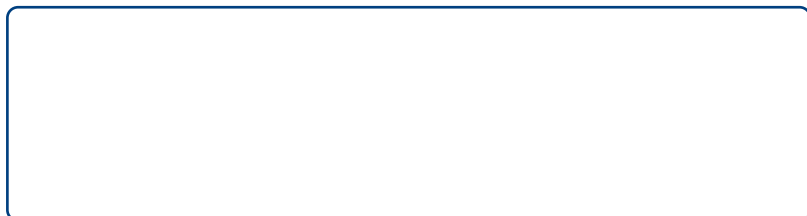




ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«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. 04 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

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.....	7
3. Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования.....	9
4. Оценочные средства характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения основной образовательной программы.....	10
5. Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования	51
6. Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций.....	55

Пояснительная записка

ФОС предназначены для контроля и оценки образовательных достижений студентов, осваивающих **ПМ.04 Оказание медицинской помощи в экстренной форме**

ФОС разработаны в соответствии требованиями ОПОП СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело, рабочей программы ПМ.04 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

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

При изучении дисциплины студент должен:

иметь практический опыт:

Проведения первичного осмотра пациента, оценка безопасности окружающей среды;

оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме;

распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;

оказания медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания));

проведения базовой сердечно-легочной реанимации;

проведения мероприятий по поддержанию жизнедеятельности организма пациента (пострадавшего) до прибытия врача или бригады скорой помощи;

применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме;

проведения мониторинга состояния пациента при оказании неотложной или экстренной медицинской помощи во время эвакуации (транспортировки);

установления медицинских показаний и направления пациентов в профильные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи;

обеспечения госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи.

уметь:

Проводить первичный осмотр пациента и оценку безопасности условий для оказания медицинской помощи, осуществлять вызов врача, специальных служб, в том числе бригады скорой медицинской помощи;
распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме;
выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации;
выполнять мероприятия первичной реанимации новорожденного;
оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания));
применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме;
осуществлять наблюдение за пациентом (пострадавшим), контролировать его состояние, измерять показатели жизнедеятельности, поддерживать витальные функции;
устанавливать медицинские показания для направления пациентов в профильные медицинские организации с целью получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;
направлять пациентов в профильные медицинские организации для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
обеспечивать своевременную госпитализацию пациентов, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

знать:

Правила и порядок проведения первичного осмотра пациента (пострадавшего) при оказании медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни;
методика сбора жалоб и анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей);
методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания;
правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;
правила проведения первичной реанимации новорожденного;

порядок применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме;
правила и порядок проведения мониторинга состояния пациента при оказании медицинской помощи в экстренной форме, порядок передачи пациента бригаде скорой медицинской помощи;
медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи;
медицинские показания для госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи;
организационные принципы работы выездных бригад скорой медицинской помощи;
порядок приема пациентов в учреждения здравоохранения.

Результатом освоения программы является овладение обучающимися видом профессиональной деятельности (ВПД): Оказание медицинской помощи в экстренной форме, в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями, должны быть сформированы личностные результаты (ЛР):

ПК 4.1. Проводить оценку состояния беременной, роженицы, родильницы, новорождённого, требующего оказания неотложной или экстренной медицинской помощи

ПК 4.2. Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовый период

ПК 4.3. Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме

ПК 4.4. Проводить мониторинг состояния пациента при оказании неотложной или экстренной медицинской помощи во время эвакуации (транспортировки)

ПК 4.5. Устанавливать медицинские показания и направлять пациентов в профильные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи

ПК 4.6. Обеспечивать госпитализацию пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи

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 личностно и профессионального 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
	МДК04.01 Медицинская помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии		
1.	Акушерские кровотечения	ПК.4.1, ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5, ПК.4.6. 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.
2.	Эмболия околоплодными водами	ПК.4.1, ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5, ПК.4.6. ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль.
3.	Эклампсия	ПК.4.1, ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5, ПК.4.6. 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.

4	Неотложные состояния новорождённого	ПК.4.1, ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5, ПК.4.6. ОК 01-09, ЛР 4, ЛР 7, ЛР 9, ЛР 10, ЛР 12-16, ЛР 18, ЛР 20, ЛР 23-25	Устный контроль.
5	Неотложные состояния в гинекологии	ПК.4.1, ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5, ПК.4.6. 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.
МДК04.02 Медицинская помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни			
1	Состояния, представляющие угрозу жизни	ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5 ПК.4.6, 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.
2	Первая доврачебная помощь	ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5 ПК.4.6, 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.
3	Медицинская эвакуация (транспортировка) при оказании медицинской помощи	ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5 ПК.4.6, 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.
4	Нарушения сознания, дыхания и кровообращения. Клиническая смерть	ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5 ПК.4.6, 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.
5	Травматический шок	ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5 ПК.4.6, 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.
6	Отравления	ПК.4.2, ПК.4.3, ПК.4.4, ПК.4.5 ПК.4.6, 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.

	Итоговая работа		Комплексный экзамен
--	-----------------	--	---------------------

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 проблемы	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, 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.	Комплект разноуровневых задач и заданий
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического	Темы рефератов

		анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	
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

МДК04.01 Медицинская помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии

Тема 1. Акушерские кровотечения

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 аутоэритроцитной 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 матыплацента-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 мать-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 2. Эмболия околоплодными водами

Вопросы:

1. Эмболия околоплодными водами. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика.
2. Экстренная медицинская помощь. Противошоковые мероприятия.
3. Профилактика эмболии околоплодными водами.

Тема 3: Эклампсия

Вопросы:

1. Преэклампсия средней и тяжелой степени.
2. Эклампсия.
3. 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, Р_с
 - 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 4. Неотложные состояния новорождённого

Вопросы:

1. Асфиксия новорождённых.
2. Определение гипоксии плода и асфиксии новорождённого.
3. Частота рождения детей в асфиксии. Причины. Классификация. Критерии диагностики. Клиническая картина. Осложнения.
4. Основные принципы сердечно-лёгочной церебральной реанимации.
5. Проведение оценки новорождённого по шкале Апгар.
6. Определение степени тяжести асфиксии. Критерии диагностики.
7. Роль и функции акушерки при оказании первичной помощи новорождённому. Участие в первичной реанимации в родильном зале.
8. Последовательность действий акушерки при наличии мекония в амниотической жидкости.

Тема 5. 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. Сводь 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?

МДК04.02 Медицинская помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни

Тема 1. Состояния, представляющие угрозу жизни

Вопросы:

1. Внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента.
2. Причины, приводящие к возникновению состояний, представляющих угрозу жизни.
3. Понятие о первой доврачебной, экстренной и неотложной медицинской помощи.

Тема 2. Первая доврачебная помощь

Вопросы:

1. Первая доврачебная помощь.
2. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь.
3. Алгоритм оказания первой доврачебной помощи.
4. Техника проведения сердечно-легочной реанимации.
5. Критерии эффективности проведения сердечно-легочной реанимации.

Тема 3. Медицинская эвакуация (транспортировка) при оказании медицинской помощи

Вопросы:

1. Правила осуществления медицинской эвакуации (транспортировки) при оказании медицинской помощи.
2. Виды медицинской эвакуации (транспортировки).
3. Выбор медицинской организации для транспортировки пациента.
4. Правила приёма пациента в медицинскую организацию.

Реферат: «Виды медицинской эвакуации»

Тема 4. Нарушения сознания, дыхания и кровообращения. Клиническая смерть

Вопросы:

1. Нарушения сознания, дыхания и кровообращения.
2. Понятие клинической смерти. Виды. Этиология. Клиническая картина. Диагностика.
3. Экстренная медицинская помощь. Лечение.

Тестовый контроль:

1. Признаки клинической смерти:

- а) отсутствие пульса на периферических артериях
- б) расширение зрачков
- в) отсутствие пульса на центральных артериях
- г) сужение зрачков

11. Основные признаки биологической смерти:

- а) прекращение дыхания
- б) прекращение сердечной деятельности
- в) появление трупных пятен
- г) снижение температуры тела ниже 20*С
- д) появление мышечного окоченения

3. Комплекс сердечно-легочной реанимации включает в себя:

- а) измерение артериального давления
- б) наложение на раны стерильных повязок
- в) нанесение прекардиального удара
- г) непрямой массаж сердца
- д) искусственная вентиляция легких

Ситуационные задачи

Задача N 1

Мужчина коснулся оголённого провода. Упал, потерял сознание. Рука касается оголённого провода. Определите последовательность оказания первой медицинской помощи?

1. Убедиться в отсутствии пульса на сонной артерии и реакции зрачков на свет.
2. Освободить пострадавшего от контакта с электротоком.
3. Госпитализация пострадавшего.
4. Провести сердечно-легочную реанимацию.

Задача N 2

Молодому человеку нанесли удар ножом в живот. У пострадавшего на передней брюшной стенке имеется рана длиной 5 см., умереннокровотоочащая. В рану выпала петля кишки. Какова последовательность оказания первой помощи?

1. Вправить петлю кишки, наложить на рану повязку.
 2. Уложить и успокоить больного.
 3. Наложить повязку на рану без вправления петли кишки.
 4. Напоить пострадавшего.
5. Госпитализация

Реферат: «Клиническая смерть», «Биологическая смерть».

Тема 5. Травматический шок

Вопросы:

1. Травматический шок. Этиология. Патогенез.
2. Классификация.
3. Клиническая картина.
4. Диагностика.
5. Экстренная медицинская помощь. Лечение.

Ситуационная задача.

Задача № 1

Пациент 25 лет сразу после введения сыворотки стал жаловаться на головокружение, выраженную слабость, чувство жара, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной.

Объективно', состояние тяжелое, бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца резко приглушены, пульс нитевидный, 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт. ст. Число дыхательных движений грудной клетки — 40 в минуту.

Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?

Тестовые задания

1. Шок – это синдром:

- 1) дыхательной недостаточности, приводящей к гипоксии;
 - 2) церебральной недостаточности, приводящей к развитию комы;
 - 3) сердечно-сосудистой недостаточности, приводящей к неадекватной тканевой перфузии; 4) массивной кровопотери, приводящей к гемической гипоксии.
2. К причинами развития гиповолемического шока не относится:
- 1) кровопотеря;

- 2) сепсис;
 - 3) дегитротация; 4) ожоги.
3. К причинами перераспределительного шока не относится:
- 1) ожоги;
 - 2) сепсис;
 - 3) анафилаксия; 4) травма спинного мозга.
4. Шоковой индекс Альговера – это соотношение: 1) числа сердечных сокращений к артериальному давлению систолическому;
- 2) числа сердечных сокращений к артериальному давлению диастолическому;
 - 3) пульса к артериальному давлению систолическому; 4) пульса к артериальному давлению диастолическому.
5. Для шока второй стадии шоковый индекс Альговера соответствует:
- 1) 0,9 – 1,0;
 - 2) 1,0 до 1,5;
 - 3) 1,5 до 2,0; 4) более 2,0.
6. Клинические признаки шока:
- 1) гипертензия, тахикардия, одышка;
 - 2) гипотония, тахикардия, бледность кожных покровов, одышка;
 - 3) отсутствие сознания, нормальное артериальное давление, сухая кожа; 4) бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, гипотония, снижение диуреза.
7. Потеря крови более 40 % объема циркулирующей крови характерно для следующей степени кровопотери:
- 1) легкой;
 - 2) средней; 3) тяжелой; 4) массивной.
8. Интраоперационная кровопотеря от массы взвешенных салфеток смоченных кровью составляет:
- 1) 45 %;
 - 2) 50 %;
 - 3) 57 %;

- 4) 65 %;
- 5) 77 %.

9. Клинические признаки геморрагического шока:

- 1) бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, гипотония, гиперволемиа;
- 2) цианоз кожных покровов, одышка, тахикардия, гипотония, гиповолемиа;
- 3) бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, гипотония, гиповолемиа;
- 4) бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, гипотония, гиповолемиа, снижение диуреза.

10. Для обеспечения сосудистого доступа при геморрагическом шоке не используют:

- 1) периферическую вену;
- 2) подключичную вену; 3) яремную вену;
- 4) бедренную вену.

11. Объем инфузионной терапии при кровопотере:

- 1) меньше объема кровопотери;
- 2) равен объему кровопотери;
- 3) не зависит от объема кровопотери; 4) больше объема кровопотери.

12. Скорость инфузии растворов на фоне неопределяемого артериального давления в минуту:

- 1) 100 – 150 мл;
- 2) 150 – 200 мл;
- 3) 200 – 250 мл;
- 4) 250- 300 мл.

13. К методам временной остановки наружного кровотечения не относятся:

- 1) пальцевое прижатие сосуда;
- 2) максимальное сгибание конечности;
- 3) тампонада раны;
- 4) прошивание сосуда; 5) наложение жгута.

14. Критерии правильного наложения кровоостанавливающего жгута:
(выберите несколько вариантов ответа)

- 1) остановка кровотечения;
- 2) отсутствие пульса ниже жгута;
- 3) цианоз конечности; 4) бледность конечности.

15. Основные мероприятия у больных с травмами:

- 1) восполнение объема циркулирующей крови, введение адреналина;
- 2) остановка кровотечения, обезболивание, иммобилизация;
- 3) введение сердечных гликозидов, гепарина; 4) иммобилизация, обезболивание.

16. Клинические признаки первой степени травматического шока:
(выберите несколько вариантов ответа)

- 1) возбуждение;
- 2) бледность кожных покровов;
- 3) артериальное давление повышено или на исходном уровне;
- 4) артериальное давление снижено;

17. Для травматического шока второй степени шоковый индекс составляет: 1) 0,9 - 1;

- 2) 1 до 1,5;
- 3) 1,5 до 2; 4) более 2.

18. Некроз всех слоев кожи характерен для ожога:

- 1) I степени;
- 2) II степени;
- 3) IIIA степени; 4) IIIB степени; 5) IV степени.

19. Применяя правило «девяток» ожог правой нижней и верхней конечности соответствует:

- 1) 27 %;
- 2) 36 %;
- 3) 39 %;
- 4) 45 %.

20. При ожоговом шоке артериальное давление, как правило:

1) на исходном уровне; 2) повышено; 3) снижено; 4) не определяется.

21. При поверхностных ожогах оказание неотложной помощи начинается:

- 1) с обезболивания;
- 2) с наложения мажевых повязок;
- 3) с охлаждения ожогов проточной водой; 4) с наложения влажных повязок; 5) с наложения сухих повязок.

22. Для выведения из ожогового шока не используют:

- 1) растворы глюкозы;
- 2) солевые растворы;
- 3) декстраны; 4) растворы крахмала.

23. При купировании ожогового шока отдают предпочтения:
(выберите несколько вариантов ответа)

- 1) раствору Рингера;
- 2) стерофундину; 3) реополиглюкину; 4) волювену.

24. При тяжелой форме анафилактического шока светлый промежуток времени:

- 1) до 1 – 2 минут;
- 2) до 5 – 7 минут; 3) до 10 – 20 минут; 4) до 30 – 40 минут.

25. Боли в сердце и нарушения ритма характерны для клинического варианта анафилактического шока:

- 1) генерализованного;
- 2) гемодинамического;
- 3) асфиксического;

- 4)
абдоминального;
- 5) церебрального.

26. Первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке:

- 1) введение антигистаминных препаратов;
- 2) введение адреналина и глюкокортикоидов; 3)
наложение жгута выше места инъекции; 4)
восполнение объема циркулирующей крови.

27. Для купирования анафилактического шока используют:

- 1) адреналин;
- 2) дофамин;
- 3) норадреналин; 4) мезатон; 5) добутамин.

28. Для купирования анафилактического шока адреналин разводят физиологическим раствором в соотношении:

- 1) 1 : 1;
- 2) 1 : 2;
- 3) 1 : 5;
- 4) 1 : 10; 5) 1 : 20.

29. Подключение прессорных аминов необходимо при:

- 1) сепсисе;
- 2) тяжелом сепсисе; 3) септическом
шоке; 4) гипертермии.

30. К особенностям лечения септического шока относятся:

(выберите несколько вариантов ответа)

- 1) перевод больного на искусственную вентиляцию легких;
- 2) поддержание гемодинамики;
- 3) экстракорпоральная детоксикация;
- 4) отсроченная антибактериальная терапия;
- 5) введение антибиотиков резерва в течение часа с момента госпитализации больного.

Тема 6. Отравления

Вопросы:

1. Пищевое отравление. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Лечение.
2. Отравление через дыхательные пути. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Лечение.
3. Чрескожное отравление. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Лечение.

Реферат на тему: «Пищевое отравление. Экстренная медицинская помощь», «Оказание экстренной медицинской помощи при отравлении через дыхательные пути.»

4.2 Материалы для студентов по подготовке к промежуточной аттестации

Перечень вопросов к экзамену МДК04.01 Медицинская помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии

1. Преэклампсия. Этиология. Патогенез. Влияние на плод. Осложнения для матери.
2. Эклампсия. Патогенез, Клиника. Диагностика. Терапия. Профилактика.
3. Кровотечение во II половине беременности и в родах. Причины. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Влияние на плод.
4. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
5. Кровотечение в послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
6. Предлежание плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Терапия.
7. Полное предлежание плаценты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
8. Неполное предлежание плаценты. Клиника. Диагностика. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
9. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Влияние на плод. Грозные осложнения.
10. Гипотоническое и атоническое кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
11. Угрожающий разрыв матки в родах (механический). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Влияние на плод.
12. Начавшийся разрыв матки в родах (механический). Этиология. диагностика.
13. Совершившийся разрыв матки в родах (механический). Клиника. диагностика. Влияние на плод.
14. Угрожающий и начавшийся разрыв матки по рубцу во время беременности. Клиника. Диагностика. Влияние на плод.

15. Ведение беременности и родов при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения.
16. Разрывы промежности. Классификация. Диагностика. Причины. Принципы восстановления промежности.
17. Разрывы шейки матки. Степени разрывов. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Последствия незащитых разрывов шейки матки.
18. Послеродовые инфекционные заболевания родильниц. Классификация по Бартельсу-Сазонову. III этап.
19. Предоперационная подготовка и ведение родильницы после кесарева сечения. Методика Fast-track.
20. Кесарево сечение. Показания абсолютные и относительные.
21. Акушерские щипцы. Показания. Техника операции. Осложнения дж матери и плода.
22. Вакуум-экстракция плода. Показания. Условия. Техника операции. Влияние на плод.
23. Влагалищные родоразрешающие операции.
24. Неотложные состояния в гинекологии.
25. Нарушенная внематочная беременность.
26. Апоплексия яичника. Разрыв капсулы опухоли.
27. Перекрут ножки опухоли яичника.
28. Нарушения питания узла миомы матки.
29. Рождающийся субмукозный узел миомы матки.
30. Травмы женских половых органов. Причины возникновения. Классификация. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Неотложная доврачебная помощь. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.
31. Роль, участие акушерки в проведении диагностических исследований, помощи пациенту в периперативном периоде, профилактических мероприятий.
32. Асфиксия новорождённых.
33. Определение гипоксии плода и асфиксии новорождённого.
34. Частота рождения детей в асфиксии. Причины. Классификация. Критерии диагностики. Клиническая картина. Осложнения.
35. Основные принципы сердечно-лёгочной церебральной реанимации.
36. Проведение оценки новорождённого по шкале Апгар.
37. Определение степени тяжести асфиксии. Критерии диагностики.
38. Роль и функции акушерки при оказании первичной помощи новорождённому. Участие в первичной реанимации в родильном зале.
39. Последовательность действий акушерки при наличии мекония в амниотической жидкости.

ПМ. 04 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Задача 1

Вы акушерка родильного зала, идут роды у женщины со сроком гестации 26 недель. Родился мальчик, кожные покровы синюшные, не кричит.

Задания:

1. Дайте характеристику данным родам.
2. Назовите критерии живорождения, каким приказом определяются эти критерии.
3. Расскажите классификацию маловесных детей.
4. Перечислите возможные риски развития патологических состояний.

Задача 2

Новорожденный в возрасте 3 дней находится в родильном доме. Из анамнеза известно: матери 18 лет, беременность II (I закончилась медицинским абортом без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. Женскую консультацию посещала нерегулярно, кровь на реакцию Вассермана за беременность сдавала однократно. Результат был отрицательный. Роды произошли на 38 неделе гестации, в головном предлежании. Безводный период 6 часов, околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела-2900г, длина-48см, окружность головы-32см, грудной клетки-30см. Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражено лануго. Гипотония, гипорефлексия, тепло удерживает плохо. Кожа бледная, сухая, на туловище, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром 1см. Пальпируются множественные лимфоузлы. Тоны сердца приглушены. На 2 день жизни появились признаки ринита

Задания:

1. Определите о каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае.
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза, определите возможные результаты.
3. Назовите изменения, которые будут выявлены в трубчатых костях при рентгенологическом исследовании.
4. Назовите препарат, который будет использоваться для специфического лечения при подтверждении диагноза.

Задача 3

Новорожденный ребенок родился на сроке беременности 32 недели с массой тела 1100 гр., длиной 40 см, сосательный и глотательный рефлексы отсутствуют, тепло не удерживает, при крике и беспокойстве синеет, дыхание тяжелое.

Задания:

1. Охарактеризуйте этого ребенка, обоснуйте ответ.
2. Укажите способ вскармливания.

3.Перечислите все известные Вам методы согревания.

4.Выберите метод согревания данного ребенка.

Задача 4

В палате новорожденных находится ребенок, которому выставлен диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного по АВО-системе, легкой степени тяжести, желтушная форма. Получал инфузионную терапию и фототерапию. Несмотря на проводимое лечение, на 3-и сутки жизни у ребенка усилилась желтуха, он стал вялый, отказывается от груди.

Задания:

1.Что случилось с ребенком, Ваш предварительный диагноз, ваша тактика

2.Расскажите об особенностях билирубинового обмена у новорожденных.

3. Назовите основные принципы лечения данного состояния.

4.Расскажите мероприятия по профилактике гемолитической болезни новорожденного.

Задача 5

Акушерка ФАПа принимает роды на дому.

У женщины I беременность, протекавшая с угрозой прерывания в 16 и 24 недели. С 28 недель беременности была выявлена железодефицитная анемия, по поводу которой назначались препараты железа.

Роды I, срочные, при сроке 40 недель беременности. Продолжительность 1-ого периода 3 часа 45 минут, 2-ого периода – 20 минут, безводный период – 25 минут, воды окрашены меконием.

Родился мальчик с массой тела 3550 г, ростом 51 см. оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричала сразу, но слабо. В течение 1-ой минуты – дыхание нерегулярное, периоральный цианоз

Задания:

1.Оцените акушерский анамнез.

2.Оцените состояние ребенка при рождении, поставьте диагноз.

3.Назовите все возможные причины, которые могут привести к данному состоянию.

4.Какова ваша тактика, окажите неотложную помощь

Задача 6

Вы акушерка родильного зала. Вы заметили, что на пеленальном столе лежит развернутый ребенок, а акушерка, принимавшая роды, отошла за пеленками и отсутствует. При осмотре ребенка Вы выявили, что кожа у него мраморная с

синюшным оттенком, холодная на ощупь, частое дыхание. Температура в родильном зале 20 градусов.

Задания:

1. Оцените качество ведения родов.
2. Чем обусловлено такое состояние ребенка.
3. Назовите основные механизмы потери тепла новорожденным ребенком.
4. Какова Ваша тактика, составьте план ухода за этим ребенком.

Задача 7

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

Задания

1. Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.
2. Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.
3. Перечислить методы обследования при взятии на учет.
4. Перечислить признаки беременности.
5. Выполнить манипуляцию “Тест на беременность”

Задача 8

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Пульс 100 в 1 мин, АД 170/100 мм рт. ст., отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, она напряжена и болезненна при пальпации, сердцебиение плода глухое, выделения из влагалища кровянистые.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие действия необходимо предпринять

Задача 9

Акушерка ФАПа при посещении ребенка 3-хнедельного возраста обнаружила на коже туловища малыша в области шеи и передней поверхности грудной клетки мелкоточечную сыпь розового цвета.

Состояние удовлетворительное, Т тела 36,7 гр. С, сосет активно.

В комнате, где находится ребенок, душно, жарко. Т воздуха + 28,0 гр. С. Ребенок одет в теплый костюмчик с начесом, на ногах – шерстяные носки, укрыт одеялом.

Задания:

1. О чем Вы можете подумать? Обоснуйте ответ.
2. Назовите причины заболевания.
3. Какова ваша тактика, принципы лечения.
4. Назовите проявления локализованной гнойной инфекции у новорожденного.

Задача 10

Вы акушерка женской консультации. На прием к гинекологу пришла беременная женщина, которую по сроку беременности Вы берете на учет:

Задания:

1. Объясните женщине, какие методы пренатальной диагностики ей необходимо пройти (цель проведения, особенности подготовки, сроки).
2. В чем заключается постнатальный скрининг.
3. Расскажите методику забора анализа для этого исследования и назовите на какие заболевания обследуются новорожденные.

Задача 11

Вы акушерка родильного зала, при приеме новорожденного Вы обратили внимание, что у ребенка в области лба и теменной кости имеется опухолевидное образование плотной консистенции. Ребенок родился от первых родов с массой 4000гр, беременность протекала без особенностей, роды затяжные, отмечалось длительное стояние головки в родовых путях. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

Задания:

1. О чем можно подумать, обоснуйте ответ.
2. Назовите возможные причины.
3. Проведите дифференциальную диагностику между родовой травмой и кефалогематомой.
4. Дайте основные рекомендации матери по уходу

Задача 12

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 1 200 г. АД=120/80 и 120/75 мм рт.ст. PS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Задания

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о классификации гестозов второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени, особенностях ухода и лечения
5. Выполнить манипуляции “Контроль веса и выявление скрытых отеков”.

Задача 13

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. План по контролю над создавшимися проблемами.
3. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.
4. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.
5. Манипуляция “Взятие крови и определение резус-фактора”.

Задача 14

24-летняя женщина поступает в родильный дом с активной родовой деятельностью, начавшейся в срок. Околоплодные воды отошли за 1 час до поступления и были чистыми. Шейка матки прогрессивно раскрывается, и через несколько часов рождается мальчик в головном предлежании, с оценкой по шкале Апгар 6 баллов. Пуповина пережимается и перерезается. Прозрачный секрет удаляется изо рта и носа новорожденного. Он начинает кричать во время вытирания теплым полотенцем. Мальчик быстро розовеет, у него отмечается хороший мышечный тонус.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у ребенка.
2. Расскажите клиническую картину в зависимости от степени тяжести.
3. Назовите возможные причины развития этого состояния.
4. Нуждается ли ребенок в дальнейшей реанимационной помощи и каковы Ваши дальнейшие действия.

Задача 15

Акушерка ФАПа при проведении патронажа к новорожденному ребенку 12-дневного возраста обнаружила у него гнойные выделения из обоих глаз, веки гиперемированы и несколько отечны.

Со слов мамы, эти явления появились 2 дня назад. При осмотре: состояние удовлетворительное, Т тела 36,8 °С, сосет активно, со стороны внутренних органов – без особенностей.

Задания:

1. О каком заболевании Вы можете подумать? Обоснуйте ответ.
2. Назовите возможные сроки и источники инфицирования новорожденного ребенка.
3. Какова ваша тактика, принципы лечения.
4. Назовите возможное осложнение, которое может развиваться у ребенка.

Задача 16

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18 мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена,

бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

Задания

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
2. Дать рекомендации для данной беременной.
3. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
4. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

Выполнение манипуляции “Пельвиометрия”.

Задача 17

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. Ф = 18 см, окружность 90. 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. Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.
4. Провести беседу о необходимости проведения УЗИ.
5. Выполнение манипуляции “Измерение высоты стояния дна матки во время беременности”.

Задача 18

Первобеременная, 22 года, по профессии преподаватель литературы педагогического колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку

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

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.
2. Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.
3. Перечислить методы обследования при взятии на учет.
4. Перечислить признаки беременности.
5. Выполнить манипуляцию “Тест на беременность”.

Задача 19

К акушерке смотрового кабинета поликлиники обратилась за советом 22 летняя женщина, у которой было два самопроизвольных выкидыша при сроке беременности 5-6 недель. В женскую консультацию не успевала обратиться. В связи с болями в животе и обильными кровянистыми выделениями вызывала скорую помощь. Оба раза женщину доставляли в гинекологическое отделение, где производили выскабливание полости матки по поводу неполного выкидыша. В данных ей рекомендациях не разобралась. В анамнезе: месячные с 14 лет, через 30-35 дней, по 5-7 дней, обильные и умеренно болезненные. В зарегистрированном браке второй год. Вес женщины 47 кг. В женскую консультацию обращалась 2 раза, но данные рекомендации по обследованию не выполнила, так как училась в институте и подрабатывала, убирая помещение офиса. Боится, что доктор ЖК будет ею недоволен. Скоро заканчивает институт, хочет иметь детей. Просит помочь советом.

Задание:

1. Выделить проблемы женщины.
2. Какими методами они могут быть решены?
3. Рассказать о причинах привычного невынашивания.
4. Рассказать о профилактике и лечение привычного невынашивания

Задача 20

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18 мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
2. Дать рекомендации для данной беременной.
3. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
4. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем
5. Манипуляция “Определение гемоглобина крови”

Задача 21

К акушерке ФАПа 5 мая обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту до 10 раз в день, нарушение аппетита, сна, повышение температуры до 37, 5 °С. Соматически здорова. Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей.

Последняя менструация с 15 по 19 марта.

Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9 недель, беременность протекала аналогичным образом.

Объективно: рост 160 см, вес 56 кг. АД -100/60; 90/50 мм рт.ст., PS-96 в мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски.

Шейка матки и слизистая влагалища цианотична. Влагалище нерожавшей. Шейка сформирована. Матка соответствует 7 –8 неделям беременности. Выделения скудные, слизистые.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки.
4. Рассказать о причинах данной патологии, методах диагностики, лечения, профилактики
5. Манипуляция “Измерение АД”.

Задача 22

К акушерке ФАПа обратилась пациентка 20 лет с жалобами на задержку менструации в течение 2-х месяцев. Замужем 1,5 года. Считает себя беременной, по утрам бывают приступы тошноты, иногда рвота, страдает аппетит, похудела на 1,5 кг. Хочет вынашивать беременность, если диагноз будет подтвержден. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. Гинекологические заболевания отрицает. Пациентка волнуется за исход первой беременности, считает себя больной.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, шейка синюшная конической формы, зев закрыт, точечный. Матка кпереди, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная, увеличена до 7-8 недель беременности. Придатки не пальпируются, своды свободные, глубокие.

Выделения скудные молочного цвета.

Задания:

1. Оценить состояние пациентки и выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о классификации данной патологии, клиники, методах обследования и лечения.
5. Выполнить манипуляцию "Измерение температуры и её характеристики"

Задача 23

Беременная В., 28 лет, обратилась к акушерке ФАПа с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели. Беременность 3-я: I-я беременность закончилась нормальными родами 4 года назад, II беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 9-10 недель. Данная беременность протекала с явлениями угрозы в I половине. Неделью назад были мажущие кровянистые выделения после физической нагрузки. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1й. Гинекологические заболевания: эндометрит после аборта. Объективно: рост=165см, вес=75кг. Со стороны внутренних органов патологии нет.

АД=110/70, 110/75 мм рт.ст., PS=80 уд.в мин., ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ= 90см ВДМ=36см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд. в 1 мин., ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Задание:

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о причинах данной патологии.
5. Выполнить манипуляцию: приемы наружного акушерского исследования

Задача 24

Акушеркой ФАПа вызвана на прием беременная А., 24 года. 2 недели назад был срок родов, но беременная в род.дом не поступила. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тя-нущие боли в пояснице. Беременность I, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности, была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели. Менструальная функция: месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80, 115/80 мм рт.ст., PS=72 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задание:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины
3. Поставить диагноз и дать его обоснование.
4. Тактика акушерки.
5. Рассказать о причинах перенашивания, методах диагностики, профилактики, осложнениях.
6. Выполнить манипуляцию «Влагалищное исследование»

Задача 25

На очередной прием в женскую консультацию пришла беременная 25 лет. Жалоб не предъявляет, шевеление плода ощущает. Масса тела 76 кг (+500,0 за 10 дней), АД -120/80, 110/70 мм рт.ст. Отеков нет. Беременность первая, желанная. Муж здоров. Менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Наследственность благоприятная. Аллергии не было.

При наружном акушерском исследовании установлено: окружность живота 85 см, ВДМ -30 см. В дне матки прощупывается широкая крупная часть плода, над

входом в малый таз -баллоти-рующая, округлой формы крупная часть, справа по ребру матки -широкая плоская часть плода, а слева -мелкие части. Отчетливо прослушивается сердцебиение плода справа ниже пупка 138 ударов в минуту. При предыдущей явке 10 дней назад срок беременности был 28-29 недель. Пациентку интересует, когда ей будет предоставлен дородовый отпуск? Учитывая нормальное течение беременности, хочет до родов уехать к матери в деревню.

Задания:

1. Оценить состояние пациентки. Выявить проблемы.
2. Определить срок беременности.
3. Тактика акушерки.
4. Рассказать о необходимости диспансеризации беременной и подготовке её к родам. Задачи женской консультации по охране здоровья матери и плода, роль акушерки в обслуживании беременной.
5. Выполнить манипуляцию «Наружное акушерское исследование».

Задача 26

К акушерке ФАПа на очередной прием пришла беременная 30 лет. Срок беременности 37-38 недель. Первые роды были 5 лет назад в тазовом предлежании. Ребенок, со слов пациентки, родился в асфиксии, но был оживлен. Настоящая беременность протекает без осложнений, но беременная волнуется, как расположен плод в матке. Размеры таза: 26, 29, 33, 21. АД -120/80, 110/75 мм рт.ст. Прибавка массы тела за 10 дней (+500,0 г), отеков нет. Тонус матки обычный, над входом в малый таз пальпируется широкая мягкая часть плода, а в дне матки - округлая баллотирующая крупная часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева выше пупка, 138 уд. в мин. Окружность живота 90 см, ВДМ -32 см.

Задания:

1. Выявить проблемы пациентки.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Отметить ошибки по ведению данной беременной.
5. Выполнить манипуляцию: “Пособие по Цовьянову 1”

Задача 27

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. Ф = 18 см, окружность 90. 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. Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.
4. Провести беседу о необходимости проведения УЗИ.
5. Выполнение манипуляции “Измерение высоты стояния дна матки во время беременности”.

Задача 28

К акушерке ЖК 12 октября на очередную явку пришла первобеременная 24 лет. Жалобы на периодические запоры. Беременная интересуется, когда ей выдадут родовый декретный отпуск и когда у нее срок родов. Менструальная функция не нарушена. Последние месячные с 29 марта по 2 апреля. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Муж здоров. Соматически здорова. Беременность протекала без осложнений. 1 шевеление плода 14 августа.

Объективно: женщина правильного телосложения. Прибавка массы за 2 недели 650 грамм. АД - 110/70; 115/70 мм рт. ст.; PS - 72 уд. в мин. Размеры таза 25-28-31-20 см И.С. - 15 см. Живот овоидной формы. ОЖ - 88 см, ВДМ - 28 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в мин., слева ниже пупка.

Задания:

1. Выявить проблемы беременной, причины их, наметить план действий по решению проблем.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о физиологических изменениях в организме женщины во время беременности.

5. Выполнить манипуляцию: “Измерение окружности живота”.

Задача 29

В отделение патологии родильного дома 14 ноября поступила первобеременная С., 20 лет, по направлению ЖК с диагнозом: анемия беременных. Последняя менструация 4 апреля. Первое шевеление плода 22 августа. Беременность в первой половине протекала без осложнений. Во второй половине беременности в сроке 24 недели находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременности с диагнозом: анемия беременной. Проводилось лечение, выписана с улучшением. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Женщина обеспокоена состоянием плода. Проживает в промышленном районе.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД - 100/70, 100/60 мм рт. ст. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Нв - 90 г/л. ОЖ - 85 см, ВДМ - 32 см, И.С. - 14 см. Размеры таза 25-27-30-20. Положение плода продольное, II позиция, передний вид, головное предлежание. Головка над входом в малый таз баллотирует. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту приглушено, слева ниже пупка. Матка в норма тонусе.

Задания:

1. Выявить проблемы беременной.
2. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о методах антенатальной охраны плода.
5. Выполнить манипуляцию “Выслушивание сердцебиения плода”.

Задача 30

Первобеременная 23 лет в 15 недель беременности явилась для очередного осмотра в ЖК. В прошлый раз в 12 недель акушерка сказала, что тошнота и рвота должны прекратиться после трех месяцев. Однако у неё продолжается тошнота временами бывает рвота. Прибавки в весе нет, зато объем живота заметно увеличился. Вчера было кровомазанье. Болей в животе нет. Объективно матка безболезненная, в нормальном тонусе, дно её на 2 поперечных пальца ниже пупка. С большим трудом уговорили женщину согласиться на УЗИ, был обнаружен пузырный занос. Врач поручил акушерке госпитализировать женщину для прерывания беременности и ушел в стационар, где будет дежурить. Женщина не хочет в стационар и настаивает на сохранении беременности. Плачет.

Задания:

1. Выделите проблемы беременной.

2. Выделите признаки, характерные для пузырьного заноса.
3. Выполните назначение врача и уговорите женщину на госпитализацию. Составьте план, по которому нужно наблюдать женщину после прерывания беременности.
4. Расскажите о значении ультразвукового исследования во время 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 другимивидами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое нестандартное решение, владеет разносторонними	«отлично» / зачтено

	навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	
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 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.	<i>«удовлетворительно» / зачтено</i>
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.	<i>«неудовлетворительно»/незачтено</i>

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 ПМ.04 Оказание медицинской помощи в экстренной форме 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.

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.