

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

Кафедра акушерства и гинекологии, неонатологии,  
анестезиологии и реаниматологии

«УТВЕРЖДАЮ»

директор ФГБУ «Ив НИИ МиД  
им. В.Н. Городкова» Минздрава России  
д.м.н., проф. Малышкина А.И.

«28» XII 2021 г.

Протокол Ученого Совета

№ 10 от 28/XII 2021 г.



### РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации  
«Актуальные проблемы современного акушерства  
(курс с использованием дистанционных образовательных технологий)»  
по специальности «Акушерство и гинекология»  
(72 ч.)

Иваново 2021

## СОГЛАСОВАНО

ДПП рассмотрена на заседании кафедры: протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Разработчики рабочей программы: д.м.н., профессор кафедры, зав. кафедрой Панова И.А., д.м.н., д.м.н., профессор Парейшвили В.В., д.м.н., доцент кафедры Рокотянская Е.А., к.м.н., доцент кафедры Сытова Л.А., к.м.н., ассистент кафедры Салахова Л.М.

Рецензия дана зам. директора по лечебной работе ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н.Городкова» Минздрава России, к.м.н. Песикиным О.Н. «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. (прилагается)

Рецензия дана главным научным сотрудником отдела акушерства и гинекологии ФГБУ «Ив НИИ МиД имени В.Н.Городкова» Минздрава России, д.м.н., проф. Борзовой Н.Ю. «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. (прилагается)

Рабочая программа рассмотрена на заседании методической комиссии института «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. (протокол № \_\_)

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого Совета института «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. (протокол № \_\_)

**Сведения о переутверждении дополнительной профессиональной программы**

Дополнительная профессиональная программа переутверждена на 20\_\_ / \_\_ год на заседании кафедры протокол от \_\_\_\_\_ 20\_\_ №\_\_ с изменениями/без изменений протокол изменений на 20\_\_ / \_\_ год  
Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_

Дополнительная профессиональная программа переутверждена на 20\_\_ / \_\_ год на заседании кафедры протокол от \_\_\_\_\_ 20\_\_ №\_\_ с изменениями/без изменений протокол изменений на 20\_\_ / \_\_ год  
Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_

Дополнительная профессиональная программа переутверждена на 20\_\_ / \_\_ год на заседании кафедры протокол от \_\_\_\_\_ 20\_\_ №\_\_ с изменениями/без изменений протокол изменений на 20\_\_ / \_\_ год  
Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения.....	5
1.1 Нормативные и методические документы ДПП.....	5
1.2. Цель реализации ДПП.....	5
2. Планируемые результаты освоение ДПП.....	5
3. Учебный план.....	7
4. Рабочая программа дисциплины.....	7
5. Учебно-методическое и информационное обеспечение программы .....	9
6. Материально-технические условия реализации ДПП.....	11
7. Требования к итоговой аттестации.....	12
8. Кадровые условия реализации ДПП.....	12
9. Календарный учебный график ДПП.....	13

## **1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **1.1 НОРМАТИВНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ ДПП**

- ФЗ РФ от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
- ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 №499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Приказ Минздрава России от 07.10.2015 №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.08.2015 № 599н «Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения РФ образовательных и научных организаций подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата»;
- Письмо Минобрнауки России от 22.04.2015 № ВК-1032/06 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями-разъяснениями по разработке дополнительных профессиональных программ на основе профессиональных стандартов»);
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12.04.2021 № 262Н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – акушер-гинеколог».
- Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869)

### **1.2 ЦЕЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ ДПП**

**Цель программы повышения квалификации** - совершенствование трудовых функций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога, повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по вопросам оказания помощи женщинам в стационарных условиях.

## **2 ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ**

Результаты освоения ДПП основываются на совершенствовании профессиональных компетенций на основе анализа трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт «Врач - акушер-гинеколог»:

1. Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания

**В/01.8**

- беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях
2. Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях **В/02.8**
3. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях **В/03.8**
4. Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях **В/04.8**
5. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях **В/05.8**
6. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в стационарных условиях **В/06.8**
7. Оказание медицинской помощи в экстренной форме **В/07.8**

В результате прохождения цикла (модуля) обучающийся должен:

- 1) Знать: В/01.8; В/02.8; В/03.8; В/04.8; В/05.8; В/06.8; В/07.8
1. анатомо-физиологические и индивидуальные особенности строения и развития органов малого таза, изменения в организме женщины при беременности;
  2. теоретические аспекты осложнений беременности, родов, послеродового периода: этиологию, патогенез, клиническую симптоматику и особенности течения;
  3. современные методы диагностики, лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода; основы организации маршрутизации;
  4. клинические рекомендации (протоколы) лечения, стандарты медицинской помощи женщинам с осложнениями беременности, родов и послеродового периода;
  5. клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику осложнений беременности, родов и послеродового периода;

6. основы организации медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц с экстренными и неотложными состояниями в акушерстве;
7. правила оказания неотложной медицинской помощи женщине с экстренными и неотложными состояниями в акушерстве.

2) Уметь: В/01.8; В/02.8; В/03.8; В/04.8; В/05.8; В/06.8; В/07.8

1. интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с нормальным и осложненным течением беременности родов и послеродового периода в стационарных условиях;
2. оценивать тяжесть состояния женщин с осложнениями беременности, родов, послеродового периода устанавливать ведущие синдромы и предварительный диагноз;
3. осматривать и обследовать женщин с осложнениями беременности, родов, послеродового периода, требующими оказания медицинской помощи;
4. проводить функциональное обследование женщин с осложнениями беременности, родов, послеродового периода;
5. установить диагноз, разработать план и провести лечение женщин с осложнениями беременности, родов, послеродового периода в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по вопросам оказания помощи в стационарных условиях;
6. определение медицинских показаний и противопоказаний для медицинских вмешательств;
7. выполнить сердечно-легочную реанимацию.

3) Владеть: В/01.8; В/02.8; В/03.8; В/04.8; В/05.8; В/06.8; В/07.8

1. методикой сбора жалоб, анамнеза жизни у пациенток с нормальным и осложненным течением беременности, во время родов и в послеродовом периоде;
2. методикой осмотра и обследования женщин с нормальным и осложненным течением беременности, родов и послеродового периода;
3. алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования при экстренных и неотложных состояниях в акушерстве;
4. алгоритмом оценки состояния плода во время беременности и в родах, новорожденного;
5. методикой выявления признаков патологического течения беременности и родов, послеродового периода (клинический узкий таз, преэклампсия и эклампсия в родах и послеродовом периоде, акушерское кровотечение, геморрагический шок, амниотическая эмболия и тромбоэмболия);
6. методикой разработки плана лечения женщин с осложнениями беременности, родов и послеродового периода с учетом диагноза,

- возраста, клинической картины, в соответствии и действующими клиническими рекомендациями;
7. методикой оценки результатов лечения у женщин с осложнениями беременности, родов и послеродового периода.

### 3 СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

#### УЧЕБНЫЙ ПЛАН

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации  
«Актуальные проблемы современного акушерства  
(курс с использованием дистанционных образовательных технологий)»  
по специальности «Акушерство и гинекология»

Цель ДПП: совершенствование трудовых функций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога, повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по вопросам оказания помощи женщинам в стационарных условиях.

Задачи ДПП: дать основные знания об особенностях выявления и оказания неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве (эклампсия, массивное кровотечение, эмболия околоплодными водами, ТЭЛА, преждевременные роды), о технике выполнения влагалищных родоразрешающих операций, оценке состояния плода при беременности и в родах.

Категория обучающихся - врачи акушеры-гинекологи.

Трудоёмкость и срок освоения - 72 часа.

Форма обучения – очная.

Наименование модуля	Всего час.	Учебные занятия, час		Форма контроля (текущий контроль, промежуточная аттестация)
		С использованием дистанционных образовательных технологий		
		Видеолекции	Вебинары	
«Экстренные и неотложные состояния в акушерстве (курс с использованием дистанционных образовательных технологий)»	70	51	19	
<b>Всего</b>	<b>70</b>	<b>51</b>	<b>19</b>	
Итоговая аттестация	2 ч.	Тестовый контроль		
<b>ИТОГО</b>	<b>72 ч.</b>			



**4 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ  
КВАЛИФИКАЦИИ**

Наименование раздела дисциплины (модуля)	Всего час.	Учебные занятия, час		Форма контроля (текущий контроль, промежуточная аттестация)	Трудовые функции
		С использованием дистанционных образовательных технологий			
		Лекции	Вебинары		
<b>1. Анатомически и клинически узкий таз в современном акушерстве</b> 1.1. Родовой канал: костный таз; плод как объект родов. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. 1.2. Характеристика наиболее часто встречающихся форм анатомически узкого таза и их диагностика. Особенности течения и ведения беременности при анатомически узком тазе. 1.3. Клинически узкий таз. 1.4. Дистоция плечиков.	<b>8</b>	7 2	1		В/01.8; В/02.8; В/03.8; В/04.8; В/05.8; В/06.8; В/07.8
<b>2. Гипертензивные расстройства при беременности</b> 2.1. Ведение беременности при различных видах гипертензивных расстройств. 2.2. Неотложная помощь при тяжелой преэклампсии и эклампсии в родах и послеродовом периоде.	<b>8</b>	6 3 3	2		В/01.8; В/02.8; В/03.8; В/04.8; В/05.8; В/06.8; В/07.8
<b>3. Неотложная помощь, принципы инфузионно-трансфузионной терапии при массивном акушерском кровотечении. Геморрагический шок.</b> 3.1. Акушерские кровотечения. Виды. Причины. Современная тактика лечения. 3.2. Алгоритм оказания помощи при	<b>12</b>	8 1 2	4		В/01.8; В/02.8; В/03.8; В/04.8; В/05.8; В/06.8; В/07.8

<p>акушерских кровотечениях. Оценка кровопотери.</p> <p>3.3. Гемостатические компрессионные швы.</p> <p>3.4. Управляемая баллонная тампонада.</p> <p>3.5. Оценка кровопотери и расчет инфузионной терапии при акушерских кровотечениях.</p>		2			
<p><b>4. Неотложная помощь при амниотической эмболии и тромбэмболии.</b></p> <p>4.1. Неотложная помощь при амниотической эмболии.</p> <p>4.2. Неотложная помощь при тромбэмболии.</p>	4	3 1	1		B/01.8; B/02.8; B/03.8; B/04.8; B/05.8; B/06.8; B/07.8
<p><b>5. Основные принципы сердечно-легочной реанимации</b></p> <p>5.1. Сердечно-легочная реанимация взрослого человека</p> <p>5.2. Сердечно-легочная реанимация у беременных</p>	4	3 1 2	1		B/01.8; B/02.8; B/03.8; B/04.8; B/05.8; B/06.8; B/07.8
<p><b>6. Оценка состояния плода при беременности и в родах</b></p> <p>6.1. Клинические и биохимические методы антенатальной оценки состояния плода. Пренатальный скрининг.</p> <p>6.2. Инструментальные (инвазивные и неинвазивные) методы антенатальной оценки состояния плода.</p> <p>6.3. Кардиотокография при беременности и в родах</p>	12	7 2 2 3	5		B/01.8; B/02.8; B/03.8; B/04.8; B/05.8; B/06.8; B/07.8
<p><b>7. Родоразрешающие влагалищные операции</b></p> <p>7.1. Акушерские щипцы</p> <p>7.2. Вакуум-экстракция плода</p>	8	6 3 3	2 1 1		B/01.8; B/02.8; B/03.8; B/04.8; B/05.8; B/06.8; B/07.8
<p><b>8. Преждевременные роды</b></p> <p>8.1. Ведение беременности при угрожающих преждевременных родах. Родоразрешение.</p> <p>8.2. Дородовое излитие околоплодных вод при недоношенной беременности.</p>	10	8 4 4	2		B/01.8; B/02.8; B/03.8; B/04.8; B/05.8; B/06.8; B/07.8
<p><b>9. Ведение беременных группы риска на развитие осложнений беременности на</b></p>	4	3	1		B/01.8; B/02.8; B/03.8; B/04.8;

этапе ЖК					В/05.8; В/06.8; В/07.8
Всего	70	51	19		
Итоговая аттестация	2 ч.	Тестовый контроль			
<b>ИТОГО</b>	<b>72 ч.</b>				

## 5 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ

### 5.1. Литература

#### Оснoвнaя литература:

1. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с.
2. Айламазян, Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2010. - 543 с.: ил.
3. Многоплодная беременность. Клинические рекомендации. – М., 2020. - 81 с.
4. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 848 с.
5. Нормальная беременность. Клинические рекомендации. – М., 2020. - 89 с.
6. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов и др. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011.– 784 с.
7. Послеоперационный рубец на на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде». Клинические рекомендации. – М., 2021, - 40 с.
8. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869)
9. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации. – М., 2018. - 76 с.
10. Преждевременные роды. Клинические рекомендации. – М., 2020. - 66 с.
11. Преэклампсия: Руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Л.Е. Мурашко. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 576 с.
12. Резус изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации. – М., 2020. - 45 с.
13. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) Клинические рекомендации. – М., 2020. - 66 с.
14. Тазовое предлежание плода. Клинические рекомендации. – М., 2020. - 48 с.
15. Эклампсия. Отки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Клинические рекомендации.

– М., 2021. - 82 с.

Дополнительная литература:

1. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.
2. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие / под ред. проф. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
3. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие / под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
4. Атлас манипуляций в неонатологии: пер. с англ. В.В. Пожарского / под ред. Мхайри Дж. Мак-Дональд, Джаяшри Рамасезу; под ред. И.И. Рюминой, Е.Н. Байбариной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с.
5. Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Логутова Л.С., Туманова В.А., Ахвледиани К.Н., Мельников А.П., Коваленко Т.С., Реброва Т.В., Капустина М.В., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф., Иванкова Н.М. Вакуум-экстракция плода // Методическое письмо МЗ РФ №15-4/10/2-748 от 19.07.2012.- 12с.
6. Методы оценки состояния плода в родах. Учебное пособие для врачей. / Рокотянская Е.А., Панова И.А., Мальшпкина А.И., Шилова Н.А. – Иваново, 2021. – 90с.
7. Оперативное акушерство Манро Керра: пер. с англ. / Т. Ф. Баскетт, Э. А. Калдер, С. Арулкумаран; под ред. М.А. Курцера. - М.: Рид Элсивер, 2010. - 392 с. : ил.
8. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2007. - 656 с.: ил.
9. Радзинский, Е.В. Акушерская агрессия / Е.В. Радзинский. - М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. - 688 с.
10. Анатомически и клинически узкий таз в современном акушерстве: учебное пособие / Парейшвили В.В., Панова И.А., Мальшпкина А.И., Смирнова Е.В.- Иваново: ООО «Типография ДП», 2016. - 84с.
11. Родоразрешающие влагалищные операции: вакуум-экстракции плода, акушерские щипцы: учебное пособие / Панова И.А., Парейшвили В.В., Мальшпкина А.И., Рокотянская Е.А., Салахова Л.М. - Иваново: ООО «Типография ДП», 2016. - 50с.

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

1. <http://niimid/>
2. Научная электронная библиотека eLIBRARY.ru [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)
4. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) [www.femb.ru](http://www.femb.ru)
5. MEDLINE [www.medline.ru](http://www.medline.ru)
6. BioMED Central (BMC) [www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)
7. Всероссийская образовательная Интернет-программа для врачей <http://internist.ru/>
8. Consilium Medicum <http://con-med.ru/>

9. Официальный сайт ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России - <http://www.ncagip.ru/>.

## **6 ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

**Организация образовательной деятельности по освоению программы**

**Реализация программы:**

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей ««Актуальные проблемы современного акушерства (курс с использованием дистанционных образовательных технологий)» по специальности «Акушерство и гинекология» может реализовываться полностью с использованием дистанционных образовательных технологий.

**Продолжительность одного занятия и трудоемкость недельной нагрузки обучающихся** определяется локальным нормативным актом института.

## **МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ДПП**

**ФГБУ "ИВНИИ МиД им. В.Н. Городкова" Минздрава России**

**1. Технические средства обучения** (персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедиа, аудио- и видеотехника): МФУ HP LaserJetProM 1132, ноутбук "Samsung15.6", проектор NEG, телевизор LED40 "SamsungUE 40EH5307K "R", FullHD, черный, телевизор LED40 "Samsung", презентер, колонки SVEN, наушник с микрофоном, компьютер в сборе с принтером, компьютер в сборе, монитор Samsung 17, монитор Samsung 17 783 DF, монитор TET, принтер лазерный CanonLBP-1120.

**2. Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи:**

№ п/п	Название	количество
1	Манекен-тренажер Оживленная Анна производство Laerdal Medical AS (Норвегия)	1
2	Имитатор стояния головки во время родов производство 3B Scientific GmbH, (Германия) Комплект модулей состояния шейки матки и вагины в родах (6 шт.)	1
3	Базовая версия фантома родов производство Наско, США	1
4	Имитатор стояния головки во время родов производство 3B Scientific GmbH, (Германия)	1
5	Женский таз со связками, сосудами, нервами, тазовым дном и органами, 6 частей производство 3B Scientific GmbH, (Германия)	1
6	Акушерский фантом-имитация родов	1
7	Тренажер для обучения навыкам проведения экстренного кесарева сечения	1
8	Базовый блок (Мама Софи)	1
9	Модель плода	1

10	Базовый блок (Мама Люси) в комплекте с принадлежностями	1
11	Голова плода без скальпа для вакуум-экстракции плода	1
12	Голова плода для вакуум-экстракции	1
13	Манекен для сердечно-легочной реанимации (СЛР) с компьютером Брайден	1
14	Акушерская модель-тренажер Люси	1
15	Акушерский тренажер Софи	1
16	Тренажер для родов ПРОМПТ ФЛЕКС с мониторингом силы тракций, модулем раскрытия шейки матки и модулем послеродового кровотечения (модель послеродового кровотечения) (модуль раскрытия и сглаживания шейки матки)	1

## 7 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

Оценка качества освоения программы осуществляется в виде итогового тестирования в письменной форме по основным разделам программы.

В результате тестового контроля знаний при средней величине процентов правильных менее 69 – выставляется оценка «неудовлетворительно», 70-80 - оценка «удовлетворительно», 81-90 – оценка «хорошо», а при сумме баллов 91-100 – «отлично».

## 8 КАДРОВЫЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ДПП

Квалификация научно-педагогических работников соответствует квалификационным характеристикам, установленным квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, и квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования», утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 марта 2011 г., регистрационный № 20237), и профессиональным стандартам.

№	Раздел	Ф.И.О.	Занимаемая должность	Ученая степень, ученое звание	Вид работы (основная, совместитель)	Специализация	Стаж научно-педагогической работы
1	<b>Анатомически и клинически узкий таз в современном акушерстве</b>	Парейшвил и Виолетта Васильевна	Профессор кафедры	Д.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	

		Сытова Людмила Алексеевна	Доцент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
2	<b>Гипертензивные расстройства при беременности</b>	Панова Ирина Александровна	Зав. кафедрой	Д.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
		Рокотянская Елена Аркадьевна	Доцент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
3	<b>Неотложная помощь, принципы инфузионно-т рансфузионно й терапии при массивном акушерском кровотечении. Геморрагичес кий шок.</b>	Сытова Людмила Алексеевна	Доцент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
		Рокотянская Елена Аркадьевна	Доцент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
4	<b>Неотложная помощь при амниотическо й эмболии и тромбэмболии</b>	Панова Ирина Александровна	Зав. кафедрой	Д.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
		Салахова Лилия Мунавировна	Ассистент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
5	<b>Основные</b>	Салахова	Ассистент	К.м.н.	основная	Акушерство	

	<b>принципы сердечно-легочной реанимации</b>	Лилия Мунавирова	кафедры			и гинекология	
6	<b>Оценка состояния плода при беременности и в родах</b>	Рокотянская Елена Аркадьевна	Доцент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
7	<b>Родоразрешающие влагалищные операции</b>	Парейшвил и Виолетта Васильевна	Профессор кафедры	Д.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
		Рокотянская Елена Аркадьевна	Доцент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
	<b>10. Преждевременные роды</b>	Салахова Лилия Мунавирова	Ассистент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
	<b>11. Ведение беременных групп риска на развитие осложнений беременности и на этапе ЖК</b>	Панова Ирина Александровна	Зав. кафедрой	Д.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	

### 9 КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК ДШ

Вид занятий	Количество часов	Наименование разделов
<b>1-й учебный день</b>		
<b>ДОТ</b>	8	Анатомически и клинически узкий таз в современном акушерстве.



<b>2-й учебный день</b>		
ДОТ	8	Гипертензивные расстройства при беременности
<b>3-й учебный день</b>		
ДОТ	8	Основные принципы сердечно-легочной реанимации Неотложная помощь при амниотической эмболии и тромбэмболии
<b>4-й учебный день</b>		
ДОТ	8	Неотложная помощь, принципы инфузионно-трансфузионной терапии при массивном акушерском кровотечении. Геморрагический шок.
<b>5-й учебный день</b>		
ДОТ	7	Оценка состояния плода при беременности и в родах
<b>6-й учебный день</b>		
ДОТ	5	Оценка состояния плода при беременности и в родах. Вебинар.
	3	Ведение беременных групп риска на развитие осложнений беременности на этапе ЖК
<b>7-й учебный день</b>		
ДОТ	8	Родоразрешающие влагалищные операции
<b>8-й учебный день</b>		
ДОТ	8	Преждевременные роды
<b>9-й учебный день</b>		
ДОТ	4	Неотложная помощь, принципы инфузионно-трансфузионной терапии при массивном акушерском кровотечении. Вебинар.
	2	Преждевременные роды. Вебинар.
<b>10-й учебный день</b>		
ДОТ	1	Ведение беременных групп риска на развитие осложнений беременности на этапе ЖК. Вебинар.
	2	ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ (2ч.)
ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ	2	
ИТОГО	72	

## ПРОГРАММА ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Итоговая аттестация обучающихся – проводится по окончании освоения рабочей программы. Формы и порядок проведения итоговой аттестации определены учебным планом программы.

*Примеры тестовых заданий:*

Наиболее часто встречающаяся форма анатомически узкого таза:	а) простой плоский б) поперечносуженный в) общеравномерно-суженный г) плоскорихитический	г
Объем физиологической кровопотери в родах:	а) до 250 мл б) 250 - 400 мл в) до 500 мл г) правильного ответа нет	в
Для HELLP-синдрома характерны:	а) тромбоцитоз б) тромбоцитопения в) гипоферментемии г) спленомегалии	б

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

Кафедра акушерства и гинекологии, неонатологии,  
анестезиологии и реаниматологии

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЦИКЛА**  
**ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**  
«Актуальные проблемы современного акушерства  
(курс с использованием дистанционных образовательных технологий)»  
по специальности «Акушерство и гинекология»  
(срок освоения ДПП – 72 академических часа)

1.	Наиболее часто встречающаяся форма анатомически узкого таза:	а) простой плоский б) поперечносуженный в) общеравномерно-суженный г) плоскоррахитический	б
2.	Наиболее важный признак плоскоррахитического таза:	а) мыс крестца вдается в полость таза б) крылья подвздошных костей развернуты в) крестец укорочен и утончен г) крестец уплощен и уширен	а
3.	Наиболее важный признак поперечносуженного таза:	а) крутое стояние крыльев подвздошных костей б) узкая лонная дуга в) уменьшение поперечных размеров таза г) уменьшение горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса	в
4.	Характерные осложнения в первом периоде родов при узком тазе:	а) слабость родовой деятельности, раннее излитие околоплодных вод б) отслойка плаценты в) выпадение ножки плода г) бурная родовая деятельность	а
5.	Характерные осложнения во втором периоде родов при узком тазе:	а) вторичная слабость родовой деятельности, разрыв промежности б) не бывает осложнений в) быстрые роды г) отслойка плаценты	а
6.	Особенностью биомеханизма родов при поперечносуженном тазе является:	а) сильное сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма б) сильное сгибание головки, высокое прямое стояние стреловидного шва, отсутствие внутреннего поворота головки в) разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, асинклитическое вставление, "штурмовые" роды г) разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, "низкое поперечное стояние головки" д) сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма	б
7.	Наиболее часто встречающееся осложнение беременности при узком тазе:	а) многоводие б) поперечное положение плода	в

		<ul style="list-style-type: none"> <li>в) преждевременное излитие околоплодных вод</li> <li>г) преэклампсия</li> </ul>	
8.	Размеры таза 26–26–31–17–10–9 см соответствуют следующей его анатомической форме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) нормальный таз</li> <li>б) плоскорихитический таз</li> <li>в) простой плоский таз</li> <li>г) общеравномерносуженный таз</li> <li>д) поперечносуженный таз</li> </ul>	б
9.	Размеры таза 24–26–28–18–11–9 см соответствуют следующей его анатомической форме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) плоскорихитический таз</li> <li>б) общеравномерносуженный таз</li> <li>в) простой плоский таз</li> <li>г) поперечносуженный таз</li> </ul>	в
10.	Размеры таза 23–26–29–20–13–11 см соответствуют следующей его анатомической форме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) плоскорихитический таз</li> <li>б) простой плоский таз</li> <li>в) общеравномерносуженный таз</li> <li>г) поперечносуженный таз</li> </ul>	г
11.	Уменьшение всех прямых размеров плоскостей таза характерно для таза:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) простого плоского</li> <li>б) плоскорихитического</li> <li>в) общеравномерносуженного</li> <li>г) поперечносуженного</li> </ul>	а
12.	Изменение каких размеров учитывается в классификации степеней сужения таза:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) изменение ромба Михаэлиса</li> <li>б) высота стояния дна матки</li> <li>в) индекс Соловьева</li> <li>г) диагональная конъюгата; наружная и истинная конъюгата</li> </ul>	г
13.	Диагноз общеравномерносуженного таза может быть поставлен, если...	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) все его размеры сужены на 2,0 см</li> <li>б) истинная конъюгата равна 12 см</li> <li>в) диагональная конъюгата равна 13 см</li> <li>г) наружная конъюгата равна 20—21 см</li> </ul>	а
14.	Что является основным показателем сужения таза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) размер истинной конъюгаты 11 см</li> <li>б) большой кривой размер</li> <li>в) окружность головы плода</li> <li>г) окружность груди плода</li> </ul>	а
15.	Назовите редко встречающиеся формы узкого таза.	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) ассимиляционный</li> <li>б) кифотический</li> <li>в) спондилитический</li> <li>г) все верно</li> </ul>	г
16.	Истинную конъюгату можно определить по всем размерам кроме:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) наружной конъюгаты</li> <li>б) индекса Соловьева</li> </ul>	д

		<p>в) диагональной конъюгаты</p> <p>г) вертикальной диагонали ромба Михаэлиса</p> <p>д) поперечного размера входа в малый таз</p>	
17.	Характерным для биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе является всё кроме:	<p>а) некоторое разгибание головки</p> <p>б) высокое прямое стояние стреловидного шва</p> <p>в) длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере</p> <p>г) передний асинклитизм</p> <p>д) стремительное продвижение головки в полости таза</p>	б
18.	К осложнениям родов при анатомически узком тазе относят всё кроме:	<p>а) формирование клинически узкого таза</p> <p>б) несвоевременное излитие вод</p> <p>в) аномалии родовой деятельности</p> <p>г) травматизм матери и плода</p> <p>д) хроническая фетоплацентарная недостаточность</p>	д
19.	Показания к экстренной операции кесарева сечения при узком тазе все кроме:	<p>а) аномалии родовой деятельности</p> <p>б) острая внутриутробная гипоксия плода</p> <p>в) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</p> <p>г) клинически узкий таз (абсолютное несоответствие)</p> <p>д) лонный угол <math>90^{\circ}</math> и менее</p>	д
20.	Развитие клинически узкого таза может привести к:	<p>а) разрыву матки, лонного сочленения</p> <p>б) слабости потуг</p> <p>в) послеродовому кровотечению</p> <p>г) повышению артериального давления</p>	а
21.	Признаки клинически узкого таза:	<p>а) частое мочеиспускание</p> <p>б) положительный симптом Вастена, потуги при прижатой головке плода</p> <p>в) стремительные роды</p> <p>г) судороги</p>	б
22.	Отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии маточного зева и хорошей родовой деятельности характерно для:	<p>а) дискоординации родовой деятельности</p> <p>б) слабости родовой деятельности</p> <p>в) клинически узкого таза</p> <p>г) отслойки плаценты</p>	в
23.	Возникновению клинически узкого таза способствуют:	<p>а) крупный плод</p> <p>б) переношенная беременность</p>	а

		<ul style="list-style-type: none"> <li>в) неправильное вставление головки</li> <li>г) тазовые предлежания плода</li> </ul>	
24.	Диагноз клинически узкого таза ставится на основании оценки	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) размеров и формы таза, величины головки плода, характера родовой деятельности</li> <li>б) наличия децелераций на КТГ</li> <li>в) наличия кровотечения из половых путей</li> <li>г) наличия головной боли, ухудшения зрения</li> </ul>	а
25.	Основной симптом угрожающего разрыва матки при клинически узком тазе:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) истончение и болезненность нижнего сегмента матки</li> <li>б) вторичная слабость родовой деятельности</li> <li>в) потуги при прижатой к входу в таз головке плода</li> <li>г) положительный признак Вастена</li> </ul>	а
26.	При выявлении клинически узкого таза противопоказано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) гипотензивная терапия</li> <li>б) применение утеротоников</li> <li>в) кардиотокография плода</li> <li>г) спазмолитическая терапия</li> </ul>	б
27.	При выявлении клинически узкого таза противопоказано:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) применение вакуум-экстрактора и акушерских щипцов</li> <li>б) катетеризация периферической вены</li> <li>в) профилактика гипоксии плода</li> </ul>	
28.	Диагностика клинически узкого таза проводится при:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) полное открытие шейки матки, головка прижата ко входу в малый таз</li> <li>б) отсутствие плодного пузыря</li> <li>в) хорошая динамика раскрытия шейки матки</li> <li>г) хорошая родовая деятельность</li> </ul>	а
29.	Симптомами клинически узкого таза являются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) бурная родовая деятельность</li> <li>б) полное открытие шейки матки</li> <li>в) симптом прижатия мочевого пузыря, высокое расположение контракционного кольца</li> <li>г) клонические судороги</li> </ul>	в
30.	К родоразрешающим операциям относится	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция,</li> <li>б) наружно-внутренний поворот плода на ножку</li> <li>в) краниотомия</li> <li>г) амниотомия</li> </ul>	а
31.	Роженица доставлена в роддом во втором периоде родов. Беременность доношенная. Дома был приступ	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) применение вакуум-экстракции плода</li> <li>б) наложение выходных акушерских щипцов</li> </ul>	б

	эклампсии. Отеки, гипертензия и протеинурия с 30 недель беременности. АД = 150/100 - 160/110 мм рт.ст. Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода 160 ударов/мин. Показано:	в) выполнить кесарево сечение г) перевод на ИВЛ	
32.	В случае двукратной неудачной попытки наложения вакуум-экстрактора необходимо:	а) выполнить третью попытку б) выполнить кесарево сечение в) наложить акушерские щипцы г) выполнить кесарево сечение в экстренном порядке	б
33.	Положение чашечки вакуум-экстрактора на головке плода	а) боковые края должны располагаться симметрично по обе стороны сагитального шва, а задний край – на 1-3 см кпереди от большого родничка б) боковые края должны располагаться симметрично по обе стороны венечного шва, а задний край – на 1-3 см кпереди от большого родничка в) не имеет значения г) боковые края должны располагаться симметрично по обе стороны сагитального шва, а задний край – на 1-3 см кпереди от малого родничка	а
34.	Имеются показания к наложению полостных акушерских щипцов. Плод живой, средних размеров. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди. В каком размере малого таза надо наложить щипцы и какая ложка щипцов при этом будет "блуждающей"?	а) в левом косом размере, "блуждающая" левая ложка б) в левом косом размере, "блуждающая" правая ложка в) в правом косом размере, "блуждающая" правая ложка г) в правом косом размере, "блуждающая" левая ложка	г
35.	Первобеременная 26 лет поступила в роддом с отошедшими околоплодными водами и первичной слабостью родовой деятельности; по поводу чего проводилась стимуляция окситоцином. Через 10 минут от начала потуг изменилось сердцебиение плода, оно стало редким – 100-90 ударов в минуту; глухим и аритмичным. При осмотре: открытие шейки полное, головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый	а) наложить акушерские щипцы б) выполнить кесарево сечение в) провести профилактику начавшейся асфиксии плода г) выполнить вакуум-экстракцию плода д) выполнить краниотомию	а



	родничок кпереди. Что делать?		
36.	В настоящее время в основном используются акушерские щипцы	а) Чемберлена б) Лазаревича в) Негеле г) Симпсона-Феноменова д) Киллянда	г
37.	Акушерские щипцы	а) могут быть применены в конце первого периода родов б) позволяют исключить потуги в) используются для коррекции вставления головки плода г) позволяют изменить позицию и вид плода	б
38.	Необходимым условием применения акушерских щипцов не является наличие	а) живого плода б) головки плода, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз в) полного раскрытия маточного зева г) нормальных размеров таза	б
39.	Показанием к проведению операции наложения акушерских щипцов не может являться	а) клинически узкий таз б) внутриутробная гипоксия плода в) вторичная слабость родовой деятельности г) преэклампсия	а
40.	Подготовка к операции наложения акушерских щипцов не включает	а) влагалищное исследование б) общее обезболивание в) разрез промежности г) опорожнение мочевого пузыря д) применение утеротонических средств	д
41.	Операция наложения акушерских щипцов	а) может быть проведена при головке, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз б) является показанием к ручному обследованию полости матки в) повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений г) всегда сопровождается патологической кровопотерей	в
42.	Пробная тракция в операции акушерских щипцов	а) позволяет определить величину необходимой силы влечения б) проводится для определения места положения головки плода в) позволяет определить правильность наложения щипцов	в

		г) не является обязательным моментом	
43.	Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла ассиметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании открытие шейки полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в узкой части полости малого таза. Что делать?	а) срочно приступить к операции кесарева сечения б) вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы в) вскрыть плодный пузырь г) провести лечение острой гипоксии плода д) провести стимуляцию родовой деятельности	б
44.	Интранатальным фактором риска развития дистоции плечиков является	а) полостные акушерские щипцы б) аномальная форма таза в) чрезмерная прибавка массы тела матери за время беременности г) крупный плод	а
45.	Мероприятия, проводимые при умеренной дистоции	а) максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах б) предпринять попытку перелома ключицы в) давление спереди или сзади на переднее или заднее плечико для перевода бисакромиального диаметра параллельно косому размеру таза матери г) оказать давление над лобком дорсально или косо дорсально	в
46.	Первородящая 34 лет находится во втором периоде родов. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза. Схватки потужного характера через 2-3 минуты по 40-45 секунд, средней силы. Предполагаемый вес плода 3500 г, сердцебиение плода — 150 ударов в минуту, промежность высокая. Что следует сделать?	а) внутривенно ввести атропин и выполнить перинео- или эпизиотомию б) внутривенно ввести метилэргометрин в) выполнить кесарево сечение в экстренном порядке г) начать внутривенное капельное введение энзапроста	а
47.	Рассечение промежности в родах проводят в случае:	а) преждевременных родов б) развившейся острой гипоксии плода в) наличия у роженицы рубца после перинеотомии в предыдущих родах г) предполагаемая масса плода 3800 гр	б
48.	Повторнородящая доставлена в родильное отделение по поводу срочных родов. Предлежит тазовый конец, родовая деятельность активная. В процессе исследования излились околоплодные воды, после	а) заправить пуповину, продолжить консервативное ведение родов б) провести профилактику начавшейся асфиксии плода	г

	<p>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 во входе таза. Что должен предпринять врач, ведущий роды?</p>	<p>в) приступить срочно к родоразрешению путем операции кесарева сечения г) произвести экстракцию плода за тазовый конец</p>	
49.	<p>Правила способа и порядка введения ложек акушерских щипцов следующие:</p>	<p>а) левую ложку правой рукой вводят в левую половину таза матери б) левую ложку левой рукой вводят в правую половину таза матери в) левую ложку левой рукой вводят в левую половину таза матери, правую ложку правой рукой вводят в правую половину таза матери г) правую ложку левой рукой вводят в правую половину таза матери</p>	в
50.	<p>При наложении выходных акушерских щипцов ложки должны лечь на головку плода</p>	<p>а) в правом косом размере таза б) в левом косом размере таза в) в поперечном размере таза г) в прямом размере таза д) в условно косом размере таза</p>	г
51.	<p>Наложение акушерских щипцов противопоказано при всем, кроме:</p>	<p>а) при внутриутробной инфекции плода б) при несоответствии головки плода и таза матери в) при головке плода, подвижной над плоскостью входа в таз матери г) при сроке беременности 31 – 32 недели</p>	а
52.	<p>Подготовка к операции наложения выходных акушерских щипцов состоит из всего, кроме:</p>	<p>а) в опорожнении мочевого пузыря б) в создании условий асептики в) в проведении влагалищного исследования тем акушером, который будет накладывать щипцы г) в придании роженице положения на спине с приведенными к боковым сторонам живота ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах д) в консультации анестезиолога и выборе метода обезболивания</p>	г
53.	<p>Во время влечения головки в акушерских щипцах тракции должны</p>	<p>а) постепенно начинаться, усиливаться и ослабевать, имитировать схватки б) периодически быть вращательными в) периодически быть качательными г) периодически быть в виде рывков</p>	а
54.	<p>Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела,</p>	<p>а) срочно приступить к операции кесарева сечения</p>	б

	появилась рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла ассиметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании открытие шейки полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в узкой части полости малого таза. Что делать?	б) вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы в) вскрыть плодный пузырь г) провести лечение острой гипоксии плода д) провести стимуляцию родовой деятельности	
55.	После рождения первого плода в матке обнаружен второй в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 в минуту. Воды второго плода не изливались. Что нужно сделать?	а) выполнить кесарево сечение в экстренном порядке б) внутривенно ввести метилэргометрин в) внутривенно ввести атропин г) произвести наружно-внутренний акушерский поворот	Г
56.	К преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты предрасполагают все заболевания, кроме:	а) сердечно-сосудистые заболевания б) заболевания почек в) сахарный диабет г) тяжелая преэклампсия д) миопия	Д
57.	Причинами предлежания плаценты является всё кроме:	а) дистрофические изменения слизистой оболочки матки (аборты, воспалительные процессы) б) понижение протеолитических свойств плодного яйца в) преэклампсия г) генитальный инфантилизм д) аномалии развития матки	В
58.	Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерны:	а) тянущие боли в животе слабой интенсивности б) отсутствие повышенного тонуса матки в) нормальные показатели КТГ г) боли в животе, геморрагический шок, изменение сердцебиения плода, изменение формы матки	Г
59.	При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности:	а) 8-12 недель б) 16-20 недель в) 22-24 недели г) 28-32 недели д) 36-40 недель	Г
60.	Наиболее частой причиной возникновения предлежания плаценты являются:	а) аномалии развития матки б) воспалительные процессы гениталий в) миома матки г) дистрофические изменения слизистой оболочки матки (аборты, воспалительные процессы)	Г

		д) аборт	
61.	При каком сроке беременности в основном заканчивается «миграция» плаценты:	а) 16-18 недель б) 20-25 недель в) 32-35 недель г) 38 недель д) 40 недель	в
62.	Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:	а) внезапность возникновения б) рецидивирующий характер в) безболезненность г) различная интенсивность д) все выше перечисленное	д
63.	Наиболее характерный клинический симптом предлежания плаценты:	а) боли внизу живота б) изменение сердцебиения плода в) изменение формы матки г) кровотечение различной интенсивности д) излитие вод	г
64.	Характерными симптомами предлежания плаценты являются все кроме:	а) рецидивирующее кровотечение б) гипертонус матки в) отсутствие болевого синдрома г) соответствие состояния беременной интенсивности видимой кровопотери д) высокое стояние предлежащей части	б
65.	Наиболее значимым фактором определяющими тактику при предлежании плаценты является:	а) срок беременности б) состояние плода в) форма предлежания г) положение, предлежание плода д) интенсивность кровотечения	д
66.	При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:	а) в женской консультации б) в приемном покое родильного дома в) в родильном отделении и только при развернутой операционной г) в любых условиях д) избегать применения из-за опасности возникновения профузного кровотечения	в
67.	Перечислите причины преждевременной отслойки плаценты:	а) перерастяжение матки при многоводии, многоплодии б) преэклампсия в) врожденная и приобретенная тромбофилия г) синдром артериальной гипертензии при экстрагенитальной патологии д) все ответы верны	д
68.	Типичными признаками тяжелой формы преждевременной отслойки плаценты являются все кроме:	а) прогрессирующий болевой синдром б) внутреннее, наружно-внутреннее кровотечение в) гипертонус, асимметрия матки	г

		г) высокое стояние предлежащей части д) гипоксия, внутриутробная гибель плода	
69.	Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:	а) наружное акушерское исследование б) влагалищное исследование в) ультразвуковое исследование г) оценка сердечной деятельности д) исследование свертывающей системы крови	в
70.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется всем, кроме:	а) возникновения матки Кювелера б) интранатальной гибели плода в) разрыва матки г) развития ДВС-синдрома д) геморрагического шока	в
71.	При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в родах могут быть предприняты все перечисленные ниже меры, кроме:	а) кесарева сечения б) стимуляция родовой деятельности в) экстракции плода за тазовый конец г) плодоразрушающих операций д) наложение акушерских щипцов	б
72.	Абсолютным показанием к удалению матки при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является:	а) перерастяжение матки б) атония матки в) наличие миоматозного узла г) наличие добавочного рога матки д) имбибиция стенки матки кровью	б
73.	Основным показанием к удалению матки при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является:	а) гипотония матки б) перерастяжение матки в) наличие миоматозных узлов г) наличие добавочного рога д) имбибиция стенки матки кровью	д
74.	Для профилактики кровотечения в родах рутинно должен применяться:	а) окситоцин б) метилэргометрин в) прегнантол г) маммафизин д) хинин	а
75.	Объем физиологической кровопотери в родах:	а) до 250 мл б) 250 - 400 мл в) до 500 мл г) правильного ответа нет	в
76.	Объем физиологической кровопотери при операции кесарево сечение:	а) до 800 мл б) до 1000 мл в) 900 мл г) правильного ответа нет	б

77.	Тяжелым послеродовое кровотечение считается при кровопотере:	а) 1000 мл и более б) 900 мл и более в) 500 мл	А
78.	К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагают:	а) анемия беременных б) дородовое излитие вод в) первые роды г) слабость родовой деятельности, многоводие, многоплодие, крупный плод	Г
79.	Ранний послеродовый период. Кровопотеря 250 мл, кровотечение продолжается. Матка на уровне пупка, мягкая. После наружного массажа матка сократилась, но затем вновь расслабилась. Кровопотеря 400 мл, родильница побледнела, появилось голово-кружение, А/Д - 100/65 мм.рт.ст. Пульс - 100 уд/мин. Что нужно делать?	а) приступить к переливанию крови б) произвести ручное обследование родовых путей в) наложить клеммы по Бакшееву на параметрии г) ввести сокращающие матку средства д) ввести средства повышающие свертывание крови	Б
80.	При начавшемся кровотечении в послеродовом периоде необходимо, прежде всего:	а) произвести ручное отделение плаценты б) ввести сокращающие матку средства в) осмотреть родовые пути г) определить признаки отделения плаценты	Г
81.	Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует прежде всего:	а) прижать аорту б) ввести сокращающие матку средства в) клеммировать параметрии г) произвести ручное обследование полости матки д) осмотреть родовые пути	Г
82.	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?	а) ввести метилэргометрин б) ждать самостоятельного рождения последа в) произвести ручное выделение последа г) выделить послед наружными приемами д) лед на низ живота	Г
83.	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?	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 мочевого пузырь	В
84.	Клинические критерии оценки тяжести состояния больной при острой массивной кровопотере:	а) частота дыхания б) сухожильные рефлексы в) острота зрения	Г

		г) частота сердечных сокращений, артериальное и центральное венозное давление, часовой диурез, цвет кожи и температура тела	
85.	Признаками эклампсии являются:	а) гипертензия б) альбуминурия и отеки в) диарея г) судороги и кома	г
86.	Какая кровопотеря у соматически здоровой женщины в родах приведет к геморрагическому шоку II ст.?	а) 10% ОЦК б) 20% ОЦК в) 5% ОЦК г) 30% ОЦК д) 40% ОЦК	г
87.	Шоковый индекс- это соотношение:	а) пульс: систолическое АД б) пульс: диастолическое АД в) систолическое АД: пульс г) систолическое АД: диастолическое АД	б
88.	Укажите шоковый индекс, соответствующий наиболее тяжелому состоянию больной:	а) 0,5 б) 1,5 в) 1,0 г) 0,8	б
89.	Кровопотеря 1000 мл. АД 90/70 мм рт.ст. Пульс 120. Бледность. Олигурия. Диагноз:	а) Геморрагический шок I ст. б) Геморрагический шок II ст. в) Геморрагический шок III ст.	а
90.	При острой массивной кровопотере инфузионную терапию не следует начинать с введения:	а) полиглюкина б) реополиглюкина в) реоглюмана г) физиологического раствора	в
91.	Низкое центральное венозное давление, как правило, свидетельствует о том, что у больной имеется	а) снижение ОЦК; б) повышение ОЦК; в) угроза отека легких; г) кровотечение	а
92.	Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать	а) 90 мм рт. ст.; б) 80 мм рт. ст.; в) 70 мм рт. ст.; г) 60 мм рт. ст.; д) 50 мм рт. ст.	г



93.	Мероприятиями по борьбе с послеродовым кровотечением, возникшим на вторые сутки после родов, как правило, являются	а) гемотрансфузия; выскабливание послеродовой матки; применение препаратов тономоторного действия; б) баллонная тампонада, инфузионная терапия; в) гемотрансфузия, клеммирование параметрия; г) ручное обследование послеродовой матки	а
94.	При геморрагическом шоке, независимо от его причины, показано быстрое и одномоментное проведение следующих мероприятий	а) гормональная поддержка, сердечно-легочная реанимация; б) трансфузионно-инфузионная терапия; в) остановка кровотечения; трансфузионно-инфузионная терапия; устранение дыхательной недостаточности; обезболивание; г) обезболивание	в
95.	При гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде клеммы по Бакшееву накладывают в случае	а) отсутствия эффекта от наружного массажа матки и кровопотери более 400 мл; б) неэффективности ручного обследования стенок послеродовой матки и ее наружно-внутреннего массажа; в) неэффективности повторного ручного обследования матки; г) отсутствия эффекта от введения тампона с эфиром в задний свод влагалища; д) разрыва шейки матки.	б
96.	При массивном кровотечении в третьем периоде родов или послеродовом периоде начинают инфузию плазмозаменителей	а) внутривенно капельно (до 50 мл/мин) после остановки кровотечения; б) внутривенно струйно (100–150 мл/мин) после остановки кровотечения; в) внутривенно струйно (100–150 мл/мин) одновременно с остановкой кровотечения; г) внутривенно капельно (до 50 мл/мин) одновременно с остановкой кровотечения; д) в данной клинической ситуации инфузионную терапию не проводят.	в
97.	Первоочередной задачей инфузионно-трансфузионной терапии при массивной кровопотере и геморрагическом шоке в родах является	а) коррекция водно-электролитного баланса; б) возмещение объема эритроцитов; в) восполнение ОЦК и восстановление микроциркуляции; г) коррекция белкового баланса;	в

		д) повышение свертываемости крови.	
98.	При развитии матки Кувелера возможно	а) образование ретроплацентарной гематомы; б) образование гематомы параметрия; инфильтрация серозного слоя кровью; в) развитие почечной недостаточности; г) формирование ДВС-синдрома; нарушение сократительной функции матки	г
99.	Досрочное родоразрешение показано при наличии	а) умеренной преэклампсии; б) гипостенурии; в) плацентарной недостаточности в стадии субкомпенсации г) экламптической комы; анурии	г
100.	Припадок эклампсии может развиваться	а) только во время беременности; б) только во время родов; в) только в раннем послеродовом периоде; г) только в позднем послеродовом периоде; д) во время беременности, родов, в раннем и позднем послеродовом периодах	д
101.	Большинством российских акушеров – гинекологов признается классификация артериальной гипертензии при беременности:	а) предложенная комитетом по терминологии при Американском обществе акушеров и гинекологов; б) Международным обществом по изучению гипертензии во время беременности; в) международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; г) Российской ассоциацией акушеров-гинекологов.	в
102.	Критерии диагностики артериальной гипертензии у беременных:	а) повышение АД >120/80 мм рт. ст.; б) повышение САД на 30 мм рт. ст. от исходного уровня; в) повышение АД $\geq$ 140/90 мм рт. ст.; г) повышение ДАД на 15 мм рт. ст. от исходного уровня.	
103.	Формулировка диагноза при АГ, диагностируемой после 20 недели беременности, не сопровождающейся протеинурией, не сохраняющейся через 12 недель после родов:	а) нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу; б) гестационная артериальная гипертензия; в) преэклампсия; г) хроническая артериальная гипертензия	б
104.	Формулировка диагноза при АГ, диагностируемой после 20 недели беременности, сохраняющейся через	а) артериальная гипертензия с присоединившейся преэклампсией;	д

	12 недель после родов:	б) гестационная артериальная гипертензия; в) преэклампсия; г) вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии; д) хроническая артериальная гипертензия.	
105.	Формулировка диагноза при АГ, присутствующей до беременности или впервые выявленной до 20 недели беременности (с протеинурией или без нее), сохраняющиеся через 12 недель после родов:	а) гипертоническая болезнь; б) нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу; в) хроническая артериальная гипертензия; г) эссенциальная гипертония.	в
106.	Синдром, который возникает после 20-й недели беременности, определяется по наличию АГ и протеинурии	а) хроническая артериальная гипертензия; б) гестационная артериальная гипертензия; в) вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии; г) преэклампсия	г
107.	АГ, присутствующая до беременности или впервые диагностируемая до 20 недели беременности, с последующим присоединением (или резким увеличением уровня) протеинурии, это -	а) преэклампсия; б) существовавшая ранее артериальная гипертензия с присоединившейся преэклампсией; в) вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии; г) хроническая артериальная гипертензия	б
108.	Гестационная гипертензия - это	а) АГ, диагностированная до 20 недель беременности; б) АГ, диагностированная после 20 недель беременности; в) АГ, диагностированная после родов в течение 24 недель.	б
109.	Клинически значимая протеинурия при беременности - это	а) потеря белка с мочой 0,3 г и более за 24 часа; б) следы белка в утреннем анализе мочи; в) протеинурия 0,3 г в разовой порции мочи	а
110.	Для гестационной АГ без значительной протеинурии характерны:	а) АД $\geq$ 140/90 мм рт. ст.; б) протеинурия $<$ 5,0 г/сут; в) олигурия $<$ 500 мл/сут; г) задержка внутриутробного роста плода	а
111.	Основные критерии тяжелой преэклампсии:	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.	а

		в) протеинурия > 3 г/сут.	
112.	Критерии тяжелой АГ у беременных:	а) подъем САД выше 140 мм рт.ст. при двукратном измерении б) уровень САД $\geq$ 160 мм рт.ст. и/или ДАД $\geq$ 110 мм рт.ст. при двукратном измерении в) подъем ДАД выше 90 мм рт.ст. при двукратном измерении	б
113.	В соответствии с современными рекомендациями по ведению беременных с АГ основными препаратами для лечения являются:	а) магния сульфат, допегит б) адельфан; в) нитроглицерин; г) нитропруссид натрия; д) диазоксид.	а
114.	Инфузионно-трансфузионная терапия преэклампсии включает:	а) физиологический раствор, объем инфузии, равный 1,0-1,2 л/сут, б) физиологический раствор, объем инфузии, равный 1,5-2,0 л/сут; в) полиглюкин; г) реополиглюкин	а
115.	Экстренная помощь при эклампсии состоит во введении:	а) фурасемида 40,0 мг; б) промедола 1 мл 2% раствора; в) седуксена 2 мл 0,5% раствора; г) дроперидола 4-6 мл (10-15 мг); д) сульфата магния 4-6 грамм сухого вещества, внутривенно в течение 5- 10 минут, кислород со скоростью 4-6 литров в минуту	д
116.	Дифференциальный диагноз при эклампсии в первую очередь проводится:	а) с эпилепсией б) с истерией в) с гипертоническим кризом г) с менингитом	а
117.	В качестве антигипертензивных препаратов противопоказаны во время беременности:	а) метилдопа б) $\beta$ -адреноблокаторы в) блокаторы кальциевых каналов г) блокаторы ангиотензин-превращающего фермента д) магния сульфат	г
118.	Для HELLP-синдрома характерны:	а) тромбоцитоз б) тромбоцитопения в) гипоферментемии г) спленомегалии	б
119.	Наиболее редкое осложнение, наблюдающееся у беременных при преэклампсии:	а) синдром задержки развития плода б) хроническая внутриутробная гипоксия плода в) отслойка сетчатки глаза	в