. Секреция молока у родильниц начинается

1. через 6 часов после родов
2. через 12 часов после родов
3. в конце 1-ых суток послеродового периода
4. на 2-3 сутки послеродового периода
5. на 5-6 сутки послеродового периода

7. Поступление молока в протоки молочных желез регулируется

1. эстрогенами
2. прогестероном
3. окситоцином
4. пролактином
5. лютеонизирующим гормоном

8. Секреторная активность молочных желез регулируется

1. эстрогенами
2. прогестероном

3. окситоцином
 4. лютеонизирующим гормоном
 5. пролактином
9. В первые сутки послеродового периода дно матки находится
1. на уровне пупка
 2. на 2 поперечных пальца выше пупка
 3. на 3 поперечных пальца ниже пупка
 4. на середине расстояния между пупком и симфизом
 5. на 3 поперечных пальца выше пупка
10. На третьи сутки послеродового периода дно матки находится
1. на уровне пупка
 2. на 1 поперечный палец ниже пупка
 3. на 1 поперечный палец выше пупка
 4. на 3 поперечных пальца ниже пупка
 5. на 3 поперечных пальца выше верхнего края лонного сочленения
11. Дно матки на 5-е сутки послеродового периода находится
1. на 1 поперечный палец ниже пупка
 2. на 2 поперечных пальца ниже пупка
 3. на 1 поперечный палец выше лонного сочленения
 4. на 3 поперечных пальца ниже пупка
 5. на середине расстояния между пупком и лонного сочленения
12. Дно матки на 7-е сутки послеродового периода находится
1. на уровне пупка
 2. на 3 поперечных пальца ниже пупка
 3. на 3 поперечных пальца выше лонного сочленения
 4. на 1 поперечный палец ниже пупка
 5. на середине расстояния между пупком и лонного сочленения

13. Масса матки после родов в среднем составляет

1. 50-80 г
2. 150-200 г
3. 300-500 г
4. около 1000 г
5. около 2000 г

14. К концу первой недели послеродового периода масса матки уменьшается

1. на 20%
2. на 35%
3. на 40%
4. на 50%
5. на 70%

15. К концу послеродового периода масса матки уменьшается

1. почти в 2 раза
2. почти в 4 раза
3. почти в 5 раз
4. почти в 20 раз
5. почти в 60 раз

16. При нормально протекающем послеродовом периоде формирование внутреннего зева цервикального канала заканчивается

1. к 3 суткам
2. к 10 суткам
3. к 30 суткам
4. к 21 суткам
5. к концу послеродового периода

17. При нормальном течении родов и послеродового периода роженице разрешается вставать

1. через 2 часа после родов

2. через 6 часов после родов
 3. через 24 часа после родов
 4. через 36 часов после родов
 5. через 48 часов после родов
18. При нормально протекающем послеродовом периоде наружный зев цервикального канала формируется к концу
1. 1-х суток
 2. 2-ых суток
 3. 3-ей недели
 4. 1-го месяца
 5. 6-8 недели
19. В раннем послеродовом периоде нормальные выделения из матки
1. сукровичные в умеренном количестве
 2. кровянисто-серозные, обильные
 3. серозные в умеренном количестве
 4. кровянистые в умеренном количестве
 5. кровянистые, обильные
20. О нормальном течении инволюции матки судят
1. по количеству лохий
 2. по общему состоянию родильницы
 3. по данным влагалищного исследования
 4. по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий
 5. по состоянию наружного зева цервикального канала
21. На 1-3 сутки послеродового периода лохии
1. кровянистые
 2. серозно-кровянистые
 3. серозные
 4. слизистые

- 5. кровянисто-серозные
- 22. На 3-4 сутки послеродового периода лохии
 - 1. кровянисто-серозные
 - 2. серозно-кровянистые
 - 3. серозные
 - 4. слизистые
 - 5. отсутствуют
- 23. На 5-7 сутки послеродового периода лохии
 - 1. кровянистые
 - 2. серозно-кровянистые
 - 3. серозные
 - 4. слизистые
 - 5. отсутствуют
- 24. На 10-12 день послеродового периода лохии
 - 1. кровянистые
 - 2. серозно-кровянистые
 - 3. серозные
 - 4. слизистые
 - 5. отсутствуют
- 25. Выделение лохий заканчивается к концу
 - 1. 1-ой недели
 - 2. 2-ой недели
 - 3. 3-ей недели
 - 4. 1-го месяца
 - 5. 5-6 недели
- 26. Щелочная реакция и специфический прелый запах лохий, наличие в них микроорганизмов являются признаками, характерными
 - 1. для нормального течения послеродового периода
 - 2. для лохиометры

3. для метроэндометрита
 4. для метротромбофлебита
 5. для субинволюции матки
27. Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит
1. на 10-15 день
 2. на 2-3 неделе
 3. на 4-5 неделе
 4. на 6-8 неделе
 5. на 8-10 неделе
29. Инволюция матки сопровождается
1. уменьшением ее массы
 2. увеличением ее подвижности
 3. прогрессирующим тромбозом вен таза
 4. усилением кровотока в маточных сосудах
 5. формированием нижнего сегмента
30. Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается
1. на 1-ой неделе послеродового периода
 2. на 2-ой неделе послеродового периода
 3. на 6-8 неделе послеродового периода
 4. на 3-ей неделе послеродового периода
 5. на 4-ой неделе послеродового периода
31. Остаток пуповины у новорожденных отпадает
1. на 1-2 сутки после родов
 2. к концу 1 недели
 3. на 8-9 сутки после родов
 4. на 10-11 сутки после родов
 5. к концу 3 недели

32. В конце первых суток после родов внутренний зев обычно пропускает

1. кисть руки
2. 4 пальца
3. 2 пальца
4. 1 палец
5. кончик пальца

33. Максимальная транзиторная потеря массы тела новорожденных в первые 3-4 дня после рождения обычно не превышает

1. 1%
2. 2%
3. 3%
4. 6%
5. 12%

35. Транзиторное повышение температуры тела родильницы в первые дни послеродового периода обычно связано

1. с перенесенным нервным и психическим напряжением
2. с становлением лактации
3. с тромбофлебитом вен таза
4. с особенностью гормонального фона
5. с лохиометрой

36. Родильницам группы высокого риска гнойно-септических осложнений с целью их профилактики назначаются

1. витамин В12, хинин, фурадонин, аскорутин, антибиотики - по показаниям
2. гемодез, полидез, эуфиллин
3. витамины группы В, С, внутривенно капельно метроджил
4. окситоцин, метилэргометрин, сульфаниламидные препараты
5. пирогенал, трихопол

37. Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается

1. к 1-ой неделе послеродового периода
 2. к 2-ой неделе послеродового периода
 3. к 3-ей неделе послеродового периода
 4. к 4-ой неделе послеродового периода
 5. к концу послеродового периода
38. Задержка обратного развития матки в послеродовом периоде называется
1. субинволюцией матки
 2. лохиометрой
 3. гематометрой
 4. эндометритом
 5. метроэндометритом
39. Ведущим механизмом прекращения кровотечения сразу после родов является
1. гипертонус матки
 2. тромбоз вен матки
 3. тромбоз вен таза
 4. дистракция
 5. спазм шейки матки
40. Процесс тромбообразования в сосудах матки
1. начинается сразу после родов
 2. является ведущим механизмом прекращения кровотечения в течение первого часа послеродового периода
 3. стимулируется при кормлении грудью
 4. в норме сопровождается тромбофлебитом вен таза
 5. не оказывает влияния на ее инволюцию
41. Продолжительность послеродового периода составляет
1. 5-7 дней
 2. 10-14 дней
 3. 3-4 недели

4. 6-8 недель
 5. 2-3 недели
42. В наблюдательное послеродовое отделение подлежат переводу
1. родильницы после оперативного родоразрешения
 2. инфицированные родильницы
 3. родильницы, имеющие швы на промежности
 4. родильницы группы повышенного риска гнойно-септических осложнений
 5. родильницы после патологических родов
43. Родильнице после выписки из акушерского стационара назначается явка в женскую консультацию
1. через 4 недели
 2. через 6-8 недель
 3. через 2-3 недели
 4. через 10-12 дней
 5. через 2-3 дня
44. Длительность послеродового отпуска у женщин с неосложненным течением родов и послеродового периода составляет
1. 76 дней
 2. 36 дней
 3. 50 дней
 4. 56 дней
 5. 70 дней
45. Длительность послеродового отпуска у женщин с осложненным течением родов составляет
1. 76 дней
 2. 70 дней
 3. 56 дней
 4. 50 дней
 5. 36 дней

Тема 14. Гигиена родильницы. Профилактика послеродовых осложнений. Правила грудного вскармливания. Послеродовая реабилитация и контрацепция. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде

Ответьте на вопросы:

1. Преимущества грудного вскармливания для новорожденного и матери.
2. Правила подготовки родильницы к кормлению. Признаки, определяющие правильное прикладывание новорожденного к груди.
3. Техника сцеживания молочных желез.
4. Причины гипогалактии.
5. Медикаментозная терапия, профилактика гипогалактии. Выполнение назначений врача.
6. Уход за молочными железами.
7. Профилактика трещин сосков, лактационного мастита, послеродовых инфекционных заболеваний.
8. Санитарно – просветительная работа с родильницей по вопросам послеродовой реабилитации.
9. Режим половой жизни в послеродовом периоде.
10. Особенности контрацепции после родов.
11. Современные методы контрацепции для кормящих грудью женщин. Преимущества, недостатки, относительные и абсолютные противопоказания, рекомендации по применению, побочные реакции.
12. Методы контрацепции для не кормящих грудью женщин.

Тесты:

1. Молозиво после родов вырабатывается в течение
 1. 1-2 недель
 2. 9-10 дней
 3. 12-14 дней
 4. 3-4 дней
 5. 1-2 дней
2. Характерным для молозива является

1. белый цвет
 2. кислая реакция
 3. низкое содержание иммуноглобулинов
 4. более низкое содержание белков и жиров, чем в зрелом молоке
 5. содержание специфических клеток с жировыми включениями
3. Укажите характеристики, не свойственные зрелому женскому молоку
1. удельный вес 1026-1036
 2. белый цвет
 3. богато углеводами
 4. содержит белков больше, чем молозиво
 5. щелочная реакция
4. В первые 10 дней после рождения количество молока на каждое кормление должно составлять
1. 100 (мл)
 2. 70 (мл)
 3. $5 \times \text{число дней жизни}$ (мл)
 4. $10 \times \text{число дней жизни}$ (мл)
 5. 50 (мл)
5. Преимуществами грудного вскармливания являются все перечисленные, кроме:
- А. снижается риск развития доброкачественных и злокачественных процессов в молочных железах
 - Б. в грудном молоке есть иммуноглобулины
 - В. ГВ стимулирует секрецию окситоцина в организме роженицы
 - Г. Дети быстрее набирают массу тела

Тема 15. Токсикозы беременных. Преэклампсия.

Вопросы:

1. Токсикозы беременных.
2. Редкие формы токсикозов беременных.
3. Прегестоз. Отеки беременных.
4. Преэклампсия средней и тяжелой степени.
5. Эклампсия.
6. Родоразрешение при преэклампсии, эклампсии.

Тесты

1. Главные звенья патогенеза преэклампсии:
 - А. нарушение микроциркуляции

- Б. повышение гидрофильности тканей
 - В. вазодилатация
 - Г. вазоспазм
 - Д. повышение проницаемости клеточных мембран для Ca^{2+}
2. При преэклампсии происходят следующие изменения в сосудах:
- А. эндотелиоз
 - Б. нарушение синтеза вазодилататоров
 - В. вазоспазм
 - Г. повышение проницаемости
 - Д. отложение холестерина
3. К основным симптомам преэклампсии относятся:
- А. повышение цифр АД
 - Б. отеки
 - В. рвота
 - Г. протеинурия
 - Д. тахикардия
4. Симптомы преэклампсии следующие:
- А. головная боль или тяжесть в затылке
 - Б. нарушение зрения
 - В. боли в эпигастрии или правом подреберье
 - Г. тошнота
 - Д. гипертермия
5. Клинические симптомы HELLP – синдрома:
- А. слабость, недомогание
 - Б. одышка
 - В. боли в эпигастрии или правом подреберье
 - Г. желтуха
 - Д. повышенная кровоточивость (петехии, кровоизлияния в местах инъекций)
6. Для лечения преэклампсии используют:
- А. антигипертензивные препараты
 - Б. дезагреганты
 - В. инфузии растворов
 - Г. сульфат магния
 - Д. антибиотики
7. Лечение преэклампсии включает:
- А. профилактика приступа эклампсии
 - Б. восстановление функции жизненно важных органов
 - В. гемотрансфузии
 - Г. быстрое и бережное родоразрешение
8. Лечение HELLP – синдрома включает в себя:
- А. инфузионную и заместительную трансфузионную терапию
 - Б. иммунодепрессанты
 - В. гепатопротекторы

Г. антибиотики

Д. диуретики

9. При ведении родов у пациенток с преэклампсией используют:

А. постоянный мониторинг цифр АД, Рс

Б. гипотензивную терапию

В. регионарную анестезию

Г. раннюю амниотомию

Д. кардиотоники

10. При преэклампсии возможны следующие осложнения для детей:

А. хроническая гипоксия

Б. острая гипоксия

В. внутриутробная задержка роста

Г. внутриутробная пневмония

Д. антенатальная гибель плода

11. Лечение эклампсии включает в себя применение:

А. сульфата магния

Б. диазепама

В. ИВЛ

Г. антигипертензивных препаратов

Д. инфузионной терапии

Е. все выше перечисленное

Задачи

1. У беременной 19 лет со сроком гестации 35 недель при очередном посещении женской консультации обнаружено: еженедельная прибавка

массы тела составила 800 г. I половина беременности протекала без осложнений. С 32 недель появились отеки на голенях к концу дня. За последнюю неделю отеки увеличились, стали постоянными. Рост 162 см.

Масса тела 75 кг. АД 115/70 мм.рт.ст. на обеих руках. При осмотре определяются отеки нижних конечностей и живота. Со стороны внутренних органов изменений не обнаружено. Окружность живота 85 см.

Высота дна матки – 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд.в мин.

Диагноз. План обследования и лечения.

2. Машиной скорой помощи в родильный дом доставлена первобеременная

23 лет. Срок гестации 32 недели. Женскую консультацию не посещала в

течение месяца. Последние 3 дня беременную беспокоили головные боли, тошнота, была однократная рвота. Муж вызвал скорую помощь. Во время транспортировки лекарственные препараты не вводились. При поступлении общее состояние тяжелое. Жалобы на головную боль. Лицо гиперемировано, одутловатое. Значительные отеки на ногах и передней брюшной стенке. При измерении АД, которое составило 160/100 мм.рт.ст., у беременной появились судороги.

Диагноз. Наметить план лечения соответственно протоколу. Отметить ошибки при транспортировке и в приемном отделении родильного дома.

3. Поступила повторнородящая 32 лет с жалобами на слабость, боли в эпигастрии. Срок беременности 32 недели. Предыдущая беременность закончилась преждевременными родами путем кесарева сечения в 32 недели. Показанием к преждевременному родоразрешению был гестоз тяжелой степени. При поступлении и осмотре беременной отмечена пастозность голеней, желтушность кожи, АД 140/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Окружность живота 80 см. Высота стояния дна матки 27 см. Матка безболезненна во всех отделах. При пальпации обнаружен край печени, выступающий из-под реберной дуги на 2 см. В анализах крови обнаружено повышение печеночных ферментов в 10 раз по сравнению с нормой, гипербилирубинемия, число тромбоцитов 90 тыс. При УЗИ – толщина нижнего маточного сегмента 4 мм.

Диагноз. Тактика ведения и лечения.

4. В отделении патологии беременности родильного дома поступила первородящая 35 лет, срок беременности 29 – 30 недель. Из перенесенных заболеваний отмечает гипертоническую болезнь с 30 лет (исходные цифры АД 140/90 ммрт.ст.). До беременности периодически получала атенолол.

Гипертонических кризов не отмечено. Во время беременности в I триместре АД – в пределах 130/85 - 140/80 мм.рт.ст. С 27 недель еженедельная прибавка массы тела составляла 800-900 г. Неделю назад в анализе мочи определился белок 0,99г/л. АД 150/100 мм.рт.ст. на обеих руках. Отеки голеней. Диурез положительный. При фетометрии выявлена ЗРП II степени. Допплерометрия кровотока свидетельствует о его нарушении в маточных артериях и артерии пуповины. КТГ – 8/9 баллов.

Диагноз. План ведения.

5. Первородящая 18 лет поступила в родильный дом с началом родовой деятельности. I половина беременности протекала без осложнений. С 30 недели отмечает отеки. При поступлении - АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках, отеки голеней. В анализах мочи белок 0,99 г/л. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, края тонкие, открытие 2 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Роды решено вести выжидательно на фоне обезболивания спазмолитиками (но-шпа 2 мл в/м, свечи с бускопаном), гипотензивной терапии. При открытии 8 см излились светлые околоплодные воды. Через 4 часа родилась живая доношенная девочка массой 4100г. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. АД на протяжении родов варьировало от 120/85 до 140/90 мм.рт.ст. I период родов продолжался 15 часов, II – 2 часа, III – 15 минут. После родов цифры АД составили 130/90 мм.рт.ст. На фоне гипотензивной терапии через 2 часа переведена в послеродовое отделение. На 2 сутки после родов появились головные боли, тошнота. При измерении цифр АД, значения их составили 160/110 мм.рт.ст. на обеих руках. Во время внутримышечной

инъекции появились судорожные подергивания мимической мускулатуры, а затем мышц туловища и конечностей. Сознание после приступа отсутствует.

Диагноз. План лечения. Выявить ошибки ведения пациентки.

6. В приемное отделение родильного дома машиной скорой помощи доставлена беременная 27 лет при сроке беременности 30 недель с жалобами на головную боль, снижение остроты зрения, боли в эпигастрии и отсутствие шевеления плода в течение суток. Данная беременность вторая. Первая беременность 3 года назад закончилась оперативными родами в 32 недели гестации по поводу тяжелого гестоза, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Родился ребенок массой 1200 г, находился в отделении интенсивной терапии и в детской больнице на 2-ом этапе выхаживания. В данный момент отстает в развитии. После первых родов пациентка не обследовалась. При сборе анамнеза обнаружена отягощенная наследственность: по отцовской линии высокая частота инсультов и инфарктов миокарда. Во время данной беременности со II триместра отмечет повышение цифр АД до 130/90 – 140/90 мм.рт.ст., с 20 недель – патологическую прибавку массы тела. В 24 недели при УЗИ зарегистрировано отставание роста плода. С учетом этого получала лечение (трентал, актовегин, коринфар) в отделении патологии родильного дома в течение 2-х недель. Была выписана с улучшением состояния, отмечен рост плода. В последующем женскую консультацию посещала не регулярно. В 29 недель отмечено повышение цифр АД до 140/90 – 150/90 мм.рт.ст., появились отеки. От госпитализации отказалась, получала лечение в амбулаторных условиях. При появлении головных болей, отсутствия шевеления плода доставлена в приемное отделение родильного дома.

Диагноз. Тактика ведения. План дополнительного обследования.

Тема 16. Ведение беременности и родов при экстрагенитальной патологии и аномалиях развития половой системы

Вопросы:

1. Анемии и беременность. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
2. Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Показания для прерывания беременности. Сроки и методы родоразрешения. Осложнения беременности и родов
3. Ведение беременности и родов при заболеваниях мочевыделительной системы. Осложнения со стороны матери и плода во время беременности, в родах. Профилактика осложнений. Показания для госпитализации. Принципы терапии. Ведение беременности и родов при заболеваниях эндокринной системы.
4. Ведение беременности, родов при сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы (диффузный токсический зоб, гипотиреоз, эутиреоидный зоб). Противопоказания к беременности. Осложнения со стороны матери и плода во время беременности, в родах. Профилактика осложнений.
5. Ведение беременности и родов при заболеваниях репродуктивной системы. Осложнения со стороны матери и плода во время беременности, в родах. Профилактика осложнений. Показания для госпитализации. Сроки и методы родоразрешения
6. Ведение беременности и родов при изосерологической несовместимости крови матери и плода по Rh- факторы и системе ABO.

Тесты

1. При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и на КТГ - признаки гипоксии плода. Показано
 1. расширение консервативной терапии, сохранение беременности до доношенного срока
 2. начать подготовку к родовозбуждению
 3. родовозбуждение, при отсутствии эффекта - кесарево сечение
 4. родовозбуждение, при ухудшении состояния плода или матери - кесарево сечение

5. кесарево сечение

2. К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным диабетом не относится

1. преждевременное прерывание беременности

2. раннее развитие позднего токсикоза

3. маловодие

4. ангиопатия сетчатки

5. слабость родовой деятельности

3. Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна

1. большая масса тела

2. гипогликемия

3. высокая частота респираторных расстройств

4. высокая частота пороков развития

5. все перечисленное

4. При беременности больные сахарным диабетом могут получать

1. диетотерапию с ограничением углеводов и жиров

2. инсулинотерапию

3. сахаропонижающие препараты группы сульфаниламидов

4. бигуаниды

5. диетотерапию с ограничением белков

5. Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются

1. рождение крупного ребенка в анамнезе

2. мертворождение в анамнезе

3. наличие диабета у родителей

4. ожирение

5. все перечисленное

Задача 1

Первобеременная С., 25 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке беременности 8 недель с жалобами одышку при небольшой физической нагрузке. Состоит на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом:

Ревматизм. Митральный стеноз. II ПА. При проведении обследования врачи-кардиологи и кардиохирурги при аускультации сердца выслушали ранний тихий диастолический шум во II, III, IV межреберье слева у грудины. При динамической аускультации сердца выявлены следующие особенности шума: усиливается на выдохе и при изометрическом мышечном напряжении, при пробе Вальсальвы через 6-8 сокращений сердца достигает прежней интенсивности.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

У женщины на 24 неделе беременности стала быстро нарастать анемия. В общем анализе крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 90

г/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, единичные мегалобласты, мегалоциты, ретикулоциты – 0,2 %.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Беременная М., 40 лет, в сроке гестации 34 недели жалуется на мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос.

При обследовании выявлена бледность кожи и слизистых оболочек.

Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. При аускультации сердца I тон на

верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум над всеми точками

сердца. В легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин – 90 г/л, эр. – $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦП –

0,7, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$: э – 2, п – 3, с – 70, л – 25, м – 10, анизоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо – 7,2 мкмоль/л.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

В женскую консультацию обратилась пациентка в сроке беременности 24 недели с жалобами на желтушность кожных покровов в течение 7

дней, легкий кожный зуд. В течение 2 недель отмечает слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость, последние 3 дня - темную пенистую мочу и светлый кал.

Из анамнеза выяснено, что 3 месяца назад лечилась у стоматолога.

При осмотре – желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба. Печень увеличена. Матка овоидной формы, в нормальном тонусе.

Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

Диагноз. Тактика.

Тема 17. Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты

Вопросы:

1. Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты.
2. Пороки развития плода. Классификация. Диагностика. Акушерская тактика. Аномалии развития плаценты, пуповины. Причины. Диагностика. Влияние на течение беременности, родов.
3. Пузырный занос. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика, акушерская тактика. Осложнения. Диспансерное наблюдение за женщинами после удаления пузырного заноса.
4. Маловодие. Причины, Клиническая картина. Диагностика, принципы терапии. Влияние на течение беременности и родов.
5. Многоводие. Причины, Клиническая картина. Диагностика, принципы терапии. Влияние на течение беременности и родов.
6. Плацентарная недостаточность.

Тесты:

1. Беременной с Rh (-) принадлежностью крови необходимо
1. проводить контроль за титром антител в первой половине беременности один раз в месяц
2. проводить контроль за титром антител во второй половине беременности каждые две недели

3. проводить мониторинг за состоянием плода
 4. проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию
 5. все перечисленное
2. Профилактика иммунологического конфликта между матерью и плодом заключается
1. во введении резус-отрицательным женщинам анти-D-глобулина после абортoв и родов
 2. в переливании крови с учетом резус фактора и группы крови
 3. в профилактике первого абортa у резус-отрицательных женщин
 4. в бережном родоразрешении женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови через естественные родовые пути
 5. все перечисленное
3. При развитии иммунологического конфликта между матерью и плодом роды могут осложняться
1. ранним излитием околоплодных вод
 2. разрывом матки
 3. кровотечением в третьем периоде родов
 4. интранатальной гибелью плода
 5. гипоксией плода
4. В комплекс препаратов, используемых для неспецифической терапии иммунологического конфликта между матерью и плодом, входит
1. раствор глюкозы
 2. эссенциале
 3. раствор сибигана
 4. глюконат кальция
 5. все перечисленное
5. Причиной желтухи у новорожденных может быть
1. гемолитическая болезнь
 2. функциональная незрелость печени
 3. гемолитическая анемия

4. недоношенность
5. все перечисленное
6. Гипоксия плода может быть диагностирована с помощью
 1. аускультации
 2. фоно-электрокардиографии
 3. пробы Залинга
4. все перечисленное
5. амниоскопии
7. Профилактика гемолитической болезни плода включает
 1. неспецифическую десенсибилизирующую терапию
 2. назначение токолитиков
 3. введение стафилококкового гамма-глобулина
 4. общее УФО
 5. трансплантацию беременным лоскута кожи, взятого у мужа
8. Гемолитическая болезнь новорожденного обычно проявляется
 1. гипербилирубинемией
 2. сужением швов и родничков
 3. распространенными отеками
 4. бледностью и желтушностью кожных покровов
 5. расстройством функций сердечной и дыхательной систем
9. Основные мероприятия по оживлению новорожденного, родившегося в асфиксии, включают
 1. освобождение дыхательных путей
 2. интубацию и искусственную вентиляцию легких
 3. оксигенотерапию
 4. все перечисленное
 5. наружный массаж сердца
10. Гипотрофия плода часто является следствием
 1. позднего токсикоза беременных

2. курения
 3. алкоголизма
 4. гипертонической болезни
 5. все перечисленное
11. При нарастании тяжести гемолитической болезни плода
1. показано досрочное родоразрешение
 2. у беременной часто развивается кетоацидоз
 3. возрастает титр антител в крови матери
 4. у него развивается гипоксия
 5. у беременных проявляется протеинурия
12. Гипотрофия новорожденного характеризуется
1. более низкой массой тела по сравнению с массой тела здорового ребенка, родившегося при том же сроке гестации
 2. уменьшением выраженности подкожного жирового слоя
 3. развитием генерализованных отеков
 4. бледностью или цианозом кожных покровов
 5. расстройством дыхания
13. Приобретенное неинфекционное воспаление на коже новорожденного - опрелость -
1. возникает как результат неправильного ухода
 2. чаще возникает в области кожных складок
 3. может легко инфицироваться
 4. необходимо лечить антибиотиками
 5. необходимо обрабатывать дезинфицирующими растворами
14. Гемолитическая болезнь новорожденного возникает в результате
1. сенсибилизации резус-антигенами
 2. внутриматочной инфекции
 3. сенсибилизации антигенами системы ABO
 4. хронической гипоксии плода при позднем токсикозе беременных

5. сенсibilизации лейкоцитарными антигенами

15. Для гемолитической болезни новорожденного характерно

1. увеличение общего билирубина крови
2. снижение общего белка крови
3. снижение гемоглобина
4. появление бластных элементов крови
5. все перечисленное

16. Острая гипоксия плода развивается в результате

1. тугого обвития пуповины
2. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
3. изосерологической несовместимости крови матери и плода
4. сердечно-сосудистых заболеваний матери
5. слабости родовой деятельности

17. С целью диагностики состояния плода у беременных с RH(-) принадлежностью крови необходимо производить

1. исследование околоплодных вод
2. ультразвуковое сканирование
3. ЭКГ и ФКГ плода
4. амниоскопию
5. все перечисленное

18. К основным формам гемолитической болезни новорожденных относятся

1. отечная
2. желтушная
3. анемическая
4. геморрагическая
5. судорожная

19. Постнатальное лечение гемолитической болезни может включать

1. заменное переливание крови
2. эвакуацию асцита

3. управляемое дыхание
4. введение бета-адреномиметиков
5. фототерапию
20. Лечение детей с синдромом дыхательных расстройств проводится
 1. с использованием кувеза
 2. с применением оксигенотерапии, в том числе и гипербарической оксигенации
 3. с применением 2% раствора гидрокарбоната натрия
 4. с применением антибиотиков
 5. все перечисленное

Тема 18. Преждевременное прерывание беременности.

Вопросы:

1. Невынашивание беременности. Причины невынашивания в ранние сроки беременности. Группы риска по невынашиванию. Выявление беременных группы риска по невынашиванию.
2. Диагностика, тактика ведения беременности, уход, наблюдение и принципы лечения беременных с угрожающим и начавшимся выкидышем на ранних и поздних сроках самопроизвольного прерывания беременности.
3. Критические сроки при привычном невынашивании беременности. Профилактика невынашивания.
4. Преждевременные роды. Клиническая картина, диагностика. Выявление беременных группы риска по преждевременным родам.
5. Диагностика, тактика ведения беременности, уход, наблюдение и принципы лечения беременных с угрожающими преждевременными родами.
6. Профилактика осложнений в родах и РДС-синдрома у новорожденного.
7. Акушерское пособие при преждевременных родах.

Тесты:

1) Невынашивание

1. это прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель
2. включает все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода
3. чаще наблюдается во II триместре беременности
4. может быть показанием для пересадки аллогенной кожи
5. не требует лечения вне беременности

2) Наиболее частой причиной прерывания беременности является

1. гипотиреоз
2. гормональная недостаточность яичников и плаценты
3. истмико-цервикальная недостаточность
4. генитальный инфантилизм
5. иммунологический конфликт

3) Патогенетически не обосновано и не может быть использовано для лечения угрозы прерывания беременности назначение

1. дексаметазона
2. сернокислой магнезии
3. партусистена
4. седуксена
5. овидона

4) Противопоказанием к хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности не считается

1. кровотечение
2. аномалия развития плода
3. повышенная возбудимость матки
4. пролабирование плодного пузыря
5. IV степень чистоты влагалища

5) Операции В.Широдкара, Б.Сценди, Л.И.Любимовой и Н.М.Мамедалиевой применяются для лечения невынашивания, связанного

1. с пороком развития матки
2. с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью
3. с органической истмико-цервикальной недостаточностью
4. с внутриматочными синехиями
5. с инфантилизмом

Задача 1

В отделение патологии беременных поступила первородящая 20 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Объективно: живот овоидной формы за счет беременной матки, соответствующей 30 неделям беременности. Матка при пальпации приходит в повышенный тонус. Положение

плода продольное, головка над входом в малый таз, низко. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

В родильный дом поступила беременная с жалобами на схваткообразные боли в течение 4 часов и подтекание околоплодных вод в течение 3 часов. Объективно: матка соответствует 34-35 неделям беременности. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 ударов в минуту. Подтекают светлые околоплодные воды.

При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 1 см, центрирована, мягкая, пропускает 2 поперечных пальца.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

В родильный дом доставлена беременная при сроке 32 недели беременности с жалобами на боли тянущего характера внизу живота.

Объективно: матка при пальпации приходит в повышенный тонус.

Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: шейка

матки укорочена до 2 см, плотная, отклонена кзади. Цервикальный канал пропускает 1 палец на всем протяжении. Плодный пузырь цел.

Диагноз. Тактика.

Тема 19. Переношенная беременность.

Вопросы:

1. Переношенная беременность. Понятия о переношенной беременности и запоздалых родах.
2. Причины переношенной беременности.
3. Степень риска для матери и плода. Возможные осложнения до родов, в родах, и послеродовом периоде.
4. Методы диагностики переношенной беременности.
5. Акушерская тактика при переношенной беременности. Особенности ведения родов. Осложнения в родах.
6. Признаки переношенности у новорожденного.
7. Профилактика перенашивания.
8. Диагностика, тактика ведения беременных с переношенной беременностью.
9. Методы родовозбуждения.

Тесты:

- 1) Пролонгированная беременность характеризуется
 1. продолжительностью более 294 дня
 2. развитием фетоплацентарной недостаточности
 3. рождением ребенка с признаками незрелости
 4. многоводием
 5. маловодием
- 2) Для диагностики переношенной беременности используют
 1. определение срока беременности по данным анамнеза
 2. амниоскопию

3. окситоциновый тест Смита

4. УЗИ

5. кольпоцитоскопию

3) Для переношенной беременности не характерно

1. высокое стояние дна матки

2. нарастание массы тела беременной

3. уменьшение окружности живота

4. ограничение подвижности плода, маловодие

5. усиление или ослабление движений плода

4) Классический синдром переношенности новорожденного не включает

1. мацерацию кожи в области стоп и ладоней

2. отсутствие казеозной смазки

3. удлинение ногтей

4. отек подкожной клетчатки

5. узость швов и родничков

5) Для запоздалых родов не характерна высокая частота

1. несвоевременного излития околоплодных вод

2. клинически узкого таза

3. бурной родовой деятельности

4. гипоксии плода

5. травматизма матери

Задача 1

Первобеременная 29 лет поступила в родильный дом в сроке беременности 42 недели. ВДМ – 38 см, ОЖ – 115 см. Размеры таза: 26-28-32-20 см. Головка плода над входом в малый таз, кости головки плода плотные.

При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт.

Диагноз. Тактика.

Тема 20. Аномалии сократительной деятельности матки.

Вопросы:

1. Аномалии сократительной деятельности матки.
2. Виды аномалий сократительной деятельности матки.
3. Преждевременное излитие околоплодных вод.
4. Патологический прелиминарный период.
5. Слабость родовой деятельности: виды, клиническая картина, диагностика. Особенности ведения родов, уход и наблюдение за роженицей.
6. Дискоординация родовой деятельности.
7. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
8. Эмболия околоплодными водами. Оказание неотложной доврачебной помощи. Прогноз, профилактика.

Тесты:

- 1) К аномалиям родовой деятельности относят
 1. первичную слабость родовой деятельности
 2. вторичную слабость родовой деятельности
 3. чрезмерно сильную родовую деятельность
 4. дискоординированную родовую деятельность
 5. все перечисленное
- 2) К группе высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности относятся женщины, имеющие
 1. различные нарушения менструального цикла в анамнезе
 2. первую беременность
 3. ожирение
 4. половой инфантилизм
 5. тазовое предлежание плода
- 3) По данным литературы, первичная слабость родовой деятельности наблюдается
 1. у 2-10% рожениц

2. у 15-20% рожениц

3. у 25% рожениц

4. у 30% рожениц

5. у 40% рожениц

4) По данным литературы, вторичная слабость родовой деятельности наблюдается приблизительно

1. у 2.4% рожениц

2. у 10.0% рожениц

3. у 20.0% рожениц

4. у 25.0% рожениц

5. у 30.0% рожениц

5) В группе первородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

1. от 10 до 12 часов

2. от 8 до 10 часов

3. от 4 до 6 часов

4. от 2 до 4 часов

5. менее двух часов

6) В группе повторнородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

1. от 12 до 10 часов

2. от 10 до 8 часов

3. от 6 до 4 часов

4. от 4 до 2 часов

5. менее двух часов

7) В группе первородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью

1. до 7 часов

2. до 6 часов

3. до 5 часов

4. до 4 часов

5. до 2 часов

8) В группе повторнородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью

1. до 7 часов и менее

2. до 6 часов и менее

3. до 5 часов и менее

4. до 4 часов и менее

5. до 2 часов и менее

9) Классификация аномалий родовых сил, предложенная профессором И.И.Яковлевым

1. основана на оценке состояния тонуса и возбудимости матки

2. построена на оценке структурных изменений шейки матки

3. рассматривает 3 разновидности тонического напряжения матки в родах

4. относит 20% родов к течению на фоне гипертонуса матки

5. относит 6.6% родов к течению на фоне гипотонуса матки

10) Слабость родовой деятельности чаще встречается в группе

1. первородящих женщин

2. повторнородящих женщин

3. рожениц в возрасте от 20 до 24 лет

4. рожениц с многоводием

5. рожениц с перенесенной беременностью

11) Первичная слабость родовой деятельности

1. возникает преимущественно у первородящих женщин

2. диагностируется в первом периоде родов

3. нередко сочетается с преждевременным излитием околоплодных вод

4. сопровождается запоздалым излитием околоплодных вод

5. может быть диагностирована уже в первые два часа от начала родовой деятельности

12) Современный подход к лечению слабости родовой деятельности включает мероприятия, направленные

1. на повышение энергетических ресурсов организма
2. на создание определенного гормонального фона
3. на сохранение физиологического биоритма
4. на активацию моторной деятельности матки
5. все перечисленное

13) Лечение первичной слабости родовой деятельности

1. зависит от продолжительности родов
2. зависит от состояния шейки матки
3. включает применение спазмолитиков
4. все перечисленное

14) Для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева менее 6 см целесообразно назначение

1. внутривенного капельного введения раствора 0.5 мг простенона и 5 ЕД окситоцина в 300 мл 5% раствора глюкозы
2. внутривенного струйного введения раствора окситоцина
3. родостимулирующей терапии с использованием маммофизина и прозерина
4. внутривенного введения 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина
5. интравагинального введения геля с простагландином

15) Вторичная слабость родовой деятельности

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

16) Вторичная слабость родовой деятельности

1. встречается чаще, чем первичная
2. встречается преимущественно у первородящих женщин

3. диагностируется в конце первого периода родов
 4. нередко развивается в родах при тазовом предлежании плода
 5. часто встречается в родах при заднем виде затылочного вставления
- 17) При вторичной слабости родовой деятельности целесообразно назначение
1. родостимулирующей терапии по схеме Штейна-Курдиновского
 2. внутривенного капельного введения раствора окситоцина
 3. внутривенного введения 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина
 4. внутривенного капельного введения раствора 0.5 мг простенона в 300 мл 5% раствора глюкозы
- 18) При вторичной слабости родовой деятельности роды могут быть закончены
1. путем операции кесарева сечения
 2. путем операции наложения акушерских щипцов
 3. путем операции перинеотомии
 4. путем операции вакуум-экстракции плода
 5. все перечисленное
- 19) Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов
1. встречается чаще при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
 2. приводит к выраженным нарушениям маточно-плацентарного кровообращения
 3. может быть причиной тяжелых внутричерепных травм у плода
 4. все перечисленное
- 20) Быстрые и стремительные роды
1. могут осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
 2. встречаются чаще при позднем токсикозе беременных
 3. сопровождаются развитием гипоксии плода
 4. все перечисленное

Задача 1

Первородящая 20 лет. Беременность доношенная. В анамнезе 2 искусственных аборта. В родах 8 часов, утомлена. Схватки через каждые 5-6 минут по 25-30 секунд, слабой силы, умеренно болезненные. Околоплодные воды не отходили. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см, края средней толщины, мало податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.

Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок. Акушерскогинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений.

Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70

мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. ОЖ – 101 см, ВДМ - 39 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс

Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в мин. Схватки переходят в потуги. В течение часа отсутствует продвижение головки по родовым путям матери.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты

правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное (12 см). Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, занят верхний край лона и терминальная линия. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс крестца не достижим.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Роженица К., 25 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью. Схватки продолжаются в течение 12 часов. 2 часа назад отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Настоящая беременность третья. Первая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 8 недель. Вторая беременность – самопроизвольный выкидыш, выскабливание матки, эндометрит.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Рост 162 см, масса 74 кг, со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. ОЖ – 100 см, ВДМ – 37 см.

Размеры таза: 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Предполагаемый вес плода по Лебедеву 3700 г. Схватки: 1 за 10 минут.

Р.V: влагалище нерожавшей, узкое, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 4 см, края тонкие. Плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди. На головке умеренная родовая опухоль. Мыс не достигается, костное кольцо таза без особенностей.

Диагноз. Тактика.

Тема 21. Роды при узком тазе

Вопросы

1. Анатомически узкий таз: классификация, этиология, диагностика. Особенности биомеханизма родов при часто встречающихся формах узкого таза. Осложнения в родах.
2. Особенности ведения родов при узком тазе.
3. Диагностика узкого таза.
4. Биомеханизм родов при узком тазе.
5. Клинически узкий таз. Методы диагностики.
6. Методы родоразрешения при анатомически и клинически узком тазе.
7. Профилактика развития узкого таза и акушерских осложнений.

Тесты

1. Назовите, что является причиной возникновения анатомически узкого таза.
 - А. отклонения в формировании костей таза во внутриутробном периоде;
 - Б. недостаток питания;
 - В. рахит;
 - Г. туберкулез;
 - Д. краснуха;
 - Е. гормональные нарушения.
2. Что принимают во внимание при классификации анатомически узкого таза?
 - А. степень сужения таза;
 - Б. форма сужения таза;
 - В. размеры таза;
 - Г. предполагаемая масса плода.
3. Что относится к симптомам клинически узкого таза?
 - А. положительный симптом Вастена;
 - Б. размер Цангемейстера относительно больше наружной конъюгаты;
 - В. выраженная конфигурация головки;
 - Г. отсутствие продвижения головки плода при хорошей родовой деятельности;
 - Д. тазовое предлежание плода.
4. Назовите возможные осложнения для плода при родах с анатомически узким тазом.
 - А. гипоксия плода;
 - Б. внутричерепные кровоизлияния;
 - В. кефалогематома;
 - Г. перелом ключицы;
 - Д. пороки развития у плода.
5. Назовите часто встречающиеся формы анатомически узкого таза

А. общеравномерносуженный таз

Б. поперечносуженный таз

В. простой плоский таз

Г. плоскорихитический таз

Д. таз с уменьшением прямого размера широкой части полости.

Е. кососмещенный таз

6. Назовите редко встречающиеся формы анатомически узкого таза

А. кососмещенный

Б. кососуженный

В. таз с экзостозами, костными опухолями или переломами его в анамнезе.

Г. кифотический

Д. поперечносуженный

7. Какие осложнения в течение родов при анатомически суженном тазе могут

возникать в первом периоде родов

А. преждевременное излитие вод

Б. раннее излитие вод

В. аномалии родовой деятельности

Г. хориоамнионит

Д. выпадение пуповины

8. Какие осложнения в течение родов при анатомически узком тазе могут возникать в периоде изгнания.

А. длительное (более 2 ч.) стояние головки в одной плоскости таза.

Б. сдавление мягких тканей родовых путей.

В. травмы костей таза.

Г. разрывы матки

Д. травматические повреждения и гипоксия плода

Е. несвоевременное излитие околоплодных вод

9. Назовите причины клинически узкого таза

- А. анатомически узкий таз
- Б. разгибательные предлежания головки плода
- В. тазовое предлежание
- Г. крупный плод
- Д. асинклитическое вставление

10. Назовите симптомы клинически узкого таза

- А. симптом Вастена отрицательный
- Б. симптом Вастена вровень
- В. симптом Вастена положительный
- Г. выраженная конфигурация головки плода
- Д. большая родовая опухоль
- Е. отсутствие продвижения головки плода при хорошей родовой деятельности.

11. Признак Вастена можно оценить при всех перечисленных условиях, кроме

- А. крупном плоде
- Б. анатомически узком тазе
- В. слабости родовой деятельности
- Г. поперечном положении плода
- Д. общеравномерносуженном тазе

Задачи

1. У первородящей при сроке беременности 40 недель размеры таза 23-25-

28-18. Рост пациентки 162, вес 68 кг, индекс Соловьева 15.

Предполагаемая масса плода 3200. Роды длятся 6 часов, 2 часа назад излились светлые околоплодные воды, схватки через 4-5 мин. по 30-40 сек. средней силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. По данным КТГ состояние плода удовлетворительное. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 4 см, диагональная

конъюгата 12 см.

Диагноз. Тактика ведения.

2. В отделении патологии беременных обследована пациентка 22 лет при сроке беременности 41-42 нед. Рост пациентки 156 см, вес 62 кг. Размеры таза 22-24-28-17 см, индекс Соловьева 14 см, ПМП – 4000 г. При влагалищном исследовании – шейка матки длиной 1,5 см, несколько отклонена кзади, плотноватой консистенции, цервикальный канал с трудом пропускает один палец. Предлежит головка плода, подвижная над входом в малый таз (кости черепа плотные, швы и роднички узкие).

Диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз. План ведения беременной.

3. У первородящей с правильным телосложением размеры таза 25-28-30-20.

Предполагаемая масса плода 4300 г. Активная родовая деятельность длится 10 часов, излились светлые околоплодные воды. Признак Вастена положительный. При влагалищном исследовании раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода над входом в малый таз, мыс не достигается.

Диагноз. План ведения.

4. Первобеременная 24 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью, которая началась 3 часа назад. Общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное, рост пациентки 158 см, вес 67 кг. Живот имеет остроконечную форму, окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном – 34 см., индекс Соловьева 14 см. Размеры таза: 23-26-29-

18,5 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода, подвижная над входом в малый таз. Предполагаемая масса плода 2900-3000 г. Схватки при поступлении через 3-4 мин, по 35-40 сек., средней силы, умеренно болезненные. Данные влагалищного исследования: шейка

матки сглажена, края ее тонкие, открытие 3 см., плодный пузырь цел, предлежит подвижная над входом в малый таз головка плода. Мыс достигается диагональная конъюгата 11,5 см.

Диагноз. План ведения.

5. В женской консультации обследована первобеременная при сроке гестации 39 недель. Получены следующие данные: размеры таза 22-24-26-

17, индекс Соловьева 14 см, предполагаемая масса плода 4200 г., диагональная конъюгата 9 см.

Диагноз. План ведения.

6. В родильный дом поступила первородящая с доношенной беременностью

и регулярной родовой деятельностью, которая развилась 4 часа назад.

Схватки через 5 минут по 30-40 секунд, хорошей силы, умеренно

болезненные. При объективном исследовании – телосложение правильное,

рост 164, вес 68 кг. Размеры таза 23-26-29-18 см. Предполагаемая масса плода – 3000г. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края ее тонкие, хорошо растяжимые, открытие 4-5 см.

Диагональная конъюгата 11 см. Предлежит головка плода, малым сегментом во входе в малый таз.

Диагноз. План ведения.

Тема 22. Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положениях плода

Вопросы:

1. Разгибательные предлежания головки плода: классификация, этиология, диагностика, биомеханизм родов, осложнения.
2. Асинклитические вставления головки плода: виды, этиология, диагностика, течение и ведение родов, прогноз.

3. Особенности ведения родов при разгибательных предлежаниях головки плода.
4. Уход и наблюдение за состоянием роженицы. Оценка состояния плода. Профилактика осложнений.
5. Тазовые предлежания плода: классификация, этиология, диагностика, течение и ведение беременности и родов, осложнения, профилактика.
6. Неправильные положения плода: классификация, этиология, диагностика, течение и ведение беременности и родов, осложнения, профилактика.
7. Поперечные и косые положения плода: классификация, этиология, диагностика, течение и ведение беременности и родов, осложнения, профилактика.
8. Наружновнутренний поворот плода на ножку: показания, противопоказания, условия, техника выполнения, осложнения.

Тесты

1. Тазовое предлежание плода является:
 - А. нормой
 - Б. патологией
 - В. пограничным состоянием
2. Укажите какие варианты предлежания относятся к тазовому:
 - А. чисто ягодичное
 - Б. смешанное ягодичное
 - В. ножное предлежание
 - Г. все вышеперечисленные
3. Укажите наиболее благоприятный для родоразрешения через естественные родовые пути вид тазового предлежания:
 - А. чисто ягодичное
 - Б. смешанное ягодичное
 - В. ножное предлежание

4. Укажите факторы, способствующие возникновению тазового предлежания:

- А. многоводие
- Б. маловодие
- В. множественная миома матки
- Г. все вышеперечисленные

5. Осложнение для плода, которое не может возникнуть в родах при тазовом

предлежании:

- А. кефалогематома
- Б. разрыв мозжечкового намета
- В. повреждение спинного мозга
- Г. повреждение плечевых сплетений

6. Какой момент не относится к механизму родов при тазовом предлежании

плода:

- А. внутренний поворот ягодиц
- Б. боковое сгибание поясничной части позвоночника плода
- В. внутренний поворот плечиков
- Г. боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника плода
- Д. внутренний поворот головки (затылком кпереди)
- Е. сгибание головки
- Ж. внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

7. Какое условие не является обязательным для проведения наружного акушерского поворота при тазовом предлежании плода:

- А. срок беременности более 36-37 нед.
- Б. УЗИ- контроль за проведением процедуры
- В. введение бета-миметиков для снижения тонуса матки
- Г. подвижность плода

Д. паритет

Е. отсутствие акушерской патологии

8. Какое условие является противопоказанием для родов через естественные

родовые пути при тазовом предлежании плода :

А. доношенная беременность

Б. нормальные размеры таза

В. средние размеры плода

Г. ножное предлежание плода

Д. согнутая головка плода

Е. «зрелая» шейка матки

9. Показаниями к плановому кесареву сечению при тазовом предлежании

плода являются все, кроме:

А. масса плода ниже 2 000 г и выше 3 600-3 800 г

Б. сужение размеров таза

В. пороки развития половых органов

Г. нарушение состояния плода (ВЗРП II и III степени, гемолитическая болезнь плода, хроническая внутриутробная гипоксия)

Д. чисто ягодичное предлежание у первородящих

Е. неподготовленность родовых путей при переносенной беременности

10. Показаниями к экстренному кесареву сечению при тазовом предлежании

плода являются все, кроме:

А. излитие околоплодных вод при неподготовленной шейке матки

Б. ножное предлежание плода

В. аномалии родовой деятельности

Г. признаки гипоксии плода

Д. масса плода 3500 г

11. Какое пособие применяют во втором периоде родов для сохранения нормального членорасположения плода при чисто ягодичном предлежании:

А. пособие по Цовьянову

Б. наружный акушерский поворот по Архангельскому

В. экстракция плода за тазовый конец

Задачи

1. В родильное отделение поступила первородящая 28-ти лет с доношенной

беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод

два часа тому назад. Данная беременность - вторая. Первая закончилась медицинским абортом на сроке 8 недель беременности, без осложнений.

При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет,

Родовой деятельности нет. АД 110/70, 110/70 мм рт. ст., рост 165 см, вес 71 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 15 см. Ромб

Михаэлиса 11x11 см. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки

над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3500,0 -3600,0 г.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки отклонена несколько кзади, длиной 2,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом проходим для одного пальца.

Плодного пузыря нет. Предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в

малый таз. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным УЗИ смешанное ягодичное предлежание, предполагаемая масса плода 3500-3600г.

Диагноз. План.

2. В родильное отделение поступила повторнородящая 32-ти лет со сроком

беременности 39 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение четырех часов. Из анамнеза: данная беременность вторая, первая беременность закончилась своевременными родами в головном предлежании, масса ребенка 3800 г., без осложнений. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 71 кг. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

Индекс Соловьева - 15. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см.

Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см.

Предполагаемая масса плода 3400,0 г. Объективно: схватки через 6-7 минут по 35 секунд хорошей силы, умеренной болезненности. Положение

плода продольное, спинка определяется слева, мелкие части плода - справа. В дне матки определяется головка плода, предлежит тазовый конец, прижат к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода, прижаты к входу в малый таз. Мыс

не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3,300-3,400.

Диагноз. План ведения.

3. В отделение патологии беременности поступила повторно беременная 30-ти лет со сроком беременности 39 недель. Из анамнеза: первая беременность закончилась мертворождением: в родах была слабость родовой деятельности, вакуум-экстракция, интранатальная гибель плода.

Данная беременность вторая. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 164

см. Вес 76 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева - 16. Ромб

Михаэлиса правильной формы, 11x11 см. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное.

Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Предполагаемая масса плода 3880,0 г. Воды целы.

Влагалищное исследование: шейка матки в центре малого таза, длиной 2,5

см, плотноватая в области внутреннего зева, цервикальный канал свободно проходим для пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый

конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов

не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода 3,800-3,900. Диагноз. План ведения.

4. Первобеременная 26-ти лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 166 см. Вес 72 кг. Размеры таза: 26-28-31-21 см.

Индекс Соловьева - 16. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11x11 см.

Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 40 см.

Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Прижат к

входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин.

Предполагаемая масса плода 4000-4100 г. Схватки через 4-5 мин по 25-30

сек, умеренной силы и болезненности. Влагалищное исследование: шейка

матки сглажена, края тонкие податливые. Плодный пузырь цел.
Открытие

2-3 см. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз.
Мыс

не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто
ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении,
предполагаемая масса плода 4000-4100 г.

Диагноз. План ведения.

5. Первобеременная 28-ти лет поступила в родильный дом с доношенной
беременностью и регулярной родовой деятельностью. Течение данной
беременности без осложнений. При поступлении: состояние
удовлетворительное. Рост 166 см. Вес 72 кг. Размеры таза: 26-28-31-21
см.

Индекс Соловьева - 14. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см.

Окружность живота 92 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см.

Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода, прижат
ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144
уд/мин.

Предполагаемая масса плода 3100-3200 г. Схватки через 4-5 мин по 25-
30

сек, умеренной силы и болезненности. Влагалищное исследование:
шейка

матки сглажена, края тонкие податливые. Плодный пузырь цел.
Открытие

4-5см. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз.

Межвертельная линия в поперечном размере. Мыс не достигается.

Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ: чисто ягодичное
предлежание,

головка плода в сгибательном положении, предполагаемая масса плода
3100-3200 г.

Диагноз. План ведения.

6. В отделение патологии беременности поступила первобеременная 26-ти

лет со сроком беременности 39-40 недель. Течение данной беременности без осложнений. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 168 см. Вес 136 кг. Индекс массы тела – 40,18 (нарушение жирового обмена III степени). Размеры таза: 28-30-3-23 см. Индекс Соловьева - 18. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х11 см. Окружность живота 138 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное,

ритмичное, 144 уд/мин. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки в центре малого таза, длиной 2,5 см, плотноватая в области внутреннего зева, цервикальный канал свободно проходим для пальца.

Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено. По данным УЗИ:

чисто ягодичное предлежание, головка плода в сгибательном положении,

предполагаемая масса плода 3400г.

Диагноз. План ведения.

Тема 23. Роды при многоплодии

Вопросы:

1. Многоплодная беременность. Этиология. Классификация. диагностика.
2. Особенности течения и беременности и ведения родов при многоплодии.
3. Особенности диспансерного наблюдения за беременными при многоплодии.
4. Осложнения, акушерская тактика при возникновении осложнений.
5. Оценка состояния плодов.
6. Профилактика осложнений в родах и послеродовом периодах

Тесты

1. Факторами, способствующими многоплодной беременности, являются:
 - А. возраст более 35 лет
 - Б. наследственный фактор
 - В. беременность после отмены оральных контрацептивов
 - Г. беременность на фоне применения вспомогательных репродуктивных технологий
 - Д. все вышеперечисленное
2. Сколько хорионов (плацент) может формироваться при однойяйцевой двойне?
 - А. три
 - Б. две
 - В. одна
3. Сколько хорионов (плацент) формируется при двуяйцевой двойне?
 - А. одна
 - Б. две
4. Ультразвуковыми признаками бихориальной двойни в I триместре являются:
 - А. два плодных яйца
 - Б. два эмбриона
 - В. толстая межплодовая перегородка
 - Г. λ-признак у основания межплодовой перегородки
 - Д. все вышеперечисленное
5. Что является ультразвуковым критерием монохориальной биамниотической двойни в I триместре?
 - А. один амнион
 - Б. два эмбриона
 - В. два желточных мешка
 - Г. тонкая межплодовая перегородка

Д. Т-признак у основания межплодовой перегородки

6. Что не может быть ультразвуковым критерием монохориальной моноамниотической двойни в I триместре?

А. одно плодное яйцо

Б. два эмбриона

В. один желточный мешок

Г. наличие межплодовой перегородки

7. Специфическими осложнениями многоплодной беременности являются:

А. задержка роста одного из плодов

Б. сросшиеся близнецы

В. синдром фето-фетальной гемотрансфузии

Г. крупный плод

8. К осложнениям, наиболее часто сопровождающим течение многоплодной

беременности, относятся:

А. угроза преждевременных родов

Б. перенашивание беременности

В. гестоз

Г. анемия

Д. задержка роста плода/плодов

9. Показания к операции кесарево сечение при многоплодной беременности

являются:

А. тазовое предлежание I плода у первородящих

Б. тройня

В. суммарная масса плодов более 6000 г

Г. возраст более 35 лет

10. Какая должна быть тактика ведения при беременности двойней, осложненной синдромом фето-фетальной гемотрансфузии?

- А. прерывание беременности
- Б. амниодренирование
- В. лазерная коагуляция плацентарных анастомозов

Задачи

1. У пациентки при сроке беременности 34 недели при УЗИ определяется 2

плода, оба в головном предлежании. I плод соответствует 34-недельному сроку беременности, у II плода показатели фетометрии соответствуют 30 неделям. беременности. Плацента одна, расположена по передней стенке матки, II степени зрелости, межплодовая перегородка 1,2 мм, количество околоплодных вод в пределах нормы.

Диагноз.

2. У пациентки в 14 недель беременности при УЗИ обнаружено 2 плода, соответствующие предполагаемому сроку беременности. Визуализируется

2 плаценты: одна на передней стенке матки, другая на задней.

Межплодовая перегородка 2,5мм.

Диагноз. Тактика ведения.

3. У пациентки данные УЗИ: 2 плода, соответствующие 15-недельному сроку беременности. Одна плацента по передней стенке матки, у основания межплодовой перегородки определяется λ-признак. Толщина перегородки 2 мм. Количество околоплодных вод нормальное.

Сердцебиение обоих плодов определяется.

Диагноз.

4. Беременная с двойней поступила с жалобами на ноющие боли внизу живота, срок беременности 23-24 недели. При УЗИ обнаружено 2 плода, соответствующие сроку гестации, две плаценты. Шейка матки укорочена до 25 мм.

Диагноз. Тактика ведения.

5. У пациентки данные УЗИ: одно плодное яйцо, определяются 2 эмбриона,

соответствующие 11-12 недельному сроку беременности, межплодовая перегородка не визуализируется.

Диагноз. Наиболее частое осложнение во время беременности.

6. У беременной с МХ двойней в 24 недели при УЗИ выявлено выраженное

многоводие у одного плода (мочевой пузырь перерастяннут) и выраженное маловодие у второго (мочевой пузырь не определяется).

Диагноз. Тактика ведения.

7. У беременной с БХ двойней в сроке 33 недели гестации при УЗИ выявлено отсутствие сердцебиения у одного из плодов.

Диагноз. Тактика ведения.

8. Беременная с МХ двойней встала на учет в женскую консультацию при сроке беременности 15-16 недель.

Какими наиболее частыми осложнениями может сопровождаться течение беременности у данной пациентки?

9. Первобеременная с БХ двойней, 38 недель. При УЗИ определяется тазовое

предлежание первого плода.

Метод родоразрешения.

10. У беременной в 33-34 недели гестации при УЗИ определяются 3 плода, 3

плаценты.

Диагноз. План ведения.

Тема 24. Родовой травматизм матери.

Вопросы:

1. Разрывы мягких родовых путей: вульвы, влагалища, промежности, шейки матки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Акушерская тактика.

2. Разрыв матки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Акушерская тактика
3. Гематомы мягких родовых путей: классификация, этиология и патогенез, клиническая картина, диагностика, акушерская тактика.
4. Выворот матки: классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, неотложная доврачебная помощь.
5. Расхождение и разрыв лонного сочленения: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы терапии.

Тесты

1. Варианты травм мягких тканей родовых путей.
 - А. разрывы вульвы
 - Б. гематомы и разрывы стенок влагалища
 - В. разрывы промежности
 - Г. разрывы шейки матки
 - Д. все выше перечисленное
2. Что из перечисленного не является причиной гистопатического разрыва матки.
 - А. рубец на матке
 - Б. высокий паритет
 - В. многократные выскабливания матки
 - Г. клинически узкий таз
3. Причины, приводящие к образованию рубца на матке.
 - А. кесарево сечение
 - Б. миомэктомия, особенно лапароскопическим доступом
 - В. перфорация матки
 - Г. тубэктомия с иссечением трубного маточного угла
 - Д. все вышеперечисленное
4. Тактика врача при развитии симптомов угрожающего разрыва матки по рубцу во время беременности.

А. экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения

Б. терапия, направленная на сохранение беременности

5. Что необходимо учитывать при выборе метода родоразрешения у пациенток с рубцом на матке?

А. состоятельность рубца

Б. локализацию рубца

В. показания к предшествующему кесареву сечению

Г. акушерскую ситуацию на момент данной беременности

Д. желание пациентки

Е. все вышеперечисленное

6. Характер родовой деятельности при совершившемся механическом разрыве матки.

А. полное прекращение родовой деятельности

Б. бурная родовая деятельность

В. слабая родовая деятельность

Г. дискоординированная родовая деятельность

7. Что приводит к развитию механического разрыва матки?

А. перерастяжение нижнего маточного сегмента

Б. морфофункциональная несостоятельность миометрия

8. Предпочтительный объем оперативного вмешательства при совершившемся разрыве матки.

А. ушивание разрыва

Б. экстирпация матки

9. Причины разрывов промежности.

А. крупный или гигантский плод

Б. разгибательные предлежания

В. быстрые или стремительные роды

Г. рубцовые или воспалительные изменения тканей

Д. анатомические особенности (высокая промежность)

Е. длительные роды

Ж. все выше перечисленное

10. Нарушение целостности каких тканей происходит только при разрыве

промежности третьей степени.

А. кожа промежности

Б. слизистая задней стенки влагалища

В. мышцы тазового дна

Г. сфинктер или стенка прямой кишки

11. Какие лечебные мероприятия применяют у рожениц с разрывом промежности III степени?

А. постельный режим

Б. специальная диета

В. антибактериальные препараты

Г. дезагреганты и антикоагулянты

12. Признаки угрожающего разрыва промежности.

А. цианоз тканей

Б. блеск тканей

В. бледность кожи промежности

Г. гиперемия кожи промежности

13. Назовите способы рассечения промежности.

А. перинеотомия

Б. эпизиотомия

Задачи

1. Роженица М., 25 лет поступила в родильный дом со схватками при доношенной беременности. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 76 кг. Размеры таза: 25, 28, 31, 18,5 см. Размеры крестцового ромба: вертикальный 8 см, поперечный 11 см. Окружность живота 90 см, высота стояния матки 36 см. Родовая

деятельность прогрессивно нарастала. Схватки через 2-3 минуты, по 40-45

сек, сильные, болезненные, сопровождаются потугами. В паузах между схватками матка расслабляется. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Размер Цангеймейстера 19 и 21 см. Контракционное кольцо определяется на уровне пупка, расположено косо.

Роженица самостоятельно не мочилась 2 часа. Моча, выпущенная катетером, светлая. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Малый родничок слева спереди ниже большого. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс достигается. Диагональная конъюгата – 11,5 см.

Диагноз. План ведения.

2. Роженица С., 28 лет доставлена в родильный дом с сильными схватками,

которые начались 12 часов назад, воды излились 2 часа назад.

Беременность – вторая, доношенная. Первые роды произошли 3 года назад, ребенок здоров, масса при рождении 2800 грамм. При поступлении состояние пациентки средней тяжести. Температура тела 37,5С, пульс 92 уд в мин. АД 130/80 мм рт ст. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Рост 165 см, вес 66 кг. Окружность живота 88 см, высота стояния матки 35 см.

Роженица крайне беспокойна, мечется. Схватки по 45 сек через 2-3 мин, интенсивные, болезненные, судорожного характера. Матка между схватками не расслабляется. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Признак Вастена положительный. Нижний маточный сегмент болезненный при пальпации. Сердцебиение плода приглушено, 120 уд в мин. Самостоятельное мочеиспускание невозможно. Моча, выпущенная с помощью катетера, имеет примесь крови. Из половых путей – кровяные

выделения в небольшом количестве. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежит

головка прижата ко входу в малый таз. Слева кпереди определяются глазницы и корень носа, справа кзади – край большого родничка. Лобный шов в правом косом размере. Подтекают воды, окрашенные кровью и меконием.

Диагноз. План ведения.

3. Роженица М. 26 лет доставлена в приемное отделение родильного дома в тяжелом состоянии. Беременность – вторая, доношенная. Первая беременность 2 года назад закончилась своевременными родами. Роды были длительными, осложнились развитием слабости родовой деятельности. Ребенок массой 2700 грамм родился в состоянии асфиксии. Данные роды начались самопроизвольно и велись на дому. Схватки были сильными, болезненными. Через 6 часов после начала родовой деятельности произошло излитие околоплодных вод, и начались интенсивные, непродуктивные потуги. Через 2 часа схватки внезапно прекратились, появились резкие боли внизу живота, слабость, головокружение. Сразу после случившегося роженица была доставлена в родильный дом. При поступлении состояние – тяжелое, роженица заторможена, жалуется на сильные боли в животе, которые усиливаются при перемене положения тела. Кожные покровы бледные, пульс 100 уд. в мин, АД 90/60, 85/55 мм рт.ст. Рост пациентки 156 см, вес 60 кг. Размеры таза: 23, 26, 28, 18 см. Родовой деятельности нет, движений плода роженица не ощущает. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации. Под брюшной стенкой определяются части плода. Справа от средней линии пальпируется резко болезненное образование, дно которого располагается на уровне пупка. Сердцебиение плода не определяется. Данные влагалищного исследования: раскрытие шейки матки полное,

плодного пузыря нет. Предлежит головка плода прижата ко входу в малый

таз. Пальпируется большая родовая опухоль, из-за которой расположение швов и родничков определить невозможно. Из половых путей – кровяные выделения. Мыс достигается. Диагональная конъюгата – 10,5 см.

Диагноз. План ведения.

4. Беременная Р. 31 года поступила в отделение патологии беременных в плановом порядке. При поступлении состояние удовлетворительное.

Данная беременность – первая, срок гестации -37 недель. В анамнезе у пациентки за год до наступления данной беременности – лапароскопия, миомэктомия, сопровождающаяся коагуляцией ложа удаленного

субсерозно-интерстициального узла, расположенного в дне матке,

размерами 4* 5 см. Ночью пациентка встала в туалет, после чего у нее

внезапно появились резкие боли в эпигастральной области,

головокружение, тошнота. В связи с чем в палату был вызван дежурный

врач. При осмотре отмечается вынужденное положение беременной на

боку, с согнутыми ногами. Сохраняются жалобы на боли в эпигастральной

области с иррадиацией в спину. Кожные покровы обычной окраски, пульс

80 уд в мин, АД 100/60 мм рт ст. Живот напряжен, болезненный при

пальпации во всех отделах, отмечаются симптомы раздражения брюшины.

Матка увеличена до срока доношенной беременности, в гипертонусе,

болезненная при пальпации. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в мин. Из половых путей скудные кровяные выделения.

Диагноз. План ведения.

5. Беременная М. 34 лет поступила в отделение патологии беременных в плановом порядке с доношенной беременностью. Данная беременность –

вторая. Первая беременность 3 года назад закончилась своевременными оперативными родами. Кесарево сечение было произведено в экстренном порядке в связи с клинически узким тазом. Масса ребенка при рождении была 4300 грамм. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок – здоров. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Матка в нормотонусе, безболезненна при пальпации во всех отделах. Рубец на матке не определяется, область его безболезненна. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 37 см. Положение плода продольное, предлежание головное. По данным ультразвукового исследования толщина нижнего маточного сегмента 3 мм, визуализируются единичные соединительнотканые включения. Диагноз и метод родоразрешения.

6. Беременная Д. 35 лет поступила в отделение патологии беременности плановом порядке при сроке гестации 39 недель. Данная беременность – вторая. Первая беременность 5 лет назад закончилась своевременными оперативными родами. Кесарево сечение было произведено в связи с упорной слабостью родовой деятельности и отсутствием эффекта от активации окситоцином. Послеоперационный период осложнился развитием эндометрита. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб нет. Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах. Рубец на матке не определяется, область его безболезненна при пальпации. Окружность живота – 95 см, высота стояния дна матки – 36 см. Положение плода продольное, предлежание головное. По данным ультразвукового исследования – толщина нижнего маточного сегмента 2 мм, справа имеется истончение до 1,8 мм. В миометрии визуализируются множественные гиперэхогенные включения.

Диагноз и метод родоразрешения.

7. Роженица Л. 26 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой

деятельностью. Беременность – первая, доношенная. Положение плода продольное, предлежание головное. Предполагаемая масса плода 4100 - 4200 грамм. Первый период родов протекал без особенностей. Через 10 часов после начала регулярной родовой деятельности диагностировано полное раскрытие шейки матки. Начались потуги через 2 – 3 минуты по 40

-45 секунд, достаточной силы. Головка плода врезывается. Промежность –

высокая. После очередной потуги появились цианоз, а затем блеск кожи промежности.

Диагноз и план ведения.

8. Пациентка М. 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Данная беременность – первая, доношенная. Роды протекали без осложнений. Родился живой доношенный мальчик в заднем

виде переднеголового предлежания. Масса ребенка 4000 грамм.

Самостоятельно отделился и выделился послед, осмотрен – цел. Матка сократилась, плотная. При осмотре мягких тканей родовых путей в зеркалах обнаружено: в области правой боковой стенки влагалища имеется вздутие в просвет влагалища, слизистая над ним синеватого цвета; при пальпации определяется флюктуация, напряжение и

болезненность тканей.

Диагноз и план ведения.

9. Пациентка Г. 22 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Данная беременность – вторая. Первая закончилась своевременными родами без осложнений. Через год после первых родов с целью лечения эрозии шейки матки была произведена криодеструкция. Данные роды протекали без осложнений. Родилась живая доношенная девочка, массой 3500 грамм. После рождения ребенка из половых путей появились яркие кровяные выделения. Кровь вытекает яркой струйкой.

Кровотечение сохраняется и после отделения последа, целостность которого не нарушена, при хорошо сократившейся матке. При осмотре разрывов тканей промежности и стенок влагалища не обнаружено.

Диагноз и план ведения.

10. Пациентка Ш. 36 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой

деятельностью. Данные роды – третьи. Предыдущие роды протекали без осложнений. Масса детей при рождении составляла 3200 и 3600 грамм соответственно. Данные роды осложнились развитием слабости родовой деятельности, в связи с чем пациентке проводилась родоактивация окситоцином с положительным эффектом. Родилась живая доношенная девочка массой 4400 грамм. Самостоятельно отделился и выделился послед. Осмотрен – цел. Разрывов мягких тканей родовых путей при осмотре обнаружено не было. Через час после родов родильница пожаловалась на боли в области лонного сочленения, усиливающиеся при движении ног, особенно при разведении в положении согнутых в коленных и тазобедренных суставах. При нажатии в области лона определяется отечность, болезненность и диастаз между лонными костями.

Диагноз и план ведения.

Тема 25. Кровотечения во время беременности, в родах и в послеродовом периоде

Вопросы:

1. Кровотечения в акушерстве. Классификация.
2. Предлежание плаценты.
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: классификация, этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика ведения беременности и родов, принципы лечения, осложнения, профилактика.

4. Определение объема кровопотери.
5. Особенности проведения влагалищного исследования при предлежании плаценты. Особенности ведения родов при предлежании плаценты.
6. Кровотечение в III периоде родов.
7. Приращение (плотное прикрепление) детского места. Методы диагностики. Признаки отделения плаценты. Акушерская тактика. Принципы консервативной терапии.
8. Подготовка роженицы к операции – ручное отделение и выделение последа.
9. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Методы диагностики. Клиническая картина. Акушерская тактика.
10. Осмотр и оценка последа.
11. Геморрагический шок в акушерстве.
12. ДВС-синдром в акушерстве.
13. Характеристика свертывания вытекающей крови по стадиям ДВС-синдрома.
14. Методы диагностики (оценка состояния кожных покровов, определение пульса, измерение АД, «Шокового индекса», индекса Альгровера-Грубера), почасового диуреза, ЦВД, интерпретация лабораторных данных.

Тесты

1. Что может явиться причиной кровотечения во 2-й половине беременности.
А. предлежание плаценты
Б. резус-сенсibilизация
В. анемия беременных
Г. гестоз
2. Укажите наиболее информативный метод диагностики предлежания и низкого прикрепления плаценты.

А. амниоскопия

Б. кардиотокография

В. трансвагинальная УЗ эхография

Г. бимануальное влагалищное исследование

3. Укажите основной клинический симптом предлежания плаценты.

А. боль в животе

Б. тонус матки

В. кровотечение

Г. неправильное положение плода

4. При каком условии можно проводить влагалищное исследование при предлежании плаценты и кровотечении.

А. при отсутствии возможности произвести УЗ исследование

Б. при развернутой операционной и готовности к проведению экстренного кесарева сечения

В. при готовности к проведению тампонады матки

5. В какие сроки беременности при предлежании плаценты и отсутствии кровотечения проводится кесарево сечение в плановом порядке.

А. в 36-37 недель

Б. в 38 недель

В. в 40 недель

Г. в 41 неделю

6. Какие методы следует приоритетно использовать интраоперационно для

восполнения массивной кровопотери.

А. инфузию коллоидов и кристаллоидов

Б. реинфузию аутоэритроцитарной массы

В. инфузию аутоплазмы пациентки

Г. инфузию кардиотоников

7. Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты

называется:

А. отслойка плаценты во время беременности, I и II периодов родов

Б. отслойка плаценты в 3 периоде родов

В. ручное отделение плаценты и выделение последа при плотном прикреплении плаценты

Г. отслойка предлежащей плаценты

8. Укажите причину, наиболее часто приводящую к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты во время беременности.

А. хроническая внутриутробная гипоксия плода

Б. рубец на матке

В. маловодие

Г. гестоз

9. Укажите причину, наиболее часто приводящую к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в родах.

А. резкое уменьшение внутриматочного объема (излитие околоплодных вод или рождение первого плода из двойни)

Б. слабость родовой деятельности

В. дискоординация родовой деятельности

Г. клинически узкий таз

10. Чем обусловлена острая гипоксия плода при преждевременной отслойке

нормально расположенной плаценты.

А. гипертонусом матки и нарушением маточно-плацентарного кровотока

Б. хронической плацентарной недостаточностью

В. разрывом матки

Г. излитием околоплодных вод

11. Укажите наиболее информативный метод диагностики преждевременной

отслойки нормально расположенной плаценты.

- А. кардиотография
- Б. трансвагинальная УЗ эхография
- В. трансабдоминальная УЗ эхография
- Г. амниоскопия

12. С чем следует проводить дифференциальную диагностику преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время родов.

- А. с кровотечением вследствие разрыва матки
- Б. с кровотечением вследствие отслойки низко расположенной плаценты
- В. с тяжелой степенью гестоза
- Г. с клинически узким тазом

13. Какая операция применяется для родоразрешения при острой гипоксии плода вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во 2 периоде родов, и головке плода, расположенной в узкой части полости малого таза.

- А. кесарево сечение
- Б. выжидательное ведение родов
- В. наложение акушерских щипцов
- Г. комбинированный наружновнутренний поворот плода на ножку и экстракция плода за тазовый конец

14. Укажите патологическое состояние, при котором может развиваться ДВС-синдром в акушерстве.

- А. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Б. слабость родовой деятельности
- В. резус-сенсibilизация
- Г. анемия беременных

15. Укажите причину кровотечения, которое может привести к геморрагическому шоку.

А. эрозия шейки матки

Б. клинически узкий таз

В. разрыв матки

Г. разрыв сосуда пуповины при его оболочечном прикреплении

Задачи

1. У повторнородящей при доношенной беременности потуги длятся более 1 часа. Во время очередной потуги пациентка почувствовала резкую боль в животе, слабость, головокружение. Из родовых путей появились кровяные выделения в объеме 100 мл. АД снизилось до 85/50 мм рт. ст. (рабочее АД – 120/80 мм рт. ст.), пульс – 120 уд. в мин. Головка плода расположена малым сегментом во входе в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода 90 уд. в мин., приглушено. Вне потуги матка полностью не расслабляется. Нижний сегмент матки тонкий, болезненный при пальпации. Отмечается высокое стояние контракционного кольца.

При влагалищном исследовании – открытие шейки матки полное, головка плода прижата к входу в малый таз, выделения кровяные, умеренные.

Диагноз. План ведения.

2. Во время II периода родов роженица с доношенной беременностью почувствовала резкую боль в животе, появились кровяные выделения из родовых путей в объеме 100 мл. Жалобы на слабость, головокружение. АД – 90/60 мм рт. ст. (рабочее АД – 120/80 мм рт. ст.), пульс – 125 уд. в мин. Матка вне потуги остается в тонусе. Сердцебиение плода 100 уд. в мин., приглушено. При влагалищном исследовании определено полное открытие шейки матки, головка плода в узкой части полости малого таза, подтекают мекониальные воды, выделения из родовых путей кровяные, умеренные.

Диагноз. План ведения.

3. У роженицы с доношенной беременностью в I периоде родов появились яркие кровяные выделения в умеренном количестве. Перед родами при УЗИ исследовании определено, что край плаценты расположен на 4,5 см от внутреннего зева. Состояние роженицы остается удовлетворительным, АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 80 уд. в мин. Головка плода прижата ко входу в

малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное – 140 уд.в мин. Матка расслабляется между схватками, безболезненна при пальпации во всех отделах. При влагалищном исследовании – шейка матки сглажена, открытие 4 см., края тонкие, плодный пузырь цел. Через оболочки пальпируется головка плода, прижатая к входу в малый таз. При УЗ-исследовании определено, что край плаценты расположен близко к шейке матки.

Диагноз. План ведения.

4. Беременная в срок гестации 33 недели доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на умеренные кровяные выделения из родовых путей в объеме менее 30 мл. Состояние пациентки удовлетворительное, АД – 110/70 мм.рт. ст., пульс - 75 уд. в мин. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненна во всех отделах. Сердцебиение плода 140 уд.в мин, ритмичное. При УЗ исследовании - плод соответствует 33 неделям беременности, предлежит головка плода, плацента расположена по передней стенке матки, нижний край на 1 см перекрывает внутренний зев шейки матки, количество вод в норме. Показатели доплерометрии в системе мать-плацента-плод - в норме.

Диагноз. План ведения.

5. Беременная в срок гестации 30 недель беременности доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на скудные кровяные выделения из родовых путей. Состояние при поступлении удовлетворительное. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 72 уд.в мин. Матка при пальпации безболезненна, в нормотонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное – 140 уд.в мин. В анамнезе у пациентки - эрозия шейки матки, которую не лечила. При УЗ исследовании – плод соответствует 30 неделям, плацента расположена по задней стенке матки, нижний край более, чем на 7 см от внутреннего зева, 30 мм толщиной, 1 степени зрелости, признаков отслойки плаценты нет. Количество вод в норме. Состояние гемодинамики в системе мать-плацента-плод – в пределах нормы. При осмотре с помощью гинекологических зеркал выявлена эрозия шейки матки, кровоточащая при касании.

Предположительный диагноз. План обследования.

6. Беременная в срок гестации 30 недель доставлена в приемное отделение машиной «Скорой помощи» с жалобами на скудные кровяные выделения из родовых путей. Состояние при поступлении удовлетворительное. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 72 уд в мин. Матка при пальпации безболезненна, в нормотонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное – 140 уд.в мин. При УЗ исследовании – плод соответствует 30 неделям беременности, плацента по задней стенке, нижний край расположен на 1 см от внутреннего зева шейки матки, 30 мм толщиной. 1

степени зрелости. Количество вод в норме. Состояние гемодинамики в системе матоплацента-плод - в пределах нормы.

Диагноз. План ведения.

7. Беременная в срок гестации 37 недель беременности госпитализирована в отделение патологии беременности. Состояние беременной и плода удовлетворительное. При УЗ исследовании – плод находится в головном предлежании, соответствует 38 неделям беременности, плацента расположена по передней стенке матки, нижний край доходит до внутреннего зева шейки матки, 35 мм толщиной, 3 степени зрелости. Количество вод – в норме. Состояние гемодинамики в системе мат-плацента-плод - в пределах нормы.

Диагноз. План ведения.

8. Беременная со сроком гестации 35 недель беременности доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на боли в животе и кровяные выделения из половых путей. При пальпации матка в тонусе, болезненная при пальпации в левых отделах. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение 100 уд в мин, аритмичное. При УЗ исследовании – плацента расположена по передней и левой боковой стенке матки, 35 мм толщиной, 3 ст. зрелости, нижний край более, чем на 6 см. от внутреннего зева шейки матки. Между плацентой и стенкой матки визуализируется образование 5х2х4 см с жидкостным и неоднородным по эхо-структуре содержимым.

Диагноз. План ведения.

9. У беременной со сроком гестации 37 недель при УЗ исследовании выявлен узел миомы матки (10х9см), расположенный ниже предлежащей головки плода и препятствующий рождению плода. Пациентка настроена в будущем на повторные роды. Диагноз. План родоразрешения. Мероприятия для снижения последствий возможной кровопотери при родоразрешении.

Самостоятельная работа:

1. Составление профессиональных задач с эталонами ответов по темам: «Кровотечения в I половине беременности, не связанные с патологией плодного яйца», «Предлежание плаценты», «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», «Кровотечения в III периоде родов», «Кровотечения в раннем послеродовом периоде», «Кровотечения в позднем послеродовом периоде».

2. Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Кровотечения в I половине беременности, не связанные с

патологией плодного яйца», «Предлежание плаценты», «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», «Кровотечения в III периоде родов», «Кровотечения в раннем послеродовом периоде», «Кровотечения в позднем послеродовом периоде».

3. Подготовка рефератов по темам: «Геморрагический шок в акушерской практике», «ДВС-синдром в акушерской практике».

4. Составление мультимедийных презентаций по темам: «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)», «Предлежание плаценты».

5. Составление кроссворда по теме: «Кровотечения в I половине беременности, не связанные с патологией плодного яйца».

6. Заполнение графологической структуры по темам: «Патогенез геморрагического шока», «Патогенез ДВС-синдрома».

Тема 26. Формы первого, второго, третьего этапов послеродовой инфекции

Вопросы

1. Какова этиологическая структура гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний?

2. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний Сазонова – Бартельса, ее значение.

3. Этапы распространения патологического процесса при гнойно-воспалительных послеродовых заболеваниях.

4. Что такое послеродовая язва?

5. Лечение послеродовых язв.

6. Послеродовый эндометрит.

7. Клинические формы эндометрита.

8. Отличие abortивной формы эндометрита от других форм.

9. Особенности стертой формы послеродового эндометрита.

10. Клинические проявления эндометрита после операции кесарева сечения.

11. Что такое разлитой послеродовый перитонит, пути распространения инфекции?

12. Что такое послеродовой сепсис?
13. Формы послеродового сепсиса.
14. Стадии септического шока.
15. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний.

Тесты

1. Подкладные пеленки после родов первые три дня меняют:
 - а) 2 раза в день;
 - б) 1 раз в день;
 - в) 4 раза в день;
 - г) после каждого кормления;
 - д) 3 раза в день.
2. Противопоказания для длительного проточного диализа полости матки?
 - а) эндометрит после кесарева сечения с клиникой расхождения швов на матке и признаками начинающегося или развивающегося перитонита;
 - б) наличие гнойно-воспалительного процесса в области малого таза за пределами матки;
 - в) высокая температура;
 - г) хориоамнионит в родах;
 - д) безводный промежуток более 24 часов.
3. Для перитонита после операции кесарева сечения на фоне хориоамнионита характерно:
 - а) выраженная интоксикация
 - б) рецидивирующий парез кишечника
 - в) появление симптомов на 6-8е сутки после операции
 - г) правильно а), б)
 - д) все верно
4. Для подострого эндометрита характерно:

- а) температура тела 38 С и выше
- б) тахикардия
- в) лохии с примесью крови
- г) все перечисленное верно
- д) ничего из перечисленного

5. Вторая степень чистоты влагалищного мазка характеризуется следующим 1) в мазке много эпителиальных клеток 2) реакция влагалищного содержимого кислая 3) в мазке есть влагалищные бациллы 4) лейкоцитов в мазке содержится до 10-15 в поле зрения

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

6. Термином "послеродовой период" обычно обозначают

- а) первые 2 месяца после родов
- б) период грудного кормления новорожденного
- в) период послеродовой аменореи
- г) все перечисленное

Ситуационные задачи

Задача № 1

Повторнородящая 27 лет. В родах 22 часа, безводный промежуток 20 часов. На фоне проводимой терапии антибиотиками температура повысилась до 38,8°C. Схватки через 1-2 мин, по 40-50 с. Внутривенно вводится окситоцин, головка плода на тазовом дне, воды зеленые. Сердечные тоны плода 160 уд. в мин, ритмичные, приглушены.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Какие были допущены ошибки?
4. Показано ли родоразрешение путем наложения акушерских щипцов?
5. Показана ли эпизио- или перинеотомия?

Задача № 2

У роженицы 25 лет на 3-и сутки после родов появилась температура до 40°C гектического характера, озноб, тахикардия до 120 уд. в мин. При объективном обследовании: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые синюшного цвета, на конъюнктивах петехиальная сыпь, на конечностях мелкоточечные кровоизлияния, на лице сыпь в виде "бабочки". В анализе крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты 18'109, СОЭ 70 мм в час, п/я 6, с/я 70, м 5, л 12.

Диагноз?

Ваша тактика?

Прогноз?

Перевод в гинекологическое отделение?

Сколько роженица должна находиться на стационарном лечении?

Задача № 3

У роженицы с 4-х суток послеоперационного периода после операции кесарева сечения в нижнем сегменте по Пфанненштилю отмечается повышение температуры до 38-39°C, ознобы. В развернутом анализе крови: лейкоциты 15,3'109, СОЭ 70 мм в ч, п/я 5, с/я 73, м 6, л 14, гемоглобин 96 г/л.

При осмотре: отмечается выраженная инфильтрация швов на передней брюшной стенке 10'12 см.

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

Диагноз?

Какие были допущены ошибки?

Тактика?

Прогноз?

Реабилитационные мероприятия?

Задача № 4

Родильница 25 лет на 3-и сутки после родов предъявляет жалобы на слабость, повышение температуры до 38°C. В родах отмечался длительный безводный промежуток (18 часов). Антибактериальная терапия не проводилась. При влагалищном исследовании: шейка формируется, цервикальный канал свободно пропускает палец за пределы внутреннего зева. Матка до 17 недель, при пальпации чувствительна, контуры четкие. Выделения из матки мутные с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. Придатки без особенностей.

Диагноз?

Какая допущена ошибка?

Ваша тактика?

Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

План лечения?

Задача №5

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

1. Диагноз?

2. Тактика врача?

Самостоятельная работа:

1. Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Формы первого этапа послеродовой инфекции».
2. Составление профессиональных задач с эталонами ответов по темам: «Послеродовые язвы. Нагноение швов промежности».
3. Подготовка доклада по теме: «Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний».

Тема 27. Послеродовой лактационный мастит

Вопросы:

1. Послеродовой лактационный мастит. Причины возникновения. Классификация.
2. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Реабилитация. Профилактика.
4. Серозный, инфильтративный послеродовой мастит. Клиническая картина, диагностика, уход и наблюдение за родильницей. Лечение. Реабилитация. Профилактика.
5. Гнойные формы послеродового мастита (гнойный, инфильтративно-гнойный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный). Клиническая картина, диагностика, уход и наблюдение за родильницей, принципы лечения. Реабилитация. Профилактика

Задача

Родильница Ф., 22 лет, родоразрешилась через естественные родовые пути живым доношенным ребенком мужского пола, весом 3500 г. На 4 сутки послеродового периода жалобы на головную боль, слабость, боли в правой молочной железе, резкое повышение температуры тела до 39°C, озноб. Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие. Отмечается выраженное нагрубание молочных желез. В области нижненаружного квадранта правой молочной железы пальпируется плотный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпируются увеличенные болезненные лимфоузлы в правой подмышечной впадине. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. Ps ПО в минуту Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Выделения из половых путей сукровичные, без запаха.

Диагноз?

Тактика?

Современные особенности течения мастита? Профилактика мастита?

Тема 28. Акушерские операции во время беременности.

Вопросы:

1. Операции по сохранению беременности. Показания. Противопоказания. Подготовка к операции. Методы обезболивания. Послеоперационный уход.

2. Операции искусственного прерывания беременности. Противопоказания. Подготовка к операции. Методы обезболивания. Послеоперационный уход.
3. Подготовка медицинского инструментария, материала, медикаментов для операций. Осложнения.
4. Профилактика послеоперационных осложнений.
5. Послеоперационный уход и наблюдение за состоянием беременной.

Тесты:

1) Аборт

1. это прерывание беременности в сроке до 29 недель
2. называется поздним, начиная с 18 недель
3. в поздних сроках может быть осуществлен путем экстраамниального введения гипертонического раствора
4. может быть причиной невынашивания, бесплодия
5. абсолютно противопоказан при высоком риске сенсibilизации по резус-фактору

2) Мини-аборт

1. может быть выполнен в амбулаторных условиях
2. производится при задержке менструации до 30 дней
3. выполняется после расширения цервикального канала до 8 номера расширителей Гегара
4. производится с помощью кюретки N2
5. не имеет осложнений

3) Поздний аборт может быть выполнен

1. по желанию женщины старше 30 лет
2. по социальным показаниям
3. без согласия женщины при хромосомной патологии у плода
4. женщине, имевшей контакт по краснухе в I триместре беременности
5. по поводу полного предлежания плаценты, обнаруженного при УЗИ

4) Врач может отказать в производстве искусственного аборта при выявлении

1. эрозии шейки матки
2. миомы матки
3. носительства вируса иммунодефицита
4. гонококков в мазках из цервикального канала
5. хронической инфекции любой локализации

5) Выскабливание полости матки

1. является единственным способом искусственного аборта
2. не требует общего обезболивания
3. может быть начато только после влагалищного исследования, выполненного оператором
4. может быть выполнено без использования абортцанга
5. должно заканчиваться обработкой полости матки антисептиком

Самостоятельная работа:

1. Составление тестовых заданий с эталонами ответов по темам: «Акушерские операции во время беременности».
2. Заполнение таблиц по темам: «Показания, условия, подготовка, этапы операции – классического наружновнутреннего акушерского поворота плода на ножку при полном открытии шейки матки».

Тема 29. Акушерские операции в родах, послеродовом периоде

Вопросы:

1. Операции по исправлению положения плода в родах.
2. Операции, подготавливающие родовые пути.
3. Амниотомия.
4. Эпизиотомия, эпизиорафия.
5. Перинеотомия, перинеоррафия.
6. Послеоперационный уход. Осложнения.
7. Роль акушерки в профилактике осложнений.

8. Ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование матки. Показания. Предоперационная подготовка. Техника выполнения операций.
9. Плодоразрушающие операции. Показания. Противопоказания. Основные моменты краниотомии, эмбриотомии, спондилотомии, клейдотомии.

Самостоятельная работа:

1. Составление тестовых заданий с эталонами ответов по теме: «Акушерские операции в родах, послеродовом периоде».
2. Заполнение таблиц по темам: «Показания, условия, подготовка, техника операции, послеоперационный уход при эпизио-, перинеотомии», «Набор инструментов, материала, медикаментов для осмотра и восстановления родовых путей».
3. Подготовка рефератов по темам: «Плодоразрушающие операции».

Тема 30. Родоразрешающие операции

Вопросы:

1. Акушерские щипцы.
2. Вакуум-экстракция плода – показания, противопоказания, условия наложения инструментов.
3. Кесарево сечение. Показания, противопоказания. Предоперационная подготовка пациентки при плановом и экстренном КС.
4. «Тройное» правило при введении ложек, «тройное» правило при размещении ложек, «тройное» правило при тракциях.
5. Техника наложения выходных акушерских щипцов.
6. Устройство вакуум-экстрактора. Принцип работы аппарата.
7. Экстракция плода за тазовый конец.

Тесты:

1) В акушерской практике

1. наблюдается расширение показаний к вакуум-экстракции плода
2. чаще используется классическое кесарево сечение
3. широко применяется наружный поворот плода в родах

4. амниоцентез используется для диагностики состояний плода
5. амниоскопия используется для диагностики переносимой беременности, гипоксии плода, РН-конфликта
- 2) Наиболее часто в акушерской практике применяется
 1. корпоральное кесарево сечение
 2. кесарево сечение в нижнем сегменте матки
 3. влагалищное кесарево сечение
 4. экстраперитонеальное кесарево сечение
 5. малое кесарево сечение
- 3) К родоразрешающим операциям относится
 1. кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция
 2. перинеотомия
 3. наружновнутренний поворот плода на ножку
 4. краниотомия
 5. амниотомия
- 4) Совершенствование техники кесарева сечения связано с именем
 1. В.И.Ельцова-Стрелкова
 2. Л.А.Гусакова
 3. И.Земмельвейса
 4. И.Ф.Эразмуса
 5. П.Чемберлена
- 5) Показанием к операции кесарева сечения является
 1. полное предлежание плаценты
 2. тазовое предлежание плода
 3. сужение таза третьей-четвертой степени
 4. внутриутробная гипоксия плода
 5. угрожающий разрыв матки
- 6) Кесарево сечение
 1. позволяет снизить перинатальную смертность
 2. повышает риск материнской смертности от 4 до 10 раз
 3. предпочтительнее выполнять по экстренным показаниям
 4. повышает риск гнойно-септических осложнений в 2 раза
 5. всегда сопровождается кровопотерей более 400 мл
- 7) Кесарево сечение
 1. может быть выполнено во втором триместре беременности
 2. может быть выполнено влагалищным доступом
 3. может выполняться экстраперитонеальным доступом
 4. все перечисленное
- 8) Кесарево сечение

1. по абсолютным показаниям выполняется в интересах жизни и здоровья плода
 2. в Санкт-Петербурге производится в 15% всех родов
 3. по относительным показаниям часто выполняется у первородящих женщин старше 30 лет
 4. в анамнезе является абсолютным показанием для повторного кесарева сечения
 5. в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации
- 9) Относительным показанием для кесарева сечения является
1. внутриутробная гипоксия плода
 2. слабость родовой деятельности
 3. прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности
 4. угрожающий разрыв матки
 5. гипотрофия плода
- 10) Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть
1. безводный период более 12 часов
 2. мертвый плод
 3. хронический пиелонефрит
 4. уродства плода
 5. все перечисленное
- 11) Кровопотеря при операции кесарева сечения
1. обычно не превышает 500 мл
 2. зависит от расположения плаценты
 3. может быть уменьшена введением утеротонических средств перед разрезом кожи
 4. до 1 литра может быть восполнена переливанием коллоидных и солевых растворов
 5. зависит от типа разреза матки
- 12) Профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения может проводиться назначением антибиотиков
1. за 3-4 часа до начала операции
 2. после пересечения пуповины
 3. в первые три часа после операции
 4. в течение 5 дней послеоперационного периода
 5. группы стрептомицина
- 13) Летальность после кесарева сечения
1. в первую очередь связана с кровотечением

2. зависит от типа разреза на матки
 3. выше в группе беременных с поздним токсикозом
 4. все перечисленное
- 14) В настоящее время в основном используются акушерские щипцы
1. Чемберлена
 2. Лазаревича
 3. Негеле
 4. Симпсона-Феноменова
 5. Киллянда
- 15) Акушерские щипцы
1. используются для окончания родов
 2. могут быть применены в конце первого периода родов
 3. позволяют исключить потуги
 4. используются для коррекции вставления головки плода
 5. позволяют изменить позицию и вид плода
- 16) Необходимым условием применения акушерских щипцов является наличие
1. живого плода
 2. целого плодного пузыря
 3. головки плода, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
 4. полного раскрытия маточного зева
 5. нормальных размеров таза
- 17) Показанием к проведению операции наложения акушерских щипцов может являться
1. клинически узкий таз
 2. внутриутробная гипоксия плода
 3. вторичная слабость родовой деятельности
 4. преэклампсия
 5. преждевременные роды
- 18) Подготовка к операции наложения акушерских щипцов включает
1. влагалищное исследование
 2. общее обезболивание
 3. разрез промежности
 4. опорожнение мочевого пузыря
 5. все перечисленное
- 19) Операция наложения акушерских щипцов
1. может быть проведена при головке, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
 2. является показанием к ручному обследованию полости матки

3. повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений
 4. всегда сопровождается патологической кровопотерей
 5. является основанием для предоставления послеродового отпуска в 70 дней
- 20) Пробная тракция в операции акушерских щипцов
1. позволяет определить величину необходимой силы влечения
 2. проводится для определения места положения головки плода
 3. позволяет определить правильность наложения щипцов
 4. требует особого расположения рук оператора
 5. не является обязательным моментом

4.3 Материалы для студентов по подготовке к промежуточной аттестации

Перечень вопросов к экзамену МДК 02.01 Медицинская помощь пациентам с распространенными гинекологическими заболеваниями

1. Актуальные вопросы детской гинекологии.
2. Альгодисменорея. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Анатомия внутренних половых органов.
4. Анатомия наружных половых органов.
5. Аномалии развития маточных труб и яичников.
6. Аплазия матки и влагалища. Раскрыть.
7. Апоплексия яичника. Определение, клиника, диагностика, лечение
8. Атрезия девственной плевы
9. Бартолинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение
10. Бесплодный брак. Классификация, определение, клиника, диагностика, лечение.
11. Внутриматочная спираль. Раскрыть
12. Генитальный герпес. Этиология, клиника, диагностика, лечение
13. Гонорея. Этиология, клиника, диагностика, лечение
14. Дисфункциональные маточные кровотечения. Классификация, этиология, клиника, лечение
15. Доброкачественные заболевания молочных желез.
16. Доброкачественные опухоли женских половых органов. Определение, клиника, диагностика, лечение
17. Женская консультация. Роль в профилактике и лечении гинекологических заболеваний.
18. Изменения в яичниках и матке в течение менструального цикла
19. Кисты яичников. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
20. Классификация, клиника, диагностика, лечение рака эндометрия.
21. Климактерический синдром. Клиника, диагностика, лечение

22. Клиника, диагностика и лечение инфицированного аборта.
23. Кольпиты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
24. Комбинированные оральные контрацептивы.
25. Малые гинекологические операции (раздельное диагностическое выскабливание, полипэктомия, зондирование полости матки, гистероскопия).
26. Методы исследования в гинекологии.
27. Миома матки. Определение, классификация, клиника, диагностика, лечение
28. Нарушение менструального цикла. Раскрыть.
29. Аменорея: определение, классификация, клиника, диагностика, лечение.
30. Начавшийся выкидыш. Определение, клиника, диагностика, лечение.
31. Определение, клиника, диагностика, лечение сальпингоофорита.
32. Опущение и выпадение половых органов. Клиника. Диагностика. Тактика акушерки.
33. Организация детской и подростковой службы в РФ. Роль акушерки в работе детских и подростковых кабинетов.
34. Острый живот в гинекологии.
35. Пороки развития женских половых органов
36. Предменструальный синдром. Определение, клиника, диагностика, лечение
37. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение гинекологических больных.
38. Прерывание беременности по медицинским показаниям после 12 недель беременности. Особенности проведения. Осложнения.
39. Пролапс гениталий. Клиника. Диагностика. Тактика акушерки. Роль акушерки в ведении послеоперационного периода.
40. Рак матки. Роль акушерки при уходе за онкологическими пациентами.
41. Рак шейки матки. Определение, клиника, диагностика, лечение
42. Рак яичников. Этиология, клиника, диагностика, лечение
43. Роль акушерки в проведении операции
44. Сальпингоофорит. Определение, клиника, диагностика, лечение
45. Самопроизвольный аборт. Определение, клиника, диагностика, лечение
46. Септический шок в гинекологии. Клиника, диагностика, лечение.
47. Синдром поликистозных яичников. Этиология, клиника, диагностика, лечение
48. Сифилис. Этиология, клиника, диагностика, лечение
49. Современные методы контрацепции.
50. Современные методы обследования в гинекологии.
51. Травмы женских половых органов.
52. Трихомониаз. Определение, клиника, диагностика, лечение
53. Трофобластическая болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение
54. Трофобластическая болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение
55. Удвоение матки и влагалища. Раскрыть.

56. Характеристика нормального менструального цикла.
57. Эktopическая беременность. Определение, классификация, клиника, диагностика, лечение
58. Эндометриоз тела матки. Определение, клиника, диагностика, лечение.
59. Эндометриоз шейки матки. Определение, клиника, диагностика, лечение
60. Эндометриоз яичников. Определение, клиника, диагностика, лечение.
61. Эндометриоз. Определение, клиника, диагностика, лечение
62. Эрозия шейки матки. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
Пельвиоперитонит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
63. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
64. Регуляция менструального цикла.

Перечень вопросов к экзамену МДК 02.02 Медицинская помощь пациентам в период беременности, родов, послеродовый период

1. Структура службы планирования семьи.
2. Принципы охраны репродуктивного здоровья населения.
3. Дайте определение понятию «Репродуктивное здоровье».
4. Задачи службы планирования семьи.
5. Естественные методы контрацепции. Виды. Принципы действия.
6. Виды и Механизм действия барьерных методов контрацепции. Преимущества и недостатки метода.
7. Виды и механизм действия спермицидов. Преимущества и недостатки метода.
8. Химический метод контрацепции. Механизм действия. Преимущества и недостатки.
9. Релизинг-системы.
10. Классификация методов контрацепции.
11. Классификация гормональных контрацептивов.
12. Комбинированные оральные контрацептивы: механизм действия, классификация.
13. Способ применения комбинированных оральных контрацептивов.
14. Осложнения при приеме КОК.
15. Чисто прогестиновые контрацептивы. Преимущества и недостатки.
16. Осложнения при приеме чисто прогестиновых контрацептивов.

17. Способ применения чисто прогестиновых контрацептивов.
18. Инъекционные контрацептивы. Механизм действия. Преимущества и недостатки метода.
19. Импланты. Механизм действия, достоинства и недостатки метода.
20. Влагалищное кольцо Новаринг. Механизм действия, достоинства и недостатки метода.
21. ВМС Мирена. Механизм действия, достоинства и недостатки метода.
22. Осложнения при ведении и использовании ВМК.
23. Внутриматочная контрацепция. Преимущества и недостатки метода.
24. Показания и противопоказания внутриматочной контрацепции.
25. Акушерская тактика при постановке и извлечении ВМК. Обследование пациента перед постановкой ВМК.
26. Хирургические методы контрацепции
27. Добровольная хирургическая стерилизация. Виды. Показания и противопоказания. Преимущества и недостатки метода.
28. Условия выполнения хирургической стерилизации.
29. Посткоитальная экстренная контрацепция.
30. Противопоказания для экстренной контрацепции.
31. Контрацепция в подростковом периоде.
32. Контрацепция в старшем репродуктивном, менопаузальном периоде.
33. Контрацепция при заболеваниях органов репродуктивной системы.
34. Контрацепция у женщин с экстрагенитальной патологией.
35. Акушерская тактика при постановке ВМК.
36. Контрацепция в послеродовом периоде.
37. Контрацепция для женщин с мастопатией, миомой матки, эндометриозом.
38. Контрацепция и онкологические заболевания репродуктивной системы.
39. Контрацепция у женщин с экстрагенитальной патологией.
40. Контрацепция в браке.
41. Контрацепция у незамужних женщин редко живущих половой жизнью.

42. Функциональные обязанности акушерки и организация работы кабинета доврачебного первичного посещения Молодежного Центра.

ПМ 02. Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями

Задача 1

Больная С., 42 года обратилась к акушерке ФАПа с жалобами на постоянные ноющие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, обильные месячные. Наследственность не отягощена, из перенесенных заболеваний отмечает корь, грипп. Менструации с 14 лет, без особенностей. Последние нормальные менструации год назад. Половая жизнь с 20 лет, брак первый. Роды –1, Абортов– 3 без осложнений. Бесплодие в течение последних 5 лет. 2 года назад была диагностирована миома матки размерами с 8-недельную беременность. В течение последнего года появились ноющие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, менструации стали обильными и продолжительными.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых. АД -110/70 мм рт.ст. Пульс 70 ударов в мин. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. При пальпации живота обнаружено бугристое плотное образование, исходящее из органов малого таза, безболезненное верхний полюс его располагается на 2 поперечных пальца ниже пупка.

Данные осмотра в зеркалах: шейка и стенки влагалища чистые. Бимануальное исследование: влагалище рожавшей, шейка цилиндрическая. Тело матки плотное, бугристое, ограничено в подвижности, соответствует 18 недельной беременности, безболезненное. Придатки пальпировать не удается. Своды глубокие. Выделения слизисто-кровянистые.

Задания:

- 1.Выявить проблемы женщины и их причины.
- 2.Оценить состояние женщины.
- 3.Определить диагноз и обосновать его.
- 4.Тактика акушерки в данной ситуации.
- 5.Манипуляция: Подготовить набор инструментов для диагностического выскабливания.

Задача 2

В смотровой кабинет поликлиники обратилась женщина 57 лет с указанием на кровянистые выделения из половых путей в течение месяца. Менструаций

нет 5 лет. Половой жизнью не живет. Р-4. А-6. Не показывалась врачу более 5 лет.

Объективно: кожа и слизистая бледноваты. Пульс 72 уд/мин, ритмичный. АД

110/70. Живот мягкий, безболезненный.

В зеркалах: шейка матки превращена в опухоль, напоминающую “цветную капусту”, кровоточащую при дотрагивании. РV: не осмотрена из-за боязни спровоцировать кровотечение.

Задание:

1. Выделить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз.
3. Тактика акушерки.
4. Выполнить манипуляцию: “Взятие мазков на онкоцитологию”

Задача 3

К акушерке смотрового кабинета обратилась женщина 22-х лет с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, которые появились после введения во влагалище ватного тампона с 9% уксусной кислотой, введенного после coitus с целью контрацепции. Тампон удалила через 20 минут из-за болей во влагалище.

Объективно: наружные половые органы без патологии.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована. Шейки матки конической формы без дефектов. На задней стенке влагалища дефект слизистой 3 * 2 см, кровоточит при дотрагивании. РV: Не осмотрена из-за болей во влагалище.

Задание:

1. Выделить проблемы женщины
2. Поставить диагноз
3. Тактика акушерки

Задача 4

Женщина 23-х лет обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х дней. t° нормальная. Последняя менструация закончилась 2 недели назад. Обычно менструирует через 30 -32 дня.

Неделю назад был случайный половой акт. Женщина волнуется, подозревая вензаболевание. У женщины были взяты мазки на gn. В ответе 40 -60 в поле зрения. Флора отрицательная.

Задание:

1. Выделить проблемы женщины.

2. Поставить предварительный диагноз.
3. Оценить полученные мазки.
4. Тактика акушерки.
5. Выполнить манипуляцию: “Взятие мазков на гонорею”.

Задача 5

Студентка 18-ти лет принимает марвелон 1-й месяц, который ей назначен в центре планирования семьи. На 12-й день от начала приема появились мажущие кровянистые выделения. Обратилась за консультацией в смотровой кабинет.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Объяснить ситуацию.
3. Дать рекомендации.
4. Выполнить манипуляцию: “Ведение менструального календаря

Задача 6

Женщина 25 лет. Месячные с 12-ти лет по 3 -4 дня через 28 дней. Половая жизнь вне брака. Р-2, Аб-2. Множественные половые связи. Был трихомониаз.

Консультируется с акушеркой ФАПа. Просит ввести ВМС.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Информировать о методах контрацепции.
3. Помочь в выборе.
4. Выполнить манипуляцию: “Подготовить набор инструментов для введения ВМС”

Задача 7

Студентка 19-ти лет. Месячные по 3 -4 дня, через 21 -26 -32 дня. Просит акушерку назвать ей дни наиболее вероятные для зачатия. Заводить детей до окончания института не собирается. Соматически здорова.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Информировать о методах контрацепции.
3. Помочь в выборе.
4. Выполнить манипуляцию: “Измерение базальной t° , составление графиков

Задача 8

Женщина 20 лет. Менструальные с 12-ти лет по 3 -4 дня через 28 дней. Половая жизнь в браке. Б -0. Консультируется с акушеркой ФАПа по поводу задержки менструальных на 1,5 месяца, считает себя беременной. Хочет сделать аборт.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Подтвердить беременность и установить срок.
3. Помочь в выборе метода планирования семьи
4. Необходимое обследование.

Задача 9

Женщина 33-х лет. Менструальные с 12-ти лет по 3 -4 дня через 28 дней. Половая жизнь вне брака. На диспансерном учете по поводу хронического аднексита и бесплодия вторичного. Р-2, Аб-2. При обследовании выявлено в мазках на гп лейкоцитов 40 -50. Врач поручил акушерке провести обследование с провокацией.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Объяснить ситуацию.
3. Необходимое обследование.
4. Тактика.
5. Выполнить манипуляцию: “Взятие мазка на трихомониаз

Задача 10

Женщина 32-х лет. Менструальные с 12-ти лет по 3 -4 дня через 28 дней. Половая жизнь в браке. Р-2, Аб-2. Консультируется с акушеркой ФАПа по поводу задержки менструальных на 1,5 месяца, считает себя беременной. Тест положителен. Хочет сделать мини-аборт.

Задание:

1. Оценить проблемы.
2. Подтвердить беременность и установить срок.
3. Помочь в выборе метода планирования семьи.
4. Необходимое обследование.
5. Выполнить манипуляцию: “Подготовить набор инструментов для искусственного прерывания беременности

Задача 11

В гинекологическое отделение районной больницы поступила больная К., 36 лет. Жалобы при поступлении на сильные боли в животе, чувство тяжести, учащенное мочеиспускание, повышенную температуру. Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает

грипп, пневмонию, гипертоническую болезнь. Менструации с 14 лет, без особенностей. Последние месячные неделю назад. Половая жизнь с 20 лет. Было 2 нормальных родов и 2 медицинских аборта без осложнений. При посещении гинеколога три года назад было отмечено увеличение левого яичника. Заболела остро вчера, когда после физического напряжения появились сильные боли внизу живота, постепенно усиливающиеся, сухость во рту.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа и слизистые обычной окраски. Пульс 90 ударов в минуту, АД -140/90 мм рт.ст. Температура 38°C. Язык немного суховат, обложен белым налетом, дыхание везикулярное. Пальпация живота болезненна, особенно в нижних отделах, где выражено напряжение мышц и синдром раздражения брюшины. Диспептических расстройств нет. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Шейка чистая в зеркалах, при двуручном исследовании смещение шейки резко болезненно. Матку контурировать не удастся из-за напряжения передней брюшной стенки. Слева от матки определяется образование тугоэластической консистенции округлой формы, с гладкой поверхностью, размером 12х18 см, резко болезненное. Правые придатки не определяются.

Задания:

1. О какой патологии идет речь, возможные осложнения.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи с обоснованием каждого этапа.

Задача 12

Акушерка ФАПа была вызвана на дом к пациентке 40 лет. Предъявляет жалобы на резкие сильные боли в животе, возникшие внезапно по время работы в саду 2 часа тому назад, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Родов -2 (без осложнений), аборт -1 (медицинский), в анамнезе -хронический двусторонний аднексит. Полгода назад на профосмотре обнаружена киста правого яичника. От предложенной в то время операции отказалась по семейным обстоятельствам.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, АД 120/80 мм рт.ст. пульс 84 уд. в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации - напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Задания

1. Оценить состояние пациентки.
2. О какой патологии идет речь? Чем подтвердите Ваше предположение?
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Выполнить манипуляцию: “Подготовка к УЗИ

Задача 13

Акушерка ФАПа вызвана на дом к пациентке 36 лет, предъявлявшей жалобы на боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность. Заболела внезапно 1 час назад, когда почувствовала резкую боль слева в подвздошной области, появилась слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад. Считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности. В анамнезе 2 нормальных родов, 2 медаборта. В течение 10 последних лет страдает хроническим двусторонним аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре. При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД -90/60 мм рт.ст., пульс -104 уд. в мин., слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки - напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно определяется притупление звука в отлогах местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Задания:

1. Оценить состояние пациентки. О какой патологии идет речь в данной задаче, на чем основано Ваше предположение?
2. Тактика акушерки в данной ситуации
3. Выполнить манипуляцию: Подготовить набор инструментов для пункции брюшной полости через задний свод влагалища

Задача 14

Акушерку вызвали на дом к девочке 16 лет. Жалобы на кровотечение, которое продолжается уже семнадцатый день. Кровотечение незначительное. Перед этим была задержка менструации в течение пяти месяцев. В последние четыре дня появились слабость, головокружение.

Анамнез в детстве перенесла много детских инфекционных заболеваний. В семье неблагоприятные бытовые условия. Менструации с 14 лет, нерегулярные, к врачу не обращалась, лечение не проводилось. Обильных кровотечений до этого момента не было.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 100\60 мм рт. ст., пульс -86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких и сердечно - сосудистой системе патология не обнаружена. Живот мягкий. Органы

мочевыделительной системы без патологии, функция желудочного - кишечного тракта в норме. Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение на лобке скудное, малые половые губы не прикрыты большими, половая щель зияет, промежность высокая, втянутая.

Задания

- 1.Выявите проблемы больной девочки.
- 2.Оцените состояние девочки.
3. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 4.Определите тактику акушерки в данной ситуации

Задача 15

На ФАП к акушерке обратилась женщина 35 лет. Жалобы на раздражительность, головную боль снижение памяти, напряжение, увеличение и болезненность молочных желез, все эти явления появляются за две недели до менструации. Анамнез считает себя больной в течение двух лет. С мужем разведена два года назад, после этого появились все эти явления. Менструации с 14 лет, без особенностей. Детородная функция - было двое срочных родов и три медицинских аборта. Перенесенные заболевания - вегетососудистая дистония, холецистит.

Объективно женщина пониженного питания, настроение подавленное, АД 110/70 мм рт. ст. Молочные железы напряжены, при пальпации болезненные. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
4. Определите тактику акушерки.

Задача 16

На приеме, к акушерке ФАПа обратилась больная 33 лет. Жалобы на бесплодие в течение 7 лет при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов.

Анамнез: менструальный цикл установился в 16 лет. Менструации болезненные, скудные, длительность 2 -3 дня через 32-33 дня, сопровождаются тошнотой и рвотой. Перенесенные болезни: ветряная оспа, ОРВИ, ангина, пневмония. По поводу бесплодия к врачу не обращалась. Две недели назад прошел обследование муж. Патология с его стороны не выявлена.

Объективные данные: Женщина невысокого роста, пониженного питания. Общее состояние удовлетворительное, АД -110\70, мм рт. ст. Легкие и сердце

в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы: оволосение на лобке скудное, большие половые губы не прикрывают малые, половая щель зияет, промежность высокая, втянутая. При осмотре с помощью зеркал шейка конической формы, длинная, узкая. Слизистая стенок влагалища бледно-розового цвета. Влагалище короткое, узкое, своды короткие.

Матка маленькая с резким *anteversio* - *anteflexio*, плотная, безболезненная, малоподвижная, соотношение шейки матки к телу матки 2:1. Сводь свободные, придатки не определяются. Выделения скудные, бесцветные с кислым запахом.

Задания

1. Выявите проблемы больной.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Перечислите основные методы исследования, подтверждающие диагноз
4. Определите тактику акушерки в конкретной ситуации

Задача 17

На приеме к акушерке ФАПа обратилась больная 65 лет. Жалобы на боли внизу живота, тянущего характера, с иррадиацией в паховые области, в бедро, резь при мочеиспускании, недержание мочи. За последние две недели при акте дефекации и при потуживании за пределами половой щели больная обнаружила мягкое, округлое, мышечное образование размером с куриное яйцо.

Анамнез. в менопаузе 13 лет. Было 4 нормальных, срочных родов, три медицинских аборта. Гинекологическими заболеваниями женщина не болела, но в течение последних шести лет, беспокоят боли в пояснице, внизу живота, недержание и неудержание мочи. Развитие патологического процесса больная связывает со своей работой, связанной с подъемом тяжести.

Объективно общее состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. АД 140-/90 мм. рт. ст., пульс -72 уд. /мин., ритмичный, удовлетворительного

напряжения и наполнения. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Наружные половые органы сформированы правильно. Половая щель зияет. При осмотре в зеркалах слизистая стенок влагалища гиперемирована, имеются точечные кровоизлияния, складки сглажены. Определяется трофическая язва размерами 0,3х0,4. Шейка матки отечна, увеличена в объеме. Бимануальное исследование: стенки влагалища уплотнены, матка в *retroversio-retroflexio*, не увеличена, безболезненна. Шейка матки располагается ниже уровня седалищных остей. При потуживании шейка и стенки влагалища выходят за пределы половой щели

Задания.

1. Выявите основные проблемы больной.

2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Назовите причины развития данной патологии у больной.
4. Определите тактику акушерки при данной патологии

Задача 18

На ФАП к акушерке обратилась женщина 25 лет. Жалобы: на боли, рези при мочеиспускании и обильные бели.

Анамнез: менструация с 13 лет, по 4-5 дней регулярные. Были 1 роды и 1 медицинский аборт. Замужем. Работа мужа связана с командировками, из последней вернулся 5 дней назад. У мужа также появились рези при мочеиспускании.

Объективно:

состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено, симптом Пастернацкого отрицательный. При осмотре половых органов фельдшер обнаружил отек и гиперемию губок уретры. Пальпация уретры через переднюю стенку влагалища болезненна, она пальпируется в виде плотного валика, из уретры выделяется гнойный экссудат желтоватого цвета.

Задания

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы исследования при остром и хроническом течении заболевания для подтверждения диагноза.
4. Составьте алгоритм действий акушерки ФАП.

Задача 19

Акушерка вызвана к женщине 25 лет. Жалобы: на сильные боли внизу живота, повышение температуры, обильные бели.

Анамнез: менструация с 14 лет, по 4-5 дней, последняя менструация 5 дней назад. Не замужем. Две недели назад было случайное половое сношение. Перед менструацией появились рези при мочеиспускании, лечилась, принимала таблетки фуразолидона. После менструации появились боли внизу живота, которые постепенно усилились, повысилась температура.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 90 ударов в минуту, температура 38°C, АД 120\80 мм рт. ст. Кожа чистая, горячая на ощупь. Сердце и легкие без патологии. Пальпация нижних отделов живота болезненна.

Задания.

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику акушерки.
4. Расскажите о методах лечения данной патологии.

Задача 20

К акушерке ФАПа обратилась пациентка 29 лет. Жалобы на тупые, ноющие боли, чувство тяжести внизу живота, увеличение живота.

Анамнез: менструации с 19 лет, по 3-5 дней нерегулярные, болезненные. Замужем с 24 лет, в течение 5 лет при регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступала. В течение последних 6 месяцев появились боли в животе, наблюдается увеличение живота, беспокоят частые мочеиспускания.

Объективно: женщина пониженного питания, кожные покровы бледные, АД 110/70 мм. рт. ст., пульс 80 уд. /мин. Живот увеличен в размере, при глубокой пальпации над симфизом справа через брюшную стенку пальпируется плотная бугристая опухоль.

Задания

1. Выявить проблемы женщины
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его
3. Перечислите дополнительные методы исследования и лечения
4. Определите тактику акушерки ФАПа

Задача 21

К акушерке ФАПа для профилактического осмотра обратилась женщина 24 лет. Жалобы: на обильные бели.

Анамнез: менструация отсутствует, два месяца назад произошли срочные роды доношенным плодом, массой 3800, кормит грудью.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд. /мин., температура 36,8, молочные железы мягкие, соски чистые, лактация достаточная. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: шейка матки увеличена в размере, поверхность ее ярко-красная, бархатистая, легко травмируется. При сближении передней и задней губ с помощью зеркал ярко-красная поверхность исчезает. Во влагалище бели слизистого характера.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Расскажите о дополнительных методах исследования и лечения при заболеваниях шейки матки.
4. Составьте алгоритм действий акушерки ФАПа

Задача 22

На прием к акушерке ФАП обратилась женщина 40 лет. Жалобы: на болезненные и обильные менструации, а также пред и после менструальные выделения коричневого цвета.

Анамнез: менструации с 13 лет, по 5 дней через 28 дней, до последнего года были безболезненными. Замужем. Было 2 родов и три медицинских аборта. Перенесенные заболевания: холецистит, дисфункция яичников. В последнее время появились коричневого цвета выделения перед и после менструации, менструации стали болезненными, обильными, длительными. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 85 ударов в минуту. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При бимануальном исследовании - матка увеличена, бугристая, болезненная.

Задания

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза
4. Составьте алгоритм действия фельдшера и план лечения данной патологии.
5. Подготовить набор инструментов для раздельного диагностического выскабливания полости матки

Задача 23

Вызов к женщине 27 лет. Жалобы: схваткообразные боли внизу живота, темные кровянистые выделения из половых путей, отсутствие менструации в течение 5 недель.

Анамнез: Менструации с 13 лет без особенностей. Замужем. Были одни роды и три медицинских аборта. Перенесенные заболевания воспаление придатков матки.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, АД - 100/60 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин. Живот вздут, в нижних отделах симптом Щеткина -Блюмберга положительный.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз
2. Составьте алгоритм действий для оказания доврачебной помощи.
3. Что такое трубный аборт.

Задача 24

На ФАП доставлена женщина 32 лет. Жалобы -на слабость и острые боли внизу живота, которые более выражены слева. Боли возникли внезапно час назад.

Анамнез - больная стоит на диспансерном учете по поводу хронического

воспаления придатков матки. Последняя менструация была две недели назад. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа бледная. АД 95/60 мм рт ст. Пульс 98 уд. / мин. Живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина –Блюмберга положительный.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм действий.
- 3.Продемонстрируйте на фантоме технику бимануального исследования

Задача 25

Вызов к женщине, упала на острый предмет на стройке. Жалобы: на боль в области половых органов, кровотечение.

Объективно: состояние средней тяжести, бледная, стонет, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 уд. /мин. В области лобка, больших половых губ гематома и рваная рана.

Задания

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий по оказанию неотложной помощи
3. Продемонстрируйте на фантоме технику введения влагалищного тампона

Задача 26

На ФАП доставлена женщина 28 лет. Жалобы: на слабость, головокружение и сильные боли внизу живота, которые возникли внезапно, боли иррадиируют во влагалище и прямую кишку.

Анамнез:считает себя беременной, последняя менструация пять недель назад.

Объективно:

состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 90\55мм рт ст.

Пульс 100 ударов в минуту, живот резко болезненный, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. При попытке встать с кушетки женщина потеряла сознание.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте алгоритм действия акушерки
3. Расскажите клиническую картину внематочной беременности.

5. Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	критерии оценивания	оценка/зачет
----------	---------------------	--------------

1.	1) полно и аргументированно отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	отлично
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорошо
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	удовлетворительно
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительно
4	менее 50%	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ

№ п/п	критерии оценивания	оценка/зачет
1	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.	отлично
2	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие экономическое содержание ответа.	хорошо

3	Имеются существенные ошибки в □ логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает экономическое содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие □ в решении задачи.	удовлетворительно
4	Решение неверное или отсутствует.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

№ п/п	критерии оценивания	оценка/зачет
1.	ответ аргументирован, обоснован и дана самостоятельная оценка изученного материала	отлично
2.	ответ аргументирован, последователен, но допущены некоторые неточности	хорошо
3.	ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия	удовлетворительно
4.	в ответе отсутствует аргументация, тема не раскрыта	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКИХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Оформление слайдов	Параметры
Оформление презентации	Соблюдать единого стиля оформления. Фон должен соответствовать теме презентации ○ Слайд не должен содержать более трех цветов ○ Фон и текст должны быть оформлены контрастными цветами ○ При оформлении слайда использовать возможности анимации ○ Анимационные эффекты не должны отвлекать внимание от содержания слайдов ○ Для заголовка – не менее 24 ○ Для информации не менее – 18 ○ Лучше использовать один тип шрифта ○ Важную информацию лучше выделять жирным шрифтом, курсивом. Подчеркиванием ○ На слайде не должно быть много текста, оформленного прописными буквами ○ На слайде не должно быть много выделенного текста (заголовки, важная информация)
Содержание презентации	○ Слайд должен содержать минимум информации ○ Информация должна быть изложена профессиональным языком ○ Содержание текста должно точно отражать этапы выполненной работы ○ Текст должен быть расположен на слайде так, чтобы его удобно было читать ○ В содержании текста должны быть ответы на проблемные вопросы ○ Текст должен соответствовать теме презентации

	○ Слайд не должен содержать большого количества информации ○ Лучше ключевые пункты располагать по одному на слайде
Структура презентации	○ Предпочтительно горизонтальное расположение информации ○ Наиболее важная информация должна располагаться в центре ○ Надпись должна располагаться под картинкой Для обеспечения разнообразия следует использовать разные виды слайдов: ○ с таблицами ○ с текстом ○ с диаграммами

Если студенческая работа отвечает всем требованиям критериев, то ей дается оценка **отлично**. Если при оценивании половина критерием отсутствует, то работа оценивается **удовлетворительно**. При незначительном нарушении или отсутствии каких-либо параметров в работе, она оценивается **хорошо**.

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	критерии оценивания	Оценка /зачет
1	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое нестандартное решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	<i>«отлично» / зачтено</i>
2	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а также имеет достаточно полное представление о значимости знаний по дисциплине.	<i>«хорошо» / зачтено</i>
3	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но	<i>«удовлетворительно» / зачтено</i>

	не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает сложности при выполнении практических работ и затрудняется связать теорию вопроса с практикой.	
4	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не имеет представлений по методике выполнения практической работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по данной дисциплине.	«неудовлетворительно»/незачтено

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УРОВНЕЙ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Шкала оценивания	Уровень освоённости компетенции	Результаты освоённости компетенции
отлично	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно	Нормативный	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную

		рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	компетенции не сформированы	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6.Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций

Оценка знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций по МДК 01.01 «Физиологическое акушерство» осуществляется в ходе текущего и промежуточного контроля. Текущий контроль организуется в формах: устного опроса (беседы, индивидуального опроса, докладов, сообщений); контрольных работ; проверки письменных заданий (эссе, рефератов); тестирования.

Промежуточный контроль осуществляется в формах зачета, дифференцированного зачета и итогового экзамена. Каждая форма промежуточного контроля должна включать в себя теоретические вопросы, позволяющие оценить уровень освоения студентами знаний и практические задания, выявляющие степень сформированности умений и навыков.

Процедура оценивания компетенций обучающихся основана на следующих принципах: периодичности проведения оценки, многоступенчатости оценки по устранению недостатков, единства используемой технологии для всех обучающихся, выполнения условий сопоставимости результатов оценивания, соблюдения последовательности проведения оценки.

Краткая характеристика процедуры реализации текущего и промежуточного контроля для оценки компетенций обучающихся включает: **доклад, сообщение, эссе и др.**- продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической,

учебно-исследовательской или научной темы. Подготовка осуществляется во внеурочное время. В оценивании результата наравне с преподавателем могут принимать участие студенты группы.

устный опрос – устный опрос по основным терминам может проводиться в начале/конце лекционного или семинарского занятия в течении 15-20 мин. Либо устный опрос проводится в течение всего семинарского занятия по заранее выданной тематике.

тест – позволяет оценить уровень знаний студентами теоретического материала по дисциплине. Осуществляется на бумажных носителях по вариантам.

Зачет (дифференцированный)– проводится в заданный срок согласно графику учебного процесса. Зачет проходит в устной форме в виде собеседования по вопросам итогового контроля. При выставлении результата по зачету учитывается уровень приобретенных компетенций студента. Компонент «знать» оценивается теоретическими вопросами по содержанию дисциплины, компоненты «уметь» и «владеть» - практикоориентированными заданиями.

разноуровневые задания (кейс задания, ситуационные задачи).

Цель решения задач - обучить студентов умению проводить анализ реальных ситуаций.

- Самостоятельное выполнение задания;
- Анализ и правильная оценка ситуации, предложенной в задаче;
- Правильность выполняемых действий и их аргументация;
- Верное анатомо-физиологическое обоснование решения;
- Самостоятельное формулирование выводов;

реферат - продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы. Защита реферата проводится на занятии.

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, интернет ресурсы и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения.

контрольная работа- выполняется письменно, по завершению усвоения темы для выяснения уровня усвоения данной темы по следующим позициям: умение систематизировать знания; точное, осмысленное воспроизведение изученных сведений; понимание сущности процессов; воспроизведение требуемой информации в полном объёме. Отведенное время – 45 мин.

презентация - продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы с демонстрацией презентации. Подготовка осуществляется во внеурочное время. На подготовку дается одна неделя. Результаты озвучиваются на втором занятии, регламент- 7 минут на выступление. В оценивании результата наравне с преподавателем принимают участие студенты группы.