

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени
В.Н.Городкова»

Кафедра акушерства и гинекологии, неонатологии,
анестезиологии и реаниматологии

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель директора по научной работе
д.м.н., проф.  / С.Б.Назаров /

« 8 » 06 20 16 г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Государственной итоговой аттестации ординаторов
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Специальность

31.08.01 «Акушерство и гинекология»

Перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы и ситуационные задачи по темам/разделам дисциплины
3	Оценочные листы	Средство контроля освоения практических навыков по изучаемой дисциплине с помощью балльной системы, позволяющее стандартизировать процедуру оценки умений обучающихся	Перечень практических навыков, оценочные листы

Тестовый контроль

№	Задание	Варианты ответов
Акушерство и гинекология		
1	Основные критерии тяжелой преэклампсии: (УК-1, ПК-5)	а) повышение уровня АД > 160/110 мм рт.ст., протеинурия > 5 г/сут., головная боль, нарушения зрения б) повышение уровня АД > 140/110 мм рт.ст. в) протеинурия > 3 г/сут.
2	Классификация гипертензивных расстройств у беременных включает (УК-1, ПК-5)	а) хроническую АГ б) гестационную АГ в) преэклампсию/эклампсию г) преэклампсию на фоне ХАГ д) все вышеперечисленное
3	Признаками эклампсии являются (УК-1, ПК-5)	а) гипертензия б) альбуминурия и отеки в) диарея г) судороги и кома
4	Критерием тяжести гипертензивных расстройств у беременных не является (УК-1, ПК-5)	а) уровень систолического АД б) уровень диастолического АД в) уровень протеинурии г) наличие отеков
5	Наиболее частая причина самопроизвольного аборта в ранние сроки (УК-1, ПК-5)	а) несовместимость по Rh-фактору б) поднятие тяжести, травма в) хромосомные аномалии г) инфекции д) истмиоцервикальная недостаточность
6	Признаком развившейся родовой деятельности является (УК-1, ПК-5)	а) излитие вод б) нарастающие боли в животе в) увеличивающаяся частота схваток г) укорочение и раскрытие шейки матки д) боли в надлобковой и поясничной области
7	Гормоном, не продуцируемым плацентой, является (УК-1)	а) эстроген б) прогестерон в) ХГ г) ФСГ д) все вышеперечисленное
8	При влагалищном исследовании определяется: шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Пальпируется носик, ротик и подбородок, обращенный к крестцу. Лицевая линия в левом косом размере. Родовая опухоль в области подбородка. О каком предлежании идет речь? (УК-1, ПК-5)	а) затылочное б) лицевое в) лобное г) переднеголовное
9	Первородящая 23 лет доставлена в роддом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое, АД — 150/100 мм рт. ст., пульс — 98 уд/мин. Выраженные отеки на ногах, сознание заторможенное. Определить тактику ведения беременной (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) пролонгирование беременности на фоне лечения б) проведение комплексной интенсивной терапии в течение 2-3 дней в) срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения на фоне комплексной интенсивной терапии г) родовозбуждение с последующим наложением акушерских щипцов
10	В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабое шевеление плода. Срок беременности 35-36 недель, дно матки между пупком и мечевидным отростком,	а) гормональный метод исследования (определение эстриола) б) кардиотокографию с использованием функциональных проб в) метод наружного акушерского исследования г) УЗ-метод исследования д) все вышеперечисленное

	сердцебиение плода глухое, ритмичное. На ногах отеки, прибавка в весе 10 кг. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации? (УК-1, ПК-5, ПК-6)	
11	При внутриэпителиальном раке шейки матки после 50 лет выполняется (УК-1, ПК-6)	а) экстирпация матки с придатками б) экстирпация матки без придатков в) криодеструкция г) электроконизация
12	Наиболее часто хориокарцинома возникает после (УК-1, ПК-4)	а) абортов б) пузырного заноса в) нормальных родов г) преждевременных родов
13	При прогрессирующей трубной беременности (УК-1, ПК-6)	а) показана немедленная операция б) операцию можно провести в плановом порядке в) возможно консервативное лечение большой г) все перечисленное д) ничто из перечисленного
14	Клинические признаки перитонита (УК-1, ПК-5)	а) вздутие живота б) парез кишечника в) прогрессирующая тахикардия г) все перечисленное д) ничто из перечисленного
15	Возможным источником кровотечения из яичника может быть (УК-1, ПК-5)	а) желтое тело б) фолликулярная киста яичника в) киста желтого тела г) все перечисленное д) ничего из перечисленного
16	Апоплексия яичника — это (УК-1)	а) остро возникшее кровотечение из яичника б) разрыв яичника в) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
17	Для апоплексии яичника характерно все, кроме (УК-1, ПК-5)	а) болей в низу живота, возникают на фоне полного благополучия б) наружного кровотечения в) отрицательных биологических реакций на беременность г) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови д) нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины
18	Эндометриоз шейки матки встречается после (УК-1, ПК-5)	а) абортов б) диатермокоагуляции шейки матки в) гистеросальпингографии г) правильные ответы а) и в) д) все ответы правильные
19	Термин "аденомиоз" применяется (УК-1, ПК-5)	а) во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации б) только при разрастаниях эндометриоидной ткани в стенке матки в) при эндометриозе, который сопровождается образованием кист г) только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается наличием миоматозных узлов д) только при ретроцервикальном эндометриозе
20	Какой из вариантов прикрепления пуповины является патологическим? (УК-1, ПК-5)	а) центральное б) парацентральное в) краевое г) оболочечное
21	Наиболее характерный для эклампсии беременных синдром: (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а). Нарушенного всасывания б) ДВС-синдром в) Краш-синдром г) Вертебро-базилярный д) Всё указанное не верно
22	При беременности характерны следующие физиологические изменения в организме женщины (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) Уменьшение объема циркулирующей крови б) Гипокоагуляция в) Замедленная эвакуация желудочного содержимого г) Гипоэстрогемия
23	Родовая боль возникает по следующим причинам	а) Раздражение нервных окончаний матки и родовых путей б) Повышение порога болевой чувствительности мозга

	(УК-1, ПК-5)	в) Повышение продукции эндорфинов
24	Наиболее частая причина лихорадки на 3-4-й день после родов (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) инфекция мочевого тракта б) эндометрит в) мастит г) тромбофлебит д) ничего из вышеперечисленного
25	Причиной аборта может быть (УК-1, ПК-4)	а) инфекция б) цервикальная недостаточность в) травма г) ионизирующее облучение д) все вышеперечисленное
26	К причинам преждевременных родов относится (УК-1, ПК-4)	а) резус-конфликт б) преэклампсия в) многоплодная беременность г) гестационный пиелонефрит д) все вышеперечисленное
27	Роженица находится в третьем периоде родов, 8 минут назад родился плод массой 3500 г. Внезапно усилились кровянистые выделения из половых путей, кровопотеря достигла 200 мл. Что делать? (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) ввести сокращающие матку средства б) произвести ручное отделение и выделение последа в) определить признаки отделения последа г) приступить к выделению последа наружными приемами д) катетеризировать мочевой пузырь
28	Роженица находится в третьем периоде родов, роды произошли 10 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. Признак Чукалова-Кюстнера положительный. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве. Что делать? (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) ввести метилэргометрин б) ждать самостоятельного рождения последа в) произвести ручное выделение последа г) выделить послед наружными приемами д) лед на низ живота
29	Повторнородящая доставлена в родильное отделение по поводу срочных родов. Предлежит тазовый конец, родовая деятельность активная. В процессе исследования излились околоплодные воды, после чего сердцебиение плода стало редким, до 90 в минуту. При влагалищном исследовании открытие шейки полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается ножка плода и выпавшая пуповина. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза. Что должен предпринять врач, ведущий роды? (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) заправить пуповину, продолжить консервативное ведение родов б) провести профилактику начавшейся асфиксии плода в) приступить срочно к родоразрешению путем операции кесарева сечения г) произвести экстракцию плода за тазовый конец
30	Беременная женщина чаще всего жалуется (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) на желудочно-кишечные расстройства б) на боли внизу живота в) на задержку месячных г) на кровянистые выделения из влагалища
31	У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму (УК-1, ПК4)	а) геометрически правильного ромба б) треугольника в) неправильного четырехугольника г) четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении
32	Гистеросальпингография в диагностике внутреннего эндометриоза матки наиболее информативна (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) за 1-2 дня до начала менструации б) сразу после менструации в) на 12-14-й день после менструации г) на 16-18-й день после менструации д) на 20-22-й день после менструации
33	Выраженность альгоменореи при внутреннем эндометриозе матки зависит (УК1, ПК-4)	а) от распространения эндометриоза б) от возраста женщины в) от наличия сопутствующей ЭГП г) все перечисленное

		д) ничто из перечисленного
34	Сперматозоиды после проникновения в матку и маточные трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение (УК-1, ПК-4)	а) 6-12 часов б) 24-48 часов в) 3-5 суток г) 10 суток
35	При выявлении аденогенитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать (УК-1, ПК-4, ПК-6)	а) с момента установления диагноза б) после установления менструальной функции в) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности) г) только после родов
36	Причинами бесплодия женщины в браке являются (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) воспалительные заболевания половых органов б) инфантилизм и гипоплазия половых органов в) общие истощающие заболевания и интоксикации г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
37	Осложнением, чаще всего возникающим при введении ВМС, является (УК-1, ПК-4)	а) истмико-цервикальная недостаточность б) внематочная беременность в) привычный выкидыш г) острая инфекция д) тромбоз вен таза
38	Больная 49 лет, у которой было 3 нормальных родов и 2 искусственных аборта без осложнений в анамнезе, в течение последнего года отмечает нерегулярные менструации с задержкой до 2-3 месяцев. Около 3 недель назад появились кровянистые выделения, продолжающиеся до настоящего времени. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено. Кровянистые выделения в умеренном количестве. Вероятный диагноз? (УК-1, ПК-5)	а) аденомиоз б) дисфункциональное кровотечение в) рак эндометрия г) субмукозная миома матки д) рак шейки матки
39	Женщина 38 лет обратилась с жалобами на очень болезненные менструации в течение последних полугода, особенно в первые 2 дня. В анамнезе 2 родов и 2 медицинских аборта без осложнений, последний — год назад. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация закончилась 5 дней назад. Предохранялась от беременности прерванным половым сношением. При осмотре живот безболезненный, шейка матки влагалитце без патологии, тело матки несколько больше нормы, плотное, придатки не пальпируются. Вероятный диагноз? (УК-1, ПК-5)	а) миома матки б) маточная беременность в) полипоз эндометрия г) аденомиоз д) плацентарный полип
40	Женщине, состоящей на активном учете в психоневрологическом диспансере, показана (УК-1, ПК-6)	а) хирургическая стерилизация б) гормональная контрацепция в) внутриматочная контрацепция г) постинор д) презерватив
41	Особенностями нормального менструального цикла являются (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) овуляция б) образование желтого тела в яичнике в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла г) все перечисленное д) ничто из перечисленного
42	Для обезболивания 1 периода родов не применяют (УК-1, ПК-6)	а)Тромадол б)Промедол

		в)Тиопентал натрия г)Эпидуральная анестезия
43	Предпочтительным методом обезболивания при операции кесарева сечения при тяжелой преэклампсии является (УК-1, ПК-6)	а) Общая анестезия с использованием натрия тиопентала б) Регионарная (спинальная или эпидуральная) анестезия в) Общая анестезия с использованием севофлурана г) Общая анестезия с использованием пропофола
44	Вид плода — это отношение (УК-1)	а) спинки к сагиттальной плоскости б) головки к плоскости входа в малый таз в) спинки к передней и задней стенкам матки г) оси плода к длиннику матки
45	Головнопредлежание плода при физиологических родах (УК-1)	а) передне-головное б) затылочное в) лобное г) лицевое
46	Диагональнаяконъюгата — это расстояние между (УК-1)	а) нижним краем симфиза и мысом б) седалищными буграми в) гребнями подвздошных костей г) большими вертелами бедренных костей
47	Истинная конъюгата равна (УК-1, ПК-5)	а) 11 см б) 13см в) 9см г) 20см
48	В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки (УК-1)	а) укорочена б) сглажена частично в) сглажена полностью г) сохранена
49	Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности не предполагает (УК-1, ПК-5)	а) определения положения позиции и размера плода б) анатомической оценки таза в) определения срока беременности г) функциональной оценки таза д) оценки частоты и ритма сердцебиения плода
50	Ранняя диагностика беременности предполагает (УК-1, ПК-5)	а) изменение базальной температуры б) определение уровня ХГ в моче в) УЗ-исследование г) динамическое наблюдение д) все вышеперечисленное
51	Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена (УК-1, ПК-4)	а) золотистым стафилококком б) грамотрицательной флорой в) анаэробами г) ассоциацией микроорганизмов д) ничем из перечисленного
52	Физиологическое течение климактерического периода обычно характеризуется (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) прогрессирующей инволюцией половых органов б) прекращением менструальной функции в) нерезко выраженными "приливами" г) правильно а) и б) д) все ответы неправильны
53	Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) от степени микробной обсеменённости матки б) от реактивности организма в) от вирулентности бактериальной флоры г) от особенностей течения родов д) все ответы правильные
54	Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) флегмонозный б) гангренозный в) абсцедирующий г) инфильтративно-гнойный д) инфильтративный
55	Лечение больных с хронической гонореей не включает (УК-1, ПК-6)	а) терапию гоновакциной б) пирогенал в) санаторно-курортное лечение г) влагалищные ванночки с 3-5% раствором протаргола д) инстилляций в уретру 0,5-1% раствора азотнокислого серебра
56	При сформировавшемся гнойном воспалительном образовании придатков матки показано (УК-1, ПК-6)	а) пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введение в нее антибиотиков б) хирургическое лечение в) терапия пирогеналом

		г) терапия гоновакциной д) электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике
57	Возникновению послеоперационного перитонита способствует все, кроме (УК-1, ПК-4)	а) недостаточности швов б) инфицирования брюшной полости во время операции в) некроза ткани культи дистальнее лигатуры (при больших культиях) г) недостаточно тщательного гемостаза д) продолжительности операции до 2,5-3 часов
58	Для перитонита после кесарева сечения на фоне хориоамнионита характерно (УК-1, ПК-5)	а) выраженная интоксикация б) рецидивирующий парез кишечника в) появление симптоматики на 6-8-е сутки после операции г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
59	У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) наименее эффективен (УК-1, ПК-4, ПК-6)	а) доксициклин б) эритромицин в) морфоциклин г) ампициллин д) тетрациклин
60	Плановая гинекологическая операция должна проводиться (УК-1, ПК-6)	а) в дни менструации б) в первую неделю после прекращения менструации в) в дни ожидаемой менструации г) накануне менструации д) выбор для менструального цикла не имеет значения
61	Предлежание плаценты можно предполагать в случае (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) дородового излития вод б) если при пальпации неясна предлежащая часть плода в) несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности г) кровянистых выделений из половых путей д) острой боли в животе
62	Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) преэклампсия б) травма живота в) перенашивание беременности г) многоводие, многоплодие д) короткая пуповина
63	Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует прежде всего (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) прижать аорту б) ввести сокращающие матку средства в) клеммировать параметров г) произвести ручное обследование полости матки д) осмотреть родовые пути
64	Для кровотечения при предлежании плаценты характерно (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) внезапность возникновения б) повторяемость в) безболезненность г) различная интенсивность д) все вышеперечисленное
65	В состав хирургической ножки яичника не входит (УК-1)	а) воронко-тазовая связка б) собственная связка яичника в) мезовариум г) труба д) круглая связка
66	Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является (УК-1, ПК-6)	а) надвлагалищная ампутация матки б) экстирпация матки в) удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
67	Больной 30 лет при операции по поводу двустороннего пиосальпинкса показано (УК-1, ПК-6)	а) надвлагалищная ампутация матки с придатками б) экстирпация матки с придатками в) надвлагалищная ампутация матки с трубами г) удаление обеих маточных труб д) удаление обоих придатков
68	Рост частоты встречаемости гиперпластических процессов и рака эндометрия связан (УК-1, ПК-4)	а) с нарушением жирового обмена б) с гипертензией в) с нарушением толерантности к глюкозе г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
69	Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки — это (УК-1, ПК-4)	а) предрак б) начальная форма рака в) фоновый процесс

		г) дисгормональная гиперплазия
70	При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых больных показана (УК-1, ПК-6)	а) экстирпация матки с придатками б) экстирпация матки без придатков в) криодеструкция г) электроконизация
71	Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) хорионического гонадотропина б) трофобластического β -глобулина в) хорионического соматотропина г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
72	Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает (УК-1, ПК-6, ПК-8)	а) электрофорез лекарственных средств б) ультразвуковую терапию в) гормональную терапию г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
73	Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы сопровождаются (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей б) иррадиация боли в плечо в) тошнота (или рвота) г) правильные ответы а) и б) д) все ответы правильные
74	При влагалищном исследовании у больной с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт. Алые кровянистые выделения из цервикального канала. Матка увеличена до 8 недель беременности. Придатки не определяются. Своды влагалища свободны. Диагноз? (УК-1, ПК-5)	а) трубный аборт б) нарушенная маточная беременность в) апоплексия яичника г) обострение воспалительного процесса придатков матки д) все неверно

Анестезиология и реаниматология

1	Наиболее частой причиной материнской смертности в результате анестезиологического пособия является (УК-1, ПК-5, ПК-10)	а) Осложнения интубации б) Аспирационный синдром в) Осложнения, связанные с регионарной анестезией г) Анафилактическая реакция на местные анестетики
2	Наблюдение за состоянием родильницы в посленаркозном периоде осуществляется анестезиологом-реаниматологом (УК-1, ПК-6)	а) в течение 2-4 часов б) в течение 4-8 часов в) в течение 8-24 часов г) до стабилизации функции жизненно важных органов д) в зависимости от вида анестезии
3	С какого мероприятия необходимо начинать базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР) при остановке кровообращения (УК-1, ПК-6)	а) Внутривенное введение 1 мл адреналина б) Восстановление проходимости дыхательных путей в) Проведение наружного массажа сердца г) Выполнение дефибрилляции д) Восстановление и поддержание дыхания (ИВЛ)
4	Для обезболивания преждевременных родов оптимально использование (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) Ингаляции закиси азота с кислородом б) Промедола в) Эпидуральной анестезии г) Баралгина
5	Под фибрилляцией желудочков понимают (УК-1)	а) Частый нерегулярный ритм с частотой 150–200 /мин из эктопического очага б) Полное отсутствие электрической активности сердца или желудочков в) Некоординированные сокращения мышечных волокон сердца г) Гемодинамически неэффективная электрическая активность, обусловленная отсутствием механической активности сердца

Медицинская генетика

1	Явление, при котором фрагмент одной хромосомы присоединяется к поврежденному концу другой, носит название (УК-1)	а) гиперплоидии б) тетраплоидии в) делеции г) инверсии д) транслокации
2	Явление, при котором происходит разрыв хромосомы	а) гаплоидии б) тетраплоидии

	в двух местах и последующее соединение этого фрагмента, но с поворотом на 180 градусов, носит название (УК-1)	в) делеции г) инверсии д) транслокации
3	Какая стадия клеточного деления наиболее удобна для изучения хромосом (УК-1)	а) профазы б) метафазы в) анафазы г) интерфазы д) телофазы
4	Аутосомами называются хромосомы (УК-1)	а) представленные в кариотипе особей разного пола в одинаковой мере б) по которым кариотип особей разного пола отличается друг от друга в) наличие которых в кариотипе определяет пол организма г) все ответы верны д) все ответы не верны
5	Генетический механизм возникновения большинства анеуплоидий – это (УК-1)	а) кроссинговер б) транслокация в) нерасхождение хромосом г) инверсия д) делеция
6	Делеция это (УК-1)	а) перемещение генетического материала одной хромосомы на другую б) перемещение генетического материала внутри одной хромосомы в) утрата хромосомой части генетического материала
7	Полная моносомия это (УК-1)	а) отсутствие короткого плеча хромосомы б) отсутствие длинного плеча хромосомы в) отсутствие хромосомы г) появление дополнительной хромосомы д) наличие двух клонов клеток
8	В норме кариотип человека имеет следующее число хромосом (УК-1)	а) 23 б) 46 в) 47 г) 69
9	Показанием к назначению цитогенетического исследования являются (УК-1)	а) привычное невынашивание беременности б) азооспермия в) множественные ВПР г) нарушение половой дифференцировки д) все названное
10	Для болезни Дауна характерно (УК-1)	а) небольшой рост б) умственная отсталость в) порок сердца г) монголоидный разрез глаз д) все перечисленное
Иммунология репродукции		
1	Что не является фактором защиты слизистых оболочек полового тракта (УК-1)	а) sIgA б) микробная экосистема влагалища у женщин в мукоцилиарный клиренс в) Интерфероны г) Протромбин д) Лактоферрин
2	Что не относится к факторам грудного молока защищающим пищеварительный тракт новорожденного (УК-1)	а) sIg A (секреторный иммуноглобулин класса А) б) Интерфероны /ИФ/, РНКазы, ДНКазы (противовирусные факторы) в) Лизоцим г) Ряд пробиотических факторов д) Ряд пребиотических факторов
3	Антигенна ли сперма (УК-1)	а) Да б) Только в некоторых случаях антигенна в) Только в некоторых случаях неантигенна г) Только при ИППП д) Нет
4	Один из основных факторов инактивации сперматозоидов в женском половом тракте (УК-1)	а) влияние рН секретов женского полового тракта б) иммобилизация (агглютинация) антителами в) лизис мембраноатакующим комплексом системы комплемента г) лизис мембраноатакующим комплексом ЦТЛ д) деградация под влиянием микроорганизмов
5	Соотношение иммуносупрессирующих и иммуностимулирующих факторов	а) преобладают иммуносупрессирующие б) преобладают иммуностимулирующие в) равны между собой

	в мужском половом тракте (УК-1)	
6	Что не относится к механизмам защиты половых клеток от иммунной системы собственного макроорганизма (УК-1)	а) Экспрессия молекул FasL (CD95L) и индукция апоптоза приближающихся активированных (т.е. Fas+) лимфоцитов (по механизму FasFasL). б) Выработка противовоспалительных цитокинов в) Окружение базальной мембраной г) Присутствие на гаметях ингибиторов системы комплемента д) Расположение в невазулированных структурах
7	Какие факторы способствуют выработке антиспермальных антител у женщин (УК-1)	а) Воспалительные процессы, способствующие хемотаксису фагоцитов б) Совпадение супругов по системе HLA в) Курение г) Использование оральных контрацептивов д) Раннее начало половой жизни
8	Плод по отношению к материнскому организму (УК-1)	а) Чужероден по отношению к антигенам матери б) Наполовину чужероден (полуантигенен) по отношению к антигенам матери в) Гаплоидентичен - идентичен по отношению к антигенам матери
9	Какой вид иммунного ответа способствует пролонгированию беременности (УК-1)	а) Th1 иммунный ответ б) Th2 иммунный ответ в) Тимуснезависимый иммунный ответ г) Врожденный иммунный ответ д) Иммунитет не влияет на течение беременности
10	Основное звено ответственное за выработку цитокинов (УК-1)	а) макрофаги б) естественные киллеры в) цитотоксические Т-лимфоциты г) Т-хелперы д) В-лимфоциты

МЧС

1	К санитарных потерям относятся пораженные, потерявшие трудоспособность на срок: (ПК-3, ПК-7, ПК-12)	а) 24 часа б) 48 часов в) 12 часов г) 6 часов д) 10 часов
2	Стремление к такой безопасности, которую приемлет общество в данный период времени называется: (УК-1, ПК-12)	а) Концепция обязательного риска б) Концепция абсолютного риска в) Концепция абсолютной безопасности г) Концепция относительной безопасности д) Концепция приемлемого риска
3	Селитебный вид техносферы это: (УК-1, ПК-3)	а) Производственная техносфера б) Транспортная техносфера в) Бытовая техносфера г) Жилая техносфера д) Городская техносфера
4	Производственный фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях, приводит к травме или другому резкому ухудшению здоровья называется: (ПК-3, ПК-12)	а) Вредным б) Негативным в) Опасным г) Отрицательным д) Чрезвычайным
5	При однократной дозе ионизирующего излучения равной 4-6 Гр развивается: (УК-1, ПК-5)	а) ОЛБ легкой степени б) ОЛБ тяжелой степени в) ОЛБ крайне тяжелой степени г) ОЛБ средней степени д) Пороговая доза, не вызывающая развитие ОЛБ
6	Атропина сульфат при меняется при поражении (УК-1, ПК-7)	а) Фосгеном и дифосгеном б) Цианидами в) Хлором г) Угарным газом д) Фосфорорганическими АОХВ
7	К гидродинамическим опасным объектам относятся (УК-1, ПК-3)	а) Пляжи б) Порты в) Оросительные каналы г) Плотины д) Водозаборные сооружения
8	Для проведения радиационной	а) ПХР-МВ

	разведки используется прибор (УК-1, ПК-3, ПК-12)	б) ДП-5 в) УГ-2 г) ВПХР д) ИД-1
9	Что не является дорожно-транспортным происшествием (УК-1, ПК-3)	а) Упавший с автомобиля на пешехода велосипед б) Наезд автомобиля на стоящего пешехода в) Падение пешехода на стоящий автомобиль г) Столкновение двух автомобилей д) Столкновение двух велосипедов
10	Основной причиной смерти пострадавших в ДТП (70%) является (УК-1, ПК-3, ПК-12)	а) Получение травм, несовместимых с жизнью б) Неправильные действия медицинских работников, прибывших на место аварии в) Задержка в оказании скорой помощи г) Неправильные действия или бездействие очевидцев аварии д) Ошибки при организации эвакуации пострадавшего
Неонатология		
1	Главным принципом реанимации новорожденных в родильном зале является: (УК-1, ПК-6)	а) стимуляция сердечной и дыхательной деятельности б) заместительный характер реанимационных мероприятий в) посиндромная терапия г) медикаментозная коррекция метаболических осложнений
2	Последовательность действий при реанимации доношенного новорожденного, родившегося в состоянии тяжелой асфиксии (околоплодные воды чистые) (УК-1, ПК-6)	а) оценить по Апгар – начать вентиляцию мешком и маской – непрямой массаж сердца – адреналин б) вентиляция мешком и маской – адреналин – непрямой массаж сердца в) провести обсушивание, обеспечить проходимость дыхательных путей, провести тактильную стимуляцию – начать вентиляцию мешком и маской – интубация трахеи – непрямой массаж сердца – адреналин г) интубация трахеи – адреналин – непрямой массаж сердца
3	Доношенному ребёнку на 2 минуте после рождения с сохраняющимся центральным цианозом на фоне нормального дыхания и ЧСС показано (УК-1, ПК-6)	а) дать 100% кислород б) начать вентиляцию мешком и маской в) начать тактильную стимуляцию г) наблюдение
4	Ребенок сразу после рождения не дышит. Ваши действия: (УК-1, ПК-6)	а) немедленная интубация б) ввести налоксон в) провести рутинные мероприятия+начать вентиляцию мешком и маской
5	Наиболее частая причина смертности недоношенных новорожденных (УК-1, ПК-4)	а) респираторный дистресс-синдром б) геморрагическая болезнь новорожденных в) пороки развития г) желтуха новорожденных д) инфекции
6	Для клинической картины АВО-несовместимости у плода не характерна (УК-1, ПК-5)	а) желтуха б) анемия в) массивная гепатомегалия г) умеренная гепатомегалия с выраженной спленомегалией д) все перечисленное
7	Какая концентрация кислорода используется в начале ИВЛ через эндотрахеальную трубку доношенному ребенку (УК-1, ПК-6)	а) 21% б) 40% в) 100%
8	В родильном зале для реанимации новорожденных используются препараты (УК-1, ПК-6)	а) рибоксин б) налоксон в) физраствор г) преднизолон
9	После восстановления свободной проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции у новорожденного установилось регулярное самостоятельное дыхание. Сразу вслед за этим следует (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску б) оценить цвет кожных покровов в) оценить частоту сердечных сокращений г) удалить содержимое желудка
10	При проведении первичной реанимации показания к введению физраствора (УК-1,	а) перед введением адреналина б) при неэффективности адреналина и наличии признаков гиповолемии в) при проведении непрямого массажа сердца

	ПК-6)	
11	Введение натрия гидрокарбоната новорожденному ребенку показано (УК-1, ПК-6)	а) при респираторном ацидозе б) перед проведением вспомогательной ручной вентиляции в) при сохраняющемся метаболическом ацидозе после восстановления спонтанного дыхания
12	При отсутствии эффекта реанимацию новорожденного прекращают (УК-1, ПК-6)	а) Через 15-20 минут б) При отсутствии электрической активности мозга в) Через 10 минут г) При отсутствии роговичного рефлекса и реакции зрачков на свет
Общественное здоровье и здравоохранение		
1	Инвалидность - это состояние организма, при котором человек не может (УК-1, ПК-10, ПК-11)	а) выполнять профессиональные функции б) обслуживать себя в) выполнять профессиональные функции и обслуживать себя
2	Учетно-отчетной документацией, имеющей статистическое значение при изучении госпитализированной заболеваемости, является (ПК-1, ПК-4, ПК-10)	а) медицинская карта амбулаторного больного б) статистическая карта выбывшего из стационара в) листок временной нетрудоспособности, выданный за период госпитализации.
3	В структуре заболеваемости населения по данным обращаемости на первом месте стоят болезни (ПК-4, ПК-10)	а) системы кровообращения б) системы пищеварения в) органов дыхания г) нервной системы д) костно-мышечной системы
4	Что составляет предмет врачебной тайны (ПК-10)	а) информация об индивидуальных данных пациента (возраст, адрес, семейное положение) б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении в) информация о наличии полиса медицинского страхования
5	Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме (ПК-10)	а) страховых медицинских организаций б) филиалов территориальных фондов ОМС в) органов управления здравоохранением
6	Материнская смертность вычисляется (ПК-4, ПК-10)	а) на 100 родов б) на 1000 родившихся живыми в) на 100 000 родившихся живыми г) на 1000 женщин д) на 1000 женщин фертильного возраста
7	Младенческая смертность - это смертность детей (ПК-4, ПК-10)	а) на первой неделе жизни б) на первом месяце жизни в) на первом году жизни г) от 0 до 5 лет д) от 0 до 15 лет
8	Перинатальная смертность подразделяется на (ПК-10, ПК-11)	а) антенатальную б) антенатальную и интранатальную в) антенатальную, интранатальную и неонатальную г) антенатальную, интранатальную, раннюю неонатальную д) антенатальную, интранатальную, постнеонатальную
9	Для наглядного изображения интенсивных показателей используют диаграмму (ПК-10)	а) секторную б) линейную, столбиковую в) секторную и внутрискладовую г) секторную, внутрискладовую и радиальную д) секторную, внутрискладовую, радиальную и фигурную
10	Первое место в структуре гинекологической заболеваемости занимают болезни (ПК-4, ПК-10, ПК-11)	а) врожденные аномалии б) воспалительные в) осложнения беременности г) онкологические д) нарушения менструальной функции
Патология		
1	Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки не является (УК-1,	а) отсутствие инвазии в подлежащую строму б) сохранение базальной мембраны в) клеточный атипизм во всем пласте эпителия

	ПК-5)	г) очаговое проникновение группы клеток в строму
2	При каком варианте нарушения созревания ворсинчатого хориона возможен благоприятный исход беременности? (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) вариант хаотично расположенных склерозированных ворсин б) вариант промежуточных зрелых ворсин в) вариант диссоциированного нарушения созревания ворсин г) вариант промежуточных незрелых ворсин
3	Укажите признак зоны плацентации: (УК-1, ПК-5)	а) инвазивный цитотрофобласт б) децидуальные клетки в) светлые железы Овербека г) кровоизлияния д) феномен Ариас-Стеллы
4	Признак маточной беременности в соскобе из полости матки: (УК-1, ПК-5)	а) Деление эндометрия на компактный и спонгиозный слои б) Наличие большого числа сосудов в) Наличие инвазивного трофобласта г) Отсутствие ворсин хориона
5	У доношенных новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию в родах, самыми частыми вариантами поражения цнс являются: (УК-1, ПК-4)	а) субдуральное кровоизлияние б) перивентрикулярное кровоизлияние в) субарахноидальное кровоизлияние г) перивентрикулярная лейкомаляция д) парасагиттальный некроз е) субкортикальные лейкомаляции
6	Назовите основной морфологический признак гестационной трансформации спиральных артерий в первом триместре беременности (УК-1, ПК-4, ПК-5)	а) замещение стенки артерий клетками цитотрофобласта и фибриноидом б) увеличение степени спирализации артерий в) утолщение стенки артерий за счет гиперплазии мышечного слоя г) формирование синусоидной архитектоники
7	Пузырный занос характеризуется признаком (УК-1, ПК-5)	а) Наличие реакции Ариас-Стелла б) Наличие крупных бессосудистых ворсин в) Очаговая пролиферация трофобласта г) Отсутствия ворсин хориона
8	Что не относится к процессам компенсации в плаценте (УК-1)	а) гиперплазия капилляров терминальных ворсин б) полнокровие промежуточных и терминальных ворсин в) гиперплазия синцитиокапиллярных мембран г) гиперплазия синцитиальных почеч.
9	Какие изменения в головном мозге не характерны для эклампсии беременных (УК-1, ПК-5)	а) Субарахноидальные кровоизлияния б) Отёк в) Паренхиматозные кровоизлияния г) Нарушения микроциркуляции д) Глиоз
10	Что из перечисленных вариантов относится к нарушению плодового кровообращения в плаценте (УК-1, ПК-5)	а) тромбоз межворсинчатого пространства б) ишемические инфаркты в) апоплексия плаценты г) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
Педагогика		
1	Медицинская педагогика – это (УК-3, ПК-9)	а) междисциплинарная область теории и практики клинической психологии б) педагогическая составляющая профессионального образования в) наука, изучающая особую сферу деятельности человека г) наука о психофизиологических особенностях детей д) научная отрасль знания связанная с лечением
2	Объектом медицинской педагогики является (УК-3, ПК-9)	а) область действительности, которую исследует наука б) особые явления действительности в) медицинское образование г) лечебный процесс д) процесс реабилитации
3	Предметом медицинской педагогики является (УК-1, ПК-9)	а) педагогический процесс б) педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса в) инновационные технологии в медицине г) комплекс явлений, раскрывающий лечебный процесс д) педагогическая ситуация.
4	Принципы обучения – это (УК-3, ПК-9)	а) приемы работы по организации процесса обучения б) тезисы теории и практики обучения и образования в) основные положения теории обучения

		г) средства народной педагогики и современного педагогического процесса д) условия педагогического процесса.
5	Целостный педагогический процесс - это (УК-3, ПК-9)	а) единство воспитания и обучения б) взаимодействие школы, семьи и общественности в) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся г) обучение и воспитание д) совместная система всех институтов воспитания
6	Дидактика – это (УК-3, ПК-9)	а) наука об обучении и образовании, их целях, содержании, методах, средствах, организации, достигаемых результатах. б) искусство, «детоводческое мастерство». в) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения. г) система приобретенных в процессе обучения ЗУН и способов мышления. д) научная отрасль педагогики
7	Обучение – это (УК-3, ПК-9)	а) целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования учебно- познавательной деятельности б) наука о получении образования, в) упорядоченное взаимодействие педагога с учащимися, направленное на достижение поставленной цели. г) категория философии, психологии и педагогики д) двухсторонний процесс обучения
8	Педагогические инновации – это (УК-3, ПК-9)	а) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности б) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений в) внедрение научно- исследовательских проектов г) активизация мотивации к обучению д) совокупность интерактивных методов обучения
9	Категорией дидактики является (УК-3, ПК-9)	а) нравственное воспитание б) процесс обучения в) цель воспитания г) социализация личности д) воспитание
10	Словесные методы обучения (УК-3, ПК-9)	а) беседа б) демонстрация картин, иллюстраций в) продуктивная деятельность г) упражнения д) компьютерные средства
Клиническая трансфузиология		
1	Реинфузия – это переливание (УК-1)	а) крови, излившейся в полые органы б) крови, излившейся в полости в) препаратов крови г) консервированной крови
2	Определять группы крови и Rh-фактор при повторных гемотрансфузиях (УК-1)	а) нужно только перед первой трансфузией б) не нужно; взять из истории болезни в) не нужно; взять из паспорта больного г) нужно перед каждой трансфузией
3	Пробу на индивидуальную совместимость при повторных трансфузиях проводить (УК-1)	а) нужно перед каждым переливанием б) нужно только перед первым переливанием в) не нужно, выясняется из анамнеза г) не нужно, есть в истории болезни
4	Гемодинамические кровезаменители – это (УК-1)	а) альбумин и протеин б) полиглокин и реополиглокин в) гемодез и полидез г) хлосоль и дисоль
5	При определении группы крови физиологический раствор добавляют с целью (УК-1)	а) ускорить реакцию агглютинации б) отличить IV группу от других в) отличить истинную агглютинацию от ложной г) определить пригодность крови к переливанию
6	Переливание крови противопоказано при (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) тяжелой интоксикации б) шоке в) потере более 25% ОЦК г) тяжелом нарушении деятельности почек
7	Переливании плазмы необходимо провести пробу на	а) биологическую совместимость б) резус – совместимость

	(ПК-1, ПК-5, ПК-6)	в) индивидуальную совместимость г) пробы не нужны
8	Компоненты и препараты крови – это (УК-1)	а) полиглокин, гемодез, полидез б) глюгицир, глюкоза, гаммаглобулин в) альбумин, тромбоцитарная масса, плазма г) аминокровин, физиологический раствор
9	При определении II группы крови, агглютинация произойдет с сыворотками (УК-1, ПК-5)	а) O (I) и A (II) б) A (II) и AB (IV) в) O (I) B (III)
10	При подготовке больного к гемотрансфузии необходимо (УК-1, ПК-6)	а) сделать общий анализ мочи, клинический анализ крови, собрать трансфузионный анамнез б) дать обильное питье, клинический анализ крови, сделать анализ кала на скрытую кровь в) сделать общий анализ мочи, клинический анализ крови
11	Ранние симптомы переливания несовместимой крови это (УК-1, ПК-5)	а) сужение зрачков анурия, чувство стеснения в груди. б) боли в животе и пояснице, чувство жара, чувство стеснения в груди в) анурия, боли в животе, чувство жара
12	Агглютиноген «А» присутствует в эритроцитах крови (УК-1)	а) I группы II группы б) II группы IV группы в) III группы I группы
13	Агглютинин альфа присутствует в плазме крови (УК-1)	а) I группы III группы б) II группы г) IV группы д) II и IV группы
14	Признаки пригодности крови к переливанию (УК-1)	а) однородно красная кровь, б) осадок эритроцитов, наличие слоя лейкоцитов и тромбоцитов, желтая прозрачная плазма, в) желтая прозрачная плазма, наличие слоя лейкоцитов г) розовая плазма
15	Признаки непригодности крови к переливанию (УК-1)	а) однородно красная кровь, наличие хлопьев в плазме, истечение срока годности б) осадок эритроцитов, наличие хлопьев в плазме в) истечение срока годности, наличие осадка
16	При переливании кровезаменителей врач обязан записать в историю болезни (УК-1, ПК-6)	а) показания к трансфузии, группу крови донора и реципиента б) показания к трансфузии, результаты проб на совместимость в) истечение срока годности трансфузионной среды, паспортные данные с флакона, показания к трансфузии г) показания к трансфузии, паспортные данные с флакона, результаты всех проб на совместимость
17	Клинические критерии оценки тяжести состояния больной при острой массивной кровопотере (УК-1, ПК-5, ПК-6)	а) частота сердечных сокращений, артериальное и центральное венозное давление б) артериальное и центральное венозное давление, часовой диурез в) часовой диурез, цвет кожи и температура тела г) цвет кожи и температура тела д) частота сердечных сокращений, артериальное и центральное венозное давление, часовой диурез, цвет кожи и температура тела
18	Детоксикационный плазмаферез проводится с целью (УК-1, ПК-6)	а) удаления токсических веществ циркулирующих в крови б) удаления токсических веществ связанных с белком в) предупреждения развития почечной недостаточности г) предупреждения инфекционно-токсического шока

Критерии оценки

Отлично – доля правильных ответов составляет 91-100%.

Хорошо – доля правильных ответов составляет 81-90%.

Удовлетворительно – доля правильных ответов составляет 71-80%.

Неудовлетворительно – доля правильных ответов составляет 70% и менее.

Контрольные вопросы по акушерству и гинекологии
Контролируемые компетенции УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

Вопросы по акушерству:

1. Материнская и перинатальная смертность. Понятие, причины, профилактика, пути снижения.
2. Показатели деятельности стационара и женской консультации. Приказ № 572н от 01.11.2012г.
3. Основные качественные показатели работы акушерского стационара.
4. Планирование семьи. Методы контрацепции.
5. Акушерско-гинекологическая помощь в женской консультации. Организация ведения беременных, входящих в группу риска.
6. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Биохимический и ультразвуковой скрининг.
7. Дополнительные методы обследования в акушерстве и перинатологии. Биохимический и ультразвуковой скрининг беременных. Сроки проведения, диагностическая значимость.
8. Современные методы диагностики беременности. Определение срока родов и биологической готовности организма матери к родам.
9. Оплодотворение и развитие плодного яйца.
10. Критические периоды развития эмбриона и плода.
11. Антенатальная диагностика состояние плода. Методы, сроки проведения, диагностическая значимость.
12. Плод, как объект родов.
13. Понятие о плоскостях таза и сегментах головки.
14. Строение женского таза. Таз с акушерской точки зрения.
15. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания
16. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
17. Грудное вскармливание (10 принципов, противопоказания, профилактика мастита, методы стимуляции лактации)
18. Физиология родов. Причины наступления родов.
19. Понятие о готовности организма к родам, основные методы подготовки организма беременной к родам.
20. Физиологические роды. Периоды, их продолжительность. Ведение физиологических родов.
21. Физиология послеродового периода.
22. Послеродовый мастит. Этиология, диагностика, тактика ведения, лечение.
23. Преждевременные роды. Понятие, этиология, классификация, патогенез, клиника, тактика ведения, профилактика.
24. Несвоевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности. Тактика ведения.
25. Задержка развития плода. Понятие, этиология, классификация, клинические признаки, тактика ведения.
26. Диагностика и терапия фетоплацентарной недостаточности.
27. Внутриутробная инфекция. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения в разных триместрах беременности.
28. ВИЧ инфекция при беременности. Профилактика вертикальной передачи. Тактика родоразрешения.
29. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Диагностика, тактика ведения, лечение.
30. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, диагностика, оценка кровопотери, лечение, профилактика.
31. Кровотечение во время родов (нарушение механизма отделения и выделения последа, приращение плаценты). Понятие, виды, причины, диагностика, лечение, профилактика.
32. Предлежание плаценты. Этиология, диагностика, клиника, ведение беременности, тактика родоразрешения.
33. ДВС-синдром в акушерстве. Стадии, формы, лечение.
34. Гипотоническое, атоническое кровотечения. Понятие, виды, причины, патогенез, клиника и диагностика, определение объема кровопотери, профилактика.
35. Тазовые предлежания плода. Механизм родов. Особенности течения и ведения родов.
36. Поперечное положение плода. Причины. Ведение беременности и родов.
37. Разгибательные предлежания плода. Механизм родов. Диагностика, клиника, родоразрешение.
38. Анатомически узкий таз. Формы и степени сужения. Механизм родов при общеравномерносуженном тазе. Ведение родов при данной форме таза.
39. Клинически узкий таз. Причины, диагностика, тактика ведения родов.
40. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, техника, осложнения. Повторное кесарево сечение.
41. Вакуум - экстракция плода. Методика проведения. Показания. Условия. Этапы операции. Осложнения. Профилактика.
42. Акушерские щипцы. Показания, методика проведения, условия, осложнения, профилактика.
43. Родовой травматизм матери. Понятие, классификация, причины, тактика ведения. Способы снижения. Принципы защиты промежности.
44. Угрожающий разрыв матки. Причины, диагностика, клиника, лечение, профилактика.
45. Начинаяющийся и совершившийся разрыв матки. Причины, диагностика, клиника, терапия.
46. Аномалии родовой деятельности матки (классификация, диагностика, лечение)
47. Слабость родовой деятельности. Причины, классификация, клиника, диагностика, тактика ведения родов. Профилактика.
48. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника, диагностика, тактика ведения родов.
49. Ранние гестозы беременных (рвота беременных, дерматозы беременных, желтуха беременных). Клиника, диагностика, лечение.

50. Гипертензивные расстройства при беременности. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Преэклампсия. Особенности ведения беременности. Возможные осложнения. Родоразрешение.
52. Эклампсия. Этиология, патогенез, лечение. Тактика ведения.
53. Острая жировая дистрофия печени, HELLP-синдром. Этиология, клиника, диагностика, основные принципы лечения.
54. Хроническая артериальная гипертензия и беременность. Особенности течения и ведения беременности.
55. Пиелонефрит и беременность, этиология, клиника, диагностика, лечение. Особенности ведения беременности.
56. Сахарный диабет и беременность. Диагностика, особенности ведения беременности, осложнения.
57. Беременность и пороки сердца (врожденные, приобретенные). Особенности течения беременности. Выбор тактики родоразрешения.
58. Ведение беременности после экстракорпорального оплодотворения. Особенности течения беременности. Принципы терапии.
59. Многоплодная беременность. Этиология, диагностика, тактика ведения беременности, способы родоразрешения.

Вопросы по гинекологии:

1. Привычное невынашивание. Понятие, этиология, классификация, клиника и диагностика, лечение. Предгравидарная подготовка. Эфферентные методы лечения
2. Невынашивание беременности (этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация)
3. Самопроизвольный выкидыш. Понятие, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
4. Методы обследования в гинекологии (клинические, специальные гинекологические исследования). Инструментальные, эндоскопические, УЗИ, рентгенологические, морфологические (гистологические) методы исследования.
5. Нейроэндокринная регуляция менструального цикла. Менструальный цикл. Уровни регуляции.
6. Контрацепция. Виды, показания, противопоказания.
7. Предменструальный синдром. Определение, патогенез, клиника, лечение и профилактика.
8. Гиперпластические процессы эндометрия. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечение.
9. Рак шейки матки. Клиника, диагностика, тактика ведения.
10. Аномальные маточные кровотечения. Терминология. Причины и диагностика. Клиника. Лечение.
11. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика.
12. Новообразования яичников. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
13. Злокачественные опухоли яичников. Клинико-анатомическая классификация. Клиника, лечение, диагностика, профилактика.
14. Рак эндометрия. Клинико-анатомическая классификация. Этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика.
15. Острый живот в гинекологии. Причины, клиника, способы диагностики, тактика ведения.
16. Внематочная беременность. Понятие, классификация, этиология, клинические признаки, врачебная тактика
17. Апоплексия яичника. Клиника, диагностика, тактика ведения.
18. Воспалительные заболевания органов малого таза (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика).
19. Острое и хроническое воспаление придатков (этиология, клиника, диагностика, лечение, реабилитация).
20. Пельвиоперитонит, перитонит. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
21. Аменорея (гипофизарная, яичниковая, маточная). Понятие, классификация, этиология, диагностика, лечение.
22. Климактерический синдром. Понятие. Клиника, диагностика. Менопаузальная гормональная терапия (МГТ).
23. Гиперпролактинемия. Клиника, диагностика, лечение.
24. Инфекции, передающиеся половым путем. Эпидемиология, виды инфекций, диагностика, лечение, профилактика.
25. Бактериальный шок. Основные принципы лечения.
26. Сепсис в акушерстве и гинекологии. Септический шок. Определение, этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
27. Лейомиома матки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
28. Эндометриоз. Понятие, классификация, этиология, клиника, диагностика и лечение.
29. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии. Клинические формы, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
30. Послеродовые гнойно-септические заболевания (классификация, тактика ведения)
31. Синдром поликистозных яичников (клиника, диагностика, лечение, реабилитация).
32. Посткастрационный синдром. Понятие, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
33. Трубно-перитонеальное бесплодие. Определение, этиология, патогенез, диагностика, тактика ведения женщин с данной патологией.
34. Эндокринное бесплодие. Понятие, этиология, классификация, диагностика, лечение профилактика

Ситуационные задачи

Ситуационные задачи по акушерству:

Ситуационная задача №1 (ПК-5, ПК-6) Повторнобеременная 35 лет. Поступила в акушерский стационар II уровня по поводу беременности 30 недель и родового излития околоплодных вод, которое произошло 4 часа назад. Беременность настоящая 4. В анамнезе 2 искусственных аборта и одни ранние преждевременные роды в сроке гестации 30 недель (ребенок родился с очень низкой массой тела – 1000 г, жив). Общее состояние удовлетворительное. Пульс – 88 ударов в минуту, АД – 120/80 115/70 мм рт. ст. dext sin. Родовая деятельность: неинтенсивные схватки, одна схватка в 10-20 минут, по 20-25 сек, релаксация матки после схватки полная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка 136 ударов в минуту. Окружность живота – 94 см, ВСДМ – 30 см. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки укорочена до 1,5 см, цервикальный канал растяжим до 2,5 см на всем протяжении, складка перехода внутреннего зева в нижний сегмент выражена. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, сверху. Мыс не достижим. Подтекают светлые околоплодные воды.

Задания: Поставьте диагноз. Составьте план действий врача.

Ситуационная задача №2 (ПК-5, ПК-6) Повторнобеременная, первородящая 23 лет. В анамнезе 1 медицинский аборт, осложнённый эндомиометритом. Настоящая беременность протекала без осложнений. Закончился второй период родов. В головном предлежании родилась живая доношенная девочка массой 3200 г, ростом 52 см. Оценка по Апгар 8-9 баллов. Профилактика кровотечения проведена окситоцином 10 ЕД в/м в первую минуту после рождения ребенка. Через 10 минут появились признаки отделения плаценты, самостоятельно выделился послед по Шульце, при осмотре материнской поверхности плаценты выявлен дефект плацентарной ткани – 3х4 см. Кровопотеря с последом составила 200 мл. При осмотре состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кожные покровы чистые, розовые. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 120/80 мм рт. ст. Матка плотная, дно матки на уровне пупка. Выделения кровянистые умеренные. **Задания:** Поставьте диагноз. Определите тактику действий врача.

Ситуационная задача №3 (ПК-5, ПК-6) В женскую консультацию обратилась для постановки на учет по беременности женщина 30 лет. В анамнезе 4 беременности: первая завершилась медицинским аборт, 2, 3, 4 поздними выкидышами в сроки 16 - 22 недели. Считает себя здоровой. Жалоб не предъявляет. Опасается излития околоплодных вод. Подобное имело место при предшествующих беременностях. Срок настоящей беременности 17 - 18 недель. Влагалищное исследование: при осмотре при помощи зеркал – наружный зев зияет, в зеве виден нижний полюс плодного пузыря, влагалищная часть шейки матки 2 см длиной, мягкая. Тело матки увеличено до 17 недель беременности, безболезненное при пальпации. Мазок на степень чистоты:

Исследование мазка	
Лейкоциты	3-5-8
Эритроциты	1-3
Эпителиальные клетки	1-3
Гонококки	abs.
Другие бактерии	Незначительное количество (±) кокков

УЗИ в 17 недель - 1 плод в головном предлежании. Бипариетальный размер головки плода соответствует 16 неделям беременности, ЛЗР – на 17 недели. Диаметр брюшной полости – 18 нед. Длина бедра – 17 нед. ВПР не выявлены. Сердечная деятельность плода определяется, 138 в минуту. Движения плода определяются. Петли пуповины в области шеи не определяются. Плацента расположена на передней стенке матки, больше слева. Толщина плаценты 20 мм. Стадия зрелости плаценты 0. Количество околоплодных вод в норме. Длина шейки матки 22 мм, цервикальный канал U-образный, внутренний зев – 13 мм. Выделения кровянистые умеренные. **Задания:** Поставьте диагноз. Определите тактику действий врача.

Ситуационная задача №4 (ПК-2, ПК-5, ПК-6) Первородящая 24 лет. Беременность 36 недель. Страдает сахарным диабетом I типа средней тяжести с 20 лет. Регулярно у эндокринолога не наблюдалась. Уровень сахара в крови до 12,0 ммоль/л. В моче сахар 2%, ацетон 3,5%. Жалобы на жажду, сухость слизистых. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Окружность живота 104 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежание головное. «Прямой размер головки» плода 11 см. Сердцебиение плода 144 удара в минуту, ритмичное, приглушенное. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка отклонена кзади от оси таза, до 3 см длиной, плотная на всем протяжении, наружный зев сомкнут. Предлежащая часть через передний свод не пальпируется. Мыс не достижим. Conjugata diagonalis – 13 см. Экзостозов нет. Крестцовая впадина емкая. Выделения творожистые, обильные.

Анализ крови на сахар 12,6 ммоль/л. Анализ мочи: белок – 0,33 г/л, сахар – 2 %, ацетон - +++, лейкоциты 10-12 в п/зр., эритроциты – 0-2, гиалиновые цилиндры – 0-1, candida albicans. Мазок из влагалища: лейкоциты – до 20 в п/зр., candida albicans. УЗИ: 1 плод в головном предлежании. Бипариетальный размер головки плода соответствует 38 неделям беременности. Диаметр грудной клетки на 39 нед. Диаметр брюшной полости на 39-40 нед. Длина бедра на 36 нед. ВПР не выявлено. Сердечная деятельность плода определяется 148 уд/мин. Движения плода определяются. Петли пуповины в области шеи не определяются. Плацента расположена на задней стенке матки, больше слева. Толщина плаценты 45 мм, расширены МВП, множество очагов повышенной эхогенности. Стадия зрелости плаценты 1-2. Количество околоплодных вод повышено – 245мм. Тонус матки нормальный. У плода увеличены печень и селезенка, имеет место двойной контур головки.

Задания: Поставьте диагноз. Определите тактику действий врача. Какой должна была быть тактика ведения беременности у пациентки с начала гестации.

Ситуационная задача №5 (ПК-5, ПК-6) Беременная 35 лет поступила в роддом с начавшейся родовой деятельностью при беременности 36 недель с жалобами на головную боль и головокружение, появившееся 2 дня назад. В анамнезе: 2 года назад при профилактическом осмотре был обнаружено повышение АД. После проведенного лечения за медицинской помощью не обращалась. Настоящая беременность 3, предыдущая закончилась родами в срок. Состоит на учете в женской консультации с 12 недель беременности, цифры АД стабильные 140/90 мм рт. ст., белок в моче не обнаружен, отеков нет. Женскую консультацию посещала регулярно, прошла амбулаторно три курса профилактического лечения. Объективно: состояние удовлетворительное, жалуется на головную боль, утомляемость. Отеков нет. АД 150/90 мм рт. ст., акцент II тона над аортой, на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Анализ мочи без особенностей, белка нет. Особенности глазного дна: соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены не изменены.

Задания: Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Определите тактику действий врача.

Ситуационная задача №6 (ПК-5, ПК-6) Повторнородящая 28 лет состоит на учете с 8 недель беременности, наблюдается регулярно. В анамнезе одни своевременные роды без осложнений, 3 медицинских аборта, последний аборт 2 года назад – неполный, по поводу остатков плодного яйца производилось повторное выскабливание полости матки. При скрининговом УЗИ в 21 неделю выявлено полное предлежание плаценты. Матка соответствует 21 неделе беременности в обычном тоне, положение плода продольное. Головка в дне матки. Шевеление ощущает, сердцебиение плода 138 ударов в минуту. Выделения – бели незначительные. УЗИ. Имеется 1 плод в тазовом предлежании. Бипариетальный размер головки плода соответствует 21 неделе беременности. Диаметр грудной клетки на 22 недели, диаметр брюшной полости на 22 недели, длина бедра на 21 неделю. ВПР не выявлены. Сердечная деятельность плода определяется: 138 ударов в минуту. Движения плода определяются. Петель пуповины в области шеи нет. Плацента расположена на передней и боковых стенках матки, нижним краем перекрывает область внутреннего зева, заходя на заднюю стенку на 15 см., толщина плаценты 23 мм. Степень зрелости плаценты 0. Количество околоплодных вод не увеличено.

Задания: Поставьте диагноз. Тактика действий врача.

Ситуационная задача №7 (ПК-5, ПК-6) Повторнородящая, 35 лет. Срок беременности 39 недель. II период родов. Общее состояние женщины удовлетворительное. Потуги через 2 минуты по 40 секунд; вырабатывает правильно. Матка не расслабляется после потуги. Сердцебиение плода приглушенное, аритмичное, 100 ударов в минуту, децелерации до 60 ударов в минуту. Влагалищное исследование: шейка матки не определяется ввиду полного раскрытия. Плодного пузыря нет. Головка плода на тазовом дне. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок слева сверху. Выделения из половых путей алые кровянистые, 400 мл. УЗИ (выполнено за сутки до родов) – имеется 1 плод в головном предлежании. Бипариетальный размер головки плода соответствует 39 неделям беременности. Диаметр грудной клетки на 40 недель, диаметр брюшной полости на 40 недель. Длина бедра на 39 недель. ВПР не выявлены. Сердечная деятельность плода определяется: 138 ударов в минуту. Движения плода определяются. Петли пуповины находятся в области шеи плода. Плацента расположена на передней стенке матки, больше слева, толщина плаценты 28 мм. Степень зрелости плаценты III. Количество околоплодных вод не увеличено. Эхогенность легких выше эхогенности печени.

Задания: Поставьте диагноз. Составьте тактику действий врача.

Ситуационная задача №8 (ПК-5, ПК-6) Повторнородящая 32 лет. В анамнезе 2 родов без осложнений и 5 искусственных абортов, последний осложнился эндометритом. Через 12 часов от начала схваток родилась доношенная девочка массой 4000 г, длиной 56 см. Послед выделился самостоятельно через 15 мин, без видимых дефектов. Через 10 мин матка стала дряблой, началось кровотечение, кровопотеря 600 мл. Пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Анализ крови: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 90 г/л, цветной показатель – 0,8, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$. Коагулограмма:

Коагулограмма	Ед. измерения	Результат
Время свертывания крови	мин.	14
АПТВ	сек.	50
Концентрация фибриногена в плазме	г/л	2,6
Тромбиновое время	сек	20
Фибринолитическая активность	%	15
Протромбиновый индекс	%	64
Гематокрит	%	24
β -фибриноген	(+)	(+++)
Антитромбин-III	%	63

Задания: Поставьте диагноз. Составьте тактику действий врача.

Ситуационная задача №9 (ПК-5, ПК-6) Повторнородящая. Доставлена в роддом с родовой деятельностью – схватками, начавшимися 8 часов назад. Воды излились 2 часа тому назад. Беременность вторая. Срок гестации – 39 недель. Первые роды были затяжными, длились 20 часов и закончились рождением ребенка с перинатальной патологией: тяжелая

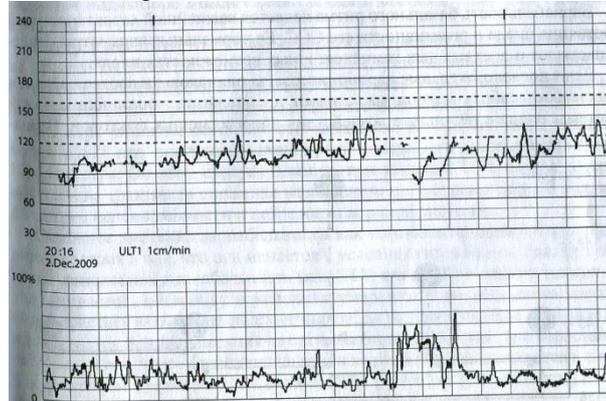
асфиксия при рождении (1-2 балла по Апгар), перелом правой ключицы. Масса – 3500 г. Ребенок умер через 26 часов после родов. Таз: 27-27-30-17 см. Окружность живота – 100 см, высота стояния дна матки – 38 см. Индекс Соловьева – 15 см. Ромб Михаэлиса: 11x11 см, верхняя половина ромба меньше нижней; верхний треугольник имеет высоту 4 см, нижний – 7 см. Состояние удовлетворительное, пульс 78 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Лонное сочленение 7 см. Терминальные линии не достижимы. Шейка матки сглажена, раскрытие 8 см. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева сверху. На головке формируется родовая опухоль. Мыс легко достижим. Conjugata diagonalis – 9,5 см, истинная конъюгата – 8,0 см. УЗИ: 1 плод в головном предлежании, 1 позиция, передний вид. Бипариетальный размер головки плода соответствует 39 неделям беременности, ЛЗР – на 39 недель. Диаметр брюшной полости – на 40 нед. Длина бедра – на 39 нед. ВПР не выявлены. Сердечная деятельность плода определяется, 138 в минуту. Движение плода определяется. Петель пуповины плода в области шеи нет. Плацента расположена на передней стенке матки, больше слева. Расширены субамниотические МВП. Толщина плаценты 36 мм. Стадия зрелости плаценты III. Эхогенность легких выше эхогенности печени.

Задания: Поставьте диагноз. Составьте план ведения родов.

Ситуационная задача №10 (ПК-5, ПК-6) У женщины 32 лет при сроке беременности 30-31 неделя и наличии артериального давления 140/90 мм рт. ст. в течение трех недель, АД повысилось до 170/100 мм рт. ст., появилась головная боль, затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. Суточная протеинурия – 5 г/л. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие; при доплерометрии – увеличение резистентности кровотока в обеих маточных артериях. Влагалищное исследование: Влагалищная часть шейки укорочена до 4 см, смещена кзади от проводной оси таза, частично размягчена по периферии и плотновата по ходу шейечного канала, толщина стенки 2 см, наружный зев проходим для 1 поперечного пальца, находится на уровне между верхним и нижним краями лонного сочленения, предлежащая часть через своды определяется неотчетливо.

Задания: Поставьте диагноз. Наметьте тактику ведения беременной.

Ситуационная задача №11 (ПК-5, ПК-6) Машиной скорой медицинской помощи в связи с родовой деятельностью из дома доставлена повторнородящая беременная женщина. Срок гестации 39 недель. В анамнезе трое своевременных родов. Схватки начались 4 часа назад. Воды не изливались. В течение последних трех дней отмечает уменьшение частоты шевеления плода, «икотообразные» движения. Общее состояние женщины удовлетворительное. Матка при осмотре в нормальном тоне, безболезненная при пальпации во всех отделах. Положение плода косое, головка плода слева ниже крыла подвздошной кости. Сердцебиение плода приглушенное, аритмичное – 90-100 ударов в минуту. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, мягкая, раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть плода не определяется. Полость малого таза не изменена. Выделения – бели. КТГ:



Задания: Поставьте диагноз. Составьте план ведения родов.

Ситуационная задача №12 (ПК-5, ПК-6) И., 27 лет, поступила в родильное отделение 07.06. в 07 часов в связи с начавшейся в 03 часа 30 минут родовой деятельностью. Беременность вторая. Первая беременность в сроке 14 недель завершилась поздним выкидышем. После выкидыша в течение двух недель было лихорадочное состояние в связи с эндомиометритом. Течение настоящей беременности – без осложнений. Состояние при поступлении удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела – 67 кг. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения. Размеры таза 24-27-31-19 см. Ромб Михаэлиса 11 на 11 см. Индекс Соловьева 14 см. Окружность живота 94 см. Высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предлежащая часть – головка, малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода 124 удара в минуту, ясное, ритмичное. Родовая деятельность – схватки средней интенсивности по 30 секунд с интервалами в 4-5 минут, две схватки в 10 минут, релаксация матки после схватки полная. Воды не отходили. Влагалищное исследование: шейка расположена по проводной оси таза, сглажена, раскрытие зева 3 см, края шейки мягкие, во время схватки натягиваются на головку. Плодный пузырь цел, передних вод достаточное количество. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. В 12 часов отошли прозрачные воды. В 13 часов 50 минут начались потуги. В 14 часов 40 минут родилась живая доношенная девочка. Оценка по Апгар₁₋₅ – 8-9 баллов. Масса ребенка 3500 г, рост 50 см. В 15 часов появились кровянистые выделения (450 мл). Признаков отделения последа нет. Общее самочувствие роженицы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

Задания: Поставьте диагноз (в динамике родов). Составьте план ведения родов.

Ситуационная задача №13 (ПК-5, ПК-6) И., 24 лет, поступила в родильное отделение 09.01 в 8-00 часов в связи с начавшейся в 2-00 часа родовой деятельностью при беременности 39-40 недель; воды подтекают с 6-00, светлые. Состояние удовлетворительное. Масса тела – 55,6 кг, рост – 147 см. Артериальное давление 115 и 70 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 78 ударов в минуту. Наружные размеры таза: 20–24–29–18; поперечный размер входа в таз – 11,5 см; прямой размер входа – 9 см; поперечный размер выхода – 9 см; высота симфиза – 4 см; лучезапястный индекс – 12,5 см пояснично-крестцовый ромб: продольный размер – 9 см, поперечный – 9 см; размер обуви – 34; длина кисти – 15 см; длина I и III пальцев руки – 5,5 и 9 см. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки над лоном 33 см. Положение плода продольное, позиция первая, передний вид. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Прямой размер головки – 11 см. Родовая деятельность – схватки средней интенсивности по 30 секунд с интервалами в 4-5 минут, две схватки в 10 минут, релаксация матки после схватки полная. Воды подтекают в умеренном количестве светлые. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины; шейка сглажена, раскрытие зева 4 см, края шейки мягкие, во время схватки натягиваются на головку. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок по продольной оси таза. Терминальные линии достижимы. Мыс достижим. Диагональная конъюгата – 11,5 см. Экзостозов нет. Лонный угол острый. 13 часов 30 минут. Головка на тазовом дне. Начались потуги через 3-4 минуты по 30 секунд. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Потуги вырабатывает правильно. В 13 часов 50 минут на высоте одной из потуг под местным обезболиванием раствором новокаина 0,5 % – 8,0 мл произведена правосторонняя центрально-латеральная перинеотомия. В 14 часов 10 минут родилась живая доношенная девочка массой 3050 г с окружностью головки – 32 см, окружностью грудки – 32 см. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Дольки, оболочки все.

Задания: Поставьте диагноз (в динамике родов). Составьте план ведения родов.

Ситуационная задача №14 (ПК-5, ПК-6) Повторнобеременная 39 лет. Поступила в родильный дом по поводу родовой деятельности при сроке 35 недель. Беременность настоящая 5. В анамнезе четверо своевременных родов. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, АД – 120/80 115/70 мм рт. ст. dexetsin. ЧД – 16 в минуту. Схватки начались 4 часа тому назад. Воды не изливались. В момент осмотра схватки средней интенсивности через 5 минут по 35-40 секунд, 2 схватки в 10 минут, релаксация матки после схватки полная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка 140 ударов в минуту. Окружность живота – 88 см, ВСДМ – 33 см.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка сглажена, раскрытие 5 см., края зева тонкие, мягкие, во время схватки натягиваются на головку. Плодный пузырь цел, передних вод достаточное количество. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, сверху. Мыс не достижим. Экзостозов нет, крестцовая впадина емкая.

Задания: Поставьте диагноз. Составьте план ведения родов.

Ситуационная задача №15 (ПК-5, ПК-6) Н.А.В., 27 лет, поступила в акушерскую клинику 2 января в 10 часов 00 минут по поводу начавшейся в 6 часов родовой деятельностью при беременности 38 недель. Настоящая беременность вторая. Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 70 кг. Пульс – 74 удара в 1 минуту. Артериальное давление – 120/70 мм рт. ст. dex. etsin. Живот выпукло-овоидной формы. Окружность живота на уровне пупка 90 см. Дно матки на 33 см над лоном. Положение плода продольное. Над входом в таз пальпируется крупная часть мягкой консистенции, легко смещаемая; у дна матки несколько справа от срединной линии определяется округлая, плотной консистенции крупная часть; признак баллотирования положительный; «прямой размер» – 9,5 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева от срединной линии таза, на уровне пупка, 132 удара в минуту. Схватки средней интенсивности, по 30-35 секунд, через 9-10 минут, одна схватка в 10 минут, релаксация матки после схватки полная. Воды не отходили. Размеры таза 25-28-31-20 см. Ромб Михаэлиса 11 на 11 см. Индекс Соловьева 14 см. Поперечный размер входа – 13,5 см. Прямой размер широкой части полости таза – 14,0 см. Битуберозный размер выхода из таза – 10 см. Прямой размер выхода – 9,5 см. Влагалищное исследование: Шейка сглажена, раскрытие зева 3 см, края шейки мягкие. Плодный пузырь цел, во время схватки наливается. Во входе в таз пальпируются ягодицы. Мыс не достижим. Conjugata diagonalis – больше 13 см (Conjugata vera – 11.5 см). Межкостистый размер более 10,5 см. 18 часов 00 минут. Ягодицы находятся на тазовом дне. Межвертельная складка в прямом размере выхода из таза. Родовая деятельность – потуги по 40 секунд через 1-2 минуты. Ягодицы прорезываются. Врач приступил к акушерскому пособию по Цовьянову I. Произведена правосторонняя центрально-латеральная перинеотомия под обезболиванием Sol. Novocaini 0,5 % – 20,0 мл. При опускании туловища книзу и кзади первой родилась передняя ручка. Задняя ручка родилась при поднятии туловища кверху и кпереди. Рождение головки не вызвало затруднений. 18 часов 10 минут. Родившийся ребенок женского пола закричал сразу. Масса – 2800 г. Рост – 50 см. Самостоятельно отделился и выделился послед. Дольки, оболочки все. Шейка осмотрена в зеркалах – цела. На перинеотомию наложены под обезболиванием Sol. Novocaini 0,5 % – 20,0 мл 3 кетгутовых и 2 шелковых шва. Швы обработаны йодом.

Задания: Поставьте диагноз (в динамике родов). Составьте план ведения родов.

Ситуационная задача №16 (ПК-5, ПК-6) Повторнородящая 26 лет. Беременность 38 недель и 5 дней. Поступила в родильный дом с жалобами на болезненные схватки, боли в области крестца и поясницы. Схватки начались 6 часов назад. Воды излились дома перед началом родовой деятельности. Настоящая беременность 3. Первая беременность закончилась самопроизвольным абортom, вторая – преждевременными родами в 35 недель беременности, ребенок жив. Состояние удовлетворительное, голова не болит, зрение ясное, тошноты, болей в эпигастрии нет. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, АД – 130/80 120/70 мм рт. ст. dexet sin. ЧД – 18 в минуту. В момент осмотра схватки интенсивные, по 50-60 секунд, 3-4 схватки в 10 минут через 2-3 минут, релаксация матки после схватки отсутствует.

Положение плода продольное. Предлежит головка плода ограниченно подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка 144 удара в минуту. Рост женщины – 163 см, масса тела – 76 кг. Размеры таза: 25-28-32-21 см, крестцовый ромб: 11x11 см, индекс Соловьева – 14,5 см. Окружность живота – 92 см, ВСДМ – 37 см.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка сглажена, раскрытие 3 см., края зева плотные, во время схватки уплотняются (симптом Шиккеле), не натягиваются на головку. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка ограниченно подвижна над входом в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, сверху. Мыс не достижим. Экзостозов нет, крестцовая впадина емкая. Подтекают светлые околоплодные воды.

Задания: (ПК-5, ПК-6) Поставьте диагноз. Составьте план ведения родов.

Ситуационные задачи по гинекологии:

Ситуационная задача №1 (ПК-5, ПК-6) На прием обратилась женщина 25 лет с жалобами на отсутствие беременности в браке, при регулярной половой жизни без контрацепции в течение 3 лет. Первая беременность окончилась медицинским абортom. Менструальный цикл не нарушен, менструации регулярные с 14 лет, через 27-28 дней, по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. Данные обследования:

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, матка нормальных размеров, в правильном положении, подвижна, безболезненна. Придатки матки тяжистые с обеих сторон, ограничены в подвижности, безболезненные. Шейка матки без дефектов, выделения слизистые, прозрачные. При обследовании: гормональный статус без изменений, по тестам функциональной диагностики менструальный цикл двухфазный. УЗИ органов малого таза – косвенные признаки спаечного процесса придатков. Гистеросальпингография – выявлена непроходимость обеих маточных труб в ампулярных отделах. Обследование супруга у андролога – фертилен. **Задания:** Поставьте диагноз. Нуждается ли супружеская пара в дополнительном обследовании? Методы лечения предполагаемого фактора бесплодия.

Ситуационная задача №2 (ПК-5, ПК-6) Женщина 48 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство тяжести внизу живота. В анамнезе 3 беременности: двое своевременных родов без осложнений, 1 самопроизвольный выкидыш. Гинекологические заболевания отрицает. Последняя менструация 2 года назад. К гинекологу ранее не обращалась. Данные обследования: Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка не изменена, матка нормальных размеров. Справа от матки пальпируется образование размерами 8*7 см тугоэластической консистенции, подвижное. Слева придатки не увеличены. Параметрии свободны. Выделения слизистые скудные. УЗИ: матка не увеличена, полость матки 4 мм, М-эхо 6 мм, справа от матки визуализируется многокамерное образование размерами 8*5*7 см, стенки перегородок неравномерной толщины, капсула гладкая. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Задания: Ваш предполагаемый диагноз. Дополнительные методы исследования. Метод и объем лечения у данной больной.

Ситуационная задача №3 (ПК-5, ПК-6, ПК-8) Женщина 20 лет. Предъявляет жалобы на боли внизу живота тянущего характера. Менструации с 12 лет, установились через 3 года по 4-5 дней, через 25-33 дня, умеренные, болезненные в первые 2 дня. Половая жизнь с 18 лет, не замужем, один половой партнер, беременность не планирует. Гинекологические заболевания отрицает. Отмечает частое образование функциональных кист яичников. Данные обследования: Влагалищное исследование: шейка матки конической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрыта гноевидно-слизистыми выделениями, легко кровоточит при дотрагивании. Пальпаторно шейка обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Слева в области придатков определяется образование тугоэластической консистенции, подвижное, болезненное, размером 5*5 см., справа – без особенностей. Выделения - с примесью крови.

Задания: Ваш предполагаемый диагноз. Дополнительные методы исследования. План ведения.

Ситуационная задача №4 (ПК-5, ПК-6) Женщина 42 лет, обратилась на прием в женскую консультацию на профилактический осмотр. Жалоб не предъявляет. При осмотре при помощи зеркал: на шейке матки обнаружен участок белого цвета 1,5x1 см с мелкобугристой поверхностью, возвышается над поверхностью слизистой оболочки. Шпателем образование со своего места не смещается, при контакте с инструментом не кровоточит. Данные обследования: Влагалищное исследование: матка в anteflexio-anteversio, обычных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, своды и параметрии свободны, придатки не увеличены, область их безболезненная, инфильтратов в параметриях нет. Выделения слизистые скудные, светлые. Мазки с шейки матки на онкоцитологию – атипических клеток не найдено. Расширенная кольпоскопия – подозрение на лейкоплакию шейки матки. Рекомендуются выполнить биопсию на «11 часах». Результат патоморфологического исследования биоптата из шейки матки – в биоптате раковых и атипических клеток не найдено.

Задания: Поставьте диагноз. План лечения больной.

Ситуационная задача №5 (ПК-5, ПК-6, ПК-8) Женщина 35 лет обратилась на амбулаторный прием с жалобами на боли внизу живота, обильные кровянистые выделения со сгустками, слабость, головокружения. Состоит на диспансерном учете по поводу миомы матки в течение 5 лет, последние 2 года не посещала гинеколога. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм.рт.ст. Кожные покровы бледные. Живот мягкий безболезненный, участвует в акте дыхания, печень и селезенка не увеличены, симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме. У женщины в анамнезе 1 своевременные роды, планирует беременность. В общем анализе крови гемоглобин=70 г/л. Данные обследования: Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое, шейка матки укорочена, наружный зев проходим для 1 пальца, определяется нижний полюс плотного образования с гладким контуром, исследующий палец свободно обходит нижний полюс по окружности. Тело матки увеличена до 10-11 недель беременности, плотная, бугристая, подвижная, умеренно чувствительная, при пальпации. Сводь и параметрии свободны, придатки обычных размеров. Инфильтратов в малом тазу нет. Выделения обильные, темного цвета, со сгустками.

Задания: Поставьте диагноз. Какие методы исследования следует рекомендовать данной больной? План дальнейшего ведения.

Ситуационная задача №6 (ПК-5, ПК-6ПК-8) На амбулаторный прием обратилась женщина 38 лет с указанием на регулярные, но обильные и продолжительные менструации, последняя закончилась вчера, длилась – 9 дней. Отмечает в течение последних 6 месяцев учащенное мочеиспускание, задержку стула на 3-4 дня. Год тому назад была обнаружена миома матки величиной с 8 – недельную беременность. Общее состояние удовлетворительное. У женщины в анамнезе 2 своевременных родов, 2 мед.аборта, беременность не планирует. Данные обследования: Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка матки без особенностей, наружный сев сомкнут, матка увеличена до 16 недель беременности, плотная бугристая, подвижная, умеренно чувствительная при пальпации, своды и параметрии свободны, придатки не увеличены, область их безболезненная. Выделения слизистые незначительные. УЗИ: матка увеличена соответственно 16-17 недель беременности за счет множественной миомы, в передней стенке матки интерстициальный узел до 8 см в диаметре. Яичники размерами: правый 20х30х32 мм, левый 19*23*30 мм.

Задания: Поставьте диагноз. Какие методы исследования следует рекомендовать данной больной? Какие рекомендации следует дать женщине и какой объем операции показан при данной патологии?

Ситуационная задача №7 (ПК-5, ПК-6, ПК-8) Женщина 32 лет, обратилась на амбулаторный прием с жалобами на болезненные, обильные менструации, мажущие «шоколадные» выделения в перименструальный период, болезненный половой акт, отсутствие беременности в течении 3 лет. В анамнезе три аборта, последний 7 лет назад, после чего развился период бесплодия. При осмотре statuspraesens – без особенностей. Данные обследования: Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки – без дефектов. Матка отклонена кзади, несколько больше нормы, плотная, ограничена в подвижности, при пальпации чувствительна, пальпация шеечно-перешеечного отдела – резко болезненна. Придатки четко не пальпируются. Крестцово-маточные связки напряжены, болезненны при пальпации. Выделения скудные мажущие, «шоколадного» цвета. УЗИ: матка в retroflexio-versio, размеры 60х52х59 мм, неоднородной, ячеистой структуры. Толщина эндометрия 10 мм, по структуре соответствует второй фазе. Левый яичник 30х24 мм обычной структуры, правый яичник 29х23 мм с жидкостным образованием сетчатой структуры 18 мм в диаметре. В дугласовом пространстве небольшое количество жидкости.

Задания: Предполагаемый диагноз. Лечение данной патологии.

Ситуационная задача №8 (ПК-5, ПК-6) Женщина, 52 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, ощущение инородного тела внизу живота. Менструации нерегулярные, с задержками от 1 до 2 недель, без последующих кровотечений. Родов – 2, аборт – 2. В анамнезе – хроническое воспаление матки и придатков. Данные обследования: Влагалищное исследование: шейка матки не изменена. Матка увеличена до 4 недель беременности с ровными контурами, подвижная, безболезненная. Справа от матки определяется округлое жидкостное образование 8*10 см, подвижное, безболезненное при пальпации. Слева придатки не увеличены. Сводь свободны. Выделения слизистые, светлые.

Исследование мазка:

Исследование мазка	Уретра	Влагалище	Цервикальный канал
Лейкоциты	1-3	1-3	1-3
Эритроциты	Нет	Нет	Нет
Эпителиальные клетки	1-3-5	10-12	2-4
Гонококки	Нет	Нет	Нет
Другие бактерии	Ед (±) кокки	Гр (+) палочки Ед (±) кокки	Ед (±) кокки
Степень чистоты		II	

Исследование крови на Са-125 в пределах нормы. УЗИ – матка и левые придатки – без патологии. Справа – тонкостенное многокамерное образование с жидкостным содержимым, размерами 84х105 мм. Данные гастроскопии и ирригоскопии – патологии органов ЖКТ не выявлено. Рентген легких – патологии органов грудной полости не выявлено. Исследование пунктата из брюшной полости: опухолевые и атипические клетки не обнаружены.

Задания: Предполагаемый диагноз. С чем следует провести дифференциальный диагноз? Какой из дополнительных методов исследования является наиболее достоверным? Лечение данной патологии.

Ситуационная задача №9 (ПК-5, ПК-6) Женщина 46 лет поступила в гинекологическое отделение 16.05.14. для обследования и лечения. Жалобы на нерегулярные, обильные менструации. Перенесенные заболевания: грипп, частые ангины. Состоит на учете по поводу мастопатии. Наследственность не отягощена. Аллергические реакции отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет через 24 дня по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 27 лет. Роды - 1, аборт - 1. Вторичное бесплодие. В 2011 г. при осмотре обнаружено увеличение матки до 7 недель беременности. Состоит на диспансерном учете. С 2014 г. менструации носят ациклический характер, обильные, длительные. Последняя менструация с 24.04.14 по 05.05.14. Данные обследования: Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрическая, визуальна и кольпоскопически не изменена. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, поверхность бугристая, ограничено подвижно, безболезненно. Придатки не определяются, своды свободны, выделения слизистые. Анализ крови:

Анализ крови клинический:	Ед. измерения	Результат	Норма
Эритроциты –	1012/л	2,7х1012/л	4,5-5,0 х 1012/л
Гемоглобин –	г/л	96 г/л	120-150г/л
Цветной показатель –		0,8	0,8-1,0

Тромбоциты –	109/л	240 x 109/л	250-300 x 109/л
Лейкоциты:	109/л	6,3 x 109/л	6-8 x 109/л
Базофилы –	%	0	0-0,5
Эозинофилы –	%	2	3-4
Миелоциты –	%	0	0
Юные –	%	0	0
Палочкоядерные –	%	3	4
Сегментоядерные –	%	65	63-67
Лимфоциты –	%	26	24-30
Моноциты –	%	4	5-8
СОЭ –	мм/час	11	6-12

УЗИ: тело матки увеличено в размере 8x14x10 см, с множественными миоматозными узлами, один из узлов до 4 см в диаметре, исходящий из задней стенки деформирует полость матки, вдаётся в неё, узлы обычной структуры, без признаков нарушения питания. М-эхо 8 мм. Яичники правый 24x32x18 мм, левый 20x35x15 мм. Гистероскопия с диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала: длина цервикального канала по зонду 4 см, стенки ровные, соскоб скудный, длина полости матки по зонду 13 см, полость матки деформирована узлом на широком основании исходящем из задней стенки диаметром до 3 см, устья маточных труб свободные, слизистая пышная. Соскоб умеренный, при гистологическом исследовании соскобов данных за атипические изменения не выявлено. Кольпоскопия: при осмотре слизистая влагалищной части шейки матки не изменена, проба Шиллера отрицательная.

Задания: Ваш предполагаемый диагноз. Тактика ведения.

Перечень практических навыков Контролируемые компетенции – УК-1, ПК-5, ПК-6

1. проведение операции вакуум-экстракции плода;
2. наложение выходных акушерских щипцов;
3. проведение влагалищного исследования в родах;
4. оказание классического ручного пособия при головном предлежании плода;
5. оказание классического ручного пособия при запрокидывании ручек плода, прием Морисо-Левре;
6. оказание помощи при дистоции плечиков;
7. оказание ручного пособия при чистоягодичном предлежании плода;
8. проведение специального гинекологического исследования;
9. проведение наружного акушерского исследования по Леопольду-Левецкому, аускультации плода;
10. ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование полости матки;
11. интерпретация данных ультразвукового исследования при беременности;
12. взятие мазков (для бактериологического и цитологического исследования) из цервикального канала, влагалища и уретры;
13. методика взятия мазка на онкоцитологию;
14. пункция брюшной полости через задний свод влагалища;
15. методика взятия эндометрия для гистологического исследования;
16. проведение базовой сердечно-легочной реанимации у взрослого человека;
17. проведение базовой сердечно-легочной реанимации беременной пациентке после 22 недель гестации;
18. проведение и интерпретация антенатальной и интранатальной КТГ;
19. оказание реанимационной помощи новорожденным детям в родовом зале (околоплодные воды светлые);
20. оказание реанимационной помощи новорожденным детям в родовом зале (околоплодные воды мекониальные);
21. оказание базовой помощи новорожденным детям в родовом зале.

Оценочные листы для практических навыков.

1. Выполнение операции вакуум-экстракции плода.

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Определение проводной точки			
Введение чашечки вакуум-экстрактора, контроль правильности наложения чашечки			
Создание разряжения			
Пробная тракция			
Выполнение тракций			
Выведение головки из полой щели			
Защита промежности			
Снятие чашечки			
Выведение плечиков акушерскими приемами			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

2. Выполнение операции наложения выходных акушерских щипцов.

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработка наружных половых органов, подготовка рук хирурга, опорожнение мочевого пузыря			
Определение акушерской ситуации и показания к наложению щипцов, обезболивание			
Рассечение промежности			
Введение ложек щипцов			
Замыкание щипцов			
Пробная тракция			
Проведение собственно тракций			
Выведение головки плода в щипцах и защита промежности			
Снятие ложек			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

3. Проведение влагалищного исследования в родах

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать руки врача, наружные половые органы			
Надеть стерильные перчатки			
Осмотреть наружные половые органы, оценить характер выделений			
Ввести пальцы во влагалище, оценить структурные изменения шейки матки (раскрытие, толщину и плотность краев)			
Оценить наличие плодного пузыря, предлежащую часть			
Определить вид и позицию плода (по расположению стреловидного шва и родничков)			
Определить в какой плоскости таза располагается предлежащая часть, есть ли поступательные движения плода во время схватки			
Оценить полость малого таза (мыс, крестцовая впадина, наличие экзостозов, боковые емкости и т.д.)			
Вывести пальцы из влагалища. Снять перчатки и поместить их в специальный контейнер			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 16-18 баллов-отлично, 11-15 баллов-хорошо, 9-10 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

4. Классическое ручное пособие при головном предлежании плода

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Стерильной салфеткой с раствором антисептика обработал наружные половые органы, обработал руки как перед хирургической операцией, надел халат, маску, перчатки			
Встал у ножного конца кровати справа от роженицы, положил кисть левой руки на лобок. Ладонные поверхности сомкнутых пальцев расположил на головке. Не надавливал на головку, сдерживал ее преждевременное разгибание			
После окончания потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растянул вульварное кольцо над прорезывающейся головкой			
Положил правую руку ладонной поверхностью на промежность так, чтобы четыре пальца располагались в области левой большой половой губы, а отведенный большой палец - в области правой большой половой губы. Расположенные книзу и кнаружи от больших половых губ ткани оттеснил книзу			
Правой рукой осторожно сдвинул промежность над личиком плода кзади, а левой рукой медленно разогнул головку			
После наружного поворота головки и внутреннего поворота плечиков, головку плода захватил обеими руками и слегка оттягивают кзади пока под лонное сочленение не пошло переднее плечико			
Левой рукой захватил головку так, чтобы ладонь находилась на задней щечке плода, приподнял головку кпереди, правой рукой сдвинул промежность с заднего плечика			
Ввел указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, приподнял туловище кпереди, извлек ребенка			
Выложил ребенка на живот матери			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно

16-18 баллов-отлично, 13-15 баллов-хорошо, 10-12 баллов-удовлетворительно,

<9 баллов-неудовлетворительно

5. Классическое ручное пособие при запрокидывании ручек плода, прием Морисо-Левре

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Стерильной салфеткой с раствором антисептика обработал наружные половые органы, обработал руки как перед хирургической операцией, надел халат, маску, перчатки			
Оказал ручное пособие при чистоягодичном предлежании плода			
После рождения туловища до нижнего угла лопаток захватывает ножки плода и отводит их к паховой складке, противоположной позиции плода			
Первой освобождается задняя ручка, ручка плода освобождается одноименной рукой акушера (правая - правой, левая - левой) умывательными движениями со стороны спинки плода			
Для освобождения второй ручки туловище плода поворачивают на 180°(за костные ориентиры), передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая			
Для последующего рождения головки туловище плода приподнял вверх и постепенно выложил ребенка на живот матери			
Прием Молисо-Левре Плод кладут сверху на ладонь и предплечье нижней руки акушера, в ротик ребенка вводят ногтевую фалангу указательного пальца, нажимают на нижнюю челюсть и осторожно сгибают головку плода. Свободную руку, кладут на спинку плода, указательный и средний пальцы вилкообразно размещают по бокам шеи плода, не заходя в надключичную ямку. Тянут туловище вниз, пока под симфизом не появится задняя граница волосистой части головы (подзатылочная ямка), после этого тракции выполняют горизонтально кверху.			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно

13-14 баллов-отлично, 10-12 баллов-хорошо, 9-8 баллов-удовлетворительно,
<7 баллов-неудовлетворительно

6. Оказание помощи при дистоции плечиков

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Диагностировал дистоцию плечевого пояса (потягивание за головку не сопровождается рождением плечика)			
Позвал на помощь акушера-гинеколога, неонатолога, врача детского, реанимационного отделения, анестезиолога			
Обработал руки как перед хирургической операцией			
Произвел срединнолатеральную перинеотомию			
Применил прием McRoberta (максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных и коленных суставах с одновременными тракциями за головку плода)			
Произвел надавливание над лоном с одновременными тракциями за головку плода			
Выполнил прием Rubina (по задней стенке влагалища ввел два пальца по спинке до подмышечной ямки передней ручки, надавил, пытаясь перевести плечевой пояс в косой или поперечный размер)			
Выполнил прием Woods (ввел два пальца одной руки к передней поверхности заднего плечика, два пальца другой – к задней поверхности переднего плечика, повернул на 180°)			
Извлек заднюю ручку «умывающим» движением в направлении от спинки к груди			
Ввел указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, приподнял туловище кпереди, извлек ребенка.			
Выложил ребенка на живот матери/передал неонатологу			
Зафиксировал время рождения головки и плечевого пояса			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
22-24 баллов-отлично, 17-21 баллов-хорошо, 13-16 баллов-удовлетворительно,
<12 баллов-неудовлетворительно

7. Ручное пособие при чистоягодичном предлежании плода

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Стерильной салфеткой с раствором антисептика обработал наружные половые органы, обработал руки как перед хирургической операцией, надел халат, маску, перчатки			
Прорезывающиеся ягодицы захватил обеими руками так, чтобы большие пальцы располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные четыре пальца — на поверхности крестца			
По мере того как рождается туловище плода, продвинул руки по направлению к половой щели роженицы, в то же время прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы рук переместил кверху по спинке плода			
После рождения туловища до нижнего угла лопаток ягодицы плода направил несколько на себя, чтобы облегчить рождение передней ручки. Для рождения задней ручки приподнял туловище вверх.			
Для последующего рождения головки туловище плода приподнял вверх и постепенно выложил ребенка на живот матери			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
9-10 баллов-отлично, 7-8 баллов-хорошо, 5-6 баллов-удовлетворительно,
<5 баллов-неудовлетворительно

8. Проведение специального гинекологического исследования.

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать руки врача, наружные половые органы			
Надеть стерильные перчатки			
Осмотреть наружные половые органы			
Ввести двусторчатое зеркало во влагалище			
Осмотреть влагалищную часть шейки матки в зеркалах			
Вывести двусторчатое зеркало из влагалища, сбросить его в лоток для использованных инструментов			
Провести бимануальное влагалищное исследование			
Вывести пальцы из влагалища, оценить характер выделений			
Снять перчатки и поместить их в специальный контейнер			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

9. Проведение наружного акушерского исследования по Леопольду-Левицкому, аускультации плода.

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать руки врача			
Измерить окружность живота с помощью сантиметровой ленты			
Измерить высоту стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты			
Провести 1-й прием для определения высоты стояния дна матки и части плода в дне матки			
Провести 2-й прием для определения положения, позиции и вида плода в полости матки			
Провести 3-й прием для определения характера предлежащей части плода и ее отношения ко входу в малый таз			
Провести 4-й прием для определения расположения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза			
Провести аускультацию сердцебиения плода			
Подсчитать ЧСС плода, назвать норму ЧСС плода			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

10. Операция ручного отделения и выделения последа, обследование послеродовой матки

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать наружные половые органы, опорожнить мочевой пузырь			
Определить акушерскую ситуацию и показаний к проведению манипуляции			
Выбрать метод обезболивания			
Обработать руки хирурга, надеть стерильное хирургическое белье, накрыть операционное поле			
Ввести руку хирурга в полость матки			
Определить расположение последа, целостность стенок матки			
Пилящими движениями произвести отделение плотно прикрепленного последа			
Потягиванием за пуповину произвести выделение последа, оценить его целостность			
Произвести наружно-внутренний массаж матки, определить кровопотерю			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

11. Интерпретация данных ультразвукового исследования при беременности

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Определить предлежание, позицию плода, вид тазового предлежания по данным УЗИ			
Оценить соответствие фетометрии сроку беременности (масса плода, наличие задержки роста, макросомия)			
Определить, является ли срок выполненного исследования скрининговым			
Оценить состояние плаценты (толщина, структура, расположение)			
Оценить количество и качество околоплодных вод			
Оценить наличие/отсутствие признаков внутриутробной инфекции			
Оценить наличие генетических маркеров, хромосомных аномалий, врожденных пороков развития плода, другой патологии плода			
Оценить тонус матки			
Оценить данные цервикометрии (длина цервикального канала, форма внутреннего зева)			

Итого:			
--------	--	--	--

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 16-18 баллов-отлично, 11-15 баллов-хорошо, 9-10 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

12. Взятие мазков для бактериологического исследования из цервикального канала и уретры

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать руки врача, наружные половые органы			
Надеть стерильные перчатки			
Ввести двусторчатое зеркало во влагалище			
Взять мазок из цервикального канала и уретры ложечкой Фолькмана и нанести на предметное стекло			
Сбросить ложечку Фолькмана в лоток для использованных инструментов			
Вывести двусторчатое зеркало из влагалища			
Сбросить двусторчатое зеркало в лоток для использованных инструментов			
Снять перчатки и поместить их в специальный контейнер			
Заполнить бланк направления на анализ мазка в лабораторию			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

13. Методика взятия мазка на онкоцитологию

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать руки врача, наружные половые органы			
Надеть стерильные перчатки			
Ввести двусторчатое зеркало во влагалище			
Взять шпатель Эйра, тонким концом ввести в цервикальный канал и совершить одно вращательное движение на 360 ⁰ , нанести полученное содержимое на предметное стекло			
Сбросить шпатель Эйра в лоток для использованных инструментов			
Вывести двусторчатое зеркало из влагалища			
Сбросить двусторчатое зеркало в лоток для использованных инструментов			
Снять перчатки и поместить их в специальный контейнер			
Заполнить бланк направления на анализ мазка в лабораторию			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 16-18 баллов-отлично, 11-15 баллов-хорошо, 9-10 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

14. Техника пункции брюшной полости через задний свод влагалища

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать руки врача, наружные половые органы			
Надеть стерильные перчатки			
Ввести ложкообразные зеркала во влагалище			
Зафиксировать заднюю губу шейки матки пулевыми щипцами и оттянуть кпереди			
В задний свод влагалища ввести толстую иглу со шприцом на глубину 1-2 см			
Извлечь жидкость обратным движением поршня с одновременным удалением шприца, оценить содержимое			
Вывести двусторчатое зеркало из влагалища, сбросить в лоток для использованных инструментов			
Снять перчатки и поместить их в специальный контейнер			
При необходимости отправить полученный биоматериал на исследование			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 16-18 баллов-отлично, 11-15 баллов-хорошо, 9-10 баллов-удовлетворительно,

<9 баллов-неудовлетворительно

15. Методика взятия эндометрия для гистологического исследования

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Обработать руки врача, наружные половые органы			
Надеть стерильные перчатки			
Ввести двусторчатое зеркало во влагалище			
Фиксация передней губы шейки матки пулевыми щипцами			
Введение проводника-катетера до дна матки, получение аспирата, извлечение катетера			
Нанести биоматериал на предметное стекло			
Вывести двусторчатое зеркало из влагалища, сбросить в лоток для использованных инструментов			
Снять перчатки и поместить их в специальный контейнер			
Заполнить бланк направления для лаборатории			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
16-18 баллов-отлично, 11-15 баллов-хорошо, 9-10 баллов-удовлетворительно,
<9 баллов-неудовлетворительно

16. Проведение базовой сердечно-легочной реанимации взрослому человеку

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Оценить наличие сознания, спросить: «с Вами все в порядке?»			
Оценить наличие дыхания в течение 10 секунд (смотреть, слушать, ощущать)			
Вызвать помощь (анестезиолога, скорую помощь, МЧС, в зависимости от ситуации)			
Уложить пострадавшего на спину, на твердую поверхность, расстегнуть одежду			
Разогнуть голову и поднять подбородок, проверить проходимость дыхательных путей			
Начать непрямой массаж сердца			
Оценка качества непрямого массажа сердца: частота компрессий не менее 100 в минуту, глубина 5 см, положение рук в центре грудной клетки, руки выпрямлены, перпендикулярны поверхности грудной клетки, соотношение массаж/ИВЛ 30:2, счет вслух			
Выполнить вентиляцию легких			
Оценка качества искусственной вентиляции легких: герметизация верхних дыхательных путей, длительность 1 секунда, общая продолжительность 2 вентиляций не более 5 секунд, контроль экскурсии грудной клетки			
Контроль эффективности реанимационных мероприятий: оценить пульс на сонной артерии, своевременное прекращение реанимации при их неэффективности в течение 30 минут			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
<9 баллов-неудовлетворительно

17. Проведение базовой сердечно-легочной реанимации беременной пациентке после 22 недель гестации

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Оценить наличие сознания, спросить: «с Вами все в порядке?»			
Оценить наличие дыхания в течение 10 секунд (смотреть, слушать, ощущать)			
Вызвать помощь (анестезиолога, акушера-гинеколога, неонатолога, врача детской реанимации)			
Уложить пациентку на твердую поверхность, устранить аорто-кавальную компрессию			
Начать непрямой массаж сердца (30 компрессий)			
Разогнуть голову и поднять подбородок, проверить проходимость			

дыхательных путей			
Выполнить вентиляцию легких (2 вдоха)			
Оценка качества непрямого массажа сердца: частота компрессий не менее 100 в минуту, глубина 5 см, положение рук в центре грудной клетки, руки выпрямлены, перпендикулярны поверхности грудной клетки, соотношение массаж/ИВЛ 30:2, счет вслух			
Оценка качества искусственной вентиляции легких: герметизация верхних дыхательных путей, длительность 1 секунда, общая продолжительность 2 вентиляций не более 5 секунд, контроль экскурсии грудной клетки			
Контроль эффективности реанимационных мероприятий: оценить пульс на сонной артерии, дыхание – через 2 минуты проведения СЛР в течение 10 секунд			
Выполнить посмертное кесарево сечение через 4 минуты неэффективной реанимации			
Своевременное прекращение реанимации при их неэффективности в течение 30 минут			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 22-24 балла - отлично, 17-21 балл - хорошо, 16 - 13 баллов - удовлетворительно,
 <12 баллов - неудовлетворительно

18. Проведение и интерпретация антенатальной и интранатальной КТГ

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Включить аппарат регистрации КТГ, проверить правильность установки даты и времени			
Посадить беременную на стул или положить на левый бок			
Определить членорасположение плода с помощью пальпации			
Расположить датчик регистрации сердечной деятельности плода, с предварительно нанесенным на него гелем, на предполагаемую область спинки плода, зафиксировать специальной лентой			
Токодатчик, регистрирующий сократительную активность матки, расположить на уровне дна матки, зафиксировать специальной лентой			
Включить принтер, ввести срок беременности, начать запись КТГ			
Провести запись кардиотокограммы в течение минимум 10, максимум 60 минут с функциональными пробами (с задержкой дыхания и физической нагрузкой)			
Оценить полученную запись (ЧСС, вариабельность, наличие ускорений, децелераций, реакция на функциональные пробы)			
Определить тип кардиотокограммы по критериям FIGO (нормальный, сомнительный, патологический, претерминальный, сложно интерпретируемый)			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
 18-16 баллов-отлично, 15-11 баллов-хорошо, 10-9 баллов-удовлетворительно,
 <9 баллов-неудовлетворительно

19. Оказание реанимационной помощи новорожденным детям в родовом зале (околоплодные воды светлые)

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Оценить наличие признаков живорожденности			
Оценить наличие ЧСС, дыхания			
Вызвать помощь (неонатолога, детского реаниматолога)			
Перенести ребенка на реанимационный столик			
Обсушить, санировать верхние дыхательные пути, провести тактильную стимуляцию			
Начать масочную вентиляцию (оценка качества искусственной вентиляции легких: герметичность прижатия маски, правильное расположение маски на лице, частота дыхания 40-60 вдохов в минуту, контроль экскурсии грудной клетки и цвета кожных покровов)			
Ассистирование при интубации трахеи и проведении ИВЛ (подать ларингоскоп, интубационную трубку, присоединение дыхательной			

аппаратуры, фиксация интубационной трубки)			
Проведение непрямого массажа сердца			
Оценка качества непрямого массажа сердца: координация непрямого массажа сердца с ИВЛ 3:1, глубина – 1/3 передне-заднего размера грудной клетки, положение пальцев посередине грудной клетки ниже линии, соединяющей соски, счет вслух			
Использование различных методик непрямого массажа сердца (большие пальцы обеих рук/два пальца одной руки)			
Ассистирование при введении медикаментов			
Контроль эффективности реанимационных мероприятий: оценить ЧСС и дыхание, своевременное прекращение реанимации при их неэффективности в течение 10 минут			
Проведение кислородотерапии во время реанимации: начало – 20% кислородом, далее – ступенчатое повышение концентрации кислорода до 100% на момент проведения непрямого массажа сердца и введения медикаментов. После стабилизации ребенка – снижение концентрации кислорода во вдыхаемой смеси.			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
26-22 баллов-отлично, 21-15 баллов-хорошо, 14-13 баллов-удовлетворительно,
<13 баллов-неудовлетворительно

20. Оказание реанимационной помощи новорожденным детям в родовом зале (околоплодные воды мекониальные)

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Оценить наличие признаков живорожденности			
Оценить наличие ЧСС, дыхания			
Вызвать помощь (неонатолога, детского реаниматолога)			
Перенести ребенка на реанимационный столик			
Санировать верхние дыхательные пути. Обсушивание и тактильная стимуляция категорически запрещена!			
Ассистирование при санации трахеи (подать ларингоскоп, интубационную трубку, присоединение мекониального аспиратора)			
Ассистирование при интубации трахеи и проведении ИВЛ (подать ларингоскоп, интубационную трубку, присоединение дыхательной аппаратуры, фиксация интубационной трубки)			
Проведение непрямого массажа сердца			
Оценка качества непрямого массажа сердца: координация непрямого массажа сердца с ИВЛ 3:1, глубина - 1/3 передне-заднего размера грудной клетки, положение пальцев посередине грудной клетки ниже линии, соединяющей соски, счет вслух			
Использование различных методик непрямого массажа сердца (большие пальцы обеих рук/два пальца одной руки)			
Ассистирование при введении медикаментов			
Контроль эффективности реанимационных мероприятий: оценить ЧСС и дыхание, своевременное прекращение реанимации при их неэффективности в течение 10 минут			
Проведение кислородотерапии во время реанимации: начало – 40% кислородом, далее – ступенчатое повышение концентрации кислорода до 100% на момент проведения непрямого массажа сердца и введения медикаментов. После стабилизации ребенка – снижение концентрации кислорода во вдыхаемой смеси.			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
26-22 баллов-отлично, 21-15 баллов-хорошо, 14-13 баллов-удовлетворительно,
<13 баллов-неудовлетворительно

21. Оказание базовой помощи новорожденным детям в родовом зале

Оценочный лист

Этапы манипуляции	баллы		
	0	1	2
Оценить наличие признаков живорожденности			
Оценить наличие ЧСС, дыхания			

Вызвать помощь (неонатолога)			
Выкладывание ребенка на живот матери сразу после рождения			
Отсроченное пережатие пуповины (не ранее одной минуты)			
Соблюдение тепловой цепочки			
При необходимости – санация верхних дыхательных путей, тактильная стимуляция			
Прикладывание к груди не менее 30 минут в родовом зале			
Возможность отсроченной антропометрии и обработки пуповины			
Проведение процедуры «милкинг»			
Итого:			

0 – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно
20-18 баллов-отлично, 17-12 баллов-хорошо, 11-10 баллов-удовлетворительно,
<10 баллов-неудовлетворительно