

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Центр симуляционного обучения

Оценочные материалы
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине симуляционный курс
«Акушерство и гинекология»

Специальность 32.08.11
Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы

1. **Форма промежуточной аттестации:** зачёт.
2. **Вид промежуточной аттестации:** сдача практических навыков, решение ситуационных задач, тестовый контроль.
3. **Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина**

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание элементов компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
УК 1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Способен критически и системно анализировать достижения в области акушерства и гинекологии, определять возможности и способы их применения в профессиональном контексте.
ПК 1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	Способен к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья и включающих в себя знания физиологии родового процесса, предупреждение развития патологических состояний в родах, их раннюю диагностику.
ПК 5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Способен к определению у беременных и рожениц патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК 7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	Способен к оказанию акушерской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

4. **Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

Компетенция	Дисциплины	Семестр
УК 1	Акушерство и гинекология	3,4
ПК 1	Акушерство и гинекология	3,4
ПК 5	Акушерство и гинекология	3,4

ПК 7	Акушерство и гинекология	3,4
------	--------------------------	-----

5. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Код и содержание формируемых компетенций	Планируемые результаты обучения	Этапы формирования компетенций (разделы, темы дисциплины)
<p>УК – 1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.</p>	<p>Знать: основные методы сбора и анализа информации в акушерстве, способы формализации цели и методы её достижения</p>	<p>Раздел 1. Анатомия тазового дна. Клиническая оценка течения родов. Оценка готовности организма к родам.</p> <p>Раздел 2. Физиологическое акушерство.</p>
	<p>Уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию в акушерстве; ставить цель и формулировать задачи по её достижению. Ориентироваться в нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях. Защищать гражданские права врачей и пациентов. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с членами коллектива.</p>	
	<p>Владеть: культурой мышления в акушерстве; знаниями организационной структуры, управленческой и экономической медицинских анализировать работы подразделений.</p>	
<p>ПК – 1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды</p>	<p>Знать: комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья беременных, рожениц и родильниц.</p>	<p>Раздел 1. Анатомия тазового дна. Клиническая оценка течения родов. Оценка готовности организма к родам.</p> <p>Раздел 2. Физиологическое акушерство.</p> <p>Раздел 3. Патологическое акушерство.</p>
	<p>Уметь: оказать помощь при физиологических и патологических родах.</p>	
	<p>Владеть: методами оказания акушерской помощи при физиологических и патологических родах.</p>	

его обитания.		
ПК – 5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Знать: патологические состояния, сопутствующие беременности и родам.	Раздел 3. Патологическое акушерство. Раздел 4. Оперативное акушерство.
	Уметь: диагностировать патологические состояния и заболевания в период беременности и родов и проводить акушерские операции и пособия.	
	Владеть: акушерскими операциями и пособиями в случаях патологического акушерства	
ПК – 7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	Знать: основы оказания акушерской помощи при чрезвычайных ситуациях.	Раздел 3. Патологическое акушерство. Раздел 4. Оперативное акушерство.
	Уметь: организовать прием физиологических и патологических родов и эвакуацию беременных, рожениц и родильниц при чрезвычайных ситуациях.	
	Владеть: навыками оказания акушерской помощи при чрезвычайных ситуациях.	

6. Формы оценочных средств в соответствии с формируемыми компетенциями

Код компетенции	Формы оценочных средств	
	Текущая аттестация	Промежуточная аттестация
УК-1	Практические навыки	Практические навыки
ПК 1	Практические навыки	Практические навыки
ПК 5	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи
ПК 7	Практические навыки Тестовый контроль	Практические навыки Тестовый контроль

7. Текущий контроль

Раздел 1. Анатомия тазового дна. Клиническая оценка течения родов. Оценка готовности организма к родам: УК-1, ПК-1

Формы контроля из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Практические навыки	5 навыков

Практические навыки:

- 1) Уметь определить срок беременности, рассчитать предполагаемую дату родов, предполагаемую массу плода.
- 2) Определить наружные размеры малого таза, проводную ось родового канала (показать на фантоме), внутренние размеры полости малого таза

- 3) Провести влагалищное исследование, определить степень зрелости шейки матки, готовность организма к родам.
- 4) Определить швы и роднички на головке плода при влагалищном исследовании, определить вид и позицию плода, положение головки по отношению к плоскостям таза.
- 5) Оценить состояние плода по данным кардиотокографии (КТГ), интерпретировать данные ультразвукового исследования и доплерометрии.

Раздел 2. Физиологическое акушерство: УК-1, ПК-1

Формы контроля из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Практические навыки	5 навыков

Практические навыки:

- 1) Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
- 2) Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
- 3) Ведение партограммы в родах
- 4) Проведение интранатальной КТГ
- 5) Ведение третьего периода родов (выжидательная, активная тактика)

Раздел 3. Патологическое акушерство: ПК-1, ПК-5, ПК-7

Формы контроля из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Практические навыки	5 навыков
Ситуационные задачи	5 задач
Тестовый контроль	30 вопросов

Практические навыки:

- 1) Пельвиометрия. Диагностика различных форм и степеней сужения таза.
- 2) Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода. Техника выполнения пособий, оказываемых в родах при различных видах тазового предлежания.
- 3) Диагностика клинически узкого таза. Тактика ведения родов при клиническом несоответствии размеров головки плода и таза матери.
- 4) Диагностика выпадения петель пуповины. Тактика ведения родов.
- 5) Диагностика дистоции плечиков плода. Выполнение наружных и внутренних приемов при дистоции плечиков плода.

Ситуационные задачи:

Задача №1

Вторые рода в чисто-ягодичном предлежании при доношенной беременности. Потуги через 2 минуты по 50 сек. Ягодицы врезаются. Межвертельная линия в прямом размере выхода таза. Сердцебиение плода 140 уд. в мин. ясное, ритмичное.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.
3. Пособие, оказываемое при чисто ягодичном предлежании?

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. II период II срочных родов.
2. Роды вести консервативно, с функциональной оценкой таза, профилактикой гипоксии плода и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.
3. Пособия: по Цовьянову №1, классическое ручное пособие, по Морисо-Левре-

Ляшпель.

Задача №2

Повторнородящая Р., 33 лет, поступила в родильный стационар с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность началась 6 часов назад. Воды излились 3 часа назад.

Данные анамнеза: Росла и развивалась здоровым ребенком. В детстве и зрелом возрасте редко беспокоили простудные заболевания. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 27 - 28 дней, по 4 - 5 дней, умеренные, безболезненные. В течение жизни менструальная функция не изменилась. Половая жизнь с 22 лет, предохранялась ритмическим способом. В анамнезе 6 беременностей, первые роды в 25 лет, родился здоровый доношенный мальчик массой 3100 гр. Вторая беременность наступила в 30 лет, закончилась нормальными срочными родами, родилась здоровая доношенная девочка массой 3300 гр. Последующие 4 беременности прерваны искусственно (мини-аборты), без осложнений, последний - в 32 года. Настоящая беременность седьмая.

Регулярно наблюдалась в женской консультации с 8 - 9 недель. Обследована в полном объеме. Осложнений за время наблюдения не выявлено.

Данные наружного акушерского исследования: размеры таза: 25-28-30-20 см. Индекс Соловьева 16 см см. Высота стояния дна матки 39 см, окружность живота 110 см. Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется предлежащая часть правильной округлой формы, с четкими контурами, плотной консистенции, симптомом баллотирования отсутствует, прижата ко входу в малый таз.

Схватки по 45 секунд через 3 – 4 минуты.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту, выслушивается слева ниже пупка.

Подтекают светлые околоплодные воды. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Влагалищная часть шейки матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Края зева мягкие, легко растяжимые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Таз ёмкий, мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды, в умеренном количестве.

Через 2 часа динамического наблюдения: схватки потужного характера по 55 – 60 секунд через 1 – 2 минуты. Головка прижата к плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту, выслушивается слева ниже пупка. Подтекают светлые околоплодные воды, в умеренном количестве. Выделения слизисто – сукровичные. Мочеиспускание затруднено.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Влагалищная часть шейки матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Края зева отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Выраженная родовая опухоль на предлежащей части. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Таз ёмкий, мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды, в умеренном количестве. Положительный симптом Вастена.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Как определяется признак Вастена?
3. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: беременность VII 40 недель. Роды III. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, головное предлежание, затылочное вставление. Второй период родов. Крупный плод. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Клинически узкий таз.

2. Симптом Вастена – характерный признак клинически узкого таза. Симптом Вастена определяется в положении роженицы на спине. Ладонь руки исследующего располагается на поверхности симфиза и скользит кверху по направлению к предлежащей части. Если передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза- признак Вастена положительный; если передняя поверхность головки находится на одном уровне с лоном, то признак Вастена - «вровень». Если передняя поверхность головки находится ниже поверхности симфиза - признак Вастена отрицательный.

3. Учитывая наличие признаков клинического несоответствия между размерами плода и таза роженицы: отсутствие продвижения предлежащей части при полном раскрытии маточного зева и отсутствии плодного пузыря при хорошей родовой деятельности, отечность тканей шейки матки, положительный признак Вастена, показано экстренное оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте.

Задача №3

Поступила на роды женщина 35 лет, повторнوبرеменная. Первая беременность закончилась абортom на 3-м месяце беременности. Вторые роды были длительными (36 часов), плод весом 2500, умер на второй день после рождения. Настоящая беременность третья. Была в консультации 8 раз. Размеры таза: 25-26-30-17. Схватки короткие, по 20-25 секунд, 6-8 минут. Воды отошли 26 часов тому назад, дома. Головка плода ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, 80 уд. в мин., временами не прослушивается. Моча спущена катетером, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, края ее отечны. Головка плода прижата ко входу в таз. На головке большая родовая опухоль. Мыс не достигается. Диагональная конъюгата – 10,5см.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: Клинически узкий таз.
2. Тактика ведения родов: Операция кесарева сечения в экстренном порядке.

Задача №4

Пациентка К., многорожавшая, 40 лет. В анамнезе 8 беременностей, 4 родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных аборта в сроке 8 и 12 нед, с выскабливанием, без осложнений. Данная беременность 9-я. Предполагаемый вес плода 4200 грамм. Срок беременности 39 недель 6 дней. Поступила в родильный дом в 06:00 во втором периоде родов. Со слов, схватки начались с 03:00. В 06.15 родилась головка, но остается плотно охваченной вульвой. Через 1 минуту не происходит рождение плечевого пояса.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: II период V срочных родов. ОАГА (напряженный паритет, 2 м/а, 2 с/а, дважды абрасионс.и.). Крупный плод? Дистоция плечиков плода.
2. Тактика ведения родов:

Позвать на помощь (акушер-гинеколог, неонатолог, анестезиолог)

Применить: Прием Мак Робертса, прием давления над лоном, каждый по 30 секунд.

При отсутствии эффекта применить внутренние приемы:

1. Прием Rubin
2. Прием Wood

3. Прием рождения задней ручки

Задача №5

Пациентка 38 лет, беременность III, предстоят III роды. Соматически здорова, ИМТ 30. Вес первого ребенка при рождении 4200 грамм, роды протекали без осложнений, во вторых родах дистоция плечиков, интранатальная гибель плода, вес ребенка 5000 грамм. Течение настоящей беременности без осложнений. Предполагаемый вес ребенка 4500 грамм. Срок беременности 40 недель 4 дня. Поступила в 8.00, начало родовой деятельности с 7 утра, схватки по 20 секунд через 10 минут. В 12 часов начало потужного периода. В 12.15 родилась головка, но остается плотно охваченной вульвой. Через 1 минуту не происходит рождение плечевого пояса.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: II период III срочных родов. ОАА (крупный плод, дистоция плечиков плода в предыдущих родах -интранатальная гибель плода). Дистоция плечиков плода.
2. Тактика ведения родов:

Позвать на помощь (акушер-гинеколог, неонатолог, анестезиолог)

Применить: Прием Мак Робертса, прием давление над лоном, каждый по 30 сек

При отсутствии эффекта применить внутренние приемы

1. Прием Rubin
2. Прием Wood
3. Прием рождения задней ручки

Тестовый контроль:

1. Вагинальные роды при тазовом предлежании возможны, если?

- 1) Головка плода согнута
- 2) Головка плода разогнута
- 3) Чисто ягодичное предлежание
- 4) Ножное предлежание
- 5) Правильный ответ 1, 3

Правильный ответ: 5

2. Вагинальные роды при тазовом предлежании возможны, если?

- 1) Масса плода не менее 2500г. и не более 3800г.
- 2) Масса плода не более 3500г.
- 3) Масса плода не менее 2000г.
- 4) Масса плода не более 4000г.

Правильный ответ: 1

3. Что является противопоказанием для вагинальных родов при тазовом предлежании?

- 1) Смешанное предлежание
- 2) Предлежание пуповины
- 3) Масса плода не более 3800г.
- 4) Разгибание головки плода
- 5) Правильный ответ 1,2,3
- 6) Правильный ответ 2,4

Правильный ответ: 6

4. Что необходимо соблюдать в первом периоде родов?

- 1) Роды ведутся по партограмме
- 2) Родоусиление не рекомендуется
- 3) КТГ в непрерывном или длительном режиме в I периоде родов, во II периоде непрерывно
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

5. Что является показанием к проведению кесарева сечения при тазовом предлежании?

- 1) Масса плода более 3800г.
- 2) Отсутствие динамики родовой деятельности в течение 2-х часов
- 3) Ожирение (ИМТ более 30)
- 4) Узкий таз
- 5) Все ответы верны

Правильный ответ: 5

6. Какое пособие необходимо произвести при появлении задней части шеи?

- 1) Морисо-Смелли-Вейта
- 2) Мак-Робертса
- 3) Ловсена
- 4) Прием Rubin

Правильный ответ: 1

7. Какие осложнения могут возникнуть при тазовом предлежании?

- 1) Запрокидывание ручек
- 2) Ротация головки и туловища в задний вид
- 3) Ущемление головки при неполностью раскрытой шейке матки
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

8. Какое пособие необходимо оказать при запрокидывании ручек?

- 1) Морисо-Смелли-Вейта
- 2) Мак-Робертса
- 3) Ловсена
- 4) Прием Rubin

Правильный ответ: 3

9. Какие приемы проводят при ротации туловища и головки в задний вид?

- 1) Поворот плода
- 2) Наложить акушерские щипцы
- 3) Пособие Морисо-Смелли-Вейта
- 4) Обратное пражское пособие
- 5) Все ответы верны

Правильный ответ: 5

10. Что необходимо сделать при ущемлении головки при неполном раскрытии шейки матки?

- 1) Рассечь шейку длинными ножницами в двух точках — на 4 и 7 часах
- 2) Прием Ловсена
- 3) Обратное пражское пособие

4) Наложение акушерских щипцов

Правильный ответ: 1

11. Клинически узкий таз - это

- 1) Уменьшение размеров окружности таза
- 2) Уменьшение размеров таза по сравнению с нормой на 1,5-2 см
- 3) Несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.
- 4) Изменение формы крестцового ромба

Правильный ответ: 3

12. Классификация клинически узкого включает:

- 1) Редко встречающиеся формы
- 2) Часто встречающиеся формы
- 3) Относительное несоответствие
- 4) Абсолютное несоответствие

Правильный ответ: 3,4

13. Признаки клинически узкого таза:

- 1) Образование большой родовой опухоли
- 2) Нарушение сократительной деятельности матки
- 3) Положительный признак Вастена
- 4) Затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания
- 5) Верно 1,2,3
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

14. Одним из признаков клинически узкого таза является:

- 1) Длительное (более 20 мин) стояние головки в плоскостях малого таза
- 2) Длительное (более 30 мин) стояние головки в плоскостях малого таза
- 3) Длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза
- 4) Длительное (более 10 часов) стояние головки в плоскостях малого таза

Правильный ответ: 3

15. При положительном признаке Вастена:

- 1) Передняя поверхность головки совпадает с уровнем передней поверхности симфиза
- 2) Передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза
- 3) Передняя поверхность головки находится ниже поверхности симфиза
- 4) Болезненность нижнего сегмента при пальпации

Правильный ответ: 2

16. Частые осложнения клинически узкого таза:

- 1) Несвоевременное излитие околоплодных вод
- 2) Аномалии родовой деятельности
- 3) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 4) Внутритрубная гипоксия плода
- 5) Верно 1,2,4
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 5

17. Для решения вопроса об оперативном родоразрешении достаточно признаков:

- 1) 1
- 2) 2-3
- 3) 3-4

4) 5

Правильный ответ: 2

18. Какие осложнения могут быть у новорожденных при клинически узком тазе?

- 1) Судорожный синдром
- 2) Кефалогематома
- 3) Синдром гипервозбудимости
- 4) Гематомы бедер и плеч
- 5) Верно 1,2,3
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

19. Какова частота родового травматизма у женщин при клинически узком тазе?

- 1) До 1%
- 2) Больше 1 %
- 3) 10 %
- 4) 5%

Правильный ответ: 1

20. Какова тактика ведения женщин при клинически узком тазе?

- 1) Вакуум-экстракция плода
- 2) Наложение выходных акушерских щипцов
- 3) Операция кесарево сечение
- 4) Родостимуляция окситоцином

Правильный ответ: 3

21. Когда устанавливается диагноз дистоции плечиков?

- 1) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 30 секунд без применения специальных пособий.
- 2) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 45 секунд без применения специальных пособий.
- 3) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 60 секунд без применения специальных пособий.
- 4) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 90 секунд без применения специальных пособий.

Правильный ответ: 3

22. Какие различают виды дистоции плечиков?

- 1) Передняя
- 2) Задняя
- 3) Высокая
- 4) Низкая
- 5) Верно 1,2
- 6) Верно 3,4

Правильный ответ: 6

23. В каком размере плоскости входа в малый таз устанавливаются плечики при наружном повороте головки, если речь идет о неосложненном течении второго периода родов?

- 1) В прямом размере
- 2) В косом размере
- 3) В поперечном размере

Правильный ответ: 2

24. Какие факторы предрасполагают к дистоции плечиков во время беременности?

- 1) Ожирение
- 2) Макросомия

- 3) Переношенная беременность
- 4) Диабетическая фетопатия
- 5) Верно 2,3,4
- 6) Все вышеперечисленное

Правильный ответ: 6

25. Что относится к наружным приемам?

- 1) Прием Rubin
- 2) Прием Мак Робертса
- 3) Прием рождения задней ручки
- 4) Прием Wood

Правильный ответ: 2

26. Что относится к внутренним приемам?

- 1) Прием Rubin
- 2) Прием Мак Робертса
- 3) Прием рождения задней ручки
- 4) Прием Wood
- 5) Верно 1, 3, 4
- 6) Верно 3, 4

Правильный ответ: 5

27. Что такое прием Мак Робертса?

- 1) Сгибание ног в коленях и максимальное отведение бедер от груди
- 2) Сгибание ног в коленях и максимальное приведение бедер к груди
- 3) Свободное сгибание ног в коленях
- 4) Положение на «четвереньках»

Правильный ответ: 2

28. Какие факторы предрасполагают к дистоции плечиков во время родов?

- 1) Эпидуральная анестезия
- 2) Затяжное течение I периода родов
- 3) Раннее «растуживание» пациентки
- 4) Вакуум –экстракция плода
- 5) Верно 2,3,4
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

29. Чем опасна дистоция плечиков для плода?

- 1) Гипоксемией
- 2) Разрывом матки
- 3) Кровотечением
- 4) Асфиксией

Правильный ответ: 4

30. Сколько по времени должен проводиться каждый прием при дистоции плечиков?

- 1) Не более 15 секунд
- 2) Не более 30 секунд
- 3) Не более 45 секунд
- 4) Не более 60 секунд

Правильный ответ: 2

Формы контроля из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Практические навыки	5 навыков
Ситуационные задачи	5 задач
Тестовый контроль	30 вопросов

Практические навыки:

- 1) Техника выполнения вакуум-экстракции плода (ВЭП).
- 2) Ведение третьего периода родов. Алгоритм действий при акушерских кровотечениях. Определение объема кровопотери, степени тяжести геморрагического шока и восполнения кровопотери.
- 3) Ручной контроль полости матки. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
- 4) Ушивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности (показать на фантоме).
- 5) Установка внутриматочного баллона при послеродовом кровотечении.

Ситуационные задачи:

Задача №1

Роженица Г. 27 лет, повторнородящая, поступила в акушерское отделение с регулярными схватками по 35 – 40 секунд через 5 – 6 минут в течение 4 часов. Околоплодные воды излились 30 минут назад. В анамнезе одни срочные роды 2 года назад, масса новорожденного 3260 гр. Менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. Обследована в женской консультации в полном объеме. Срок беременности, рассчитанный по менструации, и по данным УЗИ в первом триместре беременности - 41 неделя.

На момент поступления при объективном обследовании: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Пульс 90 уд. в мин., АД 125/70 мм. рт. ст. Температура тела нормальная, 36.9°. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Физиологические отправления в норме. В анализах мочи и крови нормальные показатели. Размеры таза 25x29x34x21. Индекс Соловьёва 16 см.

Матка соответствует доношенной беременности. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид. Предлежит головка плода, прижата ко входу малого таза. Сердцебиение плода ясное 156 ударов в минуту, слева ниже пупка. Воды подтекают в небольшом количестве, светлые. Предполагаемая масса плода 3450 гр.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 – 5 см, края средней толщины, податливы. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды в незначительном количестве. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Крестцовая впадина свободна, мыс крестца не достигается, экзостозов нет.

В течение 6 часов родовая деятельность носила регулярный характер, постепенно нарастали ритм и сила схваток. После чего у роженицы появились признаки утомления, схватки стали ослабевать, а интервалы между ними увеличиваться. При обследовании обнаружено: головка наружными приемами не определяется, сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Выделения слизисто – сукровичные.

Поставлен диагноз: Беременность II 41 неделя. Второй период вторых срочных родов в головном предлежании, затылочном вставлении. Вторичная слабость родовой деятельности. Раннее излитие околоплодных вод.

С целью коррекции родовой деятельности начато введение внутривенно окситоцина по общепринятой методике. Окситоцин вводился в течение 1 часа без должного эффекта. При влагалищном исследовании данные те же.

По данным кардиотокографии состояние плода удовлетворительное.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Дальнейшая тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: Беременность II 40 недель. Роды II. Продольное положение, первая позиция, передний вид, головное предлежание, затылочное вставление. Второй период родов. Вторичная слабость во втором периоде родов, неподдающаяся медикаментозной коррекции. Раннее излитие околоплодных вод.

2. Тактика ведения родов: показано проведение операции вакуум-экстракции плода. Условия для наложения вакуум-экстрактора: живой плод, полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, головка плода в полости малого таза, соответствие между размерами головки плода и размерами малого таза, доношенная беременность. Противопоказаниями для наложения вакуум-экстрактора являются: мёртвый плод, несоответствие между размерами головки плода и размерами малого таза, тазовое предлежание плода, срок беременности менее 36 недель.

Задача №2

Повторнобеременная (6), повторнородящая (4), 33 лет (в анамнезе 3-е родов, 2 инструментальных прерывания беременности в сроках 8 и 10 недель) поступила в акушерский стационар с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Течение настоящей беременности без особенностей. Через 4 часа после поступления произошли роды новорожденным мужского пола, массой 4200 грамм, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Через 30 минут самостоятельно отделился и выделился послед, без видимых дефектов, оболочки — все. Кровопотеря 250 мл. Шейка матки и промежность целы.

Через 30 минут после родов при осмотре роженицы: дно матки у подреберья, матка без четких контуров, мягкая, при её наружном массаже выделилось 400 мл крови. Матка сократилась, кровотечение прекратилось. Через 10 минут кровотечение возобновилось — 200 мл со сгустками, матка периодически расслабляется.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.
2. Тактика врача: Позвать на помощь (акушер-гинеколог, анестезиолог). Ручное обследование полости матки. Массаж матки на кулаке. Утеротоники. При неэффективности — баллонная тампонада матки. При неэффективности — решать вопрос о перевязке восходящих ветвей маточных артерий, внутренней подвздошной артерии, гистерэктомии.

Задача №3

Пациентка К., 34 лет. Беременность 1-я. Через 40 минут после родов при осмотре одновременно выделилось 300 мл алой крови со сгустками, кровотечение продолжается. Матка при пальпации мягкая, дряблая. Состояние роженицы средней степени тяжести. АД 90/60 мм ртст, пульс 110 уд/мин., бледность кожных покровов, слабость.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: Раннее послеродовое атоническое кровотечение.
2. Тактика врача: Позвать на помощь (акушер-гинеколог, анестезиолог). Ручное обследование полости матки. Массаж матки на кулаке. Утеротоники. При неэффективности – баллонная тампонада матки. При неэффективности - решать вопрос о перевязке восходящих ветвей маточных артерий, внутренней подвздошной артерии, гистерэктомии.

Задача №4

У повторнобеременной, повторнородящей, 33 лет (Р — 2, А — 2) с отягощенным акушерским анамнезом (два рубца на матке) произошли роды путем операции кесарева сечения. Родился живой доношенный ребенок мужского пола, массой 3500 грамм, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Послед из полости матки удален рукой, без видимых дефектов, оболочки — все. Кровопотеря 900 мл. Через 2 часа после родов при осмотре родильницы: дно матки у подреберья, матка без четких контуров, мягкая, при - ее наружном массаже выделилось 400 мл крови. Введены утеротоники. Матка сократилась, кровотечение прекратилось. Через 10 минут кровотечение возобновилось. Принято решение наложить компрессионные швы.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Техника наложения компрессионного шва по В-Lynch.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.
2. Шов по В-Линчу предполагает наложение на матку так называемых рюкзачковых швов. Матка дважды одной нитью опоясывается в продольном направлении на расстоянии 4 см от каждого латерального края.

Задача №5

Первобеременная, первородящая поступила в акушерский стационар с регулярной родовой деятельностью. Через 6 часов после поступления родился живой доношенный новорожденный женского пола массой 3950 грамм, с оценкой по шкале Апгар 9-9 баллов. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед, без видимых дефектов, оболочки — все. Шейка матки и промежность целы. Через 30 минут после родов при осмотре родильницы: жалобы на обильные кровянистые выделения, при наружном массаже выделилось 300 мл крови. Матка дряблая. Введены утеротоники, без эффекта.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Дальнейшая тактика.
3. Классификация компрессионных швов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.
2. Дальнейшая тактика: Наложение компрессионных швов.
3. Классификация компрессионных швов:

По расположению на матке:

- Поперечные
- Вертикальные
- Комбинированные

По отношению к стенкам матки:

- Сшивающие

- Сближающие
 - Стягивающие
 - Комбинированные
- Меняющие расположение тела матки.

Тестовый контроль:

1. Какие показания к вакуум-экстракции плода?

- 1) Слабость родовой деятельности
- 2) Внутриутробная гипоксия плода различной степени тяжести
- 3) Кровотечение во втором периоде родов
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

2. Какие противопоказания со стороны плода для проведения вакуум-экстракции?

- 1) Тазовое, лицевое, лобное предлежание
- 2) Слабость родовой деятельности
- 3) Укорочение второго периода родов
- 4) Исключение потуг

Правильный ответ: 1

3. Какие условия для оперативного влагалищного родоразрешения?

- 1) Полное раскрытие шейки матки
- 2) Отсутствие плодного пузыря
- 3) Отсутствие признаков клинического несоответствия
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

4. Что не является противопоказанием со стороны матери для проведения вакуум-экстракции?

- 1) Анатомически узкий таз 2-3 степени сужения
- 2) Невозможность определить характер вставления головки
- 3) Исключение потуг по состоянию роженицы
- 4) Срок беременности 36 недель

Правильный ответ: 4

5. При влагалищном оперативном родоразрешении обязательным является понимание?

- 1) Характера вставления предлежащей части
- 2) Анатомических ориентиров таза матери и плода и их взаимоотношения
- 3) Все ответы верны

Правильный ответ: 3

6. Что является опознавательной точкой на головке плода?

- 1) Большой родничок
- 2) Малый родничок
- 3) Стреловидный шов
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

7. При приеме Леопольда-Левицкого головка вставлена большим сегментом в полость малого таза. В какой плоскости малого таза будет головка при проведении влагалищного исследования?

- 1) I плоскость малого таза
- 2) II плоскость малого таза
- 3) III плоскость малого таза
- 4) IV плоскость малого таза

Правильный ответ: 3

8. При влагалищном исследовании головка находится на IV плоскости малого таза. Какой фазе биомеханизма родов данная ситуация соответствует?

- 1) Начало фазы преодоления препятствия (крестцовой ротации)
- 2) Фаза внутреннего поворота головки
- 3) Конец фазы преодоления препятствия (крестцовой ротации)

Правильный ответ: 2

9. При каком количестве тракций необходимо прекратить ВЭП при отсутствии поступательных движений головки?

- 1) 2 тракции
- 2) 5 тракций
- 3) 1 тракция
- 4) 3 тракции

Правильный ответ: 1

10. Что может являться причиной осложнений ВЭП?

- 1) Отсутствие опыта и умения у мед.персонала
- 2) Неправильное расположение чашечки на головке плода
- 3) Сильные тракции
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

11. Что считается массивной кровопотерей?

- 1) Одномоментная потеря крови более >500 мл крови
- 2) Одномоментная потеря крови более >1000 мл крови
- 3) Одномоментная потеря крови более >1500 мл крови
- 4) Одномоментная потеря крови более >2000 мл крови

Правильный ответ: 3

12. Что является причиной ранних послеродовых кровотечений?

- 1) Субинволюция матки
- 2) Послеродовая инфекция
- 3) Нарушение сокращения матки
- 4) Остатки плацентарной ткани

Правильный ответ: 3, 4

13. Какие существуют методы оценки кровопотери?

- 1) Визуальная оценка
- 2) Гравиметрический метод
- 3) Визуальная оценка + 30%
- 4) Визуальная оценка + 20%

Правильный ответ: 2, 3

14. Какое место занимают акушерские кровотечения среди причин материнской смертности?

- 1) 1 место
- 2) 2 место
- 3) 3 место
- 4) 4 место

Правильный ответ: 1

15. Какие препараты применяют с целью консервативного гемостаза?

- 1) Карбетоцин
- 2) Гинипрал
- 3) Атозибан
- 4) Окситоцин

Правильный ответ: 1,4

16. Что относится к методам хирургического гемостаза?

- 1) Перевязка восходящих ветвей маточных артерий
- 2) Перевязка наружной подвздошной артерии
- 3) Перевязка внутренней подвздошной артерии
- 4) Перевязка бедренной артерии

Правильный ответ: 1,3

17. Что может стать причиной выворота матки?

- 1) Дискоординация родовой деятельности
- 2) Короткая пуповина
- 3) Преждевременные роды
- 4) Слабость родовой деятельности

Правильный ответ: 2

18. Что такое раннее послеродовое кровотечение?

- 1) Кровотечение, возникшее в первый час после родов
- 2) Кровотечение, возникшее в первые 2 часа после родов
- 3) Кровотечение, возникшее в первый день после родов
- 4) Кровотечение, возникшее в первые 2 дня после родов

Правильный ответ: 2

19. Что такое позднее послеродовое кровотечение?

- 1) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 6 недель (42 дней) послеродового периода
- 2) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 1 месяца послеродового периода
- 3) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 2 месяцев послеродового периода
- 4) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 1 недели послеродового периода

Правильный ответ: 1

20. Какой метод хирургического гемостаза проводится в первую очередь?

- 1) Перевязка восходящих ветвей маточных артерий
- 2) Гистерэктомия
- 3) Управляемая баллонная тампонада матки

4) Перевязка внутренней подвздошной артерии

Правильный ответ: 1

21. На каком этапе лечения послеродовых кровотечений накладываются компрессионные швы?

- 1) 1-й
- 2) 2-й
- 3) 3-й
- 4) 4-й

Правильный ответ: 3

22. Виды компрессионных швов по расположению:

- 1) Поперечные
- 2) Вертикальные
- 3) Комбинированные
- 4) Диагональные
- 5) верно 1,2,3
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 5

23. Виды компрессионных швов по отношению к стенкам матки:

- 1) Сшивающие
- 2) Сближающие
- 3) Стягивающие
- 4) Комбинированные
- 5) Верно 1,2,3
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

24. В каком году впервые был описан компрессионный шов по В-Lynch ?

- 1) 1987 г.
- 2) 1997 г.
- 3) 1980 г.
- 4) 1880 г.

Правильный ответ: 2

25. Компрессионный шов по В-Lynch предполагает наложение:

- 1) Рючачковых швов
- 2) Множественных квадратных швов
- 3) Волнообразного шва
- 4) Скобкообразных тампонирующих швов

Правильный ответ: 1

26. Какие показания для применения компрессионно-сшивных технологий?

- 1) Профилактика кровотечения у пациенток группы риска (предлежание плаценты, тяжелая преэклампсия, кровотечение в анамнезе, после проведения метропластики)
- 2) Гипотоническое кровотечение во время кесарева сечения
- 3) Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде при неэффективности принятых мер (лапаротомия после спонтанных родов)
- 4) Кровотечение из плацентарной площадки в области нижнего сегмента при предлежании плаценты
- 5) правильно 1,2,3,4

Правильный ответ: 5

27. Какие основные требования к компрессионным швам?

- 1) Оказание прямого наружного давления
- 2) Шов завязывается после бимануальной компрессии с усилием, достаточным для остановки кровотечения
- 3) Дозированная компрессия при завязывании узлов, недопуская побеления подлежащих тканей или признаков прорезывания узлов
- 4) Обеспечение дренажа после родовой матки, сохранение свободных каналов вдоль полости матки
- 5) Правильный ответ 2,3,4
- 6) Правильный ответ 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

28. Какие недостатки у компрессионных швов?

- 1) Попадание значительных объемов мышечной ткани.
- 2) Избыточное сдавливание и возможное повреждение мышечной ткани, нарушение кровоснабжения миометрия с переходом в частичный или полный некроз матки.
- 3) Вероятность в послеродовом периоде в результате инволюции матки провисание швов и образование открытых нитяных петель, несущих потенциальный риск ущемления и нарушения проходимости кишки
- 4) Вероятность таких осложнений, как рубцово-ишемическая дегенерация миометрия, прорезывание швов сквозь толщу стенки матки, пиометра, внутриматочные синехии, нарушающие отток менструальных выделений, наружные спаечные процессы в брюшной полости и др.
- 5) Правильно 2,3,4
- 6) Правильно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

29. Какая игла оптимальна для компрессионной хирургии?

- 1) 60 мм, $\frac{1}{2}$ окружности, круглая $\frac{1}{2}$
- 2) 60 мм, $\frac{3}{8}$ окружности, прямая
- 3) 80 мм, $\frac{3}{8}$ окружности, прямая
- 4) 80 мм, $\frac{1}{2}$ окружности, круглая

Правильный ответ: 4

30. Какая нить оптимальна для компрессионной хирургии?

- 1) Длина (100-110 мм), кетгут, антибактериальное покрытие (Plus)
- 2) Длина (90-100 мм), ПГЛ, антибактериальное покрытие (Plus)
- 3) Длина (100-110 мм), шелк, антибактериальное покрытие (Plus)
- 4) Длина (90-100 мм), кетгут, антибактериальное покрытие (Plus)

Правильный ответ: 2

8. Промежуточная аттестация

УК-1 (практические навыки)

Формы промежуточной аттестации из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Практические навыки	10 навыков

Практические навыки:

- 1) Уметь определить срок беременности, рассчитать предполагаемую дату родов, предполагаемую массу плода.
- 2) Определить наружные размеры малого таза, проводную ось родового канала (показать на фантоме), внутренние размеры полости малого таза
- 3) Провести влагалищное исследование, определить степень зрелости шейки матки, готовность организма к родам.
- 4) Определить швы и роднички на головке плода при влагалищном исследовании, определить вид и позицию плода, положение головки по отношению к плоскостям таза.
- 5) Оценить состояние плода по данным кардиотокографии (КТГ), интерпретировать данные ультразвукового исследования и доплерометрии.
- 6) Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
- 7) Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
- 8) Ведение партограммы в родах
- 9) Проведение интранатальной КТГ
- 10) Ведение третьего периода родов (выжидательная, активная тактика)

ПК-1 (практические навыки)

Формы промежуточной аттестации из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Практические навыки	15 навыков

Практические навыки:

- 1) Уметь определить срок беременности, рассчитать предполагаемую дату родов, предполагаемую массу плода.
- 2) Определить наружные размеры малого таза, проводную ось родового канала (показать на фантоме), внутренние размеры полости малого таза
- 3) Провести влагалищное исследование, определить степень зрелости шейки матки, готовность организма к родам.
- 4) Определить швы и роднички на головке плода при влагалищном исследовании, определить вид и позицию плода, положение головки по отношению к плоскостям таза.
- 5) Оценить состояние плода по данным кардиотокографии (КТГ), интерпретировать данные ультразвукового исследования и доплерометрии.
- 6) Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
- 7) Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
- 8) Ведение партограммы в родах
- 9) Проведение интранатальной КТГ
- 10) Ведение третьего периода родов (выжидательная, активная тактика)
- 11) Пельвиометрия. Диагностика различных форм и степеней сужения таза.
- 12) Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода. Техника выполнения пособий, оказываемых в родах при различных видах тазового предлежания.
- 13) Диагностика клинически узкого таза. Тактика ведения родов при клиническом несоответствии размеров головки плода и таза матери.
- 14) Диагностика выпадения петель пуповины. Тактика ведения родов.
- 15) Диагностика дистоции плечиков плода. Выполнение наружных и внутренних приемов при дистоции плечиков плода.

ПК-5 (ситуационные задачи)

Формы промежуточной аттестации из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Ситуационные задачи	10 задач

Ситуационные задачи:

Задача №1

Вторые роды в чисто-ягодичном предлежании при доношенной беременности. Потуги через 2 минуты по 50 сек. Ягодицы врезаются. Межвертельная линия в прямом размере выхода таза. Сердцебиение плода 140 уд. в мин. ясное, ритмичное.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

4. Диагноз.
5. Тактика ведения родов.
6. Пособие оказываемое при чисто-ягодичном предлежании?

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

4. II период II срочных родов.
5. Роды вести консервативно, с функциональной оценкой таза, профилактикой гипоксии плода и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.
6. Пособия: по Цовьянову №1, классическое ручное пособие, по Морисо-Левре-Ляшпель.

Задача №2

Повторнородящая Р., 33 лет, поступила в родильный стационар с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность началась 6 часов назад. Воды излились 3 часа назад.

Данные анамнеза: Росла и развивалась здоровым ребенком. В детстве и зрелом возрасте редко беспокоили простудные заболевания. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 27 - 28 дней, по 4 - 5 дней, умеренные, безболезненные. В течение жизни менструальная функция не изменилась. Половая жизнь с 22 лет, предохранялась ритмическим способом. В анамнезе 6 беременностей, первые роды в 25 лет, родился здоровый доношенный мальчик массой 3100 гр. Вторая беременность наступила в 30 лет, закончилась нормальными срочными родами, родилась здоровая доношенная девочка массой 3300 гр. Последующие 4 беременности прерваны искусственно (мини-аборты), без осложнений, последний - в 32 года. Настоящая беременность седьмая.

Регулярно наблюдалась в женской консультации с 8 - 9 недель. Обследована в полном объеме. Осложнений за время наблюдения не выявлено.

Данные наружного акушерского исследования: размеры таза: 25-28-30-20 см. Индекс Соловьева 16 см см. Высота стояния дна матки 39 см, окружность живота 110 см. Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется предлежащая часть правильной округлой формы, с четкими контурами, плотной консистенции, симптомом баллотирования отсутствует, прижата ко входу в малый таз.

Схватки по 45 секунд через 3 - 4 минуты.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту, выслушивается слева ниже пупка.

Подтекают светлые околоплодные воды. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Влагалищная часть шейки матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Края зева мягкие, легко растяжимые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Таз ёмкий, мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды, в умеренном количестве.

Через 2 часа динамического наблюдения: схватки потужного характера по 55 – 60 секунд через 1 – 2 минуты. Головка прижата к плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту, выслушивается слева ниже пупка. Подтекают светлые околоплодные воды, в умеренном количестве. Выделения слизисто – сукровичные. Мочеиспускание затруднено.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Влагалищная часть шейки матки сглажена, раскрытие маточного зева полное. Края зева отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Выраженная родовая опухоль на предлежащей части. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Таз ёмкий, мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды, в умеренном количестве. Положительный симптом Вастена.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз.
2. Как определяется признак Вастена?
3. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: беременность VII 40 недель. Роды III. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, головное предлежание, затылочное вставление. Второй период родов. Крупный плод. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Клинически узкий таз.

2. Симптом Вастена – характерный признак клинически узкого таза. Симптом Вастена определяется в положении роженицы на спине. Ладонь руки исследующего располагается на поверхности симфиза и скользит кверху по направлению к предлежащей части. Если передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза- признак Вастена положительный; если передняя поверхность головки находится на одном уровне с лоном, то признак Вастена - «вровень». Если передняя поверхность головки находится ниже поверхности симфиза - признак Вастена отрицательный.

3. Учитывая наличие признаков клинического несоответствия между размерами плода и таза роженицы: отсутствие продвижения предлежащей части при полном раскрытии маточного зева и отсутствии плодного пузыря при хорошей родовой деятельности, отечность тканей шейки матки, положительный признак Вастена, показано экстренное оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте.

Задача №3

Поступила на роды женщина 35 лет, повторнобеременная. Первая беременность закончилась абортom на 3-м месяце беременности. Вторые роды были длительными (36 часов), плод весом 2500, умер на второй день после рождения. Настоящая беременность третья. Была в консультации 8 раз. Размеры таза: 25-26-30-17. Схватки короткие, по 20-25 секунд, 6-8 минут. Воды отошли 26 часов тому назад, дома. Головка плода ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, 80 уд. в мин., временами не прослушивается. Моча спущена катетером, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, края ее отечны. Головка плода прижата ко входу в таз. На головке большая родовая опухоль. Мыс не достигается. Диагональная конъюгата – 10,5см.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз.
4. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз: Клинически узкий таз.
4. Тактика ведения родов: Операция кесарева сечения в экстренном порядке.

Задача №4

Пациентка К., многорожавшая, 40 лет. В анамнезе 8 беременностей, 4 родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных аборта в сроке 8 и 12 нед, с выскабливанием, без осложнений. Данная беременность 9-я. Предполагаемый вес плода 4200 грамм. Срок беременности 39 недель 6 дней. Поступила в родильный дом в 06:00 во втором периоде родов. Со слов, схватки начались с 03:00. В 06.15 родилась головка, но остается плотно охваченной вульвой. Через 1 минуту не происходит рождение плечевого пояса.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз.
4. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз: II период V срочных родов. ОАГА (напряженный паритет, 2 м/а, 2 с/а, дважды abrasionc.u.). Крупный плод? Дистоция плечиков плода.
4. Тактика ведения родов:

Позвать на помощь (акушер-гинеколог, неонатолог, анестезиолог)

Применить: Прием Мак Робертса, прием давления над лоном, каждый по 30 секунд.

При отсутствии эффекта применить внутренние приемы:

1. Прием Rubin
2. Прием Wood
3. Прием рождения задней ручки

Задача №5

Пациентка 38 лет, беременность III, предстоят III роды. Соматически здорова, ИМТ 30. Вес первого ребенка при рождении 4200 грамм, роды протекали без осложнений, во вторых родах дистоция плечиков, интранатальная гибель плода, вес ребенка 5000 грамм. Течение настоящей беременности без осложнений. Предполагаемый вес ребенка 4500 грамм. Срок беременности 40 недель 4 дня. Поступила в 8.00, начало родовой деятельности с 7 утра, схватки по 20 секунд через 10 минут. В 12 часов начало потужного периода. В 12.15 родилась головка, но остается плотно охваченной вульвой. Через 1 минуту не происходит рождение плечевого пояса.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз.
4. Тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз: II период III срочных родов. ОАА (крупный плод, дистоция плечиков плода в предыдущих родах -интранатальная гибель плода). Дистоция плечиков плода.
4. Тактика ведения родов:

Позвать на помощь (акушер-гинеколог, неонатолог, анестезиолог)

Применить: Прием Мак Робертса, прием давление над лоном, каждый по 30 сек

При отсутствии эффекта применить внутренние приемы

1. Прием Rubin
2. Прием Wood
3. Прием рождения задней ручки

Задача №6

Роженица Г. 27 лет, повторнородящая, поступила в акушерское отделение с регулярными схватками по 35 – 40 секунд через 5 – 6 минут в течение 4 часов. Околоплодные воды излились 30 минут назад. В анамнезе одни срочные роды 2 года назад, масса новорожденного 3260 гр. Менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. Обследована в женской консультации в полном объеме. Срок

беременности, рассчитанный по менструации, и по данным УЗИ в первом триместре беременности - 41 неделя.

На момент поступления при объективном обследовании: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Пульс 90 уд. в мин., АД 125/70 мм. рт. ст. Температура тела нормальная, 36,9°. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Физиологические отправления в норме. В анализах мочи и крови нормальные показатели. Размеры таза 25x29x34x21. Индекс Соловьёва 16 см.

Матка соответствует доношенной беременности. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид. Предлежит головка плода, прижата ко входу малого таза. Сердцебиение плода ясное 156 ударов в минуту, слева ниже пупка. Воды подтекают в небольшом количестве, светлые. Предполагаемая масса плода 3450 гр.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 – 5 см, края средней толщины, податливы. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды в незначительном количестве. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Крестцовая впадина свободна, мыс крестца не достигается, экзостозов нет.

В течение 6 часов родовая деятельность носила регулярный характер, постепенно нарастали ритм и сила схваток. После чего у роженицы появились признаки утомления, схватки стали ослабевать, а интервалы между ними увеличиваться. При обследовании обнаружено: головка наружными приемами не определяется, сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Выделения слизисто – сукровичные.

Поставлен диагноз: Беременность II 41 неделя. Второй период вторых срочных родов в головном предлежании, затылочном вставлении. Вторичная слабость родовой деятельности. Раннее излитие околоплодных вод.

С целью коррекции родовой деятельности начато введение внутривенно окситоцина по общепринятой методике. Окситоцин вводился в течение 1 часа без должного эффекта. При влагалищном исследовании данные те же.

По данным кардиотокографии состояние плода удовлетворительное.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз.
4. Дальнейшая тактика ведения родов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

1. Диагноз: Беременность II 40 недель. Роды II. Продольное положение, первая позиция, передний вид, головное предлежание, затылочное вставление. Второй период родов. Вторичная слабость во втором периоде родов, неподдающаяся медикаментозной коррекции. Раннее излитие околоплодных вод.

2. Тактика ведения родов: показано проведение операции вакуум-экстракции плода. Условия для наложения вакуум-экстрактора: живой плод, полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, головка плода в полости малого таза, соответствие между размерами головки плода и размерами малого таза, доношенная беременность. Противопоказаниями для наложения вакуум-экстрактора являются: мёртвый плод, несоответствие между размерами головки плода и размерами малого таза, тазовое предлежание плода, срок беременности менее 36 недель.

Задача №7

Повторнобеременная (6), повторнородящая (4), 33 лет (в анамнезе 3-е родов, 2 инструментальных прерывания беременности в сроках 8 и 10 недель) поступила в

акушерский стационар с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Течение настоящей беременности без особенностей. Через 4 часа после поступления произошли роды новорожденным мужского пола, массой 4200 грамм, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Через 30 минут самостоятельно отделился и выделился послед, без видимых дефектов, оболочки — все. Кровопотеря 250 мл. Шейка матки и промежность целы.

Через 30 минут после родов при осмотре родильницы: дно матки у подреберья, матка без четких контуров, мягкая, при её наружном массаже выделилось 400 мл крови. Матка сократилась, кровотечение прекратилось. Через 10 минут кровотечение возобновилось — 200 мл со сгустками, матка периодически расслабляется.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз.
4. Тактика врача.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз: Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.
4. Тактика врача: Позвать на помощь (акушер-гинеколог, анестезиолог). Ручное обследование полости матки. Массаж матки на кулаке. Утеротоники. При неэффективности — баллонная тампонада матки. При неэффективности - решать вопрос о перевязке восходящих ветвей маточных артерий, внутренней подвздошной артерии, гистерэктомии.

Задача №8

Пациентка К., 34 лет. Беременность 1-я. Через 40 минут после родов при осмотре одномоментно выделилось 300 мл алой крови со сгустками, кровотечение продолжается. Матка при пальпации мягкая, дряблая. Состояние родильницы средней степени тяжести. АД 90/60 мм ртст, пульс 110 уд/мин., бледность кожных покровов, слабость.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз.
4. Тактика врача.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз: Раннее послеродовое атоническое кровотечение.
4. Тактика врача: Позвать на помощь (акушер-гинеколог, анестезиолог). Ручное обследование полости матки. Массаж матки на кулаке. Утеротоники. При неэффективности — баллонная тампонада матки. При неэффективности - решать вопрос о перевязке восходящих ветвей маточных артерий, внутренней подвздошной артерии, гистерэктомии.

Задача №9

У повторнобеременной, повторнородящей, 33 лет (Р — 2, А — 2) с отягощенным акушерским анамнезом (два рубца на матке) произошли роды путем операции кесарева сечения. Родился живой доношенный ребенок мужского пола, массой 3500 грамм, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Послед из полости матки удален рукой, без видимых дефектов, оболочки — все. Кровопотеря 900 мл. Через 2 часа после родов при осмотре родильницы: дно матки у подреберья, матка без четких контуров, мягкая, при - ее наружном массаже выделилось 400 мл крови. Введены утеротоники. Матка сократилась, кровотечение прекратилось. Через 10 минут кровотечение возобновилось. Принято решение наложить компрессионные швы.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз.
4. Техника наложения компрессионного шва по В-Lynch.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

3. Диагноз: Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.

4. Шов по В-Линчу предполагает наложение на матку так называемых рюкзачковых швов. Матка дважды одной нитью опоясывается в продольном направлении на расстоянии 4 см от каждого латерального края.

Задача №10

Первобеременная, первородящая поступила в акушерский стационар с регулярной родовой деятельностью. Через 6 часов после поступления родился живой доношенный новорожденный женского пола массой 3950 грамм, с оценкой по шкале Апгар 9-9 баллов. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед, без видимых дефектов, оболочки — все. Шейка матки и промежность целы. Через 30 минут после родов при осмотре родильницы: жалобы на обильные кровянистые выделения, при наружном массаже выделилось 300 мл крови. Матка дряблая. Введены утеротоники, без эффекта.

Задания к ситуационной задаче по акушерству:

4. Диагноз.
5. Дальнейшая тактика.
6. Классификация компрессионных швов.

Эталон ответа к ситуационной задаче по акушерству:

4. Диагноз: Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.
5. Дальнейшая тактика: Наложение компрессионных швов.
6. Классификация компрессионных швов:

По расположению на матке:

- Поперечные
- Вертикальные
- Комбинированные

По отношению к стенкам матки:

- Сшивающие
- Сближающие
- Стягивающие
- Комбинированные

Меняющие расположение тела матки.

ПК-7 (практические навыки, тестовый контроль)

Формы промежуточной аттестации из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Практические навыки	10 навыков
Тестовый контроль	60 тестов

Практические навыки:

- 1) Пельвиометрия. Диагностика различных форм и степеней сужения таза.
- 2) Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода. Техника выполнения пособий, оказываемых в родах при различных видах тазового предлежания.
- 3) Диагностика клинически узкого таза. Тактика ведения родов при клиническом несоответствии размеров головки плода и таза матери.
- 4) Диагностика выпадения петель пуповины. Тактика ведения родов.
- 5) Диагностика дистоции плечиков плода. Выполнение наружных и внутренних приемов при дистоции плечиков плода.
- 6) Техника выполнения вакуум-экстракции плода (ВЭП).
- 7) Ведение третьего периода родов. Алгоритм действий при акушерских кровотечениях. Определение объема кровопотери, степени тяжести геморагического шока и восполнения кровопотери.

- 8) Ручной контроль полости матки. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
- 9) Ушивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности (показать на фантоме).
- 10) Установка внутриматочного баллона при послеродовом кровотечении.

Тестовый контроль:

1. Вагинальные роды при тазовом предлежании возможны, если?

- 1) Головка плода согнута
- 2) Головка плода разогнута
- 3) Чисто ягодичное предлежание
- 4) Ножное предлежание
- 5) Правильный ответ 1, 3

Правильный ответ: 5

2. Вагинальные роды при тазовом предлежании возможны, если?

- 1) Масса плода не менее 2500г. и не более 3800г.
- 2) Масса плода не более 3500г.
- 3) Масса плода не менее 2000г.
- 4) Масса плода не более 4000г.

Правильный ответ: 1

3. Что является противопоказанием для вагинальных родов при тазовом предлежании?

- 1) Смешанное предлежание
- 2) Предлежание пуповины
- 3) Масса плода не более 3800г.
- 4) Разгибание головки плода
- 5) Правильный ответ 1,2,3
- 6) Правильный ответ 2,4

Правильный ответ: 6

4. Что необходимо соблюдать в первом периоде родов?

- 1) Роды ведутся по партограмме
- 2) Родоусиление не рекомендуется
- 3) КТГ в непрерывном или длительном режиме в I периоде родов, во II периоде непрерывно
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

5. Что является показанием к проведению кесарева сечения при тазовом предлежании?

- 1) Масса плода более 3800г.
- 2) Отсутствие динамики родовой деятельности в течение 2-х часов
- 3) Ожирение (ИМТ более 30)
- 4) Узкий таз
- 5) Все ответы верны

Правильный ответ: 5

6. Какое пособие необходимо произвести при появлении задней части шеи?

- 1) Морисо-Смелли-Вейта

- 2) Мак-Робертса
- 3) Ловсена
- 4) Прием Rubin

Правильный ответ: 1

7. Какие осложнения могут возникнуть при тазовом предлежании?

- 1) Запрокидывание ручек
- 2) Ротация головки и туловища в задний вид
- 3) Ущемление головки при неполностью раскрытой шейке матки
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

8. Какое пособие необходимо оказать при запрокидывании ручек?

- 1) Морисо-Смелли-Вейта
- 2) Мак-Робертса
- 3) Ловсена
- 4) Прием Rubin

Правильный ответ: 3

9. Какие приемы проводят при ротации туловища и головки в задний вид?

- 1) Поворот плода
- 2) Наложить акушерские щипцы
- 3) Пособие Морисо-Смелли-Вейта
- 4) Обратное пражское пособие
- 5) Все ответы верны

Правильный ответ: 5

10. Что необходимо сделать при ущемлении головки при неполном раскрытии шейки матки?

- 1) Рассечь шейку длинными ножницами в двух точках — на 4 и 7 часах
- 2) Прием Ловсена
- 3) Обратное пражское пособие
- 4) Наложение акушерских щипцов

Правильный ответ: 1

11. Клинически узкий таз - это

- 1) Уменьшение размеров окружности таза
- 2) Уменьшение размеров таза по сравнению с нормой на 1,5-2 см
- 3) Несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.
- 4) Изменение формы крестцового ромба

Правильный ответ: 3

12. Классификация клинически узкого включает:

- 1) Редко встречающиеся формы
- 2) Часто встречающиеся формы
- 3) Относительное несоответствие
- 4) Абсолютное несоответствие

Правильный ответ: 3,4

13. Признаки клинически узкого таза:

- 1) Образование большой родовой опухоли
- 2) Нарушение сократительной деятельности матки

- 3) Положительный признак Вастена
- 4) Затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания
- 5) Верно 1,2,3
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

14. Одним из признаков клинически узкого таза является:

- 5) Длительное (более 20 мин) стояние головки в плоскостях малого таза
- 6) Длительное (более 30 мин) стояние головки в плоскостях малого таза
- 7) Длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза
- 8) Длительное (более 10 часов) стояние головки в плоскостях малого таза

Правильный ответ: 3

15. При положительном признаке Вастена:

- 5) Передняя поверхность головки совпадает с уровнем передней поверхности симфиза
- 6) Передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза
- 7) Передняя поверхность головки находится ниже поверхности симфиза
- 8) Болезненность нижнего сегмента при пальпации

Правильный ответ: 2

16. Частые осложнения клинически узкого таза:

- 7) Несвоевременное излитие околоплодных вод
- 8) Аномалии родовой деятельности
- 9) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 10) Внутриутробная гипоксия плода
- 11) Верно 1,2,4
- 12) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 5

17. Для решения вопроса об оперативном родоразрешении достаточно признаков:

- 5) 1
- 6) 2-3
- 7) 3-4
- 8) 5

Правильный ответ: 2

18. Какие осложнения могут быть у новорожденных при клинически узком тазе?

- 7) Судорожный синдром
- 8) Кефалогематома
- 9) Синдром гипервозбудимости
- 10) Гематомы бедер и плеч
- 11) Верно 1,2,3
- 12) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

19. Какова частота родового травматизма у женщин при клинически узком тазе?

- 1) До 1%
- 2) Больше 1 %
- 3) 10 %
- 4) 5%

Правильный ответ: 1

20. Какова тактика ведения женщин при клинически узком тазе?

- 1) Вакуум-экстракция плода
- 2) Наложение выходных акушерских щипцов
- 3) Операция кесарево сечение

4) Родостимуляция окситоцином

Правильный ответ: 3

21. Когда устанавливается диагноз дистоции плечиков?

- 1) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 30 секунд без применения специальных пособий.
- 2) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 45 секунд без применения специальных пособий.
- 3) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 60 секунд без применения специальных пособий.
- 4) При невозможности рождения плечиков после рождения головки плода в течение 90 секунд без применения специальных пособий.

Правильный ответ: 3

22. Какие различают виды дистоции плечиков?

- 1) Передняя
- 2) Задняя
- 3) Высокая
- 4) Низкая
- 5) Верно 1,2
- 6) Верно 3,4

Правильный ответ: 6

23. В каком размере плоскости входа в малый таз устанавливаются плечики при наружном повороте головки, если речь идет о неосложненном течении второго периода родов?

- 1) В прямом размере
- 2) В косом размере
- 3) В поперечном размере

Правильный ответ: 2

24. Какие факторы предрасполагают к дистоции плечиков во время беременности?

- 1) Ожирение
- 2) Макросомия
- 3) Переношенная беременность
- 4) Диабетическая фетопатия
- 5) Верно 2,3,4
- 6) Все вышеперечисленное

Правильный ответ: 6

25. Что относится к наружным приемам?

- 1) Прием Rubin
- 2) Прием Мак Робертса
- 3) Прием рождения задней ручки
- 4) Прием Wood

Правильный ответ: 2

26. Что относится к внутренним приемам?

- 1) Прием Rubin
- 2) Прием Мак Робертса
- 3) Прием рождения задней ручки
- 4) Прием Wood
- 5) Верно 1, 3, 4
- 6) Верно 3, 4

Правильный ответ: 5

27. Что такое прием Мак Робертса?

- 1) Сгибание ног в коленях и максимальное отведение бедер от груди
- 2) Сгибание ног в коленях и максимальное приведение бедер к груди
- 3) Свободное сгибание ног в коленях
- 4) Положение на «четвереньках»

Правильный ответ: 2

28. Какие факторы предрасполагают к дистоции плечиков во время родов?

- 1) Эпидуральная анестезия
- 2) Затяжное течение I периода родов
- 3) Раннее «растуживание» пациентки
- 4) Вакуум –экстракция плода
- 5) Верно 2,3,4
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

29. Чем опасна дистоция плечиков для плода?

- 1) Гипоксемией
- 2) Разрывом матки
- 3) Кровотечением
- 4) Асфиксией

Правильный ответ: 4

30. Сколько по времени должен проводиться каждый прием при дистоции плечиков?

- 1) Не более 15 секунд
- 2) Не более 30 секунд
- 3) Не более 45 секунд
- 4) Не более 60 секунд

Правильный ответ: 2

31. Какие показания к вакуум-экстракции плода?

- 1) Слабость родовой деятельности
- 2) Внутриутробная гипоксия плода различной степени тяжести
- 3) Кровотечение во втором периоде родов
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

32. Какие противопоказания со стороны плода для проведения вакуум-экстракции?

- 1) Тазовое, лицевое, лобное предлежание
- 2) Слабость родовой деятельности
- 3) Укорочение второго периода родов
- 4) Исключение потуг

Правильный ответ: 1

33. Какие условия для оперативного влагалищного родоразрешения?

- 1) Полное раскрытие шейки матки
- 2) Отсутствие плодного пузыря
- 3) Отсутствие признаков клинического несоответствия
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

34. Что не является противопоказанием со стороны матери для проведения вакуум-экстракции?

- 1) Анатомически узкий таз 2-3 степени сужения

- 2) Невозможность определить характер вставления головки
- 3) Исключение потуг по состоянию роженицы
- 4) Срок беременности 36 недель

Правильный ответ: 4

35. При влагалищном оперативном родоразрешении обязательным является понимание?

- 1) Характера вставления предлежащей части
- 2) Анатомических ориентиров таза матери и плода и их взаимоотношения
- 3) Все ответы верны

Правильный ответ: 3

36. Что является опознавательной точкой на головке плода?

- 1) Большой родничок
- 2) Малый родничок
- 3) Стреловидный шов
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

37. При приеме Леопольда-Левицкого головка вставлена большим сегментом в полость малого таза. В какой плоскости малого таза будет головка при проведении влагалищного исследования?

- 1) I плоскость малого таза
- 2) II плоскость малого таза
- 3) III плоскость малого таза
- 4) IV плоскость малого таза

Правильный ответ: 3

38. При влагалищном исследовании головка находится на IV плоскости малого таза. Какой фазе биомеханизма родов данная ситуация соответствует?

- 1) Начало фазы преодоления препятствия (крестцовой ротации)
- 2) Фаза внутреннего поворота головки
- 3) Конец фазы преодоления препятствия (крестцовой ротации)

Правильный ответ: 2

39. При каком количестве тракций необходимо прекратить ВЭП при отсутствии поступательных движений головки?

- 1) 2 тракции
- 2) 5 тракций
- 3) 1 тракция
- 4) 3 тракции

Правильный ответ: 1

40. Что может являться причиной осложнений ВЭП?

- 1) Отсутствие опыта и умения у мед.персонала
- 2) Неправильное расположение чашечки на головке плода
- 3) Сильные тракции
- 4) Все ответы верны

Правильный ответ: 4

41. Что считается массивной кровопотерей?

- 1) Одномоментная потеря крови более >500 мл крови

- 2) Одномоментная потеря крови более >1000 мл крови
- 3) Одномоментная потеря крови более >1500 мл крови
- 4) Одномоментная потеря крови более >2000 мл крови

Правильный ответ: 3

42. Что является причиной ранних послеродовых кровотечений?

- 1) Субинволюция матки
- 2) Послеродовая инфекция
- 3) Нарушение сокращения матки
- 4) Остатки плацентарной ткани

Правильный ответ: 3, 4

43. Какие существуют методы оценки кровопотери?

- 1) Визуальная оценка
- 2) Гравиметрический метод
- 3) Визуальная оценка + 30%
- 4) Визуальная оценка + 20%

Правильный ответ: 2, 3

44. Какое место занимают акушерские кровотечения среди причин материнской смертности?

- 1) 1 место
- 2) 2 место
- 3) 3 место
- 4) 4 место

Правильный ответ: 1

45. Какие препараты применяют с целью консервативного гемостаза?

- 1) Карбетоцин
- 2) Гинипрал
- 3) Атозибан
- 4) Окситоцин

Правильный ответ: 1,4

46. Что относится к методам хирургического гемостаза?

- 1) Перевязка восходящих ветвей маточных артерий
- 2) Перевязка наружной подвздошной артерии
- 3) Перевязка внутренней подвздошной артерии
- 4) Перевязка бедренной артерии

Правильный ответ: 1,3

47. Что может стать причиной выворота матки?

- 1) Дискоординация родовой деятельности
- 2) Короткая пуповина
- 3) Преждевременные роды
- 4) Слабость родовой деятельности

Правильный ответ: 2

48. Что такое раннее послеродовое кровотечение?

- 1) Кровотечение, возникшее в первый час после родов
- 2) Кровотечение, возникшее в первые 2 часа после родов

- 3) Кровотечение, возникшее в первый день после родов
- 4) Кровотечение, возникшее в первые 2 дня после родов

Правильный ответ: 2

49. Что такое позднее послеродовое кровотечение?

- 1) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 6 недель (42 дней) послеродового периода
- 2) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 1 месяца послеродового периода
- 3) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 2 месяцев послеродового периода
- 4) Кровотечение, возникшее спустя 2 часа после родов и < 1 недели послеродового периода

Правильный ответ: 1

50. Какой метод хирургического гемостаза проводится в первую очередь?

- 1) Перевязка восходящих ветвей маточных артерий
- 2) Гистерэктомия
- 3) Управляемая баллонная тампонада матки
- 4) Перевязка внутренней подвздошной артерии

Правильный ответ: 1

51. На каком этапе лечения послеродовых кровотечений накладываются компрессионные швы?

- 1) 1-й
- 2) 2-й
- 3) 3-й
- 4) 4-й

Правильный ответ: 3

52. Виды компрессионных швов по расположению:

- 1) Поперечные
- 2) Вертикальные
- 3) Комбинированные
- 4) Диагональные
- 5) верно 1,2,3
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 5

53. Виды компрессионных швов по отношению к стенкам матки:

- 1) Сшивающие
- 2) Сближающие
- 3) Стягивающие
- 4) Комбинированные
- 5) Верно 1,2,3
- 6) Верно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

54. В каком году впервые был описан компрессионный шов по В-Lynch ?

- 1) 1987 г.
- 2) 1997 г.
- 3) 1980 г.

4) 1880 г.

Правильный ответ: 2

55. Компрессионный шов по В-Lynch предполагает наложение:

- 1) Рюкзачковых швов
- 2) Множественных квадратных швов
- 3) Волнообразного шва
- 4) Скобкообразных тампонирующих швов

Правильный ответ: 1

56. Какие показания для применения компрессионно-сшивных технологий?

- 1) Профилактика кровотечения у пациенток группы риска (предлежание плаценты, тяжелая преэклампсия, кровотечение в анамнезе, после проведения метропластики)
- 2) Гипотоническое кровотечение во время кесарева сечения
- 3) Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде при неэффективности принятых мер (лапаротомия после спонтанных родов)
- 4) Кровотечение из плацентарной площадки в области нижнего сегмента при предлежании плаценты
- 5) правильно 1,2,3,4

Правильный ответ: 5

57. Какие основные требования к компрессионным швам?

- 1) Оказание прямого наружного давления
- 2) Шов завязывается после бимануальной компрессии с усилием, достаточным для остановки кровотечения
- 3) Дозированная компрессия при завязывании узлов, недопуская побеления подлежащих тканей или признаков прорезывания узлов
- 4) Обеспечение дренажа после родовой матки, сохранение свободных каналов вдоль полости матки
- 5) Правильный ответ 2,3,4
- 6) Правильный ответ 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

58. Какие недостатки у компрессионных швов?

- 1) Попадание значительных объемов мышечной ткани.
- 2) Избыточное сдавливание и возможное повреждение мышечной ткани, нарушение кровоснабжения миометрия с переходом в частичный или полный некроз матки.
- 3) Вероятность в послеродовом периоде в результате инволюции матки провисание швов и образование открытых нитяных петель, несущих потенциальный риск ущемления и нарушения проходимости кишки
- 4) Вероятность таких осложнений, как рубцово-ишемическая дегенерация миометрия, прорезывание швов сквозь толщу стенки матки, пиометра, внутриматочные синехии, нарушающие отток менструальных выделений, наружные спаечные процессы в брюшной полости и др.
- 5) Правильно 2,3,4
- 6) Правильно 1,2,3,4

Правильный ответ: 6

59. Какая игла оптимальна для компрессионной хирургии?

- 1) 60 мм, $\frac{1}{2}$ окружности, круглая $\frac{1}{2}$
- 2) 60 мм, $\frac{3}{8}$ окружности, прямая
- 3) 80 мм, $\frac{3}{8}$ окружности, прямая

4) 80 мм, ½ окружности, круглая

Правильный ответ: 4

60. Какая нить оптимальна для компрессионной хирургии?

- 1) Длина (100-110 мм), кетгут, антибактериальное покрытие (Plus)
- 2) Длина (90-100 мм), ПГЛ, антибактериальное покрытие (Plus)
- 3) Длина (100-110 мм), шелк, антибактериальное покрытие (Plus)
- 4) Длина (90-100 мм), кетгут, антибактериальное покрытие (Plus)

Правильный ответ: 2

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

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и

компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
--	--	---	---

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Шкала оценивания тестового контроля:

Процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы
---------	-------------

	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

Практических навыков:

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
хорошо	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые	устойчивые знания методики выполнения практических навыков; допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений

	неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	исправляются	
удовлетворительно	удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	знания основных положений методики выполнения практических навыков	самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя
неудовлетворительно	низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков	невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения