

**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Министерство образования и науки Кыргызской Республики**

**Межгосударственная образовательная организация высшего образования
Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента
Российской Федерации Б.Н. Ельцина.**

Фонд оценочных средств

по дисциплине «Акушерство»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.03. – РФ, 560004 – КР Стоматология

(код и наименование направления подготовки)

Квалификация Врач-стоматолог

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Знать: методики проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм	Блок А Вопросы для рубежного контроля. Вопросы для промежуточной аттестации Тестовые задания Устный опрос
	Уметь: осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм заболеваний	Блок С Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов)
	Владеть: навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний.	Блок Д Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита Презентации клинического случая
ПК-11: готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать: методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику);	Блок А Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов) Блок Д Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая
	Уметь: подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;	Блок В Ситуационные задачи (кейсы) Письменный разбор клинической ситуации (Оформление карт, историй болезни, назначений)
	Владеть: навыками сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и	Блок Д Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая

	неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;	
--	---	--

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ/ПРАКТИКИ

Технологическая карта дисциплины «акушерство»

Курс/семестр: 4/8 Количество кредитов (ЗЕ): 3 Отчетность: зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Физиологическое акушерство	Текущий	Теоретический опрос; Проверка СРС.	10	17	28 недели
	Рубежный	Устный опрос Решение ситуационных задач	3	5	
Модуль 2					
Патологические роды	Текущий	Теоретический опрос; Проверка СРС.	10	17	35
	Рубежный	Устный опрос Решение ситуационных задач	3	5	
Модуль 3					
Патологическое акушерство	Текущий	Теоретический опрос; Проверка СРС.	11	16	42
	Рубежный	Устный опрос Решение ситуационных задач	3	5	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Устный опрос Решение ситуационных задач		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Рубежный контроль проверка полноты знаний и умений (достижения образовательных результатов) по материалу модуля в целом.

Промежуточный контроль завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой модулей дисциплины.

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ / ПРАКТИКЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

А.0 Фонд тестовых заданий по дисциплине.

А.1 Вопросы для опроса:

1. Менархе (первая менструация) происходит
 1. После окончательного развития молочных желез
 2. После первого полового контакта
 3. В возрасте 10-12 лет
 4. В возрасте 12-14 лет
 5. В возрасте 14-16 лет
2. Основным критерием двухфазного менструального цикла является
 1. правильный ритм менструации
 2. время наступления первой менструации
 3. особенности становления менструальной функции в период полового созревания
 4. овуляция
 5. все перечисленное выше
3. Гормон продуцируемый жёлтым телом -
 1. Эстроген
 2. Прогестерон
 3. ФСГ
 4. ЛГ
 5. АКТГ
4. Продолжительность нормального менструального цикла
 1. 28-29 дней
 2. 28-40 дней
 3. 3-7 дней
 4. 21-35 дней
 5. 14-28 дней
5. Продолжительность нормальной менструации
 1. 1-3 дня
 2. 3-5 дней
 3. 3-7 дней
 4. 5 дней
 5. 2-10 дней
6. Аменорея это отсутствие менструации
 1. 1 месяц
 2. 2 месяца
 3. 3 месяца
 4. 6 месяцев
 5. 12 месяцев
7. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет
 1. 200-250 мл
 2. 100-150 мл
 3. 20-30 мл
 4. 50-70 мл
 5. 150-200 мл
8. Наиболее эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза является
 1. диетотерапия
 2. физиотерапия и ЛФК

3. гормонотерапия
 4. витаминотерапия
 5. назначение препаратов кальция
- 9.Эмбриогенез заканчивается
1. на 4-й неделе развития плода
 2. на 6-й неделе развития плода
 3. на 8-й неделе развития плода
 4. на 10-й неделе развития плода
 5. на 12-й неделе развития плода
- 10.В каждой женской консультации должен быть
1. Невропатолог
 2. Юрист
 3. Гематолог
 4. Хирург
 5. Дерматолог
- 11.Сомнительный признак беременности
1. Прекращение менструации
 2. Изменение обонятельных ощущений
 3. Увеличение молочных желез и выделение молозива
 4. Положительный тест мочи на беременность
 5. Ощущение шевеления плода
- 12.Флюорография легких у беременных
1. Назначается однократно при постановке на учет
 2. Проводится в 1 и 2 половине беременности
 3. Не показана при желанной беременности
 4. Назначается трижды за беременность.
 5. Делается перед родами для профилактики ТЭЛА
- 13.Осмотр стоматологом женщин при физиологически протекающей беременности должен проводиться
1. при первой явке
 2. ежемесячно
 3. по показаниям
 4. в 32 недели, беременности
 5. перед родами
- 14.Ультразвуковое исследование
1. Абсолютно противопоказано в ранние сроки беременности
 2. Обязательно для поступления в родильный дом
 3. Не рекомендуется женщинам из группы генетического риска
 4. Проводится только по желанию женщины
 5. Проводится при подозрении на пороки развития плода
- 15.Нормальная продолжительность беременности составляет
1. 20-25 недель
 2. 28-32 недель
 3. 36-40 недель
 4. 38-42 недели
 5. 48-52 недели
- 16.Окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 30 см. Предполагаемый вес плода в граммах.
1. 3500
 2. 3200
 3. 3000
 4. 3800

5. 3400
17. Что такое членорасположение плода
 1. Отношение оси плода к продольной оси матери
 2. Отношение продольной оси плода к длиннику матки
 3. Расположение предлежащей части плода ко входу в полость таза
 4. Взаимотношение туловища, конечностей и головки плода
 5. Определение пола плода на УЗИ
18. Позицию плода при поперечном положении определяют по
 1. спинке плода
 2. головке
 3. расположению мелких частей
 4. расположению ягодиц
 5. по локализации сердцебиения плода
19. Третий приём Леопольда-Левицкого позволяет выявить
 1. Положение плода
 2. Предлежание плода
 3. Позицию плода
 4. Вид плода
 5. Тип плода
20. Вид плода определяют по расположению
 1. спинки плода
 2. головки плода
 3. мелких частей
 4. тазового конца
 5. ножек плода
21. Какая характеристика сердцебиения плода относится к норме
 1. 150 уд/мин, аритмичное, приглушенное
 2. 136 уд/мин, ритмичное, ясное
 3. 124 уд/мин, аритмичное, ясное
 4. 110 уд/мин, ритмичное, приглушенное
 5. 90 уд/мин,
22. Прямой размер 2-й плоскости нормального таза равен
 1. 9,5
 2. 10
 3. 11
 4. 12,5
 5. 14
23. При изменении наружной конъюгаты таза женщина лежит
 1. На спине с вытянутыми ногами
 2. На спине с согнутыми ногами
 3. На боку с согнутой вышележащей ногой.
 4. На боку с согнутой нижележащей ногой.
 5. На животе
24. Размеры нормального таза
 1. 25-28-31-21
 2. 23-25-28-31
 3. 25-28-31-18
 4. 28-27-31-16
 5. 26-28-29-19
25. Малый косой размер головки доношенного плода равен
 1. 13,5
 2. 12

3. 11
 4. 9,5
 5. 8,5
26. Истинная конъюгата – это расстояние между:
1. Серединой верхнего края лонного сочленения и мысом
 2. Наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом
 3. Нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса
 4. Наиболее дальними точками гребней подвздошных костей
 5. Большими вертелами бедренных костей
27. Анатомически узкий таз определяют по
1. форме таза
 2. толщине костей таза
 3. степени сужения таза
 4. состоянию крестца
 5. по индексу Соловьева
28. Связь материнского организма и плода осуществляется, в основном, через
1. плаценту
 2. барорецепторы стенки матки
 3. водные оболочки плода
 4. децидуальную оболочку матки
 5. все перечисленное
29. Тошнота является признаком беременности
1. Достоверным
 2. Вероятным
 3. Сомнительным
 4. Обязательным
 5. Желательным
30. Объем циркулирующей крови во время беременности
1. Увеличивается только в 1 триместре
 2. Увеличивается только во 2 триместре
 3. Повышается
 4. Понижается
 5. Не изменяется
31. С чем связано размягчение матки при беременности?
1. С влиянием на миометрий эстрогенов
 2. С влиянием на миометрий прогестерона
 3. С влиянием на плаценту эстрогенов
 4. С влиянием на плаценту прогестерона
 5. С влиянием на ЦНС женщины прогестерона
32. Для "зрелой" шейки матки характерно все перечисленное, кроме
1. размягчения шейки
 2. открытия шеечного канала на 2-3 см
 3. расположения наружного зева на уровне спинальных линий
 4. плотности внутреннего зева
 5. укорочения шейки
33. Сократительную функцию матки можно оценить с помощью
1. наружной гистерографии
 2. внутренней токографии
 3. реографии
 4. радиотелеметрии
 5. всего перечисленного
34. Какая шкала используется для оценки степени зрелости шейки матки

1. Глазго
 2. Бишоп
 3. Зорро
 4. Джеймса
 5. Апгар
- 35.Родовая боль возникает вследствие
1. раздражения нервных окончаний матки и родовых путей
 2. снижения порога болевой чувствительности мозга
 3. снижение продукции эндорфинов
 4. всего перечисленного
 5. ничего из перечисленного
- 36.Показанием для назначения обезболивающих препаратов в первом периоде родов является
1. раскрытие шейки матки до 4 см
 2. слабость родовой деятельности
 3. дискоординация родовой деятельности
 4. отсутствие плодного пузыря
 5. начало потужного периода
- 37.Нормальные роды-это роды, которые начались
1. спонтанно
 2. после амниотомии
 3. после в/в введения окситоцина
 4. после введения в цервикальный канал prepil-dil-геля
 5. после интравагинального введения мизопростала
- 38.Началом родовой деятельности следует считать
1. Излитие околоплодных вод
 2. Прижатие головки ко входу в малый таз
 3. Укорочение шейки
 4. Появление регулярных схваток
 5. Сглаживание шейки
- 39.С целью родостимуляции применяют
1. Эссенциале
 2. Эуфиллин
 3. Энзопрост
 4. Этимизол.
 5. Эднит
- 40.Своевременное отхождение вод должно наступить
1. До начала схваток
 2. При появлении нерегулярных схваток
 3. При появлении регулярных схваток
 4. В активной фазе родов
 5. В потужном периоде родов
- 41.Партограмма-это графическое отображение
1. течения родов
 2. течения беременности
 3. раскрытия шейки матки
 4. частоты маточных сокращений
 5. сердцебиение в/у плода
- 42.Частота выслушивания с/б плода в первом периоде физиологических родов (по партограмме)
1. каждые 15 мин
 2. каждые 30 мин

3. каждые 20 мин
 4. каждые 40 мин
 5. каждые 60 мин
- 43.Первый период физиологических родов заканчивается всегда
1. полным раскрытием шейки матки
 2. возникновением потуг
 3. излитием околоплодных вод
 4. через 6-8 ч от начала регулярных схваток
 5. всем перечисленным
- 44.Латентная фаза родов характеризуется раскрытием шейки матки
1. от 0 до 3 см
 2. от 0 до 4 см
 3. от 0 до 5 см
 4. от 2 до 4 см
 5. от 3 до 5 см
- 45.Продолжительность латентной фазы
1. 6-8 часов
 2. менее 6 часов
 3. 8-10 часов
 4. более 12 часов
 5. более 14 часов
- 46.При нормальном течении родов влагалищные исследования в латентной фазе проводят каждые
1. 6 часов
 2. 4 часа
 3. 2 часа
 4. 3 часа
 5. 8 часов
- 47.Активная фаза родов характеризуется раскрытием шейки матки
1. от 0 до 10 см
 2. от 2 до 8 см
 3. от 8 до 10 см
 4. от 4 до 10 см
 5. от 3 до 10 см
- 48.При нормальном течении родов влагалищные исследования в активной фазе проводят каждые
1. 4 часа
 2. 6 часов
 3. 2 часа
 4. 3 часа
 5. 5 часов
- 49.Потуги при физиологических родах начинаются, когда
1. головка плода вставилась большим сегментом во входе в малый таз
 2. произошло полное раскрытие шейки матки
 3. головка плода установилась на тазовом дне
 4. головка совершила внутренний поворот
 5. произошло излитие околоплодных вод
- 50.Задача врача в потужном периоде
1. Контролировать дефекацию при потугах
 2. Контролировать давление и температуру
 3. Контролировать дыхание и потуги
 4. Выдавливать ребенка во время потуг

5. Подсвечивать ребенку в родовых путях
51. Частота выслушивания с/б плода во втором периоде
1. после каждой потуги
 2. ч/з 5 мин
 3. ч/з 4 мин
 4. ч/з 3 мин
 5. ч/з 6 мин
52. Что такое биомеханизм родов
1. Рождение головки плода
 2. Движение плода по родовым путям матери
 3. Рождение плода во время потуг
 4. Совокупность закономерных движений плода
 5. Второй период родов
53. Первый момент биомеханизма родов при тазовом предлежании - это
1. внутренний поворот ягодиц
 2. опускание ягодиц
 3. сгибание головки
 4. внутренний поворот плечиков
 5. поясничное сгибание
54. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является
1. Большой родничок
 2. Малый родничок
 3. Подзатылочная ямка
 4. Мыс.
 5. Лобная кость
55. Является ли задний вид затылочного предлежания вариантом нормального биомеханизма родов
1. Такого не бывает
 2. Да, норма
 3. Нет, патология
 4. Норма, только при крупном плоде
 5. Норма, только при преждевременных родах
56. Роженице не рекомендуется тужиться
1. При рождении туловища
 2. При прорезывании теменных бугров
 3. При наружном повороте головки
 4. После рождения головки
 5. При положительных признаках отделения последа.
57. Термином "послеродовой период" обычно обозначают
1. первые 2 месяца после родов
 2. период грудного кормления новорожденных
 3. период послеродовой аменореи
 4. период инволюции матки
 5. все перечисленное
58. Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря
1. до 400 мл
 2. до 500 мл
 3. до 600 мл
 4. до 800 мл
 5. до 1000 мл
59. Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме

1. Изменения контуров и смещения дна матки
 2. Опускания отрезка пуповины
 3. Отсутствие втягивания пуповины при глубоком вдохе роженицы
 4. Прекращение пульсации пуповины
 5. Усиление кровотечения из половых путей
60. При кровотечении в 3-м периоде родов и отсутствии признаков отделения плаценты необходимо
1. Ввести сокращающие матку средства
 2. Применить метод Креде-Лазаревича
 3. Применить приём Абуладзе
 4. Произвести ручное отделение и выделение последа
 5. Положить лёд на низ живота родильницы
61. Ведение родильниц в раннем послеродовом периоде заключается в контроле (кроме)
1. кольпоцитологического исследования
 2. артериального давления, пульса
 3. сократительной функции матки
 4. кровопотери
 5. частоты дыхания
62. Осмотр родовых путей после родов проводится
1. Только первородящим
 2. Только повторнородящим
 3. Только женщинам из группы риска.
 4. Всем женщинам
 5. Никому не проводят
63. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно
1. сразу после рождения
 2. через 6 часов после рождения
 3. через 8 часов после рождения
 4. через 12 часов после рождения
 5. через 24 часа после рождения
64. Критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности
1. 20 недель
 2. 22 недели
 3. 26 недель
 4. 28 недель
65. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет
1. 350 г
 2. 500 г
 3. 600 г
 4. 800 г
 5. 1000 г
66. Наиболее частой причиной кровотечений в первом триместре беременности является
1. Полип или рак шейки матки
 2. Предлежание плаценты
 3. Разрыв матки
 4. Начавшийся самопроизвольный аборт
 5. Преждевременная отслойка плаценты
67. Клинические признаки начавшегося выкидыша
1. кровянистые выделения из половых путей
 2. уменьшение размеров матки
 3. болезненные, увеличенные придатки
 4. тошнота, рвота

5. прекращение кровотечения из половых путей
- 68.Беременность по желанию женщины может быть прервана в сроке
 1. До 8 недель
 2. До 23 недель
 3. До 12 недель
 4. До 28 недель
 5. В любом сроке
- 69.При преждевременной отслойки плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно
 1. локальная болезненность
 2. схваткообразные боли в крестце и пояснице
 3. отеки нижних конечностей
 4. отеки передней брюшной стенки
 5. ничего из перечисленного
- 70.«Матка Кювеллера» возникает
 1. После каждых родов
 2. В следствии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
 3. При слабости родовой деятельности
 4. При дискоординации родовой деятельности
 5. При предлежании плаценты
- 71.Отслойка плаценты значительно чаще развивается у беременных с
 1. Миомой матки
 2. Кистой яичника
 3. Артериальной гипертензией
 4. Артериальной гипотонией
 5. Гломерулонефритом
- 72.Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается
 1. в теле матки
 2. в нижнем сегменте матки
 3. по задней стенке матки
 4. в дне матки
 5. внутри шейки матки
- 73.При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно
 1. Локальная болезненность
 2. Схваткообразные боли в крестце и пояснице
 3. Отёки нижних конечностей
 4. Отёки передней брюшной стенки
 5. Кровотечение в брюшную полость
- 74.Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации является
 1. Наружное акушерское исследование
 2. Внутреннее акушерское исследование
 3. Кольпоскопическое исследование
 4. Амниоскопическое исследование
 5. Ультразвуковое исследование
- 75.В случае полного предлежания плаценты в родах показано
 1. Проведение родостимуляции
 2. Перинеотомия
 3. Акушерские щипцы
 4. Кесарево сечение
 5. Самостоятельные роды

76. Для лечения гипотонии матки применяют препараты
1. окситоцин
 2. глюкозу
 3. гепарин
 4. аскорбиновую кислоту
 5. нифедипин
77. Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно
1. тонус матки снижен
 2. характер кровотечения непрерывный
 3. сгустки рыхлые, легко растворимые
 4. кровь не свертывается
 5. внутрибрюшное кровотечение
78. Разрыв шейки от 2 см до сводов называется разрывом
1. 0 степени
 2. 1 степени
 3. 2 степени
 4. 3 степени
 5. 4 степени.
79. Зашивание промежности называется
1. Перинеотомия
 2. Перинеорафия
 3. Эпизиотомия
 4. Эпизиорафия
 5. Пубиотомия.
80. При разрыве промежности второй степени первыми швы накладывают на
1. Слизистую влагалища
 2. Кожу промежности
 3. Мышцы промежности
 4. Сфинктер ануса
 5. Стенку прямой кишки
81. Какой характер имеет коагулопатическое кровотечение?
1. из половых путей, разрезом мест уколов вытекает жидкая кровь, не образуя сгустков.
 2. обильное артериальное кровотечение алой струей.
 3. из половых путей при каждой схватке выделяется порция крови со сгустками.
 4. изливаются околоплодные воды окрашенные кровью.
 5. все выше перечисленное
82. Определить стадию нарушения при ДВС позволяет
1. Проба Ли-Уайта
 2. Проба Шиллера
 3. Пульс
 4. АД
 5. ЧД
83. Матка приобретает форму «песочных часов» при
1. В промежутках между схватками
 2. Во время нормальной схватки
 3. При совершившемся разрыве матки
 4. При угрозе разрыва матки
 5. При разрыве шейки матки
84. По назначению лечения беременной с преэклампсией необходимо учитывать все следующие факторы, кроме
1. срока беременности
 2. состояния матери и плода

3. длительности течения позднего гестоза
 4. наличия страхового полиса
 5. приёма лекарственных препаратов
85. Основными клиническими симптомами позднего гестоза беременных являются
1. тошнота, рвота
 2. изжога
 3. диаррея
 4. гипертония
 5. энурез
86. Повышение артериального давления в I триместре беременности характерно
1. для гипертонической болезни
 2. для позднего гестоза
 3. для почечнокаменной болезни
 4. для поликистоза почек
 5. для атеросклероза
87. Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии тяжелой степени
1. сульфат магния
 2. клофелин
 3. дибазол
 4. папаверин
 5. но - шпа
88. Сульфат магния при терапии гестозов следует вводить
1. Тонкой короткой иглой
 2. Подкожно
 3. Охлажденным
 4. На фоне обезболивания
 5. Внутривенно
89. Эклампсия не характерна для
1. Родов
 2. Послеродового периода
 3. Поздних сроков беременности
 4. Ранних сроков беременности
 5. Фетоплацентарной недостаточности
90. При наступлении судорог необходимо
1. Дать общий наркоз
 2. Дать кислород через интубационную трубку
 3. Немедленно ввести Диазпам
 4. Немедленно ввести Магния сульфат
 5. Дождаться окончания судорог
91. Показанием к применению токолитиков во время беременности является
1. угроза раннего выкидыша
 2. сахарный диабет
 3. тиреотоксикоз
 4. преждевременная отслойка плаценты
 5. угроза преждевременных родов
92. Акушерский перитонит чаще всего возникает после
1. родов
 2. раннего самопроизвольного выкидыша
 3. кесарева сечения
 4. искусственного аборта
 5. позднего самопроизвольного выкидыша

93.Хориоамнионит-это

1. эндометрит во время родов
2. эндометрит после родов
3. эндометрит после аборта
4. эндометрит ч/з 12 дней после родов
5. эндометрит ч/з 42 дней после родов

94.Родоразрешение при наличии болезненного рубца на матке

1. родостимуляция
2. выжидательная тактика
3. повторное кесарево сечение
4. применение обезболивающих средств
5. провести подготовку к родам

95.Фетоплацентарная недостаточность-это синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в

1. плаценте
2. миометрии
3. пуповине
4. эндометрии
5. шейке матки

96.Внематочная беременность может локализоваться во всех перечисленных ниже органах, кроме

1. шейки матки
2. рудиментарного рога матки
3. яичника
4. брюшной полости
5. влагалища

97.ВМС вводится на срок

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 1,5 года
4. 5 лет
5. 10 лет

98.Презерватив надевают на половой член, находящийся в состоянии

1. Эрекции
2. Эякуляции
3. До наступления эрекции
4. В рефрактерную фазу
5. В середине полового акта

99.Наиболее эффективным методом контрацепции является

1. Прерванный половой акт
2. Предохранение только в критические дни
3. Барьерный
4. Оклюзия труб
5. КОК

100.Комбинированные оральные контрацептивы

1. Показаны при прерывании беременности
2. Показаны для планирования зачатия
3. Показаны для предохранения от беременности
4. Не рекомендуются девственницам
5. Не рекомендуются при регулярной половой жизни

А.2 Вопросы для рубежного контроля (коллоквиума)

1) Когда рекомендовано первое посещение

1. в 25 недель гестации
2. до 8 недель гестации
3. до 13 недель гестации
4. до 12 недель гестации
5. в 10 недель гестации

2) До какого срока назначается фолиевая кислота, с целью профилактики развития пороков развития плода

1. до 15 недель беременности
2. до 13 недель беременности
3. до 8 недель беременности
4. до 14 недель беременности
5. до 16 недель беременности

3) Для бессимптомной бактериурии характерно наличие в 1 мл средней порции мочи:

1. более 10⁵ колониеобразующих единиц бактерий
2. более 10² колониеобразующих единиц бактерий
3. более 10⁶ колониеобразующих единиц бактерий
4. более 10¹⁰ колониеобразующих единиц бактерий
5. более 10³ колониеобразующих единиц бактерий

4) Роды срочные, полностью самопроизвольные-это роды одним плодом в сроке

1. 37-42 нед
2. 36-37 нед
3. 39-40 нед
4. 38-40 нед
5. 40-41 нед

5) Нормальные роды-это роды, которые начались

1. спонтанно
2. после амниотомии
3. после в/в введения окситоцина
4. после введения в цервикальный канал prepidil-геля
5. после интравагинального введения мизопростола

6) Частота выслушивания с/б плода в первом периоде физиологических родов (по партограмме):

1. каждые 15 мин
2. каждые 30 мин
3. каждые 20 мин
4. каждые 40 мин
5. каждые 60 мин

7) Переношенной называется беременность продолжительностью:

1. более 42 нед
2. 40-41 нед
3. 41-42 нед
4. 39-40 нед
5. 40-42 нед

8) Индукция родов – это.....

1. искусственное инициирование схваток раньше их спонтанного установления
2. самостоятельное инициирование схваток раньше их спонтанного установления
3. искусственный разрыв плодных оболочек раньше их излития
4. самостоятельный разрыв плодных оболочек
5. преждевременные роды с разрывом плодных оболочек

9) Какая шкала используется для оценки степени зрелости шейки матки перед индукцией родов:

1. Глазго
2. Бишоп
3. Зорро
4. Джеймса
5. Апгар

10) Основная цель внутривенного введения окситоцина:

1. добиться физиологического темпа родов
2. добиться быстрых родов
3. добиться медленного течения родов
4. приостановить родовую деятельность
5. лечение дискоординированной родовой деятельности

11) Преждевременные роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:

1. 24-37 недель
2. 22-36 недель
3. 21-36 недель
4. 22-37 недель
5. 23-36 недель

12) Третий период родов:

1. начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением последа
3. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
5. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа

13) Первый период родов:

1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается потугами

14) Второй период родов:

1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с полного открытия и заканчивается рождением ребенка

15) Каким препаратом проводится профилактика респираторного дистресс плода

1. преднизолон

2. гидрокортизон
3. дексаметазон
4. ампициллин
5. гентамицин

16) Профилактика респираторного дистресс плода проводится в сроке беременности менее:

1. 34 нед
2. 37 нед
3. 36 нед
4. 35 нед
5. 38 нед

17) Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря:

1. до 400 мл
2. до 500 мл
3. до 600 мл
4. до 800 мл
5. до 1000мл

18) При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:

1. локальная болезненность
2. схваткообразные боли в крестце и пояснице
3. отеки нижних конечностей
4. отеки передней брюшной стенки
5. отеки верхних конечностей

19) Назовите стадию выкидыша , если женщина жалуется на схваткообразные боли , сильное кровотечение. Объективно - шейка укорочена, цервикальный канал пропускает 1п/п , матка по величине намного меньше срока беременности.

1. угрожающий выкидыш
2. аборт в ходу
3. неполный выкидыш
4. полный выкидыш
5. начинающийся выкидыш

20) Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента располагается

1. в теле матки
2. в нижнем сегменте матки
3. в области внутреннего зева
4. по задней стенке матки
5. в дне матки

21) Расположение плаценты следует считать физиологичным, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева:

1. на 11-12 см
2. на 9-10 см
3. на 6-7 см
4. на 5-6 см
5. на 4 - 5 см..

22) У беременной с длительно текущей гипертензией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты произведена срочная госпитализация в роддом. акушерская тактика :

1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. наложение акушерских щипцов

23) Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно :

1. тонус матки снижен
2. характер кровотечения непрерывный
3. сгустки рыхлые, легко растворимые
4. кровь не свертывается
5. кровь вытекает пульсирующей струей

24) При обнаружении дефекта плацентарной ткани обязательно следует выполнить:

1. наружный массаж матки
2. удаление матки
3. опорожнение мочевого пузыря
4. ручное обследование полости матки
5. введение утеротоников

25) Если Вы выбрали ручную компрессию брюшной аорты для остановки послеродового кровотечения, точка сдавления находится:

1. под пупком и слегка вправо
2. под пупком и слегка влево
3. над пупком и слегка вправо
4. над пупком и слегка влево
5. над пупком в центре

26) Признаками эклампсии являются:

1. гипертензия
2. альбуминурия и отеки
3. диарея
4. судороги и кома
5. головная боль

27) Для предупреждения припадка эклампсии применяют:

1. нейровегетативную блокаду
2. эуфиллин внутривенно
3. нифедипин под язык
4. сульфат магния внутривенно
5. фраксипарин подкожно

28) Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии тяжелой степени:

1. сульфат магния

2. клофелин
3. дибазол и папаверин
4. пентамин
5. но – шпа

29) Антигипертензивные препараты должны быть введены для снижения артериального давления при тяжёлой преэклампсии, если диагностируется диастолическое артериальное давление:

1. 90 мм рт ст и выше
2. между 100 и 110 мм рт ст
3. 100 мм рт ст и выше
4. 110 мм рт ст и выше
5. 80 мм рт ст и выше

30) Целью гипотензивной терапии при тяжёлой преэклампсии или эклампсии является поддержка диастолического А/Д:

1. на нормальных цифрах
2. ниже 80 мм рт ст
3. между 80мм рт ст и 90 мм рт ст
4. между 90 мм рт ст и 100 мм рт ст
5. всегда при гипертензии

31) Какой характер имеет коагулопатическое кровотечение?

1. вытекает жидкая кровь, не образуя сгустков.
2. обильное артериальное кровотечение алой струей.
3. при каждой схватке выделяется порция крови со сгустками.
4. изливаются околоплодные воды окрашенные кровью.
5. обильное артериальное кровотечение со сгустками.

32) Диагностика клинически узкого таза возможна:

1. при начале регулярной родовой деятельности
2. в конце беременности
3. в первом периоде родов
4. при полном открытии шейки матки
5. при изменении сердцебиения плода

33) Простым плоским называется таз, у которого уменьшены:

1. все поперечные размеры
2. все прямые размеры всех плоскостей
3. прямой размер плоскости входа
4. все размеры таза
5. размеры и выхода малого таза

34) Плоскоракхитическим называется таз, у которого уменьшены:

1. все поперечные размеры
2. все прямые размеры
3. прямой размер плоскости входа
4. все размеры всех плоскостей малого таза
5. прямой размер плоскости выхода

35) При какой форме сужения таза в родах часто возникает высокое прямое стояние стреловидного шва?

1. общервномерносуженный таз
2. простой плоский таз
3. плоско - рахитический таз
4. поперечно-суженный таз
5. косо - смещенный таз

36) При какой форме сужения таза часто возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва?

1. общервномерносуженный таз
2. простой плоский таз
3. плоско - рахитический таз
4. поперечно-суженный таз
5. косо - смещенный таз

37) О чем свидетельствует положительный признак Вастена?

1. о начале периода изгнания
2. о полном раскрытии маточного зева
3. о несоответствии между головкой и тазом
4. об угрозе разрыва матки
5. о риске отхождения околоплодных вод

38) Укорочение всех наружных размеров таза характерно для:

1. простого плоского таза
2. поперечносуженного таза
3. плоскоррахитического таза
4. общеравномерносуженного таза
5. косо - смещенного таза

39) Синклитическое вставление головки — это расположение

1. малого родничка на одинаковом расстоянии от лона до мыса
2. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса
3. большого родничка по оси таза
4. стреловидного шва в прямом размере таза
5. над входом в малый таз

40) При тазовых предлежаниях сердцебиение выслушивается:

1. ниже пупка
2. выше лона
3. выше пупка
4. на уровне пупка
5. справа от пупка

41) При чисто ягодичном предлежании применяют:

1. метод Цовьянова
2. классическое ручное пособие
3. извлечение за тазовый конец
4. поворот плода
5. акушерские щипцы

42) Пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании способствует:

1. освобождению плечевого пояса
2. переводу ножного предлежания в смешанное ягодичное
3. освобождению головки плода
4. сохранению нормального членорасположения плода
5. быстрейшему завершению родов

43) Первый момент биомеханизма родов при тазовом предлежании - это:

1. внутренний поворот ягодиц
2. опускание ягодиц
3. сгибание головки
4. внутренний поворот плечиков
5. поясничное сгибание

44) К ведению родов по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании приступают:

1. при полном раскрытии маточного зева
2. при ягодицах, находящихся в полости малого таза
3. при прорезывании ягодиц
4. при рождении плода до пупочного кольца
5. при появлении потуг

45) Позицию плода при поперечном положении определяют по:

1. спинке плода
2. головке плода
3. расположению мелких частей
4. расположению ягодиц
5. по локализации сердцебиения плода

46) При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:

1. ведение родов через естественные родовые пути
2. кесарево сечение в плановом порядке
3. кесарево сечение с началом родовой деятельности
4. кесарево сечение после отхождения околоплодных вод
5. роды извлечением плода за тазовый конец

47) При запущенном поперечном положении и мертвом плоде показано:

1. кесарево сечение
2. классический поворот плода на ножку
3. извлечение плода за тазовый конец
4. плодоразрушающая операция
5. наружный поворот плода

48) Какое положение плода считается поперечным?

1. ось плода совпадает с осью (длинником) матки, головка плода в дне
2. ось плода совпадает с осью матки, головка над входом в малый таз
3. длинник плода пересекает ось матки под прямым углом
4. длинник плода совпадает с осью матки, но имеется задний вид
5. длинник плода пересекает ось матки под острым углом

49) Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

1. спинки плода
2. головки плода

3. мелких частей
4. тазового конца
5. ножек плода

50) Крупным плодом принято называть плод, масса которого составляет:

1. 4000—5000 г
2. 3500 – 4000 г
3. 3000-3800г
4. 2500-3500 г
5. свыше 3750 г

51) Профилактика резус-изоиммунизации во время беременности проводится в сроке гестации:

1. 20 нед
2. 22 нед
3. 24 нед
4. 26 нед
5. 28 нед

52) Профилактику резус-изоиммунизации после родоразрешения проводят в течении:

1. 72 часов после родов
2. 6 дней после родов
3. 10 дней после родов
4. 20 дней после родов
5. 42 дня после родов

53) В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной:

- 100-160 в минуту;
- 120–160 в минуту;
- 110–150 в минуту;
- 100–180 в минуту;
- более 200 в минуту.

54) В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является:

- малый родничок;
- между большим и малым родничками;
- большой родничок;
- теменная кость;
- середина лобного шва.

55) В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации являются:

- надпереносица;
- затылочный бугор;
- верхняя челюсть;
- малый родничок;
- лобный шов.

56) Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей:

малому косому размеру;
среднему косому размеру;
большому косому размеру;
вертикальному размеру;
прямому размеру.

57) В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является:

середина лобного шва;
надбровье;
корень носа;
большой родничок;
малый родничок.

58) При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят:

путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода;
с помощью атипичных акушерских щипцов;
путем кесарева сечения;
вакуумэкстракции плода;
с применением родостимуляции.

59) При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером?

при переднем виде затылочного предлежания;
при заднем виде затылочного предлежания;
при переднеголовном вставлении;
при лобном предлежании;
при лицевом предлежании.

60) При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером?

задний вид затылочного предлежания;
переднеголовное предлежание;
лобное предлежание;
при переднеголовном вставлении;
лицевое предлежание.

61) В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является:

подъязычная кость;
подбородок;
переносица;
нижняя челюсть;
верхняя челюсть.

62) В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации является:

подъязычная кость;
верхняя челюсть;
подзатылочная ямка;
лобная кость;
надбровные дуги.

63) К основным факторам рождения крупного плода следует отнести:

сахарный диабет;
поздний гестоз;
артериальную гипотонию;
резус-сенсibilизацию;
поздний возраст беременной.

64) Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести:

родовозбуждение;
сохраняющую терапию
раннюю амниотомию;
токолиз;
кесарево сечение.

65) При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона проникают вглубь стенки матки:

в спонгиозный слой слизистой оболочки;
в компактный слой слизистой оболочки;
в базальный слой слизистой оболочки;
в слизистый и мышечный слой матки;
в мышечный слой матки.

66) Для истинного приращения плаценты характерно врастание ворсин хориона:

в базальный слой слизистой оболочки;
в слизистый и мышечный слой матки;
в мышечный слой матки.
в компактный слой слизистой оболочки;
в спонгиозный слой слизистой оболочки.

68) При истинном приращении нормально расположенной плаценты показано:

ручное отделение плаценты;
выскабливание послеродовой матки;
тампонада матки тампоном с фибриногеном;
тампонада матки катетером Фоллея;
надвлагалищная ампутация матки.

69) При частичном плотном прикреплении плаценты показано:

выскабливание послеродовой матки;
одномоментное внутривенное введение окситоцина;
внутривенное введение метилэргометрина;
ручное отделение плаценты;
операция кесарева сечения.

70) Преобладание в анализе мочи по Нечипоренко лейкоцитов наиболее характерно:

для эклампсии;
для гепатоза;
для пиелонефрита;
для гломерулонефрита;
для почечно-каменной болезни.

71) Проводной точкой на головке плода при заднем виде затылочного предлежания является в полости таза:

переносица;
большой родничок;
малый родничок;
расстояние между родничками;
надбровные дуги.

72) Вторым моментом биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания является:

умеренное сгибание головки;
умеренное разгибание головки;
максимальное сгибание головки;
внутренний поворот головки затылком кзади;
внутренний поворот головки затылком кпереди.

73) Высокий риск развития инфекционных осложнений возможен при безводном периоде:

4 ч;
10 ч;
6 ч;
2 ч;
12 ч.

74) При плоском плодном пузыре с целью профилактики слабости родовых сил в первом периоде родов производят:

наложение акушерских щипцов;
введение утеротоников;
введение спазмолитиков;
амниотомию;
эпизиотомию.

75) При отсутствии признаков отделения плаценты через 30 минут после рождения плода выполняют:

наложение швов по Линчу;
приемы выделения последа;
кюретаж послеродовой матки;
ручное отделение последа;
ампутацию матки.

76) С помощью третьего приема Леопольда-Левицкого определяется:

членорасположение плода;
позиция плода;
положение плода;
предлежащая часть плода;
высота стояния дна матки.

77) При несоответствии размеров таза матери и головки живого плода показано:

применение родостимулирующей терапии;
применение вакуумэкстракции плода;
применение акушерских щипцов;
родоразрешение операцией кесарева сечения;
родоразрешение плодоразрушающей операцией.

78) К вероятному признаку при диагностике беременности относят

изменение настроения
изменение обоняния
выслушивание сердцебиения плода
признак Горвиц- Гегара
признак Креде-Лазаревича

79) Эффективность родовой деятельности оценивается

по частоте и продолжительности схваток
по длительности родов
по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
по состоянию плода
по времени излития околоплодных вод

80) Во время потуг характерно

уменьшение внутрибрюшного давления
расслабление мышц брюшного пресса
повышение внутрибрюшного давления
расслабление мышц тазового дна
напряжение мышц тазового дна

81) После операции ручного обследования полости матки рекомендуется назначать

антибиотики и сокращающие средства
ненаркотические анальгетики
гипотензивные и мочегонные средства
токолитические и спазмолитические средства

наркотические анальгетики

82) Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате способствует

кормлению ребенка по требованию
кормление ребенка по графику
ухудшению процесса адаптации новорожденного
осложнению работы медицинского персонала
возникновению гнойно-септической инфекции

83) Для профилактики эндемического зоба целесообразно йодировать

сахар, конфеты
крупы, макароны
творог, молоко
хлеб, поваренную соль
растительное масло, маргарин

84) Профилактикой гестационного пиелонефрита является раннее выявление

лейкоцитоза
явных отеков
анемии
бактериурии
скрытых отеков

85) Антидотом при передозировке магния сульфата является

натрия тиосульфат
кальция глюконат
препараты железа
антигистаминные препараты
увлажненный кислород

86) Осложнения преэклампсии , при которой наблюдается гемолиз эритроцитов, повышение активности ферментов печени, снижение количества тромбоцитов является

жировой гепатоз
HELLP-синдром
преэклампсия
ДВС-синдром
эклампсия

87) Резус-конфликт между матерью и плодом возникает, если кровь

матери — резус-отрицательная, а плода — резус-положительная
матери — резус-положительная, а плода — резус-отрицательная
матери и плода — резус-отрицательная
матери и плода — резус-положительная
матери и отца — резус-отрицательная

88) Большое количество лейкоцитов в моче следует определить как

протеинурию
глюкозурию
полиурию
гематурию
пиурию

89) Настораживающим симптомом у беременной с преэклампсией является

сонливость
усталость
чувство голода
походка беременной
шум в ушах

90) Беременным женщинам проводится иммунопрофилактика при наличии

гепатита
столбняка
Rh-конфликта
дифтерии
полиомиелита

91. В какое время после физиологических родов наиболее целесообразно приложить ребенка к груди?

непосредственно после родов;
в первые 2 ч после родов;
через 12 ч после родов;
через 30 минут после родов;
5. сразу после начала лактации.

92. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возможна:

в прелиминарном периоде;
в первом периоде родов;
во втором периоде родов;
в третьем периоде родов;
не зависимо от стадии родов

93. Состояние внутриутробной гипоксии плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от:

площади отслоившейся части плаценты;
скорости отслойки плаценты;
морфофункционального состояния плаценты;
сроков гестации, «доношенности» плода;
общего объема кровопотери.

94. Индекс Соловьёва составляет:

10-14см.

12-16см.
14-17см.
15-17см.
16-18см.

95. Припадок эклампсии может развиваться:

только во время родов;
только во время беременности;
только в раннем послеродовом периоде;
только в позднем послеродовом периоде;
не зависит от срока беременности и родов.

96. При какой степени тяжести раннего токсикоза беременных возможно амбулаторное лечение:

при легкой;
при средней;
при тяжелой;
в любом случае;
при угрозе выкидыша.

97. Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют

ультразвуковое исследование;
рентгенологическое исследование;
радиоизотопную сцинтиграфию;
компьютерную томографию;
магниторезонансную томографию.

98. Причины разрыва матки во время беременности:

несостоятельный рубец на матке
клинически узкий таз
анатомически узкий таз
крупный плод
аномалия строения матки

99. Для общеравномерносуженного таза характерно:

одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
уменьшение только прямого размера входа в малый таз
уменьшение всех прямых размеров малого таза
уменьшение только поперечного размера входа в малый таз
уменьшение всех поперечных размеров малого таза

100) Фактором риска развития острого послеродового мастита является

крупный плод
низкий вес плода
лактостаз и трещины сосков
асимметрия молочных желез

разрыв промежности

101) Сильные и длительные с короткими интервалами схватки характерны для

дистоции шейки матки
чрезмерной родовой деятельности
дискоординированной родовой деятельности
патологического прелиминарного периода
слабости родовой деятельности

102) Биомеханизмом родов называется

метод извлечения плода
врезывание головки плода
поворот плода «на ножку»
совокупность движений плода
внутренний поворот головки

103) При первичном выявлении повышения уровня глюкозы в крови беременной показано

определение креатинина
определение АЛТ и АСТ
тест на толерантность к глюкозе
определение глюкозы в моче
определение общего белка в моче

104) Наиболее серьезным осложнением в родах при тазовом предлежании плода является

предлежание ножек плода
выпадение ножки плода
выпадение петель пуповины
несвоевременное излитие околоплодных вод
слабость родовой деятельности

105) Пиурия и бактериурия является у беременной признаком

сахарного диабета
раннего гестоза
позднего гестоза
пиелонефрита
преэклампсии

106) Назначение приема фолиевой кислоты при нормальной беременности

400-800 мкг в день перорально;
100-200 мкг в день перорально;
800-1000 мкг в день перорально;
200-400 мкг в день перорально.

107) Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается

до 35 недель беременности;
до 11-12 недель беременности;
до 5-7 недель беременности;
до 16 недель беременности;
до 20 недель беременности.

108) Что является причиной материнской смерти при эклампсии:

остановка сердца во время судорог
кровоизлияния в печень
отек легких
кровоизлияния в мозг и кома
острая почечная недостаточность

109) Укажите, с чем необходимо дифференцировать гестоз беременных?

с крупозной пневмонией.
инфарктом миокарда.
с гипертонической болезнью.
с пиелонефритом.
сердечной недостаточностью.

110) Какой период родов тяжелее переносится женщинами с сердечно-сосудистой патологией?

I период родов.
II период родов.
III период родов.
ранний послеродовый период.
послеродовый период в первые две недели.

111) К развитию фетоплацентарной недостаточности чаще всего приводит:

гестоз.
заболевания почек.
гипертоническая болезнь.
анемия беременных.
ожирение.

112) Анемия беременных обусловлена:

дефицитом железа.
резус-отрицательной кровью.
кровопотерей.
спленоmegалией.
недостатком белка.

113) В каком сроке беременности развивается истинная анемия беременных?

до 12 нед.
в 12-16 нед.
в 16-20 нед.

после 20 нед.
после 35 нед.

114) При какой патологии в родах чаще всего развивается острая гипоксия плода?

тазовое предлежание.
преждевременное излитие вод.
слабость родовой деятельности.
преждевременная отслойка плаценты.
плацентарная недостаточность.

115) Укажите признаки угрожающего прерывания беременности, определяемые при УЗИ?

изменение двигательной активности плода.
изменение сердечной деятельности.
повышение тонуса миометрия.
изменения в хорионе или плаценте.
изменение количества околоплодных вод.

116) Что из гемодинамических нарушений является главным фактором, ведущим к септическому шоку?

потеря интерстициальной жидкости
высокая фибринолитическая активность
внутрисосудистое свертывание крови
генерализованная вазоконстрикция
расширение капилляров

117) Основные причины развития недостаточности кровообращения у беременных женщин:

приобретенные пороки сердца
хронические заболевания печени
хронические заболевания легких
анемия беременной
хронические заболевания почек

118) Менструальная функция при лактации после родов характеризуется:

Гиперполименореей
Гиперпролактинемией
Гиперэстрогенемией
Гиперпрогестеронемией
Гиперандрогенемией

119) К какому из способов родовозбуждения целесообразно прибегнуть при доношенной беременности и зрелой шейке матки?

Амниотомия
Внутривенное введение окситоцина
Введение простагландинов в шейку матки
Стимуляция сосков

Раскрытие шейки расширителями Гегара

120) Методы подготовки к родам при незрелой шейке матки?

Амниотомия

Введение простагландинов

Раскрытие шейки расширителями Гегара

Введение окситоцина внутривенно

Введение окситоцина в шейку матки

121) Ранний послеродовый период продолжается

До 6 часов

До 12 часов

До 24 часов

До 36 часов

До 48 часов

122) Основное показание к наложению акушерских щипцов со стороны плода:

Острая гипоксия плода

Уродства плода

Мертвый плод

Тазовое предлежание плода

Тазовое предлежание плода

123) Какие сроки беременности являются оптимальными для планового наложения кругового шва на шейку матки при ИЦН?

7-10 недю

11-16 нед.

14-20 нед.

17-23 нед.

24-27 нед.

124) Преждевременное излитие околоплодных вод - это:

излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности

излитие околоплодных вод с началом родовой деятельности

излитие околоплодных вод при раскрытии шейки матки на 4 см.

излитие околоплодных вод при раскрытии шейки матки на 6 см.

излитие околоплодных вод при полном раскрытии шейки матки.

125) Что из нижеперечисленного не увеличивает риск Rh-сенсibilизации при беременности?

способ родоразрешения.

увеличение проницаемости плаценты

ручное отделение последа

преэклампсия, эклампсия

переливание крови

126) Назовите основную причину, приводящую к органической истмико-цервикальной недостаточности:

Искусственный аборт

Изосерологическая несовместимость матери и плода

Токсикозы 1 половины беременности

Эрозия шейки матки

Полип цервикального канала

127) Лечебная тактика при угрозе разрыва матки:

Дальнейшая стимуляция родовой деятельности.

Лечебный акушерский наркоз.

Срочное чревосечение.

Наблюдение, сердечные средства, оксигенотерапия.

Наложение акушерских щипцов.

128) Резервные возможности сердца беременных лучше оценивать:

По способности переносить нагрузки.

По ЭКГ.

По ФКГ.

Эхокардиографии.

Электрокардиографии.

129) Плановая госпитализация беременной с пороком сердца в 28-30 нед показана:

Только при появлении признаков недостаточности кровообращения.

Только при митральном стенозе.

Только при комбинированном пороке сердца.

Только при изолированном пороке сердца.

Всем беременным с пороком сердца.

130) Нормализации заживления раны в послеоперационном периоде при сахарном диабете способствуют:

Антибиотики

Протеолитические ферменты

Сосудорасширяющие препараты

Иммунокорректирующие препараты

Рациональная инсулинотерапия

Блок В

В.0 Варианты заданий на выполнение РГЗ, РПР приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе

В.1 Типовые задачи:

Задача №1. Повторнобеременная 30 лет, поступила по направлению по поводу гестоза в сроке беременности 32—33 недели. Страдает нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу. АД 140/80 и 115/85 мм рт ст. Отеки голеней и передней брюшной стенки. Об. анализ крови: ЭР $5 \times 10^{12}/л$, НВ 130 г/л, ЦП 0,9, Нт 42%, ТЦ $145 \times 10^9/л$. В об. ан. мочи протеинурия 0,1 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №2. Роженица 30 лет, поступила в роддом по поводу начавшейся родовой деятельности. Роды в срок. АД 140/90 и 130/80 мм рт.ст. Схватки регулярные, средней силы. Отеки голеней. Открытие шейки матки 3 см. В общем анализе мочи протеинурия 0.033 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №3. Роженица 22 лет, доставлена бригадой скорой помощи из дома с жалобами на головную боль, тошноту, мелькание "мушек" перед глазами. АД 180/100 мм рт.ст. Моча по катетеру мутная. При осмотре появились мелкие судорожные подергивания мышц лица, конечностей.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №4. Беременная Н, 29 лет, поступила в 34-35 недель гестации по направлению. Данная беременность первая. Состоит на учете с 10 недель беременности. С 29 недель отмечает повышение АД до 130/90 - 140/90 мм рт.ст. Из сопутствующей патологии - хронический пиелонефрит с ремиссией в течение 5 лет. При поступлении активных жалоб не предъявляет. АД 150/100 мм рт.ст. на обеих руках. Матка в нормальном тонусе, ВДМ 34 см, ОЖ 94 см. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, слева от пупка. Отеки голеней, бедер. Белок мочи - 0,9 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №5. В женскую консультацию обратилась первобеременная 28 лет с жалобами на слабое шевеление плода в течение 2-х дней. Срок беременности 36 недель. Дно матки между пупком и мечевидным отростком (30см над лоном), сердцебиение плода глухое, ритмичное. АД - 155/95 мм. рт. ст. Цифры АД при взятии на учет (11 недель) - 140/90 мм. рт. ст. Повышение АД отмечает с 25 лет по поводу чего не обследовалась.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №6. В акушерскую клинику доставлена первородящая женщина с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 160/100 и 170/110 мм Hg. Пульс 88 в мин. Матка соответствует 35 неделям беременности, сердцебиение плода 140 ударов в мин. Отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Готовность родовых путей оценена в 10 баллов.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №7. Беременная 29 лет, доставлена в акушерскую клинику машиной «скорой помощи» с жалобами на интенсивные боли в мезогастрии в течение часа. На диспансерном учете по беременности не состоит. Данная беременность II. I завершилась самопроизвольным выкидышем в 6 недель. Из сопутствующей патологии отмечает повышение артериального давления до 140/100 мм Hg в течение 8 лет. Не лечилась. Дату начала последней менструации назвать затрудняется. При поступлении: артериальное давление 150/100 мм Hg на обеих руках. Матка соответствует 33 неделям беременности, болезненна при осмотре в правых отделах, в гипертонусе. Сердцебиение плода 90 уд/мин. Отеки голеней. Готовность родовых путей 12 баллов. Общий анализ мочи: р 1015, лейкоциты 2-4 п/зр, эритроциты 2-3 п/зр, белок 1 г/л., эпителий +.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №8. В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, по поводу повышенного артериального давления, патологической прибавки массы тела. Жалоб не предъявляет. Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 3 года

назад; 2-я беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 7-8 недель, без осложнений. 3-я беременность, настоящая, протекала без осложнений. В течение последних двух недель отмечалась патологическая прибавка массы тела. Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД=140/90, 145/95 мм рт.ст. PS=78 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. мин. Отмечаются отеки нижних конечностей. Белок в моче - 0,033 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №9. В родильный дом доставлена машиной "скорой помощи" первобеременная 24 года. Беременность недоношенная 35 недель. В течение 2 часов отмечает, боли в эпигастральной области, тошноту, головную боль. При осмотре наблюдаются фибриллярные подергивания мимических мышц, АД 160/110 мм рт. ст. Пастозность лица и поясничной области. При влагалищном исследовании обнаружена "незрелая" шейка матки, головное предлежание.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №10. В родильный дом поступила первобеременная 20 лет со сроком беременности 38 нед. Отмечает прибавку в весе 2 кг за последние 2 недели, отмечаются отеки верхних и нижних конечностей, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. При обследовании обнаружено: в анализе мочи содержание белка 0,99 г/л. После 4 часов наблюдения АД остаётся повышенным 150/95. Частота сердечных сокращений плода 145 уд/мин. При влагалищном исследовании обнаружена "зрелая" шейка матки, головное предлежание.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №11. В родильный дом поступила повторнобеременная 26 лет со сроком беременности 28 недель. Отмечает повышение АД до 140/90 мм рт.ст. в течении недели. При обследовании обнаружено: в анализе мочи содержание белка abs. После 4 часов наблюдения АД остаётся повышенным 140/90. В анамнезе имеется отягощенный наследственный фон- у матери гипертоническая болезнь, пациентка указывает, что после первых родов неоднократно стала отмечать транзиторное повышение АД.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №12. В родильный дом доставлена машиной "скорой помощи" первобеременная 27 лет. Беременность доношенная 40 недель. В течение 3 часов отмечает заложенность носа, мелькание «мушек» перед глазами, головную боль, тошноту. При осмотре отмечается повышение АД 160/110 мм рт. ст., пастозность лица и поясничной области. В анализе мочи содержание белка 2г/л. Отмечается отставание в развитии плода, внутриутробная гипоксия плода. При влагалищном исследовании обнаружена "незрелая" шейка матки, ягодичное предлежание.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №13. На улице у беременной произошел приступ клонико-тонических судорог.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №14. В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней-головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи-большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное

исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №15. В родильный дом доставлена роженица, срок беременности 38-39 нед., с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 ч. тому назад. При поступлении: жалобы на головную боль, боли в подложечной области и пелену перед глазами. При осмотре отмечается пастозность лица, нижние конечности отечны. Температура 37*С. Пульс- 84 уд. в мин., ритмичный, напряженный. АД- 185/110 мм. рт. ст. Вскоре после поступления начались потуги. Таз: 24-27-30-18.5 см. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 уд. В мин., ритмичное. Потуги по 30-35 сек., через 3-4 мин. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок, сопровождающийся судорогами и потерей сознания. Данные влагалищного исследования: открытие зева полное, плодный пузырь цел, головка в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №16. Первородящая 29 лет, поступила в родильный дом с хорошими схватками по 35-40 сек., через 3-5 мин. При осмотре: незначительные отеки голеней и брюшной стенки. АД- 135/90 мм. рт. ст. Таз: 25-28-31-20 см. Окружность живота- 112 см. Положение плода продольное, с/б- 140 уд. в мин., приглушенное, слева, ниже пупка. Предлежащая часть четко не определяется. При поступлении отошли воды в обильном количестве. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, опустившаяся на дно малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок спереди. Через 8 мин. родился плод, массой 2580г, длиной 47см. После рождения первого плода, обнаружен второй плод в поперечном положении. Головка расположена слева. С/б плода на уровне пупка, 138 уд. в мин., ритмичное.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №17. Повторнобеременная 39 лет поступила по поводу острых болей в животе и незначительных кровянистых выделений из влагалища, возникших час назад. Беременность пятая. Предшествующие четверо родов протекали без осложнений. Последние роды были 5 лет назад. В последние две недели беременности отмечались отеки на ногах. АД- 170/100 мм. рт. ст. Белок в моче. Данные исследования: температура- 36*С, пульс- 100 уд. в мин. Матка неправильной формы, при ощупывании напряжена, болезненна. Положение плода из-за напряжения матки определить не удается. Сердечные тоны плода не выслушиваются, из влагалища- кровянистые выделения. Зев матки закрыт, через своды определяется головка. Больная бледная, беспокойная, мечется. Жалуется на головную боль, временами впадает в обморочное состояние. Пульс- 100 уд. в мин., мягкий, слабого наполнения.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №18. В роддом поступила женщина на третьи роды. У роженицы отмечаются отеки. АД - 180/100 мм рт ст. В анализе мочи – 2% белка. От начала родовой деятельности прошло 8 часов. Воды не отходили. Предлежит головка, находящаяся в широкой части полости малого таза. Открытие зева полное. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота и сильные распирающие боли внизу живота. Пульс- 100 уд. в мин., мягкий. Матка приняла асимметричную форму за счет выпячивания ее левого угла, пальпация матки болезненна. С/б плода глухое, 90 уд. в мин., аритмичное. Наружного кровотечения нет.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №19. Первородящая 25 лет, поступила в родильное отделение с регулярными схватками. В течение двух недель отмечаются отеки нижних конечностей. Родовая деятельность началась 6 часов тому назад, появилась головная боль. АД- 170/100- 160/90 мм.рт.ст. Беременность доношенная. Положение плода продольное. Головка малым сегментом во входе в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин., слева, ниже пупка. Схватки через 5-6 мин., по 35-40 сек., регулярные. Воды не изливались. 10 мин. назад возникли резкие боли внизу живота, матка стала асимметричной, болезненной при пальпации. В области правого угла матки определяется выпячивание, из половых органов появились кровянистые выделения. С/б плода стало приглушенным, 160 уд. в мин

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №20. Первородящая 23 лет поступила в родильное отделение. Беременность I, протекала без осложнений. Во время течения беременности чувствовала себя хорошо. В последнюю неделю появились отеки на ногах. За всю беременность прибавила в весе 14 кг. При осмотре: самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Срок беременности-36 нед. С/б плода- 140 уд. в мин., ясное, ритмичное. Имеются отеки голеней. АД- 160/90 мм. рт. ст. В моче- 1.65% белка

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №22 Многорожавшая. Два года назад перенесла кесарево сечение по поводу предлежания плаценты. Настоящая беременность доношенная. Окружность живота 100 см. Головка плода крупных размеров. Сердцебиение плода ясное. 12 часов назад отошли околоплодные воды. Полное открытие в течение нескольких часов. Родовая деятельность продолжала оставаться хорошей. В течение последнего времени роженица умоляла о помощи. На высоте одной из очередных потуг она внезапно успокоилась. Роженица бледная, покрыта холодным потом. Пульс 110 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Из половых путей появились кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается.

Что произошло? Какая нужна помощь?

Задача №23 Роженице 40 лет. В анамнезе 1 роды и 3 аборта. После последнего аборта болела воспалением матки. Роды продолжаются 17 часов. Воды отошли 7 часов назад. Сердцебиение плода 100-102 уд. в 1 мин. справа ниже пупка. Воды подтекают с примесью мекония.

Внутреннее исследование: Открытие шейки матки полное, головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди ниже большого.

Плод извлечен щипцами. Тотчас же после извлечения плода обильное струйное кровотечение. Послед выжат по методу Креде-Лазаревича. Плацента без дефектов. Матка хорошо сократилась, кровотечение продолжается.

Какая патология? Тактика?

Задача №24 Многорожавшая (7-е роды). Беременность доношенная. Размеры таза: 26-29-31-20. Окружность живота 102 см. Имеется диастаз прямых мышц живота. После отхождения околоплодных вод прошло 5 часов. Период изгнания продолжается 4 часа, в последний час потуги значительно ослабли. Сердцебиение плода глухое, аритмичное до 150 уд. в 1 мин.

Внутреннее исследование: головка плода в плоскости выхода из малого таза. Стеловидный шов в прямом размере.

Какая патология? Тактика?

Задача №25 Повторнородящая, 42 года. Роды 5-е срочные. Предыдущие 4 родов нормальные. Дети живы. Поступила в клинику в 14 часов. Матка расширена в поперечном направлении, бочкообразной формы. Дно матки на 4 см. выше пупка. Справа пальпируется баллотирующая головка, слева менее отчетливо тазовый конец. Над входом в малый таз предлежащей части нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное на уровне пупка. Схватки частые, энергичные. В 16 часов отошли околоплодные воды.

Внутреннее исследование: открытие шейки матки на 3-4 см. Края шейки матки толстоватые, плохо податливые. Предлежащей части нет.

Какая патология? Тактика?

Задача №26 В анамнезе 4 родов. Настоящие роды 5-е. Роды протекали при спокойном поведении роженицы в течение 10 часов. Несколько минут назад стала вести себя беспокойно, умоляет о помощи. Воды отошли 2 часа назад. Размеры таза: 25-28-31-20. Предлежащая часть не определяется. Живот напряжен. Контракционное кольцо располагается высоко. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин. Родовая деятельность бурная, интервалы между схватками короткие.

Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодный пузырь отсутствует. Плечико плода во входе в малый таз. Выделения слизистые с примесью вод.

Температура тела 36,9°.

Какая патология? Тактика?

Задача №27 Роды 5-е в срок. Схватки начались 12 часов назад. Родовая деятельность хорошая. Форма живота округлая. Окружность живота 107 см. Высота дна матки 29 см. над уровнем лонного сочленения. Сердцебиение плода 132 уд. в 1 мин. ясное, ритмичное, на уровне пупка. Размеры таза 25-28-31-20 см.

Внутреннее исследование: Шейка матки сглажена. Раскрытие полное. Плодный пузырь цел, слегка напряжен. Предлежащая часть не определяется.

Какая патология? Что необходимо предпринять?

Задача №28 Роды 6-е срочные. При поступлении температура тела у роженицы 36,6°. Размеры таза: 28-29-32-21 см. Окружность живота 101 см. Роды начались 5 часов назад. Родовая деятельность хорошая. На высоте схватки вскрылся плодный пузырь и при излитии вод выпала пульсирующая петля пуповины.

Влагалищное исследование: шейка матки почти сглажена, раскрытие зева 2-3 см. Предлежит головка которая легко отодвигается.

Какая патология? Тактика?

Задача №29 Роды первые, срочные. Дома было два припадков эклампсии. Роженица в коматозном состоянии. Родовая деятельность началась 8 часов назад. Припадки продолжаются. На ногах выраженные отеки. Моча при кипячении сворачивается как творог. А/Д 210/150 и 200/140 мм.рт.ст. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 120 уд. в 1 мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые. Открытие шейки матки на 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата к плоскости входа в малый таз. Емкость таза хорошая. Выделения слизистые.

Какая патология? Тактика?

Задача №30 Первородящая, 23 года. Поступила в акушерскую клинику с хорошими схватками. Со второй половины беременности появились отеки на голенях, которые постепенно распространились по всему телу. В течение последней недели появилась головная боль. Была рвота. При поступлении в моче белок 6‰, имеются гиалиновые

цилиндры. Артериальное давление 190/140. На приемном покое - судороги с потерей сознания, в родзале второй приступ судорог. Схватки частые, энергичные. При наружном исследовании: положение плода продольное, предлежит головка, фиксирована во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие 6 см., края шейки тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, при схватке напрягается. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, спереди. Мыс не достигается.

Какая патология?

Тактика?

Задача №31 Роды первые, срочные. Дома было два припадка эклампсии. Роженица в коматозном состоянии. Родовая деятельность началась 15 часов назад. Припадки продолжаются. На ногах выраженные отеки. Моча при кипячении сворачивается как творог. А/Д 210/150 и 200/140 мм.рт.ст. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 120 уд. в 1 мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки не определяется, открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы и ножки плода, тазовый конец прижат к плоскости входа в малый таз. Емкость таза хорошая. Выделения слизистые.

Какая патология?

Тактика?

Задача №32 У повторнородящей в роддоме внезапно возник приступ, начавшийся подергиванием мышц лица и плечевого пояса с последующим появлением тонических судорог всей скелетной мускулатуры, с полной остановкой дыхания и наконец, последующих клонических судорог, распространяющихся по телу сверху вниз. Из рта пенная слизь с примесью крови. Приступ продолжался 1,5 мин. Лицо цианотичное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 уд. в 1 мин.

Внутреннее исследование: шейки матки сглажена, открытие 3-4 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди, ниже большого.

Какая патология?

Тактика?

Задача №33В роддом доставлена первородящая с хорошей родовой деятельностью. Рост 164 см. Окружность живота 105 см. Размеры таза 25-28-31-20 см. Предлежит головка плода, большая, более мягкой консистенции. Сердцебиение плода до 120 уд. в 1 мин., глухое, аритмичное.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежащая головка не имеет обычной плотности, с большими швами и родничками. Головка прижата к плоскости входа в малый таз.

Какая патология?

Тактика?

Задача №34 Повторнородящая, 43 года. В анамнезе было 3 нормальных срочных родов. Настоящие роды продолжаются 48 часов. Воды отошли 16 часов назад. В начале были очень сильные схватки. Затем схватки стали более слабыми и короткими. Головка больших размеров, не вставляется. Температура тела 37,6о, пульс 90 уд. в 1 мин.

Влагалищное исследование: Шейка матки не определяется, открытие полное. Предлежит головка с широкими швами и родничками, при пальпации головки ощущение эластичности.

Какая патология?

Тактика?

Задача №35 Повторнородящая, 35 лет. Два года назад были нормальные, срочные роды. Страдает хроническим гломерулонефритом. Размеры таза: 25-28-31-21 см. Схватки энергичные. Головка плода во входе в малый таз малым сегментом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 120 уд. в 1 мин. Форма матки нормальная. Через 2 часа форма матки несколько изменилась, она стала более округлой. Состояние роженицы удовлет-

ворительное, пульс 90 уд. в 1 мин. Сердцебиение плода приглушено. Еще через 15 мин. состояние роженицы ухудшилось: появилась бледность лица, пульс 102 уд. в 1 мин. Матка стала напряженной и более округлой формы. Части плода не пальпируются.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 4-5 см. Плацентарная ткань не определяется. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Плодный пузырь цел. Умеренные кровянистые выделения.

В моче белок 0,4 г/л., гиалиновые и восковидные цилиндры.

Какая патология?

Тактика?

Задача №36 Роды первые, срочные. Роженица пониженного питания. Рост 150 см. Оволосение лобка скудное. Размеры таза: 24-27-28-18 см. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки 40 см. Предлежащая часть - головка, крупная, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин.

Влагалищное исследование: Влагалище узкое, шейка матки сглажена. Открытие зева на 2-3 см. Плодный пузырь цел. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 11 см.

Какая патология?

Тактика?

Задача №37 Беременность первая. Роды срочные, продолжаются более двух суток. Температура тела 38,5°. Выделения из родового канала гноевидные с примесью мекония. Размеры таза 27-27-29-17 см. Признак Вастена положительный. Размер Цангейстера 18 см.

Влагалищное исследование: Шейка матки не определяется, открытие полное. Предлежащая головка прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов у лонного сочленения. Изогнутым пальцем достигается ушко плода. Мыс достигим. Диагональная конъюгата 10 см.

Какая патология?

Тактика?

Задача №38 Первородящая, 30 лет. Срочные роды, размеры таза нормальные. Предлежит головка, первая позиция, передний вид. Первый и второй периоды продолжались 25 часов. Плод весом 4100 гр, длиной 56 см. Окружность головки 36 см. Сразу после рождения плода значительные кровянистые выделения из родового канала. Через 15 минут родился послед со всеми дольками и оболочками. Всед за отхождением последа достаточно обильное кровотечение алой кровью. Матка хорошо сократилась, плотная.

Какая патология?

Тактика?

Задача №39 Врачом из района доставлена повторнородящая женщина 44 лет в тяжелом состоянии. Час тому назад во время попытки к классическому повороту плода на ножку роженица потеряла сознание. Кожа и видимые слизистые резко бледные. Пульс малый, частый 140 уд. в 1 мин. Через переднюю брюшную стенку отчетливо определяются части плода. Отдельно пальпируется сократившаяся матка. Сердцебиения плода не прослушивается. Из половой щели свисает ручка плода. Имеются умеренные кровянистые выделения.

Какая патология?

Тактика?

Задача №40 Первородящая, 30 лет. Роды в срок, продолжаются 30 часов. Воды отошли 17 часов назад. Схватки очень сильные с короткими интервалами. Головка плода фиксирована в плоскости входа в малый таз. Признак Вастена положительный. Контракционное кольцо на уровне пупка. Сердцебиение плода не прослушивается. Размеры таза: 23-26-29-17 см. Роженица возбуждена, жалуется на сильные боли внизу живота, умоляет о помощи. Вскоре роженица вскрикнула, затем успокоилась, появилась резкая бледность, холодный пот. Родовая деятельность прекратилась.

Какая патология?

Тактика?

Задача №41 Повторнородящая, 37 лет. Первые роды были два года назад. Плод был крупный. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Настоящие роды продолжаются 22 часа. Воды отошли 10 часов назад.

Внутреннее исследование: Открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа и сзади, большой родничок слева и спереди, несколько ниже малого.

Плод извлечен щипцами. Разрыв промежности 2 степени. Имеется обильное кровотечение. Проведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Матка сократилась хорошо, но кровотечение продолжается достаточно сильной струей.

Какая патология?

Тактика?

Задача №42 Повторнородящая, 46 лет, доставлена в клинику из района. В консультации определяли поперечное положение плода. Воды отошли 12 часов назад. Видна выпавшая из половой щели ручка плода. Схватки очень сильные, следуют одна за одной. Роженица очень беспокойна, жалуется на сильные боли в животе, хватается руками за живот. Пульс 110 уд. в 1 мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 38,2о. Контракционное кольцо на 3 см. выше пупка.

Какая патология?

Тактика?

Задача №43 Повторнородящая, 34 года. Беременность 4-я. В анамнезе одни роды и два аборта. После последнего аборта болела воспалением матки. На 9-ом месяце настоящей беременности появились кровянистые выделения из половых путей. После пребывания в постели в течение нескольких дней кровотечение прекратилось. Такое же кровотечение было на 10-ом лунном месяце. Наконец, несколько дней назад появились достаточно обильные кровяные выделения из половых путей. Беременная бледна, пульс 98 уд. в 1 мин. Жалобы на общую слабость и головокружение. Схваток нет.

Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 2 см., цервикальный канал проходим за область внутреннего зева для 1,5-2 см. За внутренним зевом прощупывается рыхлая ткань.

Какая патология?

Тактика?

Задача №44 Роды срочные, третьи. В анамнезе 5 искусственных аборт. За 6 дней до поступления в клинику было небольшое кровотечение. С началом схваток обильное кровотечение. Головка плода над входом в малый таз, подвижная. Размеры таза: 25-27-30-19 см.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие 5-5,5 см. Плодный пузырь цел. У края зева определяется небольшой участок рыхлой ткани, на остальном протяжении гладкие оболочки. Во время схваток плодный пузырь выпячивается и кровотечение усиливается.

Какая патология?

Тактика?

Задача №45 Роды первые, срочные. Родовая деятельность хорошая в течение 22 часов. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Предлежащая головка вставлена в плоскость входа в малый таз малым сегментом.

Влагалищное исследование: Открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел, напряжен, оболочки представляются очень плотными. При появившихся потугах роженица жалуется на боли в области дна матки.

Какая патология?

Тактика?

Задача №46 Многорожавшая. Настоящие роды 5-е. Родовая деятельность хорошая в течение 12 часов. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Окружность живота 105 см. Предлежащая часть над входом не определяется, но при потугах из половой щели показывается небольшая головка плода. Одновременно справа на уровне пупка определяется другая головка плода. Сердцебиение плода прослушивается слева ниже пупка 140 уд. в 1 мин. ясное, ритмичное.

Как нужно поступить после рождения первого плода?

Задача №47 Доставлена из района врачом повторнородящая 44 лет в тяжелом состоянии. Час назад во время попытки ручного классического поворота плода на ножку роженица потеряла сознание. Кожа и видимые слизистые резко бледны. Пульс малый, частый 140 уд. в 1 мин. Через переднюю брюшную стенку определяются части плода. Отдельно пальпируется сократившаяся матка. Сердцебиение плода не прослушивается. Из половой щели видна выпавшая ручка плода. Умеренные кровянистые выделения из влагалища.

Какая патология?

Тактика?

Задача №48 Зоженица поступила в акушерскую клинику 3 апреля в 12 часов. Повторнородящая 40 лет. Роды 5-е срочные. Предыдущие 4-ро родов были нормальными. Размеры таза в пределах нормы. Окружность живота 110 см. При наружном исследовании над входом в малый таз определяется головка плода небольших размеров. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка и несколько реже на уровне пупка. Воды отошли в 17 часов. В 18 часов родился плод весом 2400 гр. После рождения первого плода в матке определяется второй плод. Матка вытянута в поперечном направлении. Справа пальпируется головка плода, слева мелкие части. Над входом в малый таз предлежащей части нет. Сердцебиение плода ясное на уровне пупка.

Какая патология?

Тактика?

Задача №49 Роженице 29 лет. Роды вторые, срочные. Первая беременность закончилась 2 года назад кесаревым сечением по поводу полного предлежания плаценты. Сердцебиение плода ясное, ритмичное слева ниже пупка. Головка большая, прижата ко входу в малый таз. Схватки энергичные через 4 - 5 минут. Размеры таза: 25-28-31-20. Внутреннее исследование: открытие зева почти полное, края шейки толстоватые, плодный пузырь цел. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого. Плодный пузырь вскрыт. После нескольких потуг роженица вскрикнула, побледнела. Родовая деятельность прекратилась. Конфигурация живота резко изменилась. Пульс 142 удара в 1 мин., почти не ощутим.

Какая патология?

Тактика?

Задача №50 Первородящая, 21 год. Роды в срок. Размеры таза: 25-26-28-17,5 см., диагональная конъюгата 10,5 см. Роды продолжаются 23 часа. Воды отошли 3,5 часа назад. Внутреннее исследование: открытие полное. Значительной величины родовая опухоль. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа ниже большого. Потуги заметно ослабли. Роженица устала.

Какая патология?

Тактика?

Задача №51 Роженице 25 лет. Поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. Роды первые, срочные. Женщина правильного телосложения. Окружность живота 92 см. Высота стояния дна матки 33 см. Живот имеет остроконечную форму. Размеры таза: 23-26-28-18 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд. в 1 мин.

Влагалищное исследование: Влагалище не рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие 2,5-3 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Диагональная конъюгата 11,5 см. Деформаций костей таза нет.

Какая патология? Тактика?

Задача №52 Роды первые, срочные в 35 лет. В анамнезе 2 искусственных аборта. Рост 145 см. Размеры таза: 23-26-28-17 см. Окружность живота 98 см. Предлежат ягодичи. Сердцебиение ясное, ритмичное 132 уд. в 1 мин. справа выше пупка. Родовая деятельность хорошая, продолжается 20 часов.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки почти сглажена, раскрытие зева на 3,5-4 см. Края шейки в плотных рубцах. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодичи, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см.

Какая патология? Тактика?

Задача №53 В акушерскую клинику поступила роженица 21 год. Менструации с 17 лет, скудные. Были задержки менструаций. Беременность первая. Роды в срок. Схватки начались 23 часа назад. 11 часов назад отошли воды. При поступлении: роженица ниже среднего роста, правильного телосложения. Схватки редкие, слабые. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежит головка плода. Сердцебиение плода не прослушивается. Размеры таза: 23-26-29-17 см. Признак Вастена "вровень"

Влагалищное исследование: Открытие шейки матки на 5-6 см. Головка плода в верхней части полости малого таза, справа и сзади от головки определяется петля не пульсирующей пуповины.

Какая патология? Тактика?

Задача №54 Роды первые, срочные в 35 лет. В анамнезе 2 искусственных аборта. Рост 145 см. Размеры таза: 23-26-28-17 см. Окружность живота 98 см. Предлежат ягодичи. Сердцебиение ясное, ритмичное 132 уд. в 1 мин. справа выше пупка. Родовая деятельность хорошая, продолжается 20 часов.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки почти сглажена, раскрытие зева на 3,5-4 см. Края шейки в плотных рубцах. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодичи, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 10 см.

Какая патология? Тактика?

Задача №54 Первые роды, срочные. Поступила с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Воды отошли 3 часа назад. Размеры таза: 27-28-30-18 см. Окружность живота 98 см. Сердцебиение плода замедленное до 110 уд. в 1 мин., глухое.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена. Раскрытие полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа, спереди ниже большого. Рядом с головкой определяется петля пульсирующей пуповины.

Чем обусловлено выпадение пуповины? Тактика?

Задача №55 Первые роды. Родовая деятельность хорошая в течение суток. Роженица хорошего телосложения, с сильно развитой мышечной системой. Оволосение по мужскому типу. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд. в 1 мин. При потугах из половой щели показывается головка плода.

Наружные размеры таза: 25-27-31-21 см. Размеры плоскости выхода из малого таза: поперечный - 9 см., прямой 7 см.

Какая патология? Тактика?

Задача №56 Повторнородящая, 36 лет. Первые роды нормальные. Во время вторых родов были наложены полостные акушерские щипцы. Настоящая беременность 3-я. Роды продолжаются 27 часов. Воды отошли 17 часов назад. Окружность живота 105 см. Размеры таза: 22-25-28-17,5 см. Головка большая, плотная, плотно фиксирована во входе в малый таз. Признак Вастена "положительный". Сердцебиение плода глухое, аритмичное, слева ниже пупка. Контракционное кольцо на 1,5 см ниже пупка.

Внутреннее исследование: открытие зева на 8 см., края шейки толстые, определяется большая родовая опухоль, достигающая своим нижним полюсом седалищной ости. Головка не отодвигается. Родничок не определяется из-за родовой опухоли. Выделения умеренные, кровянистые. Роженица беспокойна, испытывает страх, просит о помощи.

Какая патология? Тактика?

Задача №57 Повторнородящая, 30 лет поступила в роддом с беременностью 39-40 недель. Первая беременность два года назад закончилась мертворождением, была слабость родовой деятельности, вакуум-экстракция плода, интранатальная гибель плода. Данная беременность вторая.

Рост 162 см. Вес 72 кг. Размеры таза нормальные. Окружность живота 106 см. Высота дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин.

При влагалищном исследовании шейка матки не полностью созревшая.

Каков диагноз? План ведения родов?

Задача №58 Первобеременная, 26 лет. Поступила в роддом с доношенной беременностью и схватками, начавшимися 8 часов назад. Соматически здорова, Анамнез не отягощен. Масса тела 70 кг. Рост 166 см. Окружность живота 105 см. Высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 уд. в 1 мин. Схватки через 4-5 мин. слабой силы по 25-30 секунд.

Влагалищное исследование: Шейка матки почти сглажена, раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода, прижаты к плоскости входа в малый таз. Мыс не достигается. Костной патологии в тазу нет.

Каков диагноз? Тактика ведения родов?

Задача №59 Первобеременная, 24 года. Поступила на роды с доношенной беременностью. Анамнез не отягощен. Соматически здорова. Масса тела 59 кг. Рост 156 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Окружность живота 91 см., высота дна матки 34 см. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежит головка, большим сегментом в плоскости входа в малый таз.

Через 8 часов от начала родовой деятельности наступило полное раскрытие шейки матки. Безводный период 3 часа. При влагалищном исследовании головка плода в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, спереди, ниже большого.

Через 2 часа сердцебиение плода после потуги становится редким, до 100-110 уд. в 1 мин., приглушенным. Данные влагалищного исследования без динамики.

Какая патология? Тактика?

Задача №60 Роженица 25 лет со вторыми срочными родами. Регулярная родовая деятельность в течение 8 часов. Воды отошли 2 часа назад. Размеры таза: 25-28-31-18,5 см. Индекс Соловьева 16 см. Окружность живота 96 см., высота дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка. Схватки через 2-3 мин. по 45-50 сек. сильные, болезненные, переходят в потуги. В паузах между схватками матка расслабляется.

Роженица ведет себя беспокойно, жалуется на боли внизу живота. Пульс 94 уд. в 1 мин., А/Д 130/80 мм.рт.ст. D=S.

Признак Вастена "положительный". Нижний сегмент матки перерастянут, болезнен. Сердцебиение плода 120-130 уд. в 1 мин., глухое.

Влагалищное исследование: раскрытие почти полное, плодного пузыря нет. Головка плода в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа у лона.

Какая патология?

Тактика?

Задача №61 Роженице 29 лет. Поступила с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Срок беременности 37 недель. Данная беременность 4-ая. Первая беременность закончилась операцией кесарева сечения 5 лет назад по поводу слабости родовой деятельности. Ребенок массой 3600 гр. жив. Следующие две беременности закончились искусственными абортами.

Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Пальпация области рубца на матке безболезненна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин. При влагалищном исследовании раскрытие 2 см.

В последующие 4 часа родовая деятельность слабая, схватки через 6-7 мин. по 15-20 секунд.

При влагалищном исследовании раскрытие 3 см.

Какая патология?

Тактика?

Задача №62 Повторнородящая, 27 лет. Роды вторые, срочные в чисто ягодичном предлежании. Первый период родов прошел без особенностей. Во втором периоде родов оказывалось пособие по Цовьянову. Туловище родилось до нижнего угла лопаток. Плечевой пояс самостоятельно не рождается.

Какая патология?

Тактика?

Задача №63 Роды вторые, срочные. В анамнезе перенесенный метроэндометрит. Первый и второй период родов прошли без особенностей. В третьем периоде родов признаков отделения плаценты нет в течение 40 минут. Кровяных выделений из родового канала нет. Состояние женщины удовлетворительное, без изменений. Форма матки не изменяется.

Какая патология?

Тактика?

Задача №64 Повторнородящая, 32 года. Роды третьи, срочные. В анамнезе 2 искусственных аборта. Первый, второй и третий периоды родов прошли без особенностей. При осмотре последа обнаружен дефект плацентарной ткани размерами 1,5 x 2 см. Кровотечения из родового канала нет. Матка хорошо сократилась.

Какая патология?

Тактика?

Задача №65 Роды первые, срочные у роженицы 25 лет. Первый и второй периоды родов прошли без особенностей.

Роженица находится в третьем периоде родов. Через 15 минут от начала третьего периода из родового канала началось кровотечение. Кровопотеря достигла 250 мл и продолжается.

Какова тактика врача в данном случае?

Задача №66 Роженице 27 лет. Роды вторые, срочные. В анамнезе один род и один искусственный аборт. Первый и второй периоды родов прошли без особенностей. В третьем периоде родов при отрицательных признаках отделения плаценты началось кровотечение из родового канала. Кровопотеря достигла 250 мл. и продолжается.

Какая патология?

Тактика?

Задача №67 У повторнородящей (роды вторые, срочные) первый и второй период родов осложнились слабостью родовой деятельности. Третий период родов прошел без осложнений. Плацента целая, оболочки все. После рождения последа из родового канала началось кровотечение. Матка на уровне пупка, мягкая. Выделилось 400 мл. крови со сгустками и кровотечение продолжается.
Какая патология? Тактика?

Задача №68 Первобеременная, 25 лет. Поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение последних 5 часов. Беременность доношенная. Женщина соматически здорова. Состояние удовлетворительное. Масса тела 70 кг. Рост 176 см. Размеры таза 25-28-31-19 см. Окружность живота 95 см. Высота дна матки 38 см. Спинка плода справа, головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Прямой размер головки 13 см. Сердцебиение плода 140 уд. в 1 мин. более ясно выслушивается слева. Родовая деятельность хорошая.
Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, раскрытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Справа и сзади определяется угол большого родничка. Слева и спереди - надбровные дуги, глазницы и нос. Лобный шов в правом косом размере. Мыс не достигается. Костное кольцо таза без изменений.
Какая патология? Тактика?

Задача №69 Повторнородящая, 27 лет поступила с доношенной беременностью. В анамнезе одни роды без осложнений и 3 искусственных аборта. Схватки в течение 5 часов хорошей силы. Затем они стали ослабевать. При влагалищном исследовании раскрытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Передних вод мало. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок у лона.
Какая патология? Тактика?

Задача №70 Роженице 28 лет. Поступила на первые срочные роды. В анамнезе три искусственных аборта. Соматически здорова. При беременности был ранний токсикоз и дважды болела ОРВИ. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Окружность живота 92 см. Высота дна матки 34 см. В течение 12 часов наступило полное раскрытие шейки матки. Головка плода в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок сзади, у крестца. Потуги в течение 40 минут, слабой силы. Динамики продвижения головки нет. Сердцебиение плода не страдает.
Каков диагноз? Тактика?

Задача №71 Первородящая, 31 год. В анамнезе два медицинских аборта. Соматически здорова. Беременность доношенная. Во время беременности дважды лечилась стационарно по поводу угрозы прерывания беременности. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Рост 166 см. Масса тела 74 кг. В течение 10 часов регулярная родовая деятельность в виде монотонных схваток по 20-25 сек. через 5-7 минут. Безводный промежуток 8 часов. Воды подтекают светлые.
Влагалищное исследование: Шейка матки почти сглажена, открытие 3 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок у лона.
Какая патология? Тактика?

Задача №72 Первородящая, 21 год, находится в родильном блоке. Роды срочные. Окружность живота 106 см. Высота дна матки 38 см. Положение плода продольное, позиция первая, вид передний. Предлежит головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин.

Через 3 часа от начала родов отошли светлые околоплодные воды в большом количестве. Головка плода прижалась ко входу в малый таз. Сердцебиение плода резко ухудшилось, стало редким до 90 уд. в 1 мин., аритмичным.

При влагалищном исследовании открытие шейки матки на 4-5 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Мыс не достигается. Костной патологии нет.

Какая патология?

Тактика?

Блок С

С.0 Варианты заданий на выполнение курсовых проектов/работ приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе

С.2 Индивидуальные творческие задания

1. Уровни регуляции менструальной и репродуктивной функции.
2. Влияние женских половых гормонов на развитие плода и здоровье ребенка.
3. Многоплодная беременность.
4. Изменения в системах и органах при беременности.
5. Гипертензивные нарушения во время беременности. Их влияние на систему «Мать – плацента – плод»
6. Доминанта беременности. Доминанта родов. Механизмы развязывания родовых сил.
7. Аномалии родовой деятельности.
8. Причины акушерских кровотечений во время беременности, родов и послеродовом периоде.
9. Невынашивание беременности.
10. Перенашивание беременности.

Блок D

• Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ

1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, доплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Доминанта беременности. Доминанта родов. Степень зрелости шейки. Сущность реципрокных отношений. Факторы развязывания родовой деятельности.
4. Предвестники родов. Физиологический прелиминарный период. Фазы, динамика I периода родов. Продолжительность родов в зависимости от паритета.
5. Методы оценки интенсивности и эффективности родовых сил. Гистерография. Токография. Партограмма.
6. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Строение и размеры малого таза. Плод как объект родов.
7. Клиническое течение и ведение родов по периодам. Профилактика кровотечения в III периоде родов. Ведение раннего послеродового периода.
8. Тазовые предлежания плода. Особенности течения беременности и родов. Биомеханизм родов. Ведение родов. Способы родоразрешения. Пособия и операции при тазовых предлежаниях плода.
9. Многоплодная беременность. Особенности течения, ведения беременности и родов. Показания для кесарева сечения.
10. Роды крупным плодом. Особенности течения и ведения. Исходы для матери и плода.
11. Физиология и патология послеродового периода: изменения гормонального фона, инволюция органов половой системы. Лактация.

12. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
13. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
14. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
15. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
16. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
17. Невынашивание беременности. Этиопатогенез. Классификация. Тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение преждевременных родов.
18. Перенашивание беременности. Влияние на плод. Этиопатогенез. Тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Тактика и ведение запоздалых родов.
19. Аномалии вставления головки. Разгибательные предлежания, асинклитические вставления. Причины. Диагностика.
20. Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовное, лицевое, лобное. Ведение родов.
21. Неправильные положения плода (поперечные, косые). Особенности течения беременности, родов. Запущенное поперечное положение плода. Диагностика. Тактика. Профилактика осложнений.
22. Анатомически узкий таз. Классификация. Биомеханизм родов в зависимости от анатомической формы узкого таза. Течение и ведение родов в зависимости от формы и степени сужения таза.
23. Клинически узкий таз. Определение, понятие. Классификация по степеням несоответствия. Причины клинического несоответствия. Симптомы прижатия. Угрожающий разрыв матки. Тактика.
24. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Регуляция родовой деятельности. Влияние аномальной родовой деятельности на плод. Факторы риска.
25. Дискоординация родовой деятельности. Причины. Диагностика. Особенности течения беременности. Факторы риска. Терапия.
26. Акушерские кровотечения. Классификация. Кровотечения в I половине беременности: самопроизвольные выкидыши, пузырный занос, шеечно-перешеечная беременность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
27. Кровотечения во II половине беременности, в первом и втором периоде родов. Предлежание плаценты. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Показания к оперативному вмешательству. Объем операции.
28. Преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика. Прогноз. Группы риска. Современные подходы к ведению беременности и родов. Способы родоразрешения.
29. Кровотечения в третьем периоде родов. Нарушения отделения плаценты и выделения последа. Аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление, приращение плаценты). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Оказание необходимой помощи.

30. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах. Гипотоническое, атоническое, коагулопатическое кровотечение. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Последовательные этапы борьбы с гипотоническим кровотечением. Профилактика акушерских кровотечений. Поздние послеродовые кровотечения. Этиопатогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
31. Гиповолемический шок и терминальные состояния в акушерстве. Изменения в организме при острой кровопотере. Гемодинамические реологические нарушения. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний.
32. Принципы инфузионно- трансфузионной терапии. Посттрансфузионные осложнения.
33. Послеродовые септические заболевания. Этапы послеродовой инфекции. Клиника, диагностика, профилактика и лечение.
34. Послеродовой мастит. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
35. Перитонит после кесарево сечения. Классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение.
36. Септический шок. Определение понятие. Этиопатогенез. Клинические варианты. Фазы шока. Диагностика. Неотложная помощь. Хирургическая тактика. Прогноз. Оперативное акушерство
37. Зашивание разрывов промежности I-II-III-IV степени. Техника операции. Послеоперационный уход.
38. Акушерский травматизм. Разрывы шейки, стенок влагалища, промежности. Методика восстановления шейки. Ушивание разрывов промежности III-IV степени.
39. Разрывы матки во время беременности, в родах. Группа риска по разрыву матки. Классификация, клиника, тактика, лечение. Объем, методика оперативного лечения в зависимости от акушерской ситуации.
40. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание. Ведение послеоперационного периода.

• Задачи/задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ

1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, доплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Доминанта беременности. Доминанта родов. Степень зрелости шейки. Сущность реципрокных отношений. Факторы развязывания родовой деятельности.
4. Предвестники родов. Физиологический прелиминарный период. Фазы, динамика I периода родов. Продолжительность родов в зависимости от паритета.
5. Методы оценки интенсивности и эффективности родовых сил. Гистерография. Токография. Партограмма.
6. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Строение и размеры малого таза. Плод как объект родов.
7. Клиническое течение и ведение родов по периодам. Профилактика кровотечения в III периоде родов. Ведение раннего послеродового периода.
8. Тазовые предлежания плода. Особенности течения беременности и родов. Биомеханизм родов. Ведение родов. Способы родоразрешения. Пособия и операции при тазовых предлежаниях плода.
9. Многоплодная беременность. Особенности течения, ведения беременности и родов. Показания для кесарева сечения.

10. Роды крупным плодом. Особенности течения и ведения. Исходы для матери и плода.
11. Физиология и патология послеродового периода: изменения гормонального фона, инволюция органов половой системы. Лактация.
12. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, Х пересмотра.
13. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
14. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
15. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
16. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
17. Невынашивание беременности. Этиопатогенез. Классификация. Тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение преждевременных родов.
18. Перенашивание беременности. Влияние на плод. Этиопатогенез. Тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Тактика и ведение запоздалых родов.
19. Аномалии вставления головки. Разгибательные предлежания, асинклитические вставления. Причины. Диагностика.
20. Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовное, лицевое, лобное. Ведение родов.
21. Неправильные положения плода (поперечные, косые). Особенности течения беременности, родов. Запущенное поперечное положение плода. Диагностика. Тактика. Профилактика осложнений.
22. Анатомически узкий таз. Классификация. Биомеханизм родов в зависимости от анатомической формы узкого таза. Течение и ведение родов в зависимости от формы и степени сужения таза.
23. Клинически узкий таз. Определение, понятие. Классификация по степеням несоответствия. Причины клинического несоответствия. Симптомы прижатия. Угрожающий разрыв матки. Тактика.
24. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Регуляция родовой деятельности. Влияние аномальной родовой деятельности на плод. Факторы риска.
25. Дискоординация родовой деятельности. Причины. Диагностика. Особенности течения беременности. Факторы риска. Терапия.
26. Акушерские кровотечения. Классификация. Кровотечения в I половине беременности: самопроизвольные выкидыши, пузырный занос, шеечно-перешеечная беременность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
27. Кровотечения во II половине беременности, в первом и втором периоде родов. Предлежание плаценты. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Показания к оперативному вмешательству. Объем операции.
28. Преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика. Прогноз. Группы риска. Современные подходы к ведению беременности и родов. Способы родоразрешения.
29. Кровотечения в третьем периоде родов. Нарушения отделения плаценты и выделения последа. Аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление,

- приращение плаценты). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Оказание необходимой помощи.
30. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах. Гипотоническое, атоническое, коагулопатическое кровотечение. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Последовательные этапы борьбы с гипотоническим кровотечением. Профилактика акушерских кровотечений. Поздние послеродовые кровотечения. Этиопатогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
 31. Гиповолемический шок и терминальные состояния в акушерстве. Изменения в организме при острой кровопотере. Гемодинамические реологические нарушения. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний.
 32. Принципы инфузионно- трансфузионной терапии. Посттрансфузионные осложнения.
 33. Послеродовые септические заболевания. Этапы послеродовой инфекции. Клиника, диагностика, профилактика и лечение.
 34. Послеродовой мастит. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
 35. Перитонит после кесарева сечения. Классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение.
 36. Септический шок. Определение понятие. Этиопатогенез. Клинические варианты. Фазы шока. Диагностика. Неотложная помощь. Хирургическая тактика. Прогноз. Оперативное акушерство
 37. Зашивание разрывов промежности I-II-III-IV степени. Техника операции. Послеоперационный уход.
 38. Акушерский травматизм. Разрывы шейки, стенок влагалища, промежности. Методика восстановления шейки. Ушивание разрывов промежности III-IV степени.
 39. Разрывы матки во время беременности, в родах. Группа риска по разрыву матки. Классификация, клиника, тактика, лечение. Объем, методика оперативного лечения в зависимости от акушерской ситуации.
 40. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание. Ведение послеоперационного периода

• Задачи/задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ

1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, доплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Доминанта беременности. Доминанта родов. Степень зрелости шейки. Сущность реципрокных отношений. Факторы развязывания родовой деятельности.
4. Предвестники родов. Физиологический прелиминарный период. Фазы, динамика I периода родов. Продолжительность родов в зависимости от паритета.
5. Методы оценки интенсивности и эффективности родовых сил. Гистерография. Токография. Партограмма.
6. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Строение и размеры малого таза. Плод как объект родов.
7. Клиническое течение и ведение родов по периодам. Профилактика кровотечения в III периоде родов. Ведение раннего послеродового периода.
8. Тазовые предлежания плода. Особенности течения беременности и родов. Биомеханизм родов. Ведение родов. Способы родоразрешения. Пособия и операции при тазовых предлежаниях плода.

9. Многоплодная беременность. Особенности течения, ведения беременности и родов. Показания для кесарева сечения.
10. Роды крупным плодом. Особенности течения и ведения. Исходы для матери и плода.
11. Физиология и патология послеродового периода: изменения гормонального фона, инволюция органов половой системы. Лактация.
12. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
13. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
14. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
15. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
16. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
17. Невынашивание беременности. Этиопатогенез. Классификация. Тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение преждевременных родов.
18. Перенашивание беременности. Влияние на плод. Этиопатогенез. Тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Тактика и ведение запоздалых родов.
19. Аномалии вставления головки. Разгибательные предлежания, асинклитические вставления. Причины. Диагностика.
20. Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовное, лицевое, лобное. Ведение родов.
21. Неправильные положения плода (поперечные, косые). Особенности течения беременности, родов. Запущенное поперечное положение плода. Диагностика. Тактика. Профилактика осложнений.
22. Анатомически узкий таз. Классификация. Биомеханизм родов в зависимости от анатомической формы узкого таза. Течение и ведение родов в зависимости от формы и степени сужения таза.
23. Клинически узкий таз. Определение, понятие. Классификация по степеням несоответствия. Причины клинического несоответствия. Симптомы прижатия. Угрожающий разрыв матки. Тактика.
24. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Регуляция родовой деятельности. Влияние аномальной родовой деятельности на плод. Факторы риска.
25. Дискоординация родовой деятельности. Причины. Диагностика. Особенности течения беременности. Факторы риска. Терапия.
26. Акушерские кровотечения. Классификация. Кровотечения в I половине беременности: самопроизвольные выкидыши, пузырный занос, шеечно-перешеечная беременность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
27. Кровотечения во II половине беременности, в первом и втором периоде родов. Предлежание плаценты. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Показания к оперативному вмешательству. Объем операции.
28. Преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика. Прогноз. Группы риска. Современные подходы к ведению беременности и родов. Способы родоразрешения.

29. Кровотечения в третьем периоде родов. Нарушения отделения плаценты и выделения последа. Аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление, приращение плаценты). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Оказание необходимой помощи.
30. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах. Гипотоническое, атоническое, коагулопатическое кровотечение. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Последовательные этапы борьбы с гипотоническим кровотечением. Профилактика акушерских кровотечений. Поздние послеродовые кровотечения. Этиопатогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
31. Гиповолемический шок и терминальные состояния в акушерстве. Изменения в организме при острой кровопотере. Гемодинамические реологические нарушения. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний.
32. Принципы инфузионно- трансфузионной терапии. Посттрансфузионные осложнения.
33. Послеродовые септические заболевания. Этапы послеродовой инфекции. Клиника, диагностика, профилактика и лечение.
34. Послеродовой мастит. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
35. Перитонит после кесарева сечения. Классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение.
36. Септический шок. Определение понятие. Этиопатогенез. Клинические варианты. Фазы шока. Диагностика. Неотложная помощь. Хирургическая тактика. Прогноз. Оперативное акушерство
37. Зашивание разрывов промежности I-II-III-IV степени. Техника операции. Послеоперационный уход.
38. Акушерский травматизм. Разрывы шейки, стенок влагалища, промежности. Методика восстановления шейки. Ушивание разрывов промежности III-IV степени.
39. Разрывы матки во время беременности, в родах. Группа риска по разрыву матки. Классификация, клиника, тактика, лечение. Объем, методика оперативного лечения в зависимости от акушерской ситуации.
40. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание. Ведение послеоперационного периода

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Проведение практических занятий, контроль СРС, проверка конспектов лекций, рефератов, истории болезни – в традиционном режиме.

Обучение складывается из аудиторных занятий, включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы. Основное учебное время выделяется на практическую работу по определенным заболеваниям. Широко используется курация больных, клинические разборы и освоение практических навыков работы с роженицами.

Практические занятия проводятся в виде работы у постели больного, демонстрации тематического видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров. Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным.

Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

При разборе нозологических форм по определенным заболеваниям рекомендовано придерживаться следующей последовательности:

- определение;
- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса;

- этиология;
- патогенез, в том числе генетических факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов;
- лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания, оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях;
- диспансеризация, реабилитация;
- профилактика.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины, совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:

При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
 - 1) перекличка;
 - 2) задание на дом следующей темы;
 - 3) мотивация темы данного практического занятия;
 - 4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%);
 - 1) теоретический опрос по текущей теме;
 - 2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
 - 3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
 - 4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)
- 5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
 - а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;

б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.

По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.

Рекомендации по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента:

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется следующая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой:

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых

тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий:

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТКИ.

1. Теоретическая подготовка к курации пациентки (ознакомление с тематикой больного).

2. Распределение пациенток среди студентов.

3. Установление доверительного контакта с пациенткой.

5. Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни пациентки.

6. Осмотр и обследование по системам внутренних органов.

7. Осмотр и описание клинического статуса.

8. Постановка предварительного диагноза.

9. Сбор лабораторных данных исследования.
10. Проведение дифференциального диагноза.
11. Постановка клинического диагноза.
12. Определение тактики предполагаемого ведения пациентки.
13. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в в учебной истории больного.
14. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
15. Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме:

1. Общие сведения о пациентке;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Травматологический (ортопедический) статус.
7. Предварительный диагноз с обоснованием.
8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
9. Клинический диагноз.
10. Обоснование клинического диагноза.
11. Лечение.
12. Дневник.
13. Эпикриз.
14. Использованная литература.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:

Устное выступление - доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта.

Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;
- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

Мультимедийные презентации - вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства

обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?

- что будет на слайде?

- что будет говориться?

- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства;

- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение – это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:

1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ТЕСТА:

Для нормализации обменных процессов у плода и стимуляции окислительных реакций цикла Кребса применяют:

1. глюкозу (5-10%) раствор с инсулином
2. токолитики
3. спазмолитики
4. седативные препараты
5. все перечисленное.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ПО АКУШЕРСТВУ. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.

УСЛОВИЕ: В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней - головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи - большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

- 1) Оцените состояние роженицы при поступлении.
- 2) Определите период родов.
- 3) О чем свидетельствует наличие плодного пузыря на данный момент родов?
- 4) Причина, спровоцировавшая судороги?
- 5) Какова тактика врача?

ОТВЕТЫ:

- 1) Эклампсия.
- 2) II период родов.
- 3) О физиологическом течении I периода родов.
- 4) Влагалищное исследование без ингаляционного наркоза.
- 5) Кесарево сечение.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием и обязательным устным собеседованием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе практических занятий во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и модулей.

В конце цикла предусматривается проведение тестового контроля по всем пройденным темам в сочетании с устным собеседованием. Итоговый контроль включает в себя:

- собеседование по теоретическим вопросам;
- контроль практических умений и навыков;
- решение ситуационных задач.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на дифференцированный зачет или экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и выполнить ситуационные задания.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

Вопросы по акушерству включены в Итоговую государственную аттестацию выпускников.