

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

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Оценочные материалы по дисциплине

«Акушерство»

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично):
ПК-1

Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
<i>профессиональные (ПК)</i>	
ПК - 1 Осуществление диагностической, лечебной, реабилитационной профилактической деятельности	ПК-1 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на 1 компетенцию
ПК-1	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ПК-1:

Задания закрытого типа

Тесты

1). *Длина плода в 9 см соответствует сроку беременности*

1. 3 мес.
2. 4 мес.
3. 5 мес.
4. 6 мес.

Эталон ответа: 1

2). *Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев*

1. на 5
2. на 4
3. на 3
4. на 2

Эталон ответа: 1

3). *В 28 недель гестационного возраста длина плода равна*

1. 35 см
2. 30 см
3. 24 см
4. 18 см

Эталон ответа: 1

4). *В 36 недель гестационного возраста длина плода равна*

1. 48 см
2. 45 см

3. 43 см

4. 40 см

5. 35 см

Эталон ответа: 2

5). В 40 недель беременности в среднем длина плода, как правило, составляет

1. 55 см

2. 53 см

3. 50 см

4. 45 см

5. 40 см

Эталон ответа: 3

6). Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности приходится на срок

1. 16-20 недель

2. 22-24 недели

3. 26-36 недель

4. 38-40 недель

Эталон ответа: 3

7). В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения

1. гипохлоргидрия

2. усиление моторной функции желудка

3. усиление перистальтики кишечника

4. увеличение секреции пепсина

Эталон ответа: 1

8). В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза

1. гиперкоагуляция

2. гипокоагуляция

3. коагулопатия потребления

4. активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена

5. активизация только плазменного звена

Эталон ответа: 1

9). Наиболее частыми осложнениями в I триместре беременности являются все перечисленные, кроме

1. угрозы выкидыша

2. раннего токсикоза

3. анемии

4. гипотонии

5. нефропатии

Эталон ответа: 5

10). В 28 недель беременности плод имеет массу тела

1. 500 г

2. 800 г

3. 1000 г

4. 1400 г

5. 1800 г

Эталон ответа: 3

11). Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит в срок гестационного возраста

1. 13-20 недель

2. 21-26 недель

3. 27-34 недели

4. 35-40 недель

Эталон ответа: 1

12). Генотип совпадает с фенотипом

1. всегда

2. не всегда

3. только на ранних стадиях развития

4. только после рождения

Эталон ответа: 2

13). Максимальное растяжение матки происходит при сроке беременности

1. 20-26 недель

2. 27-30 недель

3. 31-36 недель

4. 37-39 недель

5. 40 недель

Эталон ответа: 3

14). Высота дна матки в 32 недели беременности составляет

1. 25 см

2. 30 см

3. 35 см

4. 40 см

Эталон ответа: 2

15). Балльная оценка степени "зрелости" шейки матки предусматривает оценку всех следующих признаков, кроме

1. симптома "зрачка"

2. консистенции влагалищной части шейки матки

3. длины шейки

4. проходимости шейечного канала

Эталон ответа: 1

16). Для "зрелой" шейки матки характерно все перечисленное, кроме

1. размягчения шейки

2. открытия шейечного канала на 2-3 см

3. расположения наружного зева на уровне спинальных линий

4. плотности внутреннего зева

Эталон ответа: 4

17). Запоздалое созревание плаценты может приводить

1. к перенашиванию беременности

2. к преждевременной отслойке плаценты

3. к незрелости плода

4. 1 и 2

5. 3 и 4

Эталон ответа: 1

18). Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме

1. изменения контуров и смещения дна матки

2. опускания отрезка пуповины

3. отсутствия втягивания пуповины при глубоком вдохе роженицы

4. прекращения пульсации пуповины

5. усиления кровотечения из половых путей

Эталон ответа: 5

19). Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет

1. 2-4 ч
2. 5-7 ч
3. 8-10 ч
4. 12-14 ч
5. верно 1

Эталон ответа: 3

20). Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей, как правило, составляет

1. 3-5 ч
2. 5-7 ч
3. 6-8 ч
4. 10-12 ч
5. верно 1

Эталон ответа: 3

21). При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометральный кровоток

1. возрастает
2. снижается
3. не изменяется
4. временно прекращается
5. увеличивается в одних участках матки, уменьшается в других

Эталон ответа: 2

22). Нормальный подготовительный период характеризуется всем перечисленным, кроме

1. болезненности
2. формирования в ЦНС доминанты родов
3. увеличения уровня эстрогенов (эстриола), обеспечивающих биологическую готовность организма к родам
4. повышения тонуса симпатико-адреналовой системы
5. увеличения амплитуды сокращений матки

Эталон ответа: 1

23). Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря

1. до 400 мл
2. до 500 мл
3. до 600 мл
4. до 800 мл

Эталон ответа: 1

24). Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается

1. в усилении надпочечниками плода продукции кортизола
2. в повышении продукции тиреотропного гормона у плода
3. в снижении выработки прогестерона тканями плаценты
4. в усиленной продукции гистамина тканями плаценты
5. верно 2 и 3

Эталон ответа: 1

25). Масса тела плода в третьем триместре беременности характеризуется следующей закономерностью

1. удваивается каждые 4 недели
2. удваивается каждые 6 недель
3. утраивается каждые 5 недель
4. верно 1

5. верно 3

Эталон ответа: 2

Задания открытого типа

Ситуационные задачи

Задача 1.

В женскую консультацию обратилась повторнوبرеменная при сроке беременности 25-26 нед с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистые выделения из половых путей скудные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ? ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа.

Беременность 25-26 нед. Предлежание плаценты?

Госпитализация в отделение патологии беременных, где будет произведен осмотр шейки матки при помощи зеркал. УЗИ.

Лечение - токолитическое, гемостатическое, антианемическое.

Задача 2.

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140-150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4-5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Первый период родов. Боковое предлежание плаценты. Кровотечение.

Амниотомия. При прекращении кровотечения роды вести консервативно, под контролем состояния плода и характера кровяных выделений из половых путей. При продолжении кровотечения - чревосечение, кесарево сечение.

Задача 3.

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом с доношенной беременностью в связи с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Полное предлежание плаценты.

Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 4.

У роженицы со сроком беременности 36 нед, при полностью сглаженной шейке матки, открытии 4 см и целом плодном пузыре начались умеренные кровяные выделения. Слева, у края маточного зева определяется плацентарная ткань. Плодный пузырь «наливается» во время схватки. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту.

ДИАГНОЗ? КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ МЕСТО? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 36 нед, I период родов, краевое предлежание плаценты.

Амниотомия. Роды вести через естественные родовые пути под контролем за состоянием плода и характером выделений из половых путей, при усилении кровяных выделений - кесарево сечение.

Задача 5.

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ – полное предлежание плаценты. ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 30 недель. Полное предлежание плаценты. Обильное кровотечение. Экстренное оперативное родоразрешение.

Задача 6.

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализы крови: Нb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В 32 НЕДЕЛИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Незначительное кровотечение.

Возможно пролонгирование беременности на койке патологии, назначение гемостатиков (транексам).

Задача 7

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид, головка высоко над входом в малый таз; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту. При влагалищном исследовании с развернутой операционной – зев закрыт, при пальпации через своды – губчатая ткань.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное предлежание плаценты.

После подтверждения диагноза на УЗИ показано кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 8

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализ крови: Нb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ТАКОМ ДИАГНОЗЕ?

Эталон ответа:

В связи с недоношенным сроком беременности и незначительными кровянистыми выделениями возможна пролонгация беременности. Показан тщательный мониторинг состояния плода, контроль анализа крови, гемодинамики беременной, выделений из половых путей, гемостатическая терапия.

Задача 9.

Родильница В., 27 лет, родила 15 минут назад здорового доношенного мальчика, весом 3450 г. В анамнезе 2 медицинских аборта. Соматически здорова. Признаки отделения последа отсутствуют, из половых путей умеренные кровянистые выделения. Кровопотеря

180 мл. АД 115/75, 115/70 мм ртутного столба, пульс 76 ударов в 1 минуту. Через 15 минут кровотечение продолжается в прежнем темпе. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 320 мл.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, 3-й период родов. Плотное прикрепление плаценты.

Ручной контроль полости матки. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 10.

У роженицы О.1-е роды. В анамнезе метроэндометрит после медицинского аборта. После рождения здоровой доношенной девочки признаки отделения последа отсутствовали в течение 30 минут. Врач попытался произвести ручное отделение последа, установил тесную связь части плаценты со стенкой матки, вследствие чего усилилось кровотечение, кровопотеря составила 480 мл. АД 100/60, 110/70 мм рт. ст., пульс 98 ударов в 1 минуту.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, 3-й период родов. Частичное вращение плаценты.

Лапаротомия. Удаление плаценты, метропластика на фоне турникета или перевязки сосудов (маточных, яичниковых, возможно – подвздошных).

Задача 11.

На учете по беременности женщина 30 лет, в анамнезе 2 родов, которые завершились операцией кесарева сечения. При очередном посещении женской консультации выполнено УЗИ, которое выявило вращение плаценты в рубец после КС в нижнем сегменте матки с формированием «аневризмы матки» на всем протяжении рубца, срок беременности 34 недели.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 3-я, 34 недели. Рубец на матке. Полное вращение плаценты.

Плановая госпитализация в 36-37 недель; лапаротомия, кесарево сечение донное; иссечение аневризмы матки, удаление плаценты, метропластика нижнего сегмента матки (на фоне перевязки сосудов); при отсутствии возможности – окклюзии сосудов и метропластики – необходимо выполнить гистерэктомию.

Задача 12.

В сроке беременности 29-30 недель у беременной отмечались кровянистые выделения из половых путей. При УЗИ и МРТ выявлена placenta percreta. В анамнезе 3 кесарева сечения без осложнений.

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ?

Эталон ответа:

Показана госпитализация в стационар 3 уровня, проведение клиничко-лабораторного обследования, определение состояния плода. Решение вопроса о сроках и месте оперативного родоразрешения, включение в операционную бригаду, наряду с акушером-гинекологом, сосудистого хирурга, уролога. Использование аппарата для аутоотрансфузии крови Cell Saver.

Задача 13.

После рождения новорожденного прошло 10 минут, одномоментно выделилось 700 мл крови со сгустками, состояние роженицы резко ухудшилось. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД=80/40 мм рт. ст., ЧСС=100 ударов в минуту. Кровотечение продолжается. Признаки отделившегося последа отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Это частичное интимное прикрепление плаценты или частичное вращение плаценты.

Одномоментно – восполнить ОЦК кристаллоидами и коллоидами, обезболивание, ручное отделение плаценты и выделение последа, утеротоники, гемостатическая терапия. При невозможности отделения плаценты (вращение) – прекратить манипуляцию, взять анализ крови, показатели гемостаза, перевести в операционную. После лапаротомии и перевязки сосудов или наложения турникета осуществить метропластику.

Задача 14.

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Пульс 100 ударов в 1 мин, отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, матка в постоянном тоне, болезненная, сердцебиение плода глухое.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 нед. Преэклампсия. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

ИВЛ, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Интенсивная терапия гестоза: инфузионная, гипотензивная терапия.

Задача 15.

У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно пациентка побледнела, появились сильные распирающие боли в животе, матка в постоянном тоне. Сердцебиение плода 100-110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в узкой части полости малого таза.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 нед. Головное предлежание. П период родов. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

Вскрытие плодного пузыря. Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача 16.

В родильный дом доставлена беременная, предъявлявшая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 нед. Беременность протекала с явлениями гестоза.

Общее состояние средней тяжести, пульс 90 уд/мин., АД 130/90 - 140/90 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения, головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 35-36 нед. Головное предлежание. Гестоз. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 17.

У первобеременной на фоне отеков, артериального давления 140/90 мм. рт.ст, во время потуг появились боли в животе, слабость, головокружение, кровяные выделения из половых путей. Пульс участился до 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм. рт.ст. Матка напряжена, болезненная при пальпации, больше справа, между потугами не расслабляется. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода - около 100 ударов в минуту. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части малого таза. Малый родничок слева, спереди и ниже большого.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Затылочное вставление. Первая позиция. Передний вид. Второй период родов. Гестоз. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Операция наложения полостных акушерских щипцов, ручное отделение и выделение последа.

Задача 18.

Первая беременность, роды в срок. Регулярная родовая деятельность продолжается 3 часа. Таз нормальный. Симптомы гестоза. Внезапно появились боли в животе, обморочное состояние, падение артериального давления. Матка плотная, не расслабляется. По правому ребру резкая болезненность матки. Сердцебиение плода прекратилось. При влагалищном исследовании: шейка матки пропускает один палец, плодный пузырь цел. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, незначительные кровяные выделения.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Головное предлежание. I период родов. Гестоз. Отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода.

Чревосечение. Кесарево сечение. Инфузионно-трансфузионная терапия.

Задача 19.

Первые срочные роды, крупным плодом (масса 4300,0).

Третий период родов продолжается 10 мин. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 20.

Срочные роды. В анамнезе четыре искусственных аборта, последний осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре. Родилась доношенная девочка весом 4100,0, длина 53 см. Моча выделена катетером. Через 10 минут после рождения плода началось кровотечение из половых путей. Признаков отделения плаценты нет. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Ручное отделение и выделение последа, инфузионная терапия, утеротоническая терапия.

Задача 21.

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, два искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 в минуту, ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка. Сразу после рождения плода из половых путей появились кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Проба Ли-Уайта 5'10".

ДИАГНОЗ? С КАКИМИ СОСТОЯНИЯМИ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ? КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМЫ?

Эталон ответа:

III период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Разрыв шейки матки, разрыв матки.

Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование стенок полости матки, осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал.

Задача 22.

Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Плотное прикрепление или истинное приращение плаценты.

Попытка ручного отделения плаценты и выделения последа. При обнаружении истинного вращения плаценты – лапаротомия и метропластика после перевязки подвздошных сосудов или наложения турникета, либо – удаление матки.

Задача 23.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Частичное плотное прикрепление плаценты.

Показано ручное отделение плаценты, выделение последа, контроль полости матки (с обязательным обезболиванием).

Задача 24.

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Необходимо выделение последа наружными приемами (Абуладзе, Креде).

Задача 25.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное плотное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

Задача 26.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное плотное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА (отягощенный акушерский анамнез) - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операционной

Задача 27.

Послеродовый период, через 10 минут после рождения плода удлинился наружный отрезок пуповины, изменилась форма матки. Наружного кровотечения нет.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Физиологическое течение родов, плацента отделилась.

Роженице предлагают потужиться для рождения последа.

Задача 28.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признаки отделения плаценты отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место полное плотное прикрепление или истинное вращение плаценты.

Показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа, при невозможности отделения (вращение) – оперативное лечение.

Задача 29.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признаки отделения плаценты (Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова) - отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место полное плотное прикрепление или истинное вращение плаценты.

Показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа, при невозможности отделения (вращение) – оперативное лечение.

Задача 30.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки 200 мл. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место задержка (ущемление) отделившегося последа.

Показано использование приемов выделения отделившегося последа (приемы Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича).

Задача 31.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода удлинился наружный отрезок пуповины, изменилась форма матки. Наружного кровотечения нет.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Отделение последа по типу ретроплацентарной гематомы, без наружного кровотечения.

Во избежание ущемления роженице предлагают потужиться для рождения последа.

Задача 32.

Первобеременная, 25 лет, поступила в роддом при сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода 132 уд/мин, слева ниже пупка. Второй период родов продолжался 35 мин. Родилась живая доношенная девочка, массой 4300 г. Сразу после рождения ребенка началось струйное кровотечение алой кровью. Имеются признаки отделения плаценты.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды I в сроке 40 нед. беременности, крупный плод, последовый период. Кровотечение в последовом периоде, задержка отделившейся плаценты, травма мягких тканей родовых путей?

Применение методов выделения последа и инфузионная терапия в зависимости от степени кровопотери. Ревизия родовых путей при помощи зеркал. Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей.

Задача 33.

У роженицы 28 лет с преждевременным излитием вод возникла упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мертвого плода самостоятельно отделилась

плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 800 мл, продолжается. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, не свёртывается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Диагноз. Ранний послеродовый период. Синдром ДВС крови. Кровотечение.

План ведения. Введение плазмы, ингибиторов фибринолиза. Чревосечение. Перевязка маточных артерий, внутренних подвздошных артерий. Удаление матки?

Задача 34.

У родильницы после родов переносным плодом в раннем послеродовом периоде возникло гипотоническое кровотечение. После принятых мер кровотечение прекратилось, матка плотная, общая кровопотеря достигла 1000 мл. Состояние родильницы средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 112 уд. в мин., слабого наполнения. АД 80/50. Проба Ли-Уайта 8 мин.

ДИАГНОЗ? ВАША ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Ранний послеродовый период. Геморрагический шок.

Клинический, биохимический анализ крови, коагулограмма. Лечение шока: инфузионно-трансфузионная терапия; продолжить капельное введение окситоцина.

Задача 35.

Роды двойней, в срок. Сразу после рождения последа началось обильное кровотечение, в/в введен окситоцин, после чего матка сокращается, но затем опять расслабляется.

Кровотечение продолжается. Кровопотеря достигла 1000 мл. Родильница побледнела. АД 90/50, пульс 100 уд в мин.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? СОСТАВ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ?

Эталон ответа:

Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок.

Ручное обследование стенок полости матки. Бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, введение плазмы и ингибиторов фибринолиза, кристаллоидных и коллоидных растворов. При отсутствии эффекта чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий, гемостатические швы на матку; при неэффективности - удаление матки.

Задача 36.

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды первые в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 минут родился второй мальчик массой 3000 г, в момент прорезывания головки второго плода в/в введен окситоцин. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер.

Послед выделился через 10 минут, сразу после рождения последа выделилось 250 мл. крови, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Первые срочные роды, двойня. Ранний послеродовый период. Кровотечение.

Утеротоническая терапия. Ручное обследование стенок полости матки, осмотр родовых путей при помощи зеркал.

Задача 37.

Беременная 32 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. Роды четвертые, трое предыдущих закончились рождением живых доношенных детей. Третьи роды осложнились кровотечением в последовом периоде, было произведено ручное отделение и выделение последа ввиду плотного прикрепления плаценты. Спустя 4 часа от момента поступления произошли роды живой девочкой мас-

сой 4200, дл. 52 см. В третьем периоде была произведена профилактика кровотечения окситоцином. Через 3 минуты отделилась плацента и выделился послед, цел. Оболочки все, матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. Через 10 минут из половых путей выделилось еще 150 мл крови со сгустками. Матка расслабляется. Кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Четвертые срочные роды, крупный плод. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение

Катетеризация мочевого пузыря, ручное обследование стенок полости матки, наружно-внутренний дозированный массаж матки. Осмотр родовых путей при помощи зеркал. Внутривенное введение окситоцина. При отсутствии эффекта - оперативный этап.

Задача 38.

Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ? ЭКСТРЕННЫЕ МЕРЫ?

Эталон ответа:

Атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

На I этапе: ручной контроль полости матки с наружно-внутренним массажем, в/в введение утеротоников, ГЭКов и простагландинов per rectum.

Задача 39.

Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребенка 4200, три аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность - четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз.

ДИАГНОЗ? КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ В РОДАХ? КАКИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВЫ ПРОВЕДЕТЕ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Головное предлежание Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

Возможны: клинически узкий таз, разрыв матки, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, родовой травматизм плода.

Ведение родов с функциональной оценкой таза, сократительной активности матки, профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Своевременный переход к оперативному родоразрешению при возникших осложнениях.

Задача 40.

Многоружавшая, 40 лет. В анамнезе 13 беременностей, 9 родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных аборта в сроке 8 и 12 нед, с выскабливанием. Данная беременность 14-я, своевременные роды. В начале второго периода родов появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, внезапно ухудшилось общее состояние, появился холодный пот, АД 80/60, пульс 100 ударов в минуту. Контуры матки нечеткие. Через переднюю брюшную стенку пальпируются части плода, сердцебиение плода не выслушивается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. II период родов. Отягощенный акушерский анамнез. Полный разрыв матки. Интранатальная гибель плода. Травматический и геморрагический шок.

Наркоз. Чревосечение. Извлечение плода. Удаление или ушивание матки. Инфузионная терапия

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Что такое предлежание плаценты, как часто встречается?

Эталон ответа:

Предлежание плаценты – расположение плаценты в нижнем маточном сегменте в области внутреннего зева или не выше, чем на 3 см от него. Встречается в одном случае на 250 беременных.

Вопрос 2. Какие варианты предлежания плаценты существуют?

Эталон ответа:

По одной из классификаций это полное (или центральное) предлежание, когда внутренний зев перекрыт полностью или неполное – внутренний зев перекрыт частично или плацента касается зева своим краем.

Вопрос 3. Что можно отнести к причинам предлежания плаценты?

Эталон ответа:

Это дистрофические изменения в матке на фоне воспалительных заболеваний, абортов, многократных родов, рубца на матке, гипотрофии эндометрия; наличие миоматозных узлов.

Вопрос 4. Какие кровотечения характерны для предлежания плаценты во время беременности, до родов? Какова их частота?

Эталон ответа:

Эти кровотечения повторяющиеся, появляющиеся спонтанно, безболезненные, ничем не спровоцированные. Объем кровопотери разный, зависит от степени предлежания. Кровь алая, материнского происхождения, ретроплацентарной гематомы нет. Частота таких кровотечений достигает 80%.

Вопрос 5. Какой метод диагностики предлежания плаценты является ведущим?

Эталон ответа:

Ведущим методом является УЗИ (трансвагинально и трансабдоминально).

Вопрос 6. При каких условиях допустимо внутреннее, пальцевое исследование при подозрении на предлежание плаценты?

Эталон ответа:

Такая манипуляция допустима только при развернутой операционной и готовности бригады, т.к. может сопровождаться резким усилением кровотечения.

Вопрос 7. Возможно ли родоразрешение через естественные родовые пути при предлежании плаценты?

Эталон ответа:

Такой исход возможен только при небольшой кровопотере (менее 250 мл), неполном предлежании плаценты и достаточной степени открытия шейки матки (5-6 см). что дает возможность сделать амниотомию.

Вопрос 8. Когда операция кесарево сечение выполняется при предлежании плаценты в обязательном порядке?

Эталон ответа:

Операция экстренно выполняется при массивном кровотечении независимо от срока беременности, вида предлежания, состояния плода (живой, мертвый, глубоконедоношенный) и при полном предлежании в конце беременности планово, независимо от отсутствия кровотечения.

Вопрос 9. Что такое вращение плаценты?

Эталон ответа:

Это инвазия трофобласта в базальную оболочку, миометрий, периметрий, окружающие органы.

Вопрос 10. Можно ли заподозрить вращение плаценты по клиническим проявлениям во время беременности?

Эталон ответа:

Настораживающими моментами могут стать: тазовые боли, примесь крови в моче и кале, запоры (особенно у женщин, имеющих рубец на матке после предыдущего кесарева сечения).

Вопрос 11. Что на современном этапе считается информативным и рациональным в диагностике вращения?

Эталон ответа:

Это УЗИ тазовых органов, ЦДК - цветное доплеровское картирование, МРТ – пельвеометрия и уровень АФП (альфа-фетопротеин).

Вопрос 12. Что можно отнести к основным причинам приращения тканей плаценты?

Эталон ответа:

Это рубцовые изменения маточной стенки (после операции и инвазивных манипуляций), заболевания матки (метроэндометриты разной этиологии, синдром Ашермана, деформация полости подслизистой миомой), высокая протеолитическая активность хориона.

Вопрос 13. По каким критериям осуществляется классификация вращения плаценты?

Эталон ответа:

Оценка варианта этой патологии осуществляется по площади аномального прикрепления (полное или частичное) и по глубине врастания в матку (плотное прикрепление, приращение к мышечному слою; вращение в миометрий, прорастание сквозь миометрий вплоть до серозы или сквозь нее).

Вопрос 14. Что характерно для частичного плотного прикрепления или вращения плаценты?

Эталон ответа:

Основной симптом - кровотечения в последовом периоде разной интенсивности.

Вопрос 15. Какова тактика врача при кровотечении в III периоде родов?

Эталон ответа:

Осуществляется попытка ручного отделения плаценты. При плотном прикреплении это удается и производится выделение последа. При истинном приращении попытка отделения не удается, необходимо переходить к оперативному лечению.

Вопрос 16. Какова тактика при антенатальной диагностике вращения плаценты?

Эталон ответа:

При антенатальной диагностике патологии естественные роды противопоказаны, операция выполняется плано в 37-39 недель в объеме донного кесарева сечения с последующей метропластикой либо гистеротомией.

Вопрос 17. Существуют ли органосохраняющие вмешательства при вращениях плаценты?

Эталон ответа:

Позволяет сохранить матку проведение донного кесарева сечения с последующей метропластикой. Возможность метропластики обеспечивается наложением турникета; перевязкой маточных, яичниковых, подвздошных сосудов или эмболизацией, баллонной временной окклюзией маточных артерий.

Вопрос 18. В какие сроки ставится диагноз ПОНРП?

Эталон ответа:

Это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки до рождения плода (во время беременности или в родах).

Вопрос 19. Какова классификация ПОНРП?

Эталон ответа:

В зависимости от площади отслойки бывает частичная (прогрессирующая и не прогрессирующая) и полная.

Вопрос 20. Какие типы кровотечений возможны при ПОНРП?

Эталон ответа:

Это наружное кровотечение (отслаивается край плаценты); ретроплацентарное кровотечение, скрытое (между стенкой матки и плацентой); смешанное кровотечение.

Вопрос 21. Когда возможна пролонгация беременности при ПОНРП?

Эталон ответа:

При недоношенной беременности (до 34-35 недель), легкой степени отслойки, кровопотере не > 250 мл, отсутствии прогрессирования, отсутствии ухудшения в состоянии плода, отсутствии признаков коагулопатии.

Вопрос 22. Какова тактика при обнаружении матки Кювеллера во время лапаротомии?

Эталон ответа:

Если в динамике операции и хирургического гемостаза (по показаниям) матка хорошо сокращается, вопрос о сохранении матки решается консилиумом врачей. При атонии, не поддающейся терапии утеротониками, отсутствии эффекта от хирургического гемостаза, при продолжении кровотечения – производится гистерэктомия.

Вопрос 23. Могут ли привести к нарушениям отделения плаценты и выделения последа неправильные действия врача?

Эталон ответа:

Да, могут, при несвоевременных: попытке выделения последа, массаже матки, потягивании за пуповину; введении больших доз утеротоников.

Вопрос 24. Какова эффективность ручного отделения плаценты и выделения последа при разных формах последовых кровотечений?

Эталон ответа:

При плотном прикреплении (частичном и полном), ущемлении последа можно полностью отделить все доли плаценты и выделить послед. При истинном вращении отделить плаценту невозможно без нарушения целостности стенки матки.

Вопрос 25. Какое место занимает гипотония матки в структуре кровотечений в родах и материнской смертности от кровотечений?

Эталон ответа:

Гипотония матки является ведущей причиной кровотечения и, в ряде стран, летальных исходов.

Вопрос 26. Что предпринимается хирургически до гистерэктомии при гипотоническом кровотечении?

Эталон ответа:

Это ревизия матки (и ушивание при необходимости); компрессионные швы на матку; перевязка маточных и яичниковых сосудов; перевязка внутренних подвздошных артерий.

Вопрос 27. Какие компрессионные шивные технологии применяются в настоящее время?

Эталон ответа:

Это шов Перейра, шов В-lynch, модифицированный шов В-lynch, вертикальный шов, шов по Радзинскому и Рымашевскому, квадратный шов.

Вопрос 28. Какие преимущества дают компрессионные швы на матке?

Эталон ответа:

Они являются альтернативой гистерэктомии, позволяя сохранить матку и реализовать в дальнейшем репродуктивные планы женщины.

Задания на дополнение

Задания на дополнение

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово или цифру:

Расположение плаценты считается низким, если её нижний край не доходит до внутреннего зева на _____ сантиметров.

Эталон ответа: пять (5).

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Поздний гестоз не является фактором риска развития _____.

Эталон ответа: преэклампсия плаценты.

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово:

Клиника ПОНРП не предполагает _____.

Эталон ответа: бессимптомность.

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово или цифру:

Поздними послеродовыми кровотечениями называются кровотечения, которые возникают более, чем через _____ часа после родов.

Эталон ответа: два (2).

Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите окончание предложения:

Допустимая кровопотеря при физиологических родах не должна превышать _____.

Эталон ответа: 0,5% от массы тела.

Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово:

_____ тип плацентации создает особую опасность развития массивных акушерских кровотечений.

Эталон ответа: гемохориальный.

Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Методом профилактики акушерских кровотечений не является _____.

Эталон ответа: оперативное родоразрешение.

Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Лабораторные показатели _____ и _____ не являются непрямыми методами оценки объема кровопотери.

Эталон ответа: гемоглобин и гематокрит.

Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

_____ не входит в комплекс клинических данных для определения величины кровопотери.

Эталон ответа: продолжительность родов.

Критерии оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при реше-	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестан-

нии заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	дартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
---	---	---	---

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений,	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания 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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
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