

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

**ФАКУЛЬТЕТ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ**

Оценочные материалы по клинической практике

**(АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ)**

Специальность **32.05.01** Медико-профилактическое дело

**Ростов-на-Дону**

**2024 г.**

## 1. Перечень компетенций, формируемых практикой

### общепрофессиональных (ОПК)

Код и наименование общепрофессиональной компетенции
<b>ОПК-5:</b> Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.
<b>ОПК-6:</b> Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения

## 2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
<b>ОПК-5; ОПК-6</b>	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Контрольные вопросы Практические навыки	30 с эталонами ответов

### ОПК-5

#### Контрольные вопросы:

1. Из каких костей состоит костный таз женщины?

Эталон ответа: Костный таз представляет соединение четырех костей – двух безымянных, крестца и копчика.

2. Из каких частей состоит безымянная кость?

Эталон ответа: безымянная кость состоит из трех частей – подвздошная кость, седалищная кость и лонная кость.

3. Назовите размеры плоскости входа в малый таз.

Эталон ответа: прямой размер (истинная конъюгата) -11 см, поперечный размер-13 см, косые размеры -12см.

4. Назовите размеры широкой части полости малого таза.

Эталон ответа: прямой размер -12,5 см, поперечный размер-12,5 см, косые размеры -13, 13,5 см.

5. Назовите размеры узкой части полости малого таза.

Эталон ответа: прямой размер -11,5 см, поперечный размер-10,5 см.

6. Назовите размеры выхода из полости малого таза.

Эталон ответа: прямой размер -9,5 см, может увеличиваться до 11-11,5 поперечный размер-11 см.

7. Назовите основные размеры большого таза.

Эталон ответа: distantia spinarum: 25-26 см; distantia cristarum: 28-29 см; distantia trochanterica: 31-32 см; conjugate externa: 20-21 см.

8. Какова цель наружного акушерского исследования?

Эталон ответа: 1- определить уровень стояния дна матки и часть плода, находящуюся в дне; 2-определить положение, позицию и вид плода; 3- определить предлежащую часть плода и ее отношение ко входу в малый таз; 4- выяснить место нахождения предлежащей части.

9. Из скольких частей состоит мозговая часть головки плода?

Эталон ответа: мозговая часть состоит из 7 костей: двух лобных, двух височных, двух теменных и одной затылочной.

10. Какие швы на головке имеют практическое значение?

Эталон ответа: стреловидный (сагиттальный), лобный, затылочный (лямбдовидный), венечный.

11. Назовите роднички черепа плода.

Эталон ответа: большой родничок, малый родничок, крыловидные роднички, звездчатые роднички.

12. Назовите основные размеры головки плода.

Эталон ответа: прямой размер – 12см, большой косой размер – 13-13,5см, малый косой размер – 9,5, средний косой размер – 10см, вертикальный размер – 9,5-10 см.

13. Назовите методы исследования состояния плода.

Эталон ответа: аускультация сердечных тонов плода, кардиотокография, доплерометрическое исследование скорости маточно-плацентарно-плодового кровотока, STAN, определение в крови гормонов фетоплацентарного комплекса и специфических белков беременности, исследование околоплодных вод (амниоцентез), кордоцентез.

14. Назовите какие цели преследует влагалищное исследование.

Эталон ответа: 1. Определить состояние и растяжимость стенок влагалища, определить форму и глубину сводов, оценить состояние шейки матки, раскрытие маточного зева, определить состояние плодного пузыря, при его целостности оценить его во время и вне схватки, определить предлежащую часть плода, где находится по отношению к плоскостям малого таза, определить состояние, рельеф костной ткани, диагональную конъюгату.

15. Назовите положение головки плода относительно плоскостей малого таза.

Эталон ответа: головка подвижна над входом в малый таз, головка прижата ко входу в малый таз, головка малым сегментом во входе в малый таз, головка большим сегментом во входе в малый таз, головка в широкой части малого таза, головка в узкой части малого таза, головка в плоскости выхода малого таза.

16. Назовите периоды родов.

Эталон ответа: роды состоят из трех периодов. I период делится на латентную фазу и активную фазу. Латентная фаза начинается с началом родовой деятельности, происходит сглаживание и открытие маточного зева до 5 см. Активная фаза начинается с открытия маточного зева 5 см и продолжается до полного открытия. II начинается от полного открытия маточного зева и заканчивается рождением плода. III время от рождения плода до рождения последа.

17. Что используется для оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности?

Эталон ответа: рекомендовано ведение партограммы: учитывается пульс АД, мочеиспускание, температура тела, тонус матки, величина и частота схваток, выделения из половых путей, степень открытия маточного зева в динамике, состояние плода (аускультация, КТГ).

18. Назовите признаки отделения плаценты.

Эталон ответа: 1). признак Кюстнера-Чукалова. При надавливании ребра ладони над лонным сочленением пуповина не втягивается в половую щель.

- 2). признак Шредера. Дно матки сразу после рождения плода располагается на уровне пупка, после отделения плаценты матка приобретает продолговатую форму и дно ее поднимается выше пупка и отклоняется в правую сторону.
- 3). признак Альфельда. Зажим, наложенный на пуповину у половой щели, после отделения плаценты удаляется от щели на 10 см и более.
- 4). признак Клейна. Во время искусственно вызванной потуги пуповина опускается вниз, а после ее окончания не втягивается.
- 5). признак Штрассмана. При постукивании левой рукой по дну матки правая рука, захватившая пуповину выше зажима, не чувствуют пульсовые толчки крови.

19. Назовите приемы выделения отделившегося последа.

Эталон ответа:

- 1). прием Амбуладзе: брюшная стенка захватывается по средней линии в складку обеими руками и приподнимается, после чего роженица должна потужиться.
- 2). прием Гентера: легким массажем матки через брюшную стенку надо вызвать ее сокращение. Затем, стоя сбоку от роженицы лицом к ее ногам, надо положить сжатые в кулаки руки на дно матки в области трубных углов и постепенно усиливать давление на матку по направлению книзу, к выходу из малого таза.
- 3). прием Креде-Лазаревича: после опорожнения мочевого пузыря матку выводят на среднюю линию и легким массажем вызывают ее сокращение. После достижения сокращения матки, стоя сбоку от роженицы, дно матки захватывают наиболее сильной рукой, в большинстве случаев правой. При этом большой палец лежит на передней поверхности матки, ладонь — на дне ее, а остальные четыре пальца располагаются по задней поверхности матки. Захватив таким образом хорошо сокращенную плотную матку, ее сжимают и одновременно надавливают на дно по направлению книзу. Роженица при этом не должна тужиться.

20. Какова допустимая кровопотеря при физиологических родах,

Эталон ответа: Допустимой является кровопотеря 0,5% от массы тела, но не более 400 мл.

21. Как определить срок беременности?

Эталон ответа: срок беременности и родов определяют по дате последней менструации и данным копчико-теменного размера плода при проведении первого УЗ перинатального скрининга.

22. Назовите формулы для определения предполагаемой массы плода.

Эталон ответа:

1). Формула Ланковица:  $МП = (ОЖ + ВДМ + Р + М) \times 10$ , где МП – предполагаемая масса плода в граммах; ОЖ – окружность живота в см; ВДМ – высота стояния дна матки в см; Р – рост матери в см; М – масса тела матери в кг.

2). Формула Жордания:  $МП = ОЖ \times ВДМ$ , где МП – предполагаемая масса плода в граммах; ОЖ – окружность живота в см; ВДМ – высота стояния дна матки в см.

3). Формула Джонсона:  $МП = (ВДМ - n) \times K$ , где МП – предполагаемая масса плода в граммах; ВДМ – высота стояния дна матки в см  $16 \leq n \leq 12$ , если головка плода расположена ниже уровня седалищных остей;  $n = 11$ , если головка расположена выше уровня седалищных остей; к n прибавляется 1, если беременная весит более 90 кг; K – постоянная, равная 155. Необходимо, подсчитав по этим способам МП, суммировать полученные результаты, а затем сумму разделить на 3 (число использованных способов подсчета МП).

4). Формула Якубовой:  $МП = ОЖ + ВДМ \times 100 / 4$ , где МП – предполагаемая масса плода в граммах; ОЖ – окружность живота в см; ВДМ – высота стояния дна матки в см.

23. Назовите основные моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: сгибание головки, внутренний поворот головки, разгибание головки, внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.

24. Назовите каким размером головка проходит все плоскости и рождается при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: малым косым размером – 9,5.

25. Назовите проводную точку при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: малый родничок.

26. Назовите основные моменты биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: вставление и сгибание головки, внутренний поворот головки (на 45°), дополнительное сгибание головки, разгибание головки, внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки.

27. Назовите каким размером головка проходит все плоскости и рождается при заднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: средним косым размером – 10см.

28. Назовите проводную точку при заднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: середина между большим и малым родничками.

29. Назовите точку фиксации при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: подзатылочная ямка.

30. Назовите точки фиксации при заднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа: передняя- граница волосистой части лба, задняя-подзатылочная ямка.

### **Ситуационные задачи:**

**Задача №1.** Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок спереди слева, большой – сзади справа выше малого.

Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка над 1 плоскостью, первая позиция передний вид.

**Задача №2.** Головка плода большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок спереди слева, большой – сзади справа выше малого.

Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка на 1 плоскости, первая позиция передний вид.

**Задача №3.** Головка плода большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, малый родничок спереди справа, большой – сзади слева выше малого.

Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка на 1 плоскости, вторая позиция передний вид.

**Задача №4.** Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, малый родничок спереди справа, большой – сзади слева выше малого.

Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка над 1 плоскостью, вторая позиция передний вид.

**Задача №5.** Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева. Ниже большого. Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка над 1 плоскостью, первая позиция, задний вид.

**Задача №6.** Головка плода большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева. Ниже большого. Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка на 1 плоскости, первая позиция, задний вид.

**Задача №7.** Головка плода большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, большой родничок спереди слева, малый родничок сзади справа ниже большого. Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка на 1 плоскости, вторая позиция, задний вид

**Задача №8.** Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, большой родничок спереди слева, малый родничок сзади справа ниже большого. Определить положение, позицию и вид предлежания плода.

Эталон ответа: положение плода продольное, головка над 1 плоскостью, вторая позиция, задний вид

**Задача №9.** Плод расположен в 1-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания.

Головка плода – в полости малого таза.

Где будут расположены малый родничок и стреловидный шов при влагалищном исследовании?

Эталон ответа: Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона.

**Задача №10.** Плод расположен во 2-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания. Головка плода – малым сегментом во входе в малый таз. Какие данные влагалищного исследования будут соответствовать данной акушерской ситуации?

Эталон ответа: Головка над 1 плоскостью, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона, большой родничок слева, кзади.

**Задача №11.** Плод расположен во 1-ой позиции, заднем виде затылочного предлежания. Головка плода – большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Какие данные влагалищного исследования будут соответствовать данной акушерской ситуации?

Эталон ответа: головка на I плоскости, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок кзади слева, большой кпереди справа, расположен выше.

**Задача №12.** Плод расположен во 1-ой позиции, заднем виде затылочного предлежания. Головка плода – малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Какие данные влагалищного исследования будут соответствовать данной акушерской ситуации?

Эталон ответа: головка над I плоскостью, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок кзади слева, большой кпереди справа, расположен выше.

**Задача №13.** Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки 200 мл. Признак Кюстнера-Чукалина положительный.

Эталон ответа: показано использование приемов выделения отделившегося последа (приемы Амбуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича).

**Задача №14.** Поступила первородящая 38 лет со схватками, которые начались 7 часов назад; воды отошли 3 часа назад. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодного пузыря нет, подтекает, светлые воды. Головка над 1 плоскостью.

Эталон ответа: показано проведение родов через естественные родовые пути под кардиомониторным контролем состояния плода, ведение партограммы, следить за развитием родовой деятельности для решения вопроса о возможной родостимуляции.

**Задача №15.** Поступила первобеременная с доношенной беременностью со схватками в течение 4 часов, воды отошли 3 часа назад, состояние удовлетворительное. Схватки по 35 секунд через 4-5 минут. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка в полости малого таза. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, головка на 2-й плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди.

Эталон ответа: Показано проведение родов через естественные родовые пути под контролем КТГ.

**Задача №16.** Поступила повторнородящая с доношенной беременностью в потужном периоде, потуги регулярные через 1-2 минуты по 45-50 секунд; положение плода продольное, спинка кзади. Предлежащая часть в полости малого таза; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, головка на 4-й плоскости, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок кзади.

Эталон ответа: показано продолжить роды через естественные родовые пути в заднем виде затылочного предлежания.

**Задача №17.** Поступила повторнородящая с доношенной беременностью в потужном периоде, потуги регулярны через 1-2 минуты по 45-50 секунд; положение плода продольное, спинка кпереди, предлежащая часть – тазовый конец - в полости малого таза. В дне матки определяется головка. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодицы на 4 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

Эталон ответа: роды вести через естественные родовые пути, в родах использовать пособие по Цовьянову.

**Задача №18.** Поступила первородящая с доношенной беременностью со схватками с течение 5 часов, с отхождением вод 2 часа назад. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз; сердцебиение ясное, ритмичное до 130 уд в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 6 см.; плодного пузыря нет; определяются корень носа, надбровные дуги, подбородок; лицевая линия в правом косом направлении, подбородок кпереди.

Эталон ответа: показано родоразрешение через естественные родовые пути, учитывая передний вид лицевого предлежания.

**Задача №19.** Беременная поступила с жалобами на ноющие боли внизу живота и поясничной области. Регулярной родовой деятельности нет. Сроки беременности 39-40 недель. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Влагалищное исследование - шейка отклонена книзу, плотная; цервикальный канал до 2,5 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью.

Эталон ответа: у пациентки «ложные схватки». Показано дообследование (клинико-лабораторное, УЗИ, доплерометрия маточно-плацентарного-плодового кровотока, КТГ).

**Задача №20.** Поступила первобеременная с доношенной беременностью, без регулярной родовой деятельности, с отхождением околоплодных вод 6 часов назад. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежащая часть – головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка центрирована, шейка матки до 1 см. цервикальный канал свободно проходим для пальца; плодного пузыря нет. Головка над 1-й плоскостью.

Эталон ответа: уточнить массу и состояние плода: УЗИ, доплерометрия, КТГ. Обследование роженицы: клинико-лабораторное, размеры таза. При отсутствии противопоказаний провести индукцию родов, используя утеротоники. В родах проводить эпидуральную аналгезию.

**Задача №21.** Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, воды отошли 2 часа назад. Схватки по 35-40 секунд через 4 минуты. Положение плода продольное, спинка справа, кзади. Предлежащая часть – головка – большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование -



шейка укорочена, податлива, открытие 6 см.; головка на 1-й плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа, кзади.

Эталон ответа: Повторные роды в заднем виде затылочного предлежания. Первый период родов. Показано продолжить роды через естественные родовые пути, проводя мониторинг состояния плода (КТГ).

**Задача №22.** Повторнородящая поступила с доношенной беременностью. Схватки начались 7 часов назад, воды не отходили. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, спинка слева, кзади. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка укорочена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежащая часть-головка на 1-й плоскости, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева, кзади.

Эталон ответа: Срочные роды вторые. Задний вид затылочного предлежания. «Плоский плодный пузырь». Показана амниотомия, ведение партограммы, Мониторинг состояния плода (КТГ).

**Задача №23.** Роженица Р., 35 лет, с регулярной родовой деятельностью в течение 5 часов. Воды излились с началом родовой деятельности. Срок беременности 39 недель по менструации. Предстоят 5 роды. Предыдущие роды без особенностей. Окружность живота- 100 см, высота стояния дна матки над лобком- 34 см. Размеры таза: 28-31-34-22 см. Матка овоидной формы. Положение плода продольное. Предлежащая часть - голова, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. /мин, ясное, ритмичное, ниже пупка. Ориентировочная масса плода- 3400 г. Схватки регулярные по 30 секунд через 3-4 минуты хорошей силы. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодного пузыря нет. Голова плода над первой плоскостью, стреловидный шов в прямом размере входа, малый родничок у лона, большой родничок кзади у крестца. Экзостозов нет, таз емкий, мыс недостижим.

Эталон ответа: Показано дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути.

**Задача №24.** Последовый период, через 10 мин после рождения плода удлинился наружный отрезок пуповины, изменилась форма матки.

Эталон ответа: роженице предлагают потужиться для рождения последа.

**Задача №25.** В III периоде родов при потуживании роженицы произошло рождение последа.

Эталон ответа: проводится осмотр последа: осматривается материнская и плодовая поверхность, определяется целостность плаценты и оболочек.

**Задача №26.** Повторнородящая поступила со схватками в течение 2 часов, воды отошли 2 часа назад. Схватки по 25-30 секунд через 8 минут. Положение плода продольное, спинка справа, кзади. Предлежащая часть – головка – над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка укорочена до

1 см, податлива, открытие 3 см.; головка над 1-й плоскостью. В какой фазе родов находится роженица?

Эталон ответа: в латентной фазе родов.

**Задача №27.** Первородящая поступила со схватками в течение 5 часов, воды не отходили. Схватки по 35-40 секунд через 3 минут. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка – большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 6 см.; головка на 1-й плоскости. В какой фазе родов находится роженица?

Эталон ответа: в активной фазе родов.

**Задача №28.** Первородящая поступила со схватками в течение 1,5 часов, воды не отходили. Схватки по 25-30 секунд через 8 минут. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка – над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Размеры таза: 24-26-28-18. Диагональная конъюгата =11 см. Какая форма и степень сужения таза у роженицы?

Эталон ответа: общеравномерносуженный таз 1 степени.

**Задача №29.** Первородящая поступила со схватками в течение 2 часов, воды не отходили. Схватки по 25-30 секунд через 8 минут. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка – прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Размеры таза: 24-26-28-21. Диагональная конъюгата  $\geq 12$  см. Какая форма сужения таза у роженицы?

Эталон ответа: поперечносуженный таз.

**Задача №30.** Первородящая поступила со схватками в течение 4 часов, воды не отходили. Схватки по 25-30 секунд через 7 минут. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка – высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Размеры таза: 26-29-31-18. Диагональная конъюгата =11 см. Какая форма сужения таза у роженицы?

Эталон ответа: плоский таз.

### **Практические навыки:**

1. Измерение окружности живота беременной.

Эталон навыка: окружность живота измеряют сантиметровой лентой: спереди - на уровне пупка, сзади - середина поясничной области.

2. Определение высоты стояния дна матки.

Эталон навыка: это расстояние от верхнего края лонного сочленения до дна матки, измеряется сантиметровой лентой.

3. Измерение *distantia spinarum*.

Эталон навыка: измеряется тазомером в положении на спине. Врач встает лицом и справа. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговицы, а шкала с делениями была обращена кверху. Указательными пальцами

прощупывают наиболее отдаленные точки передневерхних остей, прижимают к ним пуговицы тазомера и по шкале тазомера определяют размер.

#### 4. Измерение *distantia cristarum*.

Эталон навыка: измеряется тазомером в положении на спине. Врач встает лицом и справа. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговицы, а шкала с делениями была обращена кверху. Указательными пальцами ощупывают наиболее отдаленные точки гребней подвздошных костей, прижимают к ним пуговицы тазомера и по шкале тазомера определяют размер.

#### 5. Измерение *distantia trochanterica*.

Эталон навыка: измеряется тазомером в положении на спине. Врач встает лицом и справа. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговицы, а шкала с делениями была обращена кверху. Указательными пальцами ощупывают наиболее отдаленные точки больших вертелов бедренных костей, прижимают к ним пуговицы тазомера и по шкале тазомера определяют размер.

#### 6. Измерение *conjugate externa*.

Эталон навыка: женщину укладывают на бок, спиной к врачу, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую выпрямляют. Пуговицу одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, пуговицу другой ветви прижимают к надкрестцовой ямке (между остистыми отростками 5 поясничного и 1 крестцового позвонков).

#### 7. Измерение *conjugate diagonalis*.

Эталон навыка: Указательный и средний пальцы вводят в задний свод влагалища и концом среднего пальца пытаются достичь наиболее выступающую точку мыса; основание указательного пальца прижимают к нижнему краю симфиза и это место отмечают. После извлечения руки измеряют расстояние между верхушкой среднего пальца и отметкой на руке.

#### 8. Проведение первого приема наружного акушерского исследования.

Эталон навыка: ладонные поверхности обеих рук располагаются на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно (определяют срок беременности по уровню стояния дна матки). В дне определяется крупная часть плода (головка, которая ballotирует или ягодицы).

#### 9. Проведение второго приема наружного акушерского исследования.

Эталон навыка: Руки врача находятся на боковых стенках матки для определения, где находится спинка и мелкие части плода. Пальпация происходит поочередно руками. Определяется положение плода (продольное, поперечное) и позицию по нахождению спинки плода при продольном положении и головки плода при поперечном положении.

#### 10. Проведение третьего приема наружного акушерского исследования.

Эталон навыка: большим и средним пальцем правой руки охватывают предлежащую часть и определяют предлежащую часть, ее ballotирование и отношение ко входу в малый таз. Для сравнительной оценки двух крупных частей плода и уточнения предлежания врач проводит исследование двумя руками одновременно, захватывая головку и тазовый конец плода, находящиеся над симфизом и возле дна матки.

#### 11. Проведение четвертого приема наружного акушерского исследования.

Эталон навыка: врач становится справа и лицом к ногам пациентки и кладет руки в нижнем отделе матки, пальцы рук обращены ко входу в малый таз. Пальцами медленно проникает между предлежащей частью плода и входом в малый таз с обеих сторон, одновременно происходит пальпация предлежащей части.

#### 12. Проведение внутреннего влагалищного исследования.

Эталон навыка: во влагалище вводят указательный и средний пальцы, исследующей руки. Определяют состояние влагалища, мышц тазового дна. Оценивают состояние шейки матки, состояние плодного пузыря, предлежащей части. Определяют опознавательные точки

предлежащей части. Определяют состояние и рельеф костного таза, диагональную конъюгату.

13. Аускультация сердечных тонов плода у беременных.

Эталон навыка: аускультацию проводят стетоскопом, начиная со второй половины беременности. Стетоскопом сердцебиение выслушивается в точке, которая зависит от положения и предлежания плода. При головном предлежании сердцебиение выслушивается ниже и сбоку от пупка. При первой позиции – слева, при второй позиции – справа, при заднем виде – латеральнее. При тазовом предлежании сердцебиение выслушивается выше пупка. При поперечном положении плода сердцебиение выслушивается ниже пупка.

14. Определение при влагалищном исследовании головку подвижную над входом в малый таз (при затылочном предлежании).

Эталон навыка: при влагалищном исследовании полость малого таза свободна, головка стоит высоко. Можно прощупать безымянную линию, мыс и лоно. Головка подвижная. Стреловидный шов в поперечном размере. Большой и малый родничок на одном уровне

15. Определение при влагалищном исследовании головку, прижатую ко входу в малый таз (при затылочном предлежании).

Эталон навыка: при влагалищном исследовании полость малого таза свободна, головка стоит высоко. Можно прощупать безымянную линию, мыс и внутреннюю поверхность лона. Головка неподвижная. Стреловидный шов в поперечном или косом размерах.

16. Определение при влагалищном исследовании головку, малым сегментом во входе в малый таз (при затылочном предлежании).

Эталон навыка: крестцовая впадина свободна, к мысу можно подойти согнутыми пальцами, внутренняя поверхность лонного сочленения свободна. Головка неподвижная. Стреловидный шов в поперечном или косом размерах.

17. Определение при влагалищном исследовании головку, большим сегментом во входе в малый таз (при затылочном предлежании).

Эталон навыка: верхняя треть крестцовой впадины и внутренней поверхности лонного сочленения заняты головкой. Головка неподвижная. Седалищные ости прощупываются легко. Головка согнута, малый родничок находится ниже большого родничка. Стреловидный шов в поперечном или косом размерах.

18. Определение при влагалищном исследовании головку в широкой части малого таза (при затылочном предлежании).

Эталон навыка: половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лонного сочленения заняты головкой. Седалищные ости и IV и V крестцовые позвонки прощупываются. Головка согнута, малый родничок находится ниже большого родничка. Стреловидный шов в косом размере.

19. Определение при влагалищном исследовании головку в узкой части малого таза (при затылочном предлежании).

Эталон навыка: две трети крестцовой впадины и полностью внутренняя поверхность лонного сочленения заняты головкой. Седалищные ости не пальпируются. Седалищные бугры пальпируются с трудом. Головка согнута, малый родничок находится ниже большого родничка. Стреловидный шов близко к прямому размеру или в прямом размере.

20. Определение при влагалищном исследовании головку в плоскости выхода малого таза (при затылочном предлежании).

Эталон навыка: полностью крестцовая впадина и внутренняя поверхность лонного сочленения заняты головкой. Седалищные ости и бугры не пальпируются. Стреловидный шов в прямом размере выхода таза.

21. Определение наступление фазы отделения плаценты и оболочек от стенки матки применяя признак Кюстнера-Чукалова.

Эталон навыка: надавливая ребром кисти на надлобковую область женщины, тело матки оттесняется вверх при неотделившейся плаценте и отрезок пуповины втягивается. При отделившейся плаценте – не втягивается.

22. Определение наступление фазы отделения плаценты и оболочек от стенки матки применяя признак Клейна.

Эталон навыка: просим пациентку потужиться и при отделившейся плаценте отрезок пуповины удлиняется.

23. Осмотр родившегося последа.

Эталон навыка: после полного рождения последа необходимо убедиться в целостности плаценты и оболочек. Сначала осматривают материнскую поверхность дольку за долькой (послед лежит на гладкой поверхности). Для оценки оболочек плаценту поворачивают плодовой стороной. Затем послед измеряют и взвешивают.

24. Проведение приема Абуладзе.

Эталон навыка: этот прием проводится при отделившейся плаценте.

Обеими руками захватывается брюшная стенка в продольную полоску (при этом устраняется расхождение прямых мышц живота) и предлагают роженице потужиться.

25. Проведения приема Гентера.

Эталон навыка: этот прием проводится при отделившейся плаценте и опорожнении мочевого пузыря.

Легким массажем матка выводится на среднюю линию живота и тыльной поверхностью кулаков надавливают на дно матки в направлении книзу и внутрь. Роженица не должна тужиться.

26. Проведение приема Креде-Лазаревича.

Эталон навыка: этот прием проводится при отделившейся плаценте и опорожнении мочевого пузыря.

Легким массажем матка выводится на среднюю линию живота и подводят 4 пальца руки за заднюю поверхность матки, располагая большой палец спереди. Сжимая матку пальцами с одновременным отдавливанием ее книзу, выжимают послед.

27. Ушивание разрыва слизистой влагалища.

Эталон навыка: швы накладываются на 0,5 см выше края раны и на расстоянии 1 см, подхватывая дно раны.

28. Ушивание разрыва шейки матки 1 степени.

Эталон навыка: обнажить шейку матки в зеркалах и зафиксировать окончатыми зажимами или пулевыми щипцами. Подтянуть на себя и отклонить в противоположную сторону. Наложить 1 шов выше верхнего угла разрыва, далее швы накладывать через 1 см.

29. Ушивание разрыва промежности 2 степени.

Эталон навыка: вначале проводить ушивание мышц промежности (muscle levator ani), затем швы накладываются на слизистую влагалища. После этого ушивают кожу промежности.

30. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде.

Эталон навыка: осматривают родовые пути, используя зеркала. Шейка матки осматривается при помощи окончатых зажимов. Края шейки матки захватываются зажимами поочередно и шейка матки подтягивается при этом.

## **ОПК-6**

### **Контрольные вопросы:**

1. Назовите разгибательные предлежания и вставления головки плода.

Эталон ответа: переднеголовное предлежание, лобное предлежание, лицевое предлежание.

2. Назовите основные моменты биомеханизма родов при переднеголовном предлежании.  
Эталон ответа: умеренное разгибание, внутренний поворот головки затылком к крестцу, сгибание головки, разгибание головки, внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.
3. Назовите точки фиксации при переднеголовном предлежании.  
Эталон ответа: передняя- надпереносица плода, задняя- затылочный бугор.
4. Назовите проводную точку при переднеголовном предлежании.  
Эталон ответа: большой родничок.
5. Назовите прорезывающую окружность головки при переднеголовном предлежании.  
Эталон ответа: 34 см, соответствует прямому размеру головки-12 см.
6. Назовите основные моменты биомеханизма родов при лобном предлежании.  
Эталон ответа: разгибание головки плода, которая устанавливается большим косым размером, внутренний поворот головки затылком кзади, сгибание головки вокруг первой точки фиксации, умеренное разгибание головки вокруг второй точки фиксации, внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.
7. Назовите проводную точку при лобном предлежании.  
Эталон ответа: середина лобного шва.
8. Назовите точки фиксации при лобном предлежании.  
Эталон ответа: первая точка фиксации – верхняя челюсть, вторая точка фиксации – затылочный бугор.
9. Назовите основные моменты биомеханизма родов при лицевом предлежании.  
Эталон ответа: максимальное разгибание головки, внутренний поворот головки, сгибание головки, внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.
10. Назовите проводную точку при лицевом предлежании.  
Эталон ответа: подбородок.
11. Назовите точки фиксации при лицевом предлежании.  
Эталон ответа: подъязычная кость плода.
12. Назовите классификацию тазовых предлежаний плода.  
Эталон ответа: чисто ягодичное, смешанное ягодичное, полное ножное предлежание, неполное ножное предлежание, коленное предлежание.
13. Назовите биомеханизм родов при тазовом предлежании (передний вид).  
Эталон ответа: вставление ягодич в плоскость входа в малый таз, внутренний поворот ягодич, боковое сгибание поясничного отдела позвоночника плода, внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища, боковое сгибание шейно-грудного отдела позвоночника плода, внутренний поворот головки, сгибание головки.
14. Какова техника ручного отделения плаценты и выделения последа?  
Эталон ответа: внутренняя рука проникает в полость матки, следуя вдоль пуповины, доходит до места ее прикрепления, а затем к краю плаценты. Наружная рука фиксирует дно матки. После этого рука пилообразными движениями отслаивает плаценту, пока она не будет полностью отделена. Затем наружной рукой потягивают за пуповину – выделяют послед. Внутренняя рука остается в полости матки и способствует этому, она удаляется из матки после того, как проверена целостность извлеченного последа и стенок матки.
15. Какое кровотечение в акушерстве является ранним (первичным)?  
Эталон ответа: кровотечение, возникшее после рождения плода  $\leq 24$  часов.
16. Какое кровотечение в акушерстве является поздним (вторичным)?  
Эталон ответа: кровотечение, возникшее  $>24$  часов и  $\leq 6$  недель (42 дней) послеродового периода.
17. Какие основные причины раннего кровотечения?  
Эталон ответа: Т (tonus) нарушение сокращения матки. Т (tissue) ткань (плацента) – предлежание, плотное прикрепление или врастание плаценты, неполное удаление частей

последа в родах, добавочная доля плаценты, операции на матке в анамнезе. Т (trauma) травма. Т (trombin) нарушения свёртывания крови.

18. Какие существуют морфологические варианты нарушения инвазии ворсин хориона?  
Эталон ответа: приращение к миометрию – placenta accreta, прорастание мышечной оболочки - placenta increta, прорастание серозного слоя и/или соседних органов – placenta percreta.

19. Какая классификация преждевременных родов используется в нашей стране?

Эталон ответа: экстремально ранние роды-22-27,6 недель. Ранние-28-31,6 недель. Преждевременные -32-33,6 недель. Поздние – 34-36,6 недель.

20. Как выполняется прием МакРобертс при дистоции плечиков?

Эталон ответа: при выполнении данного приема необходимо согнуть ноги роженицы в коленях в положении на спине и привести бедра максимально близко к груди. При этом лобковый симфиз отклоняется кпереди, выпрямляя пояснично-крестцовый угол (что приводит к сглаживанию лордоза). Это позволяет заднему плечу опуститься ниже мыса крестца. Кроме того, уменьшается угол наклона таза, а плоскость входа в малый таз располагается

перпендикулярно изгоняющим силам, что облегчает продвижение плечевого пояса.

21. Какой разрез на коже рекомендуется выполнять во время кесарева сечения?

Эталон ответа: при родоразрешении путем КС рекомендован поперечный разрез кожи в связи с меньшим болевым синдромом в послеоперационном периоде и лучшим косметическим эффектом.

22. Как правильно извлекать головку плода во время кесарева сечения при головном предлежании?

Эталон ответа: провести четыре пальца руки между передней или задней стенками матки и головкой плода, располагая их ниже ее уровня, затем головку несколько отвести кверху и, сгибая пальцы, помочь её прорезыванию в рану.

23. Каким методом лучше родоразрешать в зависимости от расположения головки плода по отношению к плоскостям малого таза (при слабости родовой деятельности или остром дистрессе плода)?

Эталон ответа: при головке, расположенной в широкой части полости малого таза показано родоразрешение путем операции кесарева сечения, в узкой части предпочтительно с помощью акушерских щипцов, в выходе – акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода.

24. Назовите классификацию разрывов промежности.

Эталон ответа:

разрыв I степени - повреждение только кожи;

разрыв II степени - повреждение промежности, включающее повреждение мышц, но не включает в себя повреждение анального сфинктера;

разрыв III степени - повреждение промежности, включающее в себя повреждение комплекса анального сфинктера:

IIIa – менее 50% наружного анального сфинктера.

IIIб – более 50% наружного анального сфинктера.

IIIс – повреждение наружного и внутреннего анального сфинктера.

разрыв IV степени - повреждение промежности, которое включает в себя повреждение комплекса анального сфинктера (наружного и внутреннего) и слизистой оболочки прямой кишки.

25. Назовите диагностические признаки клинически узкого таза.

Эталон ответа: 1) длительность стояния головки в одной плоскости (более 1 часа);

2) нарушение синхронизации процессов раскрытия шейки матки и продвижения плода;

3) выраженная конфигурация головки;

4) образование большой родовой опухоли;

- 5) неблагоприятные предлежания и вставления головки: задний вид, разгибательные вставления, асинклитизм, высокое прямое стояние стреловидного шва, клиновидное вставление головки;
- 6) отсутствие продвижения головки при полном раскрытии шейки матки;
- 7) несоответствие механизма родов форме таза;
- 8) наличие болезненных схваток, беспокойное поведение роженицы;
- 9) появление потуг при расположении головки, расположенной выше узкой части малого таза;
- 10) затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания;
- 11) нарушение сократительной деятельности матки;
- 12) болезненность при пальпации нижнего сегмента;
- 13) гипоксия плода;
- 14) положительный симптом Вастена.

26. Назовите экстренные показания для родоразрешения при преэклампсии.

Эталон ответа: при ПЭ рекомендовано родоразрешение в экстренном порядке при кровотечении из родовых путей, подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (ПОНРП), острую гипоксию плода.

27. Назовите неотложные показания для родоразрешения при преэклампсии.

Эталон ответа: при ПЭ рекомендовано родоразрешение в неотложном порядке после стабилизации состояния при постоянной головной боли и нарушении зрения; постоянной эпигастральной боли, тошноте или рвоте; прогрессирующем ухудшении функции печени и/или почек; эклампсии; артериальной гипертензии, не поддающейся медикаментозной коррекции; количестве тромбоцитов  $< 100 \cdot 10^9 / \text{л}$ ; нарушении состояния плода по данным КТГ; отрицательном или нулевом кровотоке в артерии пуповины; нулевом или отрицательном кровотоке в венозном протоке; ЗРП  $< 5$  перцентиля и одновременной патологии фетальной или фетоплацентарной перфузии (нулевой или реверсный кровоток в маточной артерии); выраженном маловодии ( $< 5 \text{ см}$ ) в 2-х исследованиях с интервалом в 24 часа при сроке беременности более 30 недель.

28. Назовите классификацию многоплодной (двойни) беременности.

Эталон ответа: дихориальная диамниотическая двойня - у каждого плода своя плацента и амниотическая полость. Монохориальная диамниотическая двойня - плацента общая для обоих плодов, две амниотические полости. Монохориальная моноамниотическая двойня - у плодов общие плацента и амниотическая полость.

29. Чем характеризуется I стадия фето-фетального трансфузионного синдрома?

Эталон ответа: маловодие у плода-донора (максимальный вертикальный карман (МВК) менее 2 см) и многоводие у плода-реципиента (МВК более 8 см до 20 недель и более 10 см после 20 недель беременности) при сохраненной визуализации мочевого пузыря плода-донора.

30. Чем характеризуется II стадия фето-фетального трансфузионного синдрома?

Эталон ответа: признаки выраженной дискордантности количества амниотической жидкости без визуализации наполнения мочевого пузыря плода-донора

## Ситуационные задачи:



**Задача №1.** Роженица Р., 29 лет, с регулярной родовой деятельностью в течение 7 часов. Воды излились 2 ч назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее. Окружность живота-104 см, высота стояния дна матки над лобком- 41 см. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Матка овоидной формы. Положение плода продольное, спина - слева, мелкие части плода- справа. Предлежащая часть - голова, малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода- 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица беспокойна, не мочится самостоятельно, попытка вывести мочу катетером оказалась безуспешной. Индекс Соловьева - 15 см; лобковый угол - 100°; размеры выхода таза: поперечный - 11,5 см, прямой - 10,5 см; крестцовый ромб имеет правильную форму, продольный размер - 11 см, поперечный- 10 см: прямой размер головы - 12 см; признак Генкеля - Вастена сомнительный. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода над первой плоскостью, стреловидный шов в поперечном размере входа. Стреловидный шов слегка отклонен к лону, немного ниже левая теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Экзостозов нет.

Эталон ответа: Показано родоразрешение операцией кесарево сечение, учитывая крупный плод, задний асинклитизм, клинически узкий таз.

**Задача №2.** Роженица Р., 32 лет, с регулярной родовой деятельностью в течение 4 часов. Воды излились при поступлении в родильный стационар. Беременность третья. В анамнезе 1 срочные роды в головном предлежании сын 3800г 51 см 8-9 баллов по шкале Апгар. При УЗИ - обвития пуповины вокруг шеи не обнаружено, пол плода женский. Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Окружность живота-92 см, высота стояния дна матки над лобком- 36 см. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Матка овоидной формы. Положение плода продольное, спина - слева, мелкие части плода- справа. Предлежащая часть –тазовый конец, над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева на уровне пупка. Ориентировочная масса плода- 3200 г. Схватки регулярные по 30 секунд через 2-3 минуты хорошей силы. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, края мягкие, растяжимые, открытие маточного зева 7 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Ягодицы плода над первой плоскостью, linea intertrochanterica в левом косом размере. Экзостозов в малом тазу нет, мыс не достижим. CD > 11 см.

Эталон ответа: Показано родоразрешение через естественные родовые пути с учетом предполагаемого веса плода, женского пола, нормальных размеров таза.

**Задача №3.** Роженица поступила в роддом в потужном периоде. Потуги регулярны по 50 сек через 2 мин. После последней потуги по данным КТГ длительная поздняя децеллерация. Положение плода продольное. Головка в полости малого таза. Нормальные размеры таза, предполагаемая масса плода 3200. С целью выяснения акушерской ситуации проведено влагалищное исследование: открытие полное, головка на третьей плоскости, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок кпереди низко, большой родничок кзади.

Эталон ответа: Учитывая острый дистресс плода, показано срочное завершение родов – провести вакуумэкстракцию плода или наложение акушерских щипцов.

**Задача №4.** Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки 500мл. Признак Кюстнера-Чукалина отрицательный.

Эталон ответа: Показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа.

**Задача №5.** Схватки переходят в потуги ритмичные, по 40 секунд через 1-2 минуты. Роженица беспокойна, жалуется на боли внизу живота, по данным КТГ определяются поздние децеллерации. Предполагаемая масса плода 4000грамм. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. На головке родовая опухоль. Влагалищное исследование -открытие почти полное, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок кзади.

Талон ответа: Показано провести родоразрешение операцией кесарево сечение с учетом данных КТГ и клинически узкого таза.

**Задача №6.**Первородящая 23 лет, в родах 5 часов, схватки регулярные, болезненные по 35 секунд через 4-5 минут; положение плода продольное; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 ударов в минуту. Влагалищное исследование -шейка матки сглажена, края умеренно податливые, открытие 4 см; во время схватки шейка уплотняется, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды; головка на 1 плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди.

Эталон ответа: показано проведение эпидуральной аналгезии, учитывая болезненные схватки и данные влагалищного исследования: во время схватки шейка матки уплотняется.

**Задача №7.** Потужной период длится 40 минут, потуги регулярные по 50 секунд через 2 минуты; головка не продвигается, большим сегментом во входе в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. С целью выяснения акушерской ситуации сделано влагалищное исследование - открытие полное, головка на 1 плоскости, стреловидный шов ближе к лонному сочленению, задняя затылочная кость ниже передней.

Эталон ответа: показано родоразрешение операцией кесарево сечение, учитывая потуги при нахождении головки на 1 плоскости, наличие заднего асинклитизма, клинически узкого таза.

**Задача №8.** Первородящая 25 лет в потужном периоде, потуги регулярные по 50 секунд через 1-2 минуты; положение плода продольное; предлежащая часть - тазовый конец; Проводится КТГ, отмечены длительные поздние децеллерации до 60 ударов. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодицы между 3 и 4 плоскостями, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

Эталон ответа: проводится извлечение плода за паховый сгиб, экстракция плода за тазовый конец: извлечение туловища, ручек и головки плода ( классическое ручное пособие).

**Задача №9.** 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; на УЗИ - полное прилежание плаценты.

Эталон ответа: показано кесарево сечение в экстренном порядке.

**Задача №10.** Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода

продольное, 2-я позиция, передний вид. Прилежащая часть головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализы крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное прилежание плаценты.

Эталон ответа: показан тщательный мониторинг состояния плода, контроль анализа крови, гемодинамики беременной, выделений из половых путей, гемостатическая терапия.

**Задача №11.** Поступила беременная с жалобами на ноющие боли внизу живота, поясничной области. Последняя менструация 2 месяца назад. Удовлетворительное состояние. АД=115/70, ЧСС=76 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка увеличена до 8 недель беременности. Признаки Горвиц-Гегара и Пескачека положительные. Зев закрыт. Выделений из половых путей нет.

Эталон ответа: Показано УЗИ, применение гестагенов по показаниям.

**Задача №12.** Поступила повторнородящая со схватками в течении 4 часов, с целыми водами. В течение последних 2-х дней не слышит шевеление плода. Размеры таза: 20-22-24-14 см. Положение плода продольное, передний вид, 1-я позиция. Предлежащая часть головки над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. УЗИ - сердцебиение плода отсутствует, срок беременности 39 недель, предполагаемая масса плода 3400. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка над 1-й плоскостью. С.diagonalis 7,5 см.

Эталон ответа: учитывая 4 степень сужения таза, показано родоразрешение операцией кесарево сечение.

**Задача №13.** Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, беременность доношенная, схватки по 35-40 секунд через 4-5 минут, воды отошли 2 часа назад. Окружность живота - 105 см, ВДМ 41 см. По данным УЗИ мужской пол плода, однократное обвитие пуповины вокруг шеи. Положение плода продольное, спинка кпереди, слева; предлежит тазовый конец; головка определяется у дна матки; сердцебиение ясное, ритмичное слева выше пупка. Влагалищное исследование - шейка матки укорочена, края податливы, открытие 6 см; предлежащая часть - ягодицы на 1-й плоскости, линия trochanterica в правом косом размере, копчик слева.

Эталон ответа: Показано родоразрешение операцией кесарево сечение, учитывая чистоягодичное предлежание, крупный плод, обвитие пуповины вокруг шеи.

**Задача №14.** Поступила первородящая с доношенной беременностью. Схватки регулярны, по 35 секунд через 5 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, плодного пузыря нет; головка над 1-й плоскостью, определяется лобный шов, надбровные дуги.

Эталон ответа: показано родоразрешение операцией кесарево сечение, учитывая лобное предлежание плода.

**Задача №15.** После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признаки отделившегося последа отрицательные.

Эталон ответа: показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа.

**Задача №16.** 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 Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалина отрицательные.

Эталон ответа: показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа.

**Задача №17.** Поступила повторнородящая в потужном периоде с доношенной беременностью, два дня назад перестала ощущать шевеление плода. Потуги регулярны. Положение плода поперечное. Головка слева. Сердцебиение плода не прослушивается. Влагалищное исследование - открытие полное, во влагалище определяется ручка плода, вколоченное плечико.

Эталон ответа: Учитывая антенатальную гибель плода, запущенное поперечное положение плода, показана срочная плодоразрушающая операция с анестезиологическим пособием.

**Задача №18.** Поступила первобеременная со сроком беременности 34 недели. Жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, боли в эпигастральной области; на ногах – выраженные отеки. АД=160/100, 170/120. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; канал до 2 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью таза.

Эталон ответа: Учитывая тяжелую преэклампсию, наличие незрелой шейки матки, показано срочное родоразрешение операцией кесарево сечение. Дообследование проводить в реанимационном отделении.

**Задача №19.** Поступила беременная на дородовую госпитализацию. Срок беременности 39-40 недель, размеры таза 24-26-28-18, индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Окружность живота 102 см, ВДМ 40 см. Влагалищное исследование - шейка центрирована, диффузно размягчена; канал до 1 см, пропускает палец. Предлежащая головка над 1-й плоскостью. Плодный пузырь цел. Con.diagonalis 10,5 см.

Эталон ответа: Беременность 39-40 недель. Общеравномерно суженный таз 1 степени. Крупный плод. Показано родоразрешение операцией кесарево сечение.

**Задача №20.** Первобеременная с доношенной беременностью поступила со схватками в течении 4 часов, с отошедшими водами 2 часа назад, схватки по 20 секунд через 5 минут. Положение плода продольное, спинка кпереди, влево. Окружность живота 100 см. ВДМ-39 см. Предлежащая часть - тазовый конец, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 4 см.; плодного пузыря нет, предлежат ножки плода. По Данным УЗИ: плод мужского пола, однократное обвитие пуповины вокруг шеи.

Эталон ответа: I период срочных родов. Ножное предлежание плода. Учитывая предполагаемую массу плода 3900, мужской пол, обвитие пуповины вокруг шеи, ножное предлежание показано родоразрешение операцией кесарево сечение.

**Задача №21.** Повторнородящая поступила по скорой помощи в роддом с жалобами на боли внизу живота. Срок беременности 36 недель. В анамнезе 2 года назад кесарево сечение по поводу аномалии родовой деятельности и острого дистресса плода в активной фазе родов. Родовой деятельности нет. Тело матки правильной овоидной формы, сердцебиение плода ясное ритмичное 140 в минуту слева на уровне пупка. При пальпации области послеоперационного рубца отмечается локальная болезненность. Влагалищное исследование: шейка матки децентрирована до 2, 5 см, плотная, наружный зев пропускает кончик пальца. Девиации за шейку матки резко болезненные, через своды определяется предлежащая часть головки высоко над входом в малый таз. Выделения светлые.

Эталон ответа: болевой синдром связан с несостоятельностью рубца на матке. Показано родоразрешение операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

**Задача №22.** 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.

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

**Задача №23.** Роженица в родах 15 часов. Воды отошли 6 часов назад. Настоящие роды первые. Проведена индукция родов окситоцином в связи со слабостью родовой деятельности. Схватки через 6-7 минут по 20 25 секунд, слабые. Положение плода продольное головка в полости малого таза. КТГ в пределах нормы. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, головка на второй плоскости (в широкой части малого таза). Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади, большой родничок слева кпереди, на головке родовая опухоль.

Эталон ответа: показано родоразрешение операцией кесарево сечение.

**Задача №24.** Роды первые, в родах 12 часов, воды отошли 6 часов назад. Потуги слабые, редкие. Головка плода в полости малого таза. По данным КТГ-длительная брадикардия, сердцебиение плода не восстанавливается. Влагалищное исследование: открытие полное головка плода между 3 и 4 плоскостями стреловидный шов в прямом размере, проводная точка малый родничок, рассоложенный кпереди.

Эталон ответа: показана вакуум-экстракция плода.

**Задача №25.** Скорая помощь привезла родильницу после домашних родов в срок. При осмотре обнаружен разрыв промежности 2 степени.

Эталон ответа: В асептических условиях под обезболиванием показано ушивание разрыва промежности. Выделяются mm levator ani и сшивают, затем непрерывный шов на слизистую влагалища и шов на кожу промежности.

**Задача №26.** 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.

Эталон ответа: одномоментно – восполнить ОЦК кровезаменителями, обезболивание, ручное отделение плаценты и выделение последа, утеротоники, гемостатическая терапия, развернуть операционную, анализ крови, показатели гемостаза, перевести в операционную.

**Задача №27.** Поступила роженица с доношенной беременностью, незначительными болями внизу живота, 6-е роды. При поступлении в роддом отошли околоплодные воды. Положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 136 в минуту. Влагалищное исследование шейка матки до 1 см по проводной оси открытие 3 см, плодного пузыря нет, предлежит головка высоко над входом в малый таз. Во влагалище петли пуповины, которые заправить не удалось.

Эталон ответа: срочно развернуть операционную, перевести роженицу в коленно-локтевом положении в операционную и провести экстренное родоразрешение операцией кесарево сечение.

**Задача №28.** Поступила первородящая с беременностью 41 неделя и 6 дней. Схватки регулярные, по 35 секунд через 6-7 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Патологический тип кривой КТГ. Предполагаемая масса плода 3700. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, плодного пузыря цел, вскрылся во время исследования, отошли густые мекониальные воды 50 мл; головка над 1-й плоскостью, кости черепа очень плотные, швы и роднички не выражены.

Эталон ответа: Учитывая переношенную беременность, мекониальные воды, острый дистресс плода показано родоразрешение операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

**Задача №29.** Поступила повторнородящая с беременностью в сроке 35 недель 4 дня. Схватки регулярные, по 30 секунд через 5 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. КТГ- нормальные показатели. Предполагаемая масса плода 2400. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края податливы, открытие 5 см, плодного пузыря цел, головка над 1-й плоскостью, кости черепа мягкие, швы и роднички выражены.

Эталон ответа: продолжить роды через естественные родовые пути под эпидуральной анальгезией и непрерывной КТГ. Роды вести без защиты промежности.

**Задача №30.** Поступила первородящая с беременностью в сроке 40 недель. Схватки регулярные, по 40 секунд через 3-4 минуты. Положение плода продольное. Предлежащая головка большим сегментом во входе в малый таз. КТГ- нормальные показатели. Предполагаемая масса плода 3000. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края податливы, открытие 6 см, плодного пузыря цел, головка на 1-й плоскости, Стреловидный шов в правом косом размере, пальпируется надпереносица плода, проводная точка большой родничок.

Эталон ответа: переднеголовное предлежание плода (разгибательное). Учитывая предполагаемый массу плода, роды вести через естественные родовые пути.

### **Практические навыки:**

1. Инструментальный способ амниотомии.

Эталон навыка: во влагалище вводят указательный и средний пальцы левой руки. Правой рукой берут браншу пулевых щипцов, вводят по ладони между пальцами и доводят до складки (образованной пальцами) плодного пузыря и вскрывают плодный пузырь вне схватки, воды выпускаются медленно.

## 2. Проведение перинеотомии.

Эталон навыка: хирург вводит указательный и средний палец левой руки между головкой плода и задней спайкой. Вне потуги бранши ножниц вводят под контролем пальцев (длинник ножниц соответствует величине разреза), разрез проводится на высоте потуги.

## 3. Проведение эпизиотомии.

Эталон навыка: хирург вводит указательный и средний палец левой руки между головкой плода и промежностью, отступя на 2-3 см от средней линии. Вне потуги бранши ножниц вводят под контролем пальцев (длинник ножниц соответствует величине разреза), разрез вульварного кольца проводится в сторону седалищных бугров длиной 2-3 см на высоте потуги.

## 4. Проведение наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании по Б.А. Архангельскому.

Эталон навыка:

I момент: выведение ягодиц из плоскости входа в малый таз. Ладонь вводится между лоном пациентки и ягодицами плода. Тазовый конец плода отводят от входа в малый таз.

II момент: поворот плода в первое косое положение. Содружественными движениями рук врача, охватывающих головку и тазовый конец, начинают постепенно производить поворот плода. Левая рука при первой позиции охватывают головку со стороны подзатылочной области и смещают в правую сторону матери. Другой рукой смещают ягодицы вверх в сторону спинки плода.

III момент: поворот плода в поперечное положение. Головка смещается вниз, а ягодицы вверх одновременно.

IV момент: поворот плода во второе косое положение. Головка смещается вниз, а ягодицы вверх.

V момент: поворот плода в продольное положение.

VI момент: нормализация членорасположения плода. Обе руки перемещаются на боковые поверхности живота и сжимают матку с боков и проводят их спереди назад.

## 5. Классическое ручное пособие по освобождению ручек при тазовом вставлении плода.

Эталон навыка:

I момент: освобождение задней ручки

Происходит рождение до нижнего угла лопатки, переводим плечевой пояс в прямой размер. Первая освобождается задняя ручка (правая - правой рукой, левая – левой рукой). Свободной рукой ножки плода захватываются в области голени и отводят их кпереди и кверху. Указательный и средний палец другой руки вводится во влагалище со стороны спинки плода до локтевого сгиба и разгибают ручку в локтевом суставе.

II момент: поворот плода на 180°.

Затем руками охватывается туловище плода. Большие пальцы располагаются вдоль позвоночника, а четыре других на грудной клетке и переводят «переднюю» ручку в «заднюю» при повороте плода на 180°.

III момент: освобождение второй ручки.

Проводится освобождение второй ручки таким же способом.

## 6. Классическое ручное пособие (способ Морисо-Левре-Лашапель) по выведению последующей головки при тазовом вставлении плода.

Эталон навыка: Плод кладут верхом на ладонь и предплечье руки акушера, ногтевую фалангу указательного пальца вводят в ротик плода и сгибают головку. Другая рука захватывает крючкообразно согнутыми указательным и средним пальцами плечи плода. Эта рука играет роль влекущей силы. Во входе в малый таз головка вставляется в косом

размере, а влекущая сила направлена вниз на носки. При продвижении головки в полость малого таза тракции направлены на колени сидящего врача. Как только подзатылочная ямка показывается под нижним краем лонного сочленения, тракции продолжают за счет внутренней руки. Тракции выполняются горизонтально и вверх.

7. Ручное пособие по Н.А. Цовьяному при чисто ягодичном предлежании.

Эталон навыка: ягодичные прорезались в прямом размере выхода из малого таза. Акушер большими пальцами охватывает бедра плода, прижимая ножки к передней брюшной стенке, остальные пальцы находятся на уровне крестца. Сохраняем членорасположение, продвигая руки к входу во влагалище. При рождении до пупочного кольца ягодичные переходят из косоугольного размера в поперечный. Следующий этап - до нижнего угла лопаток и ягодичные становятся в прямом размере. Для облегчения рождения передней ручки направляют ягодичные на себя и к соответствующему бедру (согласно позиции). Для рождения нижней ручки ягодичные направляют вверх. Для рождения головки ягодичные направляют на себя и вверх.

8. Пособие Н.А. Цовьянова при ножном предлежании.

Эталон навыка: при появлении пяток плода их прикрывают стерильной пленкой и при каждой схватке оказывают противодействие. По мере открытия маточного зева ягодичные начинают опускаться, образуя смешанное ягодичное предлежание.

9. Наложение выходных акушерских щипцов.

Эталон навыка: перед наложением щипцов их складывают. Первой вводится левая ложка щипцов левой рукой в левую сторону роженицы. На внутренней поверхности левой ложки большой палец на наружной все остальные в выемках на ручке. Рукоятка должна лежать параллельно правому паховому сгибу. Во влагалище вводят контрольную правую руку. Левая ложка идет в бороздке между указательным и средним пальцем контрольной руки по задней стенке таза и должна зайти за теменные бугры. Затем таким же образом вводят правую ложку. При правильном наложении ручки щипцов находятся в горизонтальном положении и щипцы опускают и замыкают.

Проводят пробную тракцию: указательный и средний палец кладут на замок, левая находится сверху и указательный палец достигает головки плода, это расстояние не должно увеличиваться. Тракциями снизу вверх извлекается головка.

10. Вакуум-экстракция плода.

Эталон навыка: перед операцией опорожняется мочевой пузырь, наружные половые органы обрабатываются антисептиком. Роженица лежит на спине с подтянутыми к животу бедрами. Правой рукой вводят чашку вакуум-экстрактора боковой поверхностью в прямом размере таза, затем поворачивают в поперечный и отверстием прижимают к головке плода ближе к малому родничку на 3 см от угла большого родничка и стреловидный шов должен делить чашку пополам. Создать необходимое разрежение в системе вакуум-экстрактора с помощью ручного насоса до 450-600 мм рт.ст. (зеленая зона шкалы индикатора разрежения). Тракции проводятся синхронно с потугами строго по оси таза.

11. Нижнесрединная лапаротомия.

Эталон навыка: разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки проводится по ходу белой линии живота от лона до пупка. Обнажается апоневроз. Проводится небольшой разрез в середине апоневроза, который продлевается вверх и вниз. Левая прямая мышца отсекается от белой линии, обнажается поперечная фасция и брюшина и предбрюшинная клетчатка. Брюшина вскрывается в верхнем углу раны, разрез продлевается. Края брюшины фиксируются зажимами.

12. Лапаротомия по Пфанненштилю.

Эталон навыка: рассечение кожи и подкожно-жировой клетчатки проводят дугообразно по линии надлобковой кожной складки на 2-3 см выше лона. Апоневроз надсекается с двух сторон по средней линии, затем рассекается дугообразно. Апоневроз отслаивается



от белой линии живота, прямых и косых мышц живота до пупочного кольца. Медиальные отделы прямых мышц живота тупым и острым путем разводятся. Затем высоко рассекается поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка, брюшина.

13. Рассечение нижнего сегмента матки по Гусакову.

Эталон навыка: после вскрытия брюшной полости и отграничение брюшной полости салфетками, тело матки ротируют влево. Пузырно-маточная складка рассекается в поперечном размере ножницами в месте ее наибольшей подвижности. Мочевой пузырь тупо смещается книзу. На уровне наибольшего диаметра головки скальпелем выполняется небольшой разрез, который продлевается указательными пальцами обеих рук.

14. Извлечение плода во время кесарева сечения при головном предлежании.

Эталон навыка: Рука хирурга вводится в полость матки таким образом, чтобы ее ладонная поверхность прилегла к головке плода. Эта рука поворачивает головку затылком или личиком кпереди и производит ее разгибание или сгибание в зависимости от вида, головка выводится из матки.

Затем указательные пальцы вводят в подмышечные впадины и извлекают весь плод.

15. Извлечение плода во время кесарева сечения при тазовом предлежании.

Эталон навыка: при тазовом предлежании указательный палец вводится в передний паховый сгиб или за ножку извлекается плод.

16. Извлечение плода во время кесарева сечения при поперечном положении.

Эталон навыка: рука, введенная в матку, отыскивает ножку, производится поворот плода на ножку с последующим извлечением.

17. Отделение последа во время кесарева сечения.

Эталон навыка: плацента самостоятельно отделяется от стенки матки и легким потягиванием за пуповину выделяется послед.

18. Рассечение матки при корпоральном кесаревом сечении.

Эталон навыка: матку из брюшной полости не выводят, устранить ротацию матки вправо. Разрез длиной 12-14 см производят по передней стенке матки по средней линии. Неглубокий разрез проводят по всей линии, затем на участке рассекают полностью 3-4 см и продлевают разрез ножницами, контролируя пальцами, введенными в матку.

19. Ушивание матки при корпоральном разрезе.

Эталон навыка: первый ряд швов слизисто-мышечный непрерывный, между вколами 1 см, второй ряд мышечно-мышечный накладывается в виде непрерывного шва или отдельных швов рассасывающимся современным шовным материалом.

20. Техника баллонного метода остановки кровотечения.

Эталон навыка: эластичный баллон помещают в полость матки и наполняют его физиологическим раствором 500мл.

21. Техника бимануальной компрессии матки.

Эталон навыка: одна рука вводится в передний свод влагалища, другая прижимает тело матки к лону со стороны передней брюшной стенки.

22. Техника компрессии брюшной аорты.

Эталон навыка: точка надавливания находится над пупком и чуть слева. Надавливают на нее кулаком вниз через переднюю брюшную стенку.

23. Техника ручного обследования полости матки.

Эталон навыка: правая рука вводится в полость матки, вторая рука фиксирует дно матки через переднюю брюшную стенку. Проводится ревизия всех стенок матки, начиная с дна, удаляются сгустки, остатки последа и проводится легкий массаж матки на кулаке.

24. Техника ручного отделения последа.

Эталон навыка: левой рукой акушер разводит половые губы роженицы. Правая рука, сложенная в виде «руки акушера» вводится во влагалище и по пуповине - в полость матки к месту прикрепления плаценты. Левая рука фиксирует дно матки через переднюю брюшную

стенку. Правая рука «пилящими» движениями отделяет плаценту от стенки матки. Левая рука тянет за пуповину и удаляет послед.

25. Техника наружно - внутреннего массажа матки на кулаке.

Эталон навыка: внутреннюю руку (в полости матки) сжимают в кулак, а наружной рукой производят массаж матки на кулаке. Достигнув хорошей степени сокращения матки, руку из нее выводят.

26. Техника наружного массажа матки.

Эталон навыка: ладонью обхватить дно матки через брюшную стенку 2. Слегка массировать и сжимать матку, чтобы она начала сокращаться 3. Во время этого могут выделиться сгустки крови.

27. Техника наружного приема Mazzanti при дистоции плечиков.

Эталон навыка: бедра женщины приведены к животу. Проводится сильное давление над лоном на плечико плода в направлении сверху вниз.

28. Техника наружного приема Рубина при дистоции плечиков.

Эталон навыка: пальцами обеих рук сильно надавить над лоном в косолатеральном направлении (со стороны спинки плода в сторону его грудки).

29. Техника наружного приема McRoberts при дистоции плечиков.

Эталон навыка: женщина лежит на краю стола. Сгибание ног в коленях и максимальное приведение бедер к животу, затем энергично разгибает ноги и опускает вниз до пола.

30. Техника репозиции выпавшей петли пуповины.

Эталон навыка: захватив пальцами все петли пуповины, вправляют их как можно дальше за головку.

### Критерии оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка <u>«неудовлетворительно»</u> (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка <u>«удовлетворительно»</u> (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка <u>«хорошо»</u> (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка <u>«отлично»</u> (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных	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 показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об ус-тойчиво	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию

результатах освоения учебной дисциплины	удовлетворительном уровне.	закрепленном практическом навыке	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 теории. Допускается несколько	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	ошибок в содержании ответа	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

